Dr. Dr. h. c. Hermann Neimerich
Dr. Heinz G. C. Otto
Rechtsanwälte

Sozialversicherung

1948

3 A 1

1623

STADTARCHIV MANNHEIM
Archivalien-Zugang 24 /1972 Nr. 1623

An die Bezieher der Sozialversicherung

Wir freuen uns, Ihnen davon Mitteilung machen zu können, daß die Zeitschrift „Die Sozialversicherung“ ab 1. Juli wieder monatlich zweimal, am 1. und 15. des Monats, erscheinen wird, so daß Sie davon überzeugt sein können, daß Sie auf dem Gebiete des Sozialversicherungswesens auf dem Laufenden gehalten werden.

Da der Bezugspreis von Mark 2.— vierteljährlich bzw. die Einzelnummer 20 Pfg. von vornherein niedrigst kalkuliert war, müssen wir diesen Preis auch nach der Währungsreform beibehalten und bitten um Ihr Verständnis dafür.

Mannheim-Heidelberg, 30. Juni 1948.

Der Verlag.

Die Sozialversicherung

Zeitschrift für alle Angelegenheiten der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung

Herausgeber: Präsident Stock, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main. — Mitherausgeber: Reg.-Dir. Hof, Arbeitsministerium Württemberg, Stuttgart. Direktor Peschel, Vorsitzender der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München. - Verlagsort Mannheim

Nr. 12/13 | 1. Juli 1948 | 3. Jahrgang

Die zukünftige Stellung des Geschäftsführers bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen

Von Adam Ostermayer, Vizepräsident, Frankfurt/Main

Wenn ich als Schriftleiter dieser Zeitschrift in Nr. 10/11 den Ausführungen des Verwaltungsrats Sauerwein über „die Organe der Versicherungsträger" Raum gegeben habe, dann deshalb, um zu einer Aussprache über diese so wichtige Frage anzuregen und allen Beteiligten Gelegenheit zu geben, ihre Meinung zum Ausdruck zu bringen. Dadurch könnte den zuständigen Stellen, die sich als Gesetzgeber mit der Regelung dieser Frage zu befassen haben, wertvolles Material beschafft werden.

Wie aus der Anmerkung der Schriftleitung zu dem vorgenannten Artikel hervorgeht, habe ich mich mit den Ausführungen desselben nicht in allen Punkten einverstanden erklären können. Gerade diese Tatsache gibt mir Veranlassung, meine Auffassung zu dem Fragenkomplex hier kurz darzulegen. Ich habe diesem Aufsatz bewußt den Titel „Die zukünftige Stellung des Geschäftsführers bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen" gegeben, weil ich der Überzeugung bin, daß gerade die Regelung dieser Frage eine besondere Rolle bei der Behandlung der Gesamtmaterie spielt. Ich gliedere meine Ausführungen in drei Abschnitte:

1. Die Regelung bis zum Erlaß des Aufbaugesetzes vom 5. 7. 1934,
2. die Regelung seit dem Erlaß des Aufbaugesetzes vom 5. 7. 1934 und der dazu erlassenen Verordnungen,
3. die Regelung für die Zukunft.

Zu 1: Die Krankenkassen hatten als selbständige Körperschaften zur Durchführung ihrer Willensbildung Organe. Entsprechend dem staatlichen und verwaltungsrechtlichen Denken z. Z. der Schaffung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und später der Reichsversicherungsordnung (RVO) war die Willensbildung grundsätzlich auf 2 Organe verteilt, von denen der Vorstand die laufenden Geschäfte erledigte, die Verwaltung führte, zumindestens aber dafür verantwortlich war, während der Ausschuß als eine Art „Volksvertretung" besonders andere ebenso wichtige Aufgaben zu erfüllen hatte. Er hatte durch die Satzung und Dienstordnung eigenes Recht der Krankenkassen zu setzen, die Entscheidung über die wirtschaftliche Grundlage: den Haushaltsplan, die Wahl des Vorstandes, die Beaufsichtigung seiner Geschäftsführung durch Prüfung der Jahresrechnung usw., Erteilung der Entlastung des Vorstandes und Vertretung des Versicherungsträgers gegenüber dem Vorstand vorzunehmen. Die beteiligten Arbeitgeber und Arbeitnehmer waren ehrenamtlich tätig und wurden auf Grund von Vorschlagslisten der beiderseitigen wirtschaftlichen Vereinigungen von den jeweiligen Gruppen — zuletzt auf 5 Jahre — gewählt. Im Rahmen des Gesetzes waren die Organe autonom. Das Aufsichtsrecht des Staates war grundsätzlich auf die Beobachtung von Gesetz und Satzung beschränkt. Die Notverordnung vom 5. 6. 1931 (RGBl. I. S. 279, 305) enthielt die Ermächtigung, das Aufsichtsrecht, soweit es sich um die Finanzgebarung handelte, auf Fragen des Ermessens zu erstrecken. Von dieser Ermächtigung wurde aber kein Gebrauch gemacht. Die Notverordnung vom 1. 3. 1933 (RGBl. I. S. 97) erstreckte in Artikel 2, § 1 das Aufsichtsrecht über die Träger der K.V. auf Fragen der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit in der Geschäftsführung. Abschnitt IV, § 1 des Gesetzes zum Aufbau der Sozialversicherung vom 5. 7. 1934 setzte wiederum neues Recht, indem die Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit erstreckt werden konnte, jedoch mit der Einschränkung, daß sie sich in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverwaltung der Versicherungsträger nicht unnötig eingreifen solle. Durch die Fünfte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 21. 12. 1934 (RGBl. I. S. 1274) wurden die früher ergangenen Rechtsbestimmungen außer Kraft gesetzt. Bis zum Erlaß der Verordnung des Reichspräsidenten über die Krankenversicherung vom 1. 3. 1933 hatten wir also eine reine Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Der Vorstand vertrat den Versicherungsträger gerichtlich und außergerichtlich. Er hatte die Stellung eines gesetzlichen Vertreters. Der Vorsitzende des Vorstandes hatte eine erhöhte Verantwortung, indem er durch das Gesetz verpflichtet wurde, Beschlüsse der Organe, die gegen Gesetz oder Satzung verstoßen, durch Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zu beanstanden. Er konnte gegen ein Mitglied des Vorstandes, das sich der Erfüllung seiner Pflichten entzog, eine Ordnungsstrafe in Geld verhängen. Die Mitglieder der Organe waren dem Versicherungsträger für getreue Geschäftsverwaltung wie Vormünder ihren Mündeln haftbar usw.

Aus diesen kurzen Hinweisen ist ohne weiteres die besondere Verantwortung der Organe ersichtlich. Es sieht zunächst so aus, daß die Durchführung der Kassengeschäfte durch den Vorstand, also von ehrenamtlichen Personen wahrgenommen wurde. Nicht nur jeder Kenner und Eingeweihte weiß aber, daß dies praktisch bei der Fülle der zu erledigenden Aufgaben, die durch Gesetz den Krankenkassen übertragen waren, nicht möglich war.

Die Organe waren demzufolge gezwungen, hauptamtliche Personen (Beamte und Angestellte) mit der Durchführung der Verwaltung zu beauftragen. Die §§ 348 bis 362 RVO regelten speziell das Dienstrecht der in den Diensten der Krankenkassen stehenden Angestellten. Innerhalb dieses Personenkreises hatte der Geschäftsführer der Krankenkassen eine besonders verantwortliche Stellung. Er war zwar nicht Mitglied des Vorstandes, da grundsätzlich ehrenamtliche Mitglieder des Vorstandes nicht zugleich besoldete Beamte des Versicherungsträgers sein durften. Aber er war immerhin doch die Persönlichkeit, die den Vorstand bzw. die Organe schlechthin beraten hat und die die gesamte Verwaltung unter Beachtung von Gesetz und Satzung führte, praktisch also auch die Geschäfte des Vorstandes, so daß der Geschäftsführer bei der Erledigung der Aufgaben der Organe und der Verwaltung einfach nicht wegzudenken war. Der Geschäftsführer einer Krankenkasse bürgte für die kontinuierliche sachliche Arbeit des Versicherungsträgers. Er wurde mit ⅔-Mehrheit durch den Vorstand gewählt. Der Vorstand war gehalten, solche Personen zu wählen, die die Voraussetzungen für eine solche Stelle erfüllt hatten, wie Ablegung der Prüfungen und in der Regel eine zurückgelegte langjährige Tätigkeit in der Sozialversicherung. Durchweg wurde der Geschäftsführer auf Lebenszeit angestellt, zum mindesten aber gab man ihm einen besonderen Kündigungsschutz. Eine ord-

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Die zukünftige Stellung des Geschäftsführers bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen. Von Vizepräsident Adam Ostermayer, Frankfurt M. . . .	69
2.	Wiedereinführung des Selbstverwaltungsrechts in der Sozialversicherung. Von Direktor Hermann Sancken, Bremerhaven	70
3.	Die Organe der Versicherungsträger. Von Oberregierungsrat a. D Emil Turban, Stuttgart-Feuerbach	71
4.	Die buchmäßige Behandlung der Ausgaben für die Beseitigung der Kriegsschäden an kasseneigenen Gebäuden von Rudolf Lehmann, Frankfurt a. M.	72
5.	Die Leistungsverbesserungen in der Krankenversicherung auf Grund der Sozialversicherungsanordnung Nr. 30. Von Paul Gißler, Düsseldorf	73
6.	Das Schulkind in der Sozialversicherung. Von Erich Heyer, Wuppertal	75
7.	Gesetze, Verordnungen und Erlasse	75
8.	Jubiläen	75
9.	Unsere Mitarbeiter	75
10.	Angebot	75
11.	Bücher und Zeitschriften	76
12.	Statistik	77

nungsmäßige und objektive Führung der Verwaltung erforderte eine solche Sicherung des geschäftsleitenden Angestellten. Er hatte zwar nicht die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung; das wirkte sich aber in der Praxis so aus, daß er stets der „Begleiter" des Vorsitzenden des Vorstandes bei wichtigen Rechtshandlungen war. Theoretisch war es aber auch möglich, daß der Geschäftsführer zu den Vorstandssitzungen nicht zugezogen wurde, was tatsächlich auch vorkam, oder er konnte aus einer Vorstandssitzung ausgeschlossen werden. Die erhöhte Bedeutung der Stellung des Geschäftsführers ging aber andererseits daraus hervor, daß er gemäß § 361 RVO die gleiche Verantwortung und Haftung zu tragen hatte wie die Mitglieder der Organe.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß bis 1934 eine wirkliche Selbstverwaltung der Krankenkassen vorhanden und daß die Selbstverwaltungsorgane sich hauptberuflicher Personen bedienen mußten und in der Praxis in Hinsicht auf die Zusammenarbeit zwischen Selbstverwaltungsorganen und Verwaltung zumeist ein durchaus zufriedenstellendes Verhältnis gegeben war. Andererseits bestand aber eine Lücke darin, daß das Gesetz den Geschäftsführer der Krankenkasse mit der Verantwortung und Haftung in gleicher Weise belegte wie die Organmitglieder, ihm andererseits aber nicht die Stellung gab, die er auf Grund einer solchen Verantwortung bedurfte. Das führte an manchen Orten zu dem bekannten Ausspruch, daß der Geschäftsführer einer Ortskrankenkasse wohl mitzureden aber nichts zu sagen habe. Deshalb erkannte man schon damals, daß in dieser Beziehung eine Änderung des Gesetzes erforderlich sei.

Zu 2: Mit dem Gesetz zum Aufbau der Sozialversicherung vom 5. 7. 1934 und der dazu ergangenen Fünften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 21. 12. 1934 wurde die Rechtslage bei den Ortskrankenkassen eine grundsätzlich andere. Jeder Träger der Sozialversicherung und damit auch die Ortskrankenkassen bekamen einen Leiter. Die Organe der Versicherungsträger fielen weg. Der Leiter übernahm die Aufgaben und Befugnisse der Organe. Lediglich ein Beirat, der nur zu hören war, wurde dem Leiter „beigegeben". Der Leiter der Ortskrankenkasse wurde auch nicht mehr gewählt, sondern vom Leiter der Landesversicherungsanstalt bestellt. Die Selbstverwaltung war dahin, denn die echt demokratischen Organe waren mit ihren ehrenamtlichen Mitgliedern verschwunden und sehr viele Geschäftsführer wurden wegen ihrer politischen Unzuverlässigkeit, die „so oder so" konstruiert wurde, aus ihren Ämtern entfernt. Neue, vom Führerprinzip beseelte Leute traten ein und nahmen nun die Geschicke der Krankenkassenverwaltungen in ihre Hand. Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch darauf hinweisen, daß gerade in der Zeit des Umsturzes 1933 die besondere Bedeutung des Geschäftsführers einer Ortskrankenkasse hervortrat, denn allgemein wurden nicht die ehrenamtlichen Organmitglieder für die zumeist angeblichen Mißstände haftbar gemacht, sondern „der Gehilfe" des Vorstandes: der Geschäftsführer.

Zu 3: Die Organe müßten m. E. wieder wie früher gebildet werden, und zwar bin ich durchaus für die Wiedereinführung des Vorstandes und des Ausschusses. Es müßten Urwahlen erfolgen und so, entsprechend den Bestimmungen der RVO, die demokratischen Spielregeln wieder in Gang kommen. Dabei ist aber der früher bestehende Mangel der gesetzlichen Stellung des Geschäftsführers zu beseitigen und eine Neuregelung vorzunehmen.

Man kann dabei die Überlegung anstellen, ob nicht der Geschäftsführer der Krankenkasse kraft Gesetzes Vorsitzender des Vorstandes wird. Die Bestätigung der Vorstandsvorsitzenden bzw. des Geschäftsführers könnte dann durch den Präsidenten der LVA oder evtl. auch durch das zuständige Landesarbeitsministerium erfolgen. Die Selbstverwaltung würde hierdurch in keiner Weise beeinträchtigt, da ja die beteiligten ehrenamtlichen Organmitglieder in ihrer Mehrheit die Selbstverwaltung repräsentieren. Die neue Art der Vorsitzenden- und Geschäftsführerposition würde lediglich die Verantwortung besonders herausstellen und dafür sorgen, daß alle Beschlüsse den gesetzlichen und satzungsmäßigen Bestimmungen entsprechen. Gesetzwidrige Beschlüsse des Vorstandes bzw. der Organe überhaupt brauchten nicht mehr erst durch eine Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde und dann durch diese beanstandet zu werden, sondern durch den Einspruch des Vorsitzenden direkt, also innerhalb der Selbstverwaltung.

Andererseits kann man aber auch der Auffassung sein, daß der Geschäftsführer nicht Vorsitzender des Vorstandes sein sollte, sondern kraft Gesetzes dem Vorstand lediglich mit beratender Stimme angehöre. Dem Geschäftsführer müßte dann allerdings die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung der Krankenkasse in weitestgehendem Umfange übertragen werden.

Persönlich stimme ich der erstgenannten Regelung zu, also daß der Geschäftsführer kraft Gesetzes Vorsitzender des Vorstandes sein sollte. Er ist bei der ersten Übertragung der Geschäftsführerstelle vom Vorstand mit ⅔-Mehrheit zu wählen. Diese Wahl bedarf der Bestätigung durch den Präsidenten der Landesversicherungsanstalt oder den Arbeitsminister. Wenn bei dem bizonalen Amt für Arbeit eine Zentralstelle für Sozialversicherung gebildet sein wird (eine Art Reichsversicherungsamt) könnte auch dieser das Bestätigungsrecht übertragen werden. Zu diesen Erwägungen komme ich besonders auch deshalb, weil die Bedeutung der Ortskrankenkassen eine immer größere geworden ist. Es sind ihnen eine Reihe neuer und schwieriger Aufgaben übertragen worden, auf deren Durchführung die ehrenamtlichen Organe zumeist gar keinen oder doch nur einen geringen Einfluß haben. (Körperbeschädigten-Leistungsgesetz, örtliche Aufgaben der Rentenversicherung, Rentnerkrankenversicherung). Dadurch ist aber die Stellung des Geschäftsführers einer Ortskrankenkasse noch wichtiger geworden. Das Anstellungsverhältnis des Geschäftsführers muß entsprechend der sachlichen Natur seiner Stellung ein solches auf Lebenszeit sein.

Ich kann mich der völlig abwegigen Auffassung des Verwaltungsrats Sauerwein, daß der Geschäftsführer auf Zeit gewählt wird, keinesfalls anschließen. Herr Sauerwein geht bei seinem Vorschlag von ganz falschen Voraussetzungen aus, indem er die Verhältnisse der Bürgermeister und Landräte, die ja dem Wesen nach politische Beamte sind, auf die Geschäftsführer der Ortskrankenkassen zu übertragen versucht. Die Stellung des Geschäftsführers einer Ortskrankenkasse ist aber eine ganz andere. Die Durchführung der gesetzlich und satzungsmäßig ganz eindeutig festgelegten Aufgaben der Krankenkassen kann nicht unter der Unsicherheit und dem Wechsel politischer Umstände zu leiden haben. Das demokratische Grundrecht der Wahl des Geschäftsführers ist durchaus gewahrt, wenn er bei der ersten Übernahme seiner Stelle vom Vorstand gewählt wird. Daß der Vorstand bemüht sein wird, besonders tüchtige und hervorragende Kenner und Könner auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zu Geschäftsführern zu wählen, halte ich eigentlich für selbstverständlich. Der Geschäftsführer hat in Erfüllung seiner Aufgaben sich nur von sachlichen Gesichtspunkten leiten zu lassen und alle in Frage kommenden Personen nach Gesetz und Recht gleich zu behandeln.

Ich bin mir durchaus bewußt, daß noch manches zu diesem Problem gesagt werden kann, mir kam es heute lediglich darauf an, meine grundsätzliche Stellungnahme bekannt zu geben. Bezüglich der Organe der Rentenversicherungsträger usw. werde ich in einem besonderen Artikel meiner Meinung Ausdruck geben.

Wiedereinführung des Selbstverwaltungsrechts in der Sozialversicherung

Von Hermann Sancken, Direktor, Bremerhaven

Seit drei Jahren bemühen wir uns von seiten aller Beteiligten, das Selbstverwaltungsrecht in der Sozialversicherung wiederherzustellen, welches mit dem Aufbaugesetz vom 5. 7. 1934 praktisch aufgehoben worden ist. Zu irgend einem Resultat ist es bisher nicht gekommen. Man behilft sich hier und da mit Stückwerk.

Soweit die Wiederherstellung des Selbstverwaltungsrechts in der Krankenversicherung in Frage kommt, haben nun auch kürzlich eine Anzahl von Geschäftsführern, die 1933 nach dem sogenannten Berufsbeamtengesetz ihrer Ämter enthoben wurden und seit 1945 als „Leiter" von Krankenkassen eingesetzt worden sind, in ihrer Berufsvereinigung, der DAG in Hamburg, zu dieser Angelegenheit Stellung genommen. Sie sind Fürsprecher der baldigsten Wiederherstellung des Selbstverwaltungsrechts. Sie waren niemals Anhänger des „Leitergrundsatzes", glauben aber, einen Anspruch darauf zu haben, bei der Gesetzgebung nicht übergangen zu werden. Eine Reihe von Ländern, besonders aus der französischen Zone, bemühen sich in letzter Zeit, ein Selbstverwaltungsrecht neu wiederherzustellen. Auch ist bekannt geworden, daß beim Zentralamt für Arbeit in Lemgo eine Sonderregelung zur Selbsverwaltung nunmehr vorweggenommen werden soll in der Annahme, daß eine Reform zur Sozialversicherung noch längere Zeit beansprucht.

Die Krankenkassenleiter, besonders diejenigen, die ihr Amt nicht unter dem Nationalsozialismus erhalten haben, dürfen von den gesetzgebenden und von der Bearbeitung der Gesetze berufenen Stellen erwarten können, daß auch ihre berechtigten Wünsche gewürdigt werden. Hierbei ist zu beachten, daß eine Reform auf diesem Gebiet sehr maßgebend in ihr Dienstvertragsrecht eingreifen kann. Sie haben immerhin auf Grund ihrer Anstellungsverträge und der Ernennungsurkunden die Rechte und Pflichten eines „Geschäftsführers und Leiters" ihrer Krankenkasse erhalten. Daß ihnen die jetzigen Leiterrechte unbehaglich sind, ist wiederholt festgestellt worden. Es geht aber nicht an, sie nunmehr einfach wieder rechtlos zu machen, indem auf einen Zustand von 1933 zurückgegriffen wird. Vielleicht dürfte überhaupt zu erwägen sein, ob die Ernennung von Kassenleitern nicht bis zu einer Neuregelung des Selbstverwaltungsrechts ganz unterbleibt. Von einer Landesversicherungsanstalt in der britischen Zone hörten wir, daß dort schon seit längerer Zeit Leiter nicht neu berufen sind, man sich vielmehr mit vorläufi-

gen Stellvertretern behilft. Natürlich ist auch ein solcher Zustand nur für eine kurze Übergangszeit tragbar.

Ausführlich ist über die Selbstverwaltung bzw. die Organe der Versicherungsträger auch in dieser Fachzeitschrift am 1. 11. 1947 von Regierungsrat Fülle, Stuttgart, und am 1. 6. 1948 von Verwaltungsrat Sauerwein, Frankfurt a. M., geschrieben worden. Die Ausführungen dieser Kenner des Sozialversicherungsrechts sind sehr beachtlich und durchweg überzeugend.

Auf Grund einer Einladung der DAG, Fachgruppe Sozialversicherung, beim Hauptvorstand in Hamburg, waren Kollegen aus Hamburg, Schleswig-Holstein, Braunschweig, Niedersachsen und Bremen zusammengetreten und haben nach eingehender Beratung einmütig eine Entschließung gefaßt, die ich im folgenden wiedergebe und deren Wortlaut für sich sprechen dürfte:

Entschließung zur Wiedereinführung des Selbstverwaltungsrechts in der Krankenversicherung

Die in ihrer Berufsvereinigung, der DAG, beim Hauptvorstand in Hamburg am 8. 6. 1948 versammelten Direktoren und „Leiter" von Krankenkassen fassen zu der bevorstehenden Reform über die Wiedereinführung der Selbstverwaltung folgende Entschließung:

Bis 1933 bestand für „Geschäftsleiter" der Krankenkassen nach § 361 RVO nur die Haftungsverpflichtung im Sinne des § 23 Abs. 1 der RVO. Rechte waren für die Geschäftsleiter von Krankenkassen in der RVO nicht zu finden. Dagegen wurde im Jahre 1934 unter dem Nationalsozialismus das ganze Selbstverwaltungsrecht beseitigt. Nach dem „Führergrundsatz" wurde das Leitersystem auf Grund des Gesetzes über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. 7. 1934 eingeführt, wobei den Leitern der Krankenkassen fast ausschließliche Rechte und Pflichten zugewiesen wurden. Das eine war so verkehrt wie das andere. Wir beantragen deshalb die Wiederherstellung des Selbstverwaltungsrechts bei allen Sozialversicherungsträgern, jedoch unter entsprechender Wahrung der Rechte und Pflichten der Geschäftsleiter.

Herr Ministerialrat Dr. Dobbernack vom Zentralamt für Arbeit in Lemgo hat im Mai d. J. auf der Tagung des Verbandes der Ortskrankenkassen in Hannover einen Vortrag über die Sozialversicherung gehalten, wobei er über die mögliche Reform und die evtl. Vorwegnahme einer Sonderregelung über die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung gesprochen hat. Hierbei kam zum Ausdruck, daß den Verwaltungsdirektoren bei den Krankenkassen wenigstens eine beratende Stimme im Vorstand eingeräumt werden solle. Damit ist es nicht getan. Das ist ein Recht, welches auch ungeschrieben die Könner unter unseren Kollegen sich schon vor 1933 allein errungen hatten. Den bei den großen Ortskrankenkassen bewährten Geschäftsführern gebührt aus der Tradition und der Entwicklung folgend Sitz und Stimme im Vorstand. Sie sind es gewesen, die 1933, als Hitler zur Macht kam und seine Reichskommissare einsetzte, die ganze Haftung für die voraufgegangenen Beschlüsse der ehrenamtlichen Vorstandsmitglieder allein tragen mußten. In vielen Fällen wanderten sie und nicht die ehrenamtlichen Vorstandsmitglieder in die Gefängnisse, aus denen sie später mit vollkommen weißer Weste wieder entlassen werden mußten.

Es geht deshalb nicht an, daß daraus nicht die entsprechende Lehre gezogen wird und dem ehrenamtlichen Organ ein Fachmann mit Stimmrecht beigegeben wird. Das ist um so mehr erforderlich, als der Umfang der bei einer Krankenkassenverwaltung zu beachtenden Gesetze und Bestimmungen ehrenamtlich tätigen Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu beherrschen gar nicht mehr zugemutet werden kann. Auch kann ein ehrenamtlicher Vorsitzender, wenn er verantwortungsbewußt ist, in wenigen Stunden der Woche neben seinem Hauptberuf die Arbeit nicht leisten und die Verantwortung für die Führung der Verwaltung nicht tragen. In diesem Zusammenhang wird auf einen Artikel des Regierungsrats Fülle, Stuttgart, über die Selbstverwaltung der deutschen Sozialversicherung in der Zeitschrift „Die Sozialversicherung" vom 1. 11. 1947 verwiesen. Auch hier heißt es: „Die Schwächen einer Regelung, wonach der Vorstand zwar zur Verwaltung der Kasse berufen ist (§ 342 RVO), die Besorgung der laufenden Geschäfte aber einem geschäftsleitenden Angestellten (§ 361 RVO) überläßt, sind schon damals so offensichtlich geworden, daß man nicht wünschen kann, den Geschäftsleiter einer Krankenkasse wieder in die unwürdige Stellung eines Angestellten ohne Anweisungs- und Vertretungsbefugnis zurückzuführen."

Durch Einflußnahme der britischen Militärregierung ist 1946 bei den Stadtverwaltungen das System der ehrenamtlichen Bürgermeister und der hauptberuflichen Stadtdirektoren eingeführt worden. Nach 2 Jahren kann auf der ganzen Linie festgestellt werden, daß die ehrenamtlichen Bürgermeister oder Oberbürgermeister sich mit ihren hauptberuflichen Stadtdirektoren vielfach nicht vertragen. Das Gespann zieht nicht und hat nicht gezogen. Selbstbewußte ehrenamtliche Oberbürgermeister regierten oft in die den Stadtdirektoren vorbehaltenen Verwaltungsgeschäfte hinein, was diese sich wiederum nicht gefallen ließen.

Der Innenminister von Nordrhein-Westfalen, Herr Dr. Menzel, schlägt für die britische Zone die kollegiale Magistratsverfassung wieder vor, wie sie in der amerikanischen Zone schon durchweg wieder eingeführt ist, auch dort, wo man ehrenamtliche Oberbürgermeister und hauptberufliche Stadtdirektoren hatte.

Auf dem kürzlich abgehaltenen Städtetag haben sich maßgebliche Vertreter gegen die Teilung der Aufgaben ausgesprochen. Der Oberbürgermeister von Braunschweig hat nach einem Zeitungsbericht sogar erklärt, daß dieses System bei den Stadtverwaltungen mit einem Hexenskat zu vergleichen sei, wobei man sogar vergessen hätte, den Spielern die Skatkarten auszuhändigen. Es kann deshalb nicht verantwortet werden, nach dieser Erfahrung, wie wir sie auch bei einer Reihe von Krankenkassen vor 1933 erlebten, ein solch untragbares und überlebtes System für die Krankenkassenverwaltungen wieder einzuführen.

In den letzten Jahren haben die jetzigen „Leiter" der Krankenkassen, die vielfach aus den Kreisen der 1933 Abgesetzten stammen, freiwillig auf den Führergrundsatz verzichtet. Sie verwalten die Krankenkassen auch jetzt schon seit 3 Jahren mit den ehrenamtlichen Beiratsmitgliedern in kollegialer Weise auf Grund von Mehrheitsbeschlüssen in regelmäßigen Sitzungen, wie es früher bei den Vorständen der Krankenkassen der Fall gewesen ist. Es sollte daher bei diesem System sofort das Wahlrecht für die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberkreise wieder hergestellt werden. Auch müßte der Geschäftsführer von den ehrenamtlichen Vertretern des Vorstandes wieder gewählt und nicht vom Leiter der Landesversicherungsanstalt ernannt werden. Die Einschaltung der Landesregierung zur Bestätigung der Wahl ist zu erwägen.

Die Landesregierung in Bremen hat sich mit dem Gesetz vom 4. 4. 47 bereits über das Ernennungsrecht durch den Leiter der Landesversicherungsanstalt hinweggesetzt und verordnet, daß nach § 2 des Aufbaugesetzes Leiter bei den Ortskrankenkassen ein Geschäftsführer ist, der vom Vorstand mit Stimmenmehrheit gewählt und von der Landesregierung bestätigt wird. Es ist aber hierbei vergessen worden, festzustellen, woher der Vorstand kommt und daß der Leiter Mitglied dieses Vorstandes ist. Auch fehlt hierbei die entsprechende Regelung für alle anderen Sozialversicherungsträger, ganz abgesehen davon, daß es wohl ohnehin nicht tragbar ist, wenn die einzelnen Länder dieses Recht von sich aus verschieden gestalten wollen, wie es jetzt auch die Länder in der französischen Zone nach verschiedenen Grundsätzen planen.

Wir richten nach allem an das Zentralamt für Arbeit in Lemgo und an das neu zu bildende Direktorium für Arbeit und Sozialversicherung, Frankfurt a. M., die Bitte und den Antrag, den Geschäftsleitern bei den Krankenkassen Sitz und Stimme im Vorstand einzuräumen. Die Begründung ist auch in dem Umfang der Aufgaben und der Größe der Verantwortung in Verbindung mit der Haftpflicht der Organe nach § 23 RVO gegeben. Eine Krankenkassenverwaltung nach außen und innen, also gerichtlich und außergerichtlich, zu vertreten, ist eine Aufgabe, die ehrenamtlich niemand mit Verantwortung übernehmen kann und zu leisten vermag.

Die gewerkschaftliche Vertretung der geschäftsleitenden Angestellten der Ortskrankenkassen stellt deshalb den Antrag, bei der Wiedereinführung des Selbstverwaltungsrechts dieses aus der Praxis Gewachsene gesetzlich zu regeln.

Die Organe der Versicherungsträger

Von Oberregierungsrat a. D. Emil Turban, Südd. Holz-Berufsgenossenschaft, Stuttgart-Feuerbach.

Verwaltungsrat Sauerwein, Frankfurt a. M., hat am Schlusse seiner Ausführungen über den Neuaufbau der Organe der Sozialversicherungsträger zur Diskussion dieser Frage aufgefordert (Sozialversicherung 1. 6. 1948 S. 62). Eine dankenswerte Tat. Es ist tatsächlich nachgerade an der Zeit, daß dieses Gebiet gesetzlich neu geregelt und daß dadurch Ordnung in einen seit Frühjahr 1945 schwebenden Zustand gebracht wird. Nun wird das aber doch hoffentlich nur einheitlich, wenigstens für die ganze Westzone einschließlich französischer Zone, geschehen, weil es sonst noch mehr Verwirrungen gibt, als schon jetzt im Rechtsgebiete der Sozialversicherung leider vorhanden sind. Es fehlt das einheitliche Amt für die Sozialversicherung, die Nachfolge des Reichsversicherungsamtes, das über Rechtsprechung und Verwaltung nach gleichen einheitlichen Gesichtspunkten und Rechtsauffassungen wacht. Die sogenannten „endgültigen" Urteile der Oberversicherungsämter weichen stark voneinander ab, sie können daher nicht als rechtsgestaltend anerkannt werden. Ebenso ist es mit der Aufsicht und mit der Verwaltung. Wer die Ansprache des Präsidenten des neu geschaffenen Obergerichts für die Bizone in Köln bei seiner Eröffnung gelesen hat, dem waren diese Worte auch für die Schaffung eines einheitlichen obersten Gerichts für die Sozialversicherung aus dem Herzen gesprochen. Aber kein Amt, das, wie nach dem Aufbaugesetz, sich in jede Kleinigkeit der Träger der Sozialversicherung einmischt und dadurch an Ansehen verliert, sondern ein Amt, das wie das Reichsversicherungsamt vor 1933 in hohem Ruf und Ansehen steht, und seine Aufsichtsbefugnisse nur auf die Beachtung von Gesetz und Satzung erstreckt.

Damit wäre dann auch endlich wieder die schöne klassische Selbstverwaltung der Versicherungsträger hergestellt. War es nicht ein Zuviel, wenn z. B. in einem Einzelfalle wegen eines Hilfsgesuches erst einmal das Reichsversicherungsamt als Aufsichtsbehörde die Akten verlangte und entschied, daß der Träger der Sozialversicherung zutreffend gehandelt hat, daß sein Verfahren zu Beanstandungen keinen Anlaß bot, und daß dann der Reichsarbeitsminister auf ein weiteres Gesuch ebenso entschied und schließlich auch noch die Kanzlei des Führers sich die Sache vorlegen ließ, weil sich ein Politiker, ein alter Parteigenosse oder ein hoher Funktionär hineingemischt hatte.

Nein, einfache, aber Aufsicht mit der Autorität des Reichsversicherungsamtes von ehedem.

Ist aber die Selbstverwaltung der Versicherungsträger endlich verbürgt und damit die Sehnsucht der in der Sozialversicherung Arbeitenden erfüllt, dann muß sie, wie Verwaltungsrat Sauerwein zutreffend ausführt, auch vereinfacht werden. Ich will mich hier nur für die Organe der Berufsgenossenschaften äußern, weil ich es Sachkennern der übrigen Träger der Sozialversicherung überlassen möchte, in der Diskussion zu der Frage der Neuordnung ihrer Organe ihre Auffassungen mitzuteilen und weil es den gesetzgebenden Instanzen überlassen bleiben muß, zu entscheiden, ob die Organe für alle Träger der Sozialversicherung einheitlich neu geordnet werden müssen.

Ich stimme Sauerwein zu, daß gewisse Regelungen des Aufbaugesetzes, die als gut erkannt wurden, bleiben sollen, daß andererseits aber kein Rückschritt in die Schwerfälligkeit des alten Apparats vor 1933 erfolgen darf.

Wie umständlich war früher eine Genossenschaftsversammlung, wie schwerfällig der Gang einer Vorstandssitzung! Welche dicken Protokollbücher wurden geschrieben und oft die Ansprachen und Ausführungen vorher vorbereiet und wörtlich verlesen. Was da geredet und zerredet wurde, was niedergeschrieben wurde, das war einmal. Dafür fehlt es aber heute an der Zeit, am Geld und am Papier. Oft redeten Leute, die keine Ahnung von den eigentlichen Problemen der Unfallversicherung hatten, die Einzelfälle stundenlang daherbrachten und die Versammlungen oft damit aufhielten. Also weg damit. Es muß ein Organ da sein, das aus Personen besteht, die etwas von der Unfallversicherung verstehen, die sich z. B. schon in den Rentenausschüssen längere Zeit hindurch mit den Fragen der Einzelfälle beschäftigt und dadurch Erfahrungen gesammelt haben. Wir brauchen bei den Berufsgenossenschaften einen Vorsitzenden des Vorstandes (Leiter riecht zu sehr nach Führer-Prinzip) und den Vorstand. Dieser sollte meines Erachtens etwas zahlreicher zusammengesetzt sein als der „Beirat", damit eine stärkere Beteiligung der Versicherten und der Unternehmer (paritätisch), als dies nach dem Aufbaugesetz der Fall war, gewährleistet ist, und weil damit die Genossenschaftsversammlung überflüssig wird. Der Vorstand beschließt in allen Fragen, die Gegenstand seiner Beratung sind, nach Stimmenmehrheit, wobei bei Stimmengleichheit die Stimme des Vorsitzenden entscheidet. Es muß im Gesetz oder in der Satzung festgelegt sein, wie oft der Vorsitzende den Vorstand einzuberufen hat und welche Gegenstände auf die Tagesordnung zu setzen sind. Gut scheint mir nach dem Aufbaugesetz und seiner Fünften Durchführungsverordnung der zeitliche Wechsel von Vorstand und Vorstandsvorsitzenden, so daß nicht gleichzeitig beide Organe neu beginnen. Es wird trotz der nach demokratischen Grundsätzen aufgebauten Satzung nicht zu umgehen sein, daß der zuerst „berufene" Vorsitzende von der Aufsichtsbehörde auf 4 Jahre berufen, dann aber jeweils nach 5 Jahren vom Vorstand gewählt wird, und daß auch der Vorstand auf Grund von Vorschlägen aus den Unternehmerorganisationen und Gewerkschaften erstmals für 5 Jahre berufen wird, weil eine Wahl durch alle Mitglieder einer Berufsgenossenschaft unmöglich ist. Nach Ablauf der ersten 5 Jahre wählt dann der Vorstand selbst seine Nachfolger für ausscheidende Mitglieder aus eigener Sachkenntnis heraus. Ein häufigerer Wechsel von Vorsitzenden und Vorstand ist untunlich, da eine Einarbeitung in die Geschäfte sonst überhaupt nicht möglich ist. Wer Vorsitzender und wer Mitglied des Vorstandes sein kann, muß in der RVO gesetzlich vorgeschrieben sein oder eindeutig in der Satzung bestimmt werden. Daß dies bei den Berufsgenossenschaften der allgemeinen Unfallversicherung (gewerbliche Unfallversicherung) nur ehrenamtlich tätige Personen sein können, ist selbstverständlich. Mit der Aufbringung der Mittel für die Unfallversicherung durch die Unternehmer allein hängt aber zusammen, daß nur sie den Vorsitzenden stellen können.

Sauerwein trete ich auch darin bei, daß die Geschäftsführung heute mehr denn je einen rechtskundigen, auf dem Gebiete der Sozialversicherung mit großen Erfahrungen versehenen Mann benötigt, der Entschlußfreudigkeit und Entscheidungsfähigkeit besitzt und nicht wegen jeder schwierigen oder ihm unangenehmen Frage erst Rat bei der Aufsichtsbehörde oder dem Ministerium sucht und dadurch die Selbstverwaltung ad absurdum führt. Auch daß er stets dienstbereit sein muß, ist richtig, weil nur dadurch der rasche Ablauf der Verwaltungsgeschäfte gesichert ist. Er ist der rechtskundige Berater des Vorsitzenden und des Vorstandes. Man sollte ihm in dem Vorstand Stimmrecht einräumen, weil das seiner Stellung, seiner Erfahrung und seinem Ansehen entspricht und weil er Vorgesetzter der ihm unterstellten Angestellten ist. Zum Vorsitzenden kann er nicht gewählt werden, da er in der Regel nicht Unternehmer eines Betriebs ist. Jedoch könnte dies ausdrücklich auch in der RVO. vorgeschrieben oder in der Satzung bestimmt werden. Nicht tunlich erscheint mir die Wahl des Geschäftsführers durch den Vorstand und noch weniger die Wahl auf Zeit. Der Vorsitzende ist der Mann, der mit dem Geschäftsführer dauernd zusammenarbeiten muß. Diese Zusammenarbeit steht und fällt mit dem Vertrauensverhältnis zwischen den beiden. Es muß also ihm die Auswahl des Geschäftsführers überlassen bleiben, während eine Wahl durch den Vorstand sehr leicht ein zufälliges Ergebnis sein kann, das sich bitter rächen könnte. Den Hinweis Sauerweins auf die Wahl des Bürgermeisters und Landrats auf Zeit möchte ich ablehnen. Diese sind politische Beamte, während die Sozialversicherung nichts mit Politik zu tun haben sollte, jedenfalls nicht der Geschäftsführer in seiner hauptamtlichen Tätigkeit. Den Versicherten wird er niemals nur zu Gefallen arbeiten können, er muß objektiv bleiben. Seine Stellung muß also die eines lebenslänglich angestellten Dauerangestellten sein, die nur aus dienstrechtlichen Gründen gekündigt werden kann. Andernfalls erhalten die Berufsgenossenschaften keine hochqualifizierten Kräfte für dieses Amt. Die Abgrenzung der dem Geschäftsführer obliegenden laufenden Aufgaben gegenüber den dem Vorsitzenden zufallenden Geschäften (zu vergl. Entscheidungen und Mitteilungen des RVA. Band 37, S. 327 und Amtliche Nachrichten 1935, S. IV 223) war gut und zeitgemäß. Ich würde es begrüßen, wenn diese Abgrenzung aufrecht erhalten bliebe.

Die buchmäßige Behandlung der Ausgaben für die Beseitigung der Kriegsschäden an kasseneigenen Gebäuden

Von Rudolf Lehmann, AOK Frankfurt a. M.

Auch die Krankenkassen haben durch die unmittelbaren Kriegsereignisse an den eigenen baulichen Anlagen in vielen Fällen Schäden erlitten, die den Wert ihres Grundbesitzes in erheblichen Maße vermindert haben. Die Kosten, die zur Beseitigung der Kriegsschäden von den betroffenen Kassen nunmehr laufend aufgewendet werden, sind, besonders bei größeren Beschädigungen, recht hoch, so daß eine richtige Verbuchung dieser Ausgaben für die Rechnungslegung vieler Krankenkassen von wesentlicher Bedeutung sein dürfte.

Es soll in Nachstehendem nicht von solchen Gebäuden gesprochen werden, die total zerstört sind; ich will vielmehr in meinen Ausführungen lediglich die Art der Verbuchung der Kosten für die Beseitigung der Schäden an teilweise zerstörten baulichen Anlagen behandeln. Gleichzeitig will ich auf die bei dem Wiederaufbau eines teilweise zerstörten Gebäudes notwendig gewordene Wertberichtigung eingehen.

In Fällen, bei denen es sich um solche kleineren Beschädigungen handelt, die nicht als erhebliche bauliche Änderung (vergl. „Regeln", Seite 64, Abs. 9) anzusehen sind, trat eine Minderung des Buch- und Ausgangswertes der baulichen Anlage und damit gleichzeitig eine Wertminderung des in der Vermögensnachweisung der Jahresrechnung eingesetzten Grundbesitzes der Kasse nicht ein. Die Verbuchung dieser begrenzten Aufwendungen hat daher, wie alle anderen Instandsetzungskosten, wenn das Gebäude nicht überwiegend von der Kasse für eigene Zwecke benutzt wird, bei Kapitel 2 oder, im anderen Falle, bei dem entsprechenden Verwaltungs- oder Leistungszweig, unter Umständen auch anteilig, zu erfolgen. Ist der Schaden jedoch größerer Art, so ist gleichzeitig mit diesem eine entsprechende Minderung des Buch- und Ausgangswertes des Gebäudes eingetreten. Zur Vermeidung einer falschen Darstellung des Vermögens ist die betroffene Krankenkasse daher verpflichtet, die erheblichen Schäden, die an den kasseneigenen Gebäuden entstanden sind, auch buchmäßig auszudrücken. (Vergl. Wogan, Hauptbuchhaltung und Rechnungslegung, Seite 9, unter „Abbruch".)

Obwohl eine solche Wertberichtigung für eine richtige Darstellung der Vermögenswerte in der Jahresrechnung notwendig ist, steht dieser immer noch der Bescheid des früheren Statistischen Reichsamts vom 8. 4. 1944 (Rings Gesetzestexte, 3. Lieferung 1944) entgegen, sofern nicht, wie beispielsweise im Lande Hessen, durch die Arbeitsministerien der Länder etwas anderes bestimmt wurde.

Der Bescheid vom 8. 4. 1944 stellt unter Nr. 2 ausdrücklich fest, daß nicht völlig zerstörte bauliche Anlagen so zu behandeln sind, als seien keine Beschädigungen eingetreten. Das bedeutet also, daß von den Kassen keine Wertberichtigungen vorzunehmen waren, so daß der Wert des Grundbesitzes nach wie vor in voller Höhe in die Vermögensnachweisung der Jahresrechnung

einzusetzen ist, obwohl die baulichen Anlagen in Wirklichkeit bei vielen Kassen erheblich beschädigt und damit in ihrem Wert vermindert sind.

Es soll hier nicht erörtert werden, ob die Unterlassung der Wertminderungen zu einer nicht den Tatsachen entsprechenden Darstellung der Vermögenswerte in den Jahresrechnungen 1943 und 1944 führte, maßgeblich für die seinerzeitige Auffassung mag die Tatsache gewesen sein, daß damals der Wertminderung des Gebäudes eine gleichhohe gesicherte Forderung an das Reich (Kriegsschädenamt) gegenüberstand.

Nach dem Zusammenbruch konnten jedoch die Kassen, die ein teilweise zerstörtes Gebäude wieder aufbauen, nach diesem Bescheid nicht mehr verfahren, wollten sie nicht, bedingt durch die erfolgsunwirksame Verbuchung der Wiederaufbaukosten bei Kapitel 15, Titel 4, zu einer falschen Überhöhung der Gebäudewerte kommen. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache, wurde in einem Erlaß des Hessischen Staatsministeriums für Arbeit und Wohlfahrt vom 13. 1. 1947 für das Land Hessen bestimmt, daß die Kassen, die teilweise zerstörte Gebäude wieder aufbauen, eine Berichtigung des Buchwertes dieser Gebäude vorzunehmen haben. Zu diesem Zweck war das teilweise zerstörte Gebäude von einem amtlichen Bausachverständigen zu schätzen und die sich nach dessen Urteil, gegenüber dem bisherigen Buchwert, ergebende Minderung bei Kapitel 15, Titel 4, Grundbesitz, zu vereinnahmen und bei Kapitel 15, Titel 1, zunächst als Erstattungsguthaben, zu verausgaben. Der erwähnte Erlaß bestimmt ferner, daß die durch den Wiederaufbau entstehenden laufenden Aufwendungen — wie auch aus den „Regeln" hervorgeht — bei Kapitel 15, Titel 4, zu verausgaben sind.

Nach der Durchführung dieser Wertberichtigungsbuchungen und durch die laufende Verbuchung der Kosten für die Beseitigung der Kriegsschäden bei Kapitel 15, Titel 4, entspricht auch der am Jahresende in die Vermögensnachweisung unter A II 5, Grundbesitz, einzusetzende Betrag der Wirklichkeit.

Obwohl nach den bestehenden Bestimmungen eine andere Verbuchung der Aufwendungen für den Wiederaufbau eines teilweise zerstörten Gebäudes nicht möglich ist, seien nachfolgend noch einige Überlegungen angeführt, die vielleicht, ohne entsprechende Klärung, den einzelnen Sachbearbeiter dennoch zu einer anderen Verbuchungsart hinführen könnten.

Mit der laufenden Verbuchung der Kosten für die Beseitigung der Kriegsschäden bei Kapitel 15, Titel 4, wird, wie bereits erwähnt, auch der durch die Wertberichtigung verminderte Buchwert des beschädigten Gebäudes wieder um diese Beträge gesteigert. Da nun in der heutigen Zeit zweifellos eine Erhöhung der Baukosten eingetreten ist, wird auch der Buchwert des beschädigten Gebäudes, allein durch diese Tatsache, unter Umständen auf ein höheres Maß gesteigert als dies vor Eintritt des Schadens der Fall war. Der erhöhte Betrag, der in der heutigen Zeit für den Wiederaufbau eines beschädigten Gebäudes aufgewendet werden muß, könnte daher als ein weiterer Verlust für die von einem Kriegsschaden betroffene Kasse angesehen werden. Es muß hierbei aber bedacht werden, daß in der heutigen Zeit auch der Verkehrswert eines Gebäudes gestiegen ist. So sind beispielsweise die heute bei einem Gebäudekauf aufzuwendenden Kosten höher als in normalen Zeiten, trotzdem stellen sie aber in ihrer Gesamtheit den Buch- und Ausgangswert des Gebäudes dar und sind bei Kapitel 15, Titel 4, zu verausgaben. Die einzelne Kasse kann daher, meiner Ansicht nach, auch aus den erhöhten Baukosten keine teilweise Verbuchung dieser Aufwendungen als Verlust herleiten, vielmehr muß eine solche einer weiteren Wertberichtigung des kasseneigenen Grundbesitzes, die zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen einer allgemeinen Regelung zu erfolgen hat, vorbehalten bleiben.

Auch die Tatsache, daß mit der Wiederherstellung der äußeren Form oftmals der wirkliche Schaden eines Gebäudes nicht restlos beseitigt ist, kann letzten Endes nicht dazu führen, die Aufwendungen für die Beseitigung der Kriegsschäden an anderer Stelle als bei Kapitel 15, Titel 4, zu verbuchen. Ein in seinem Grundgefüge beschädigtes, wieder instandgesetztes Gebäude wird meist einen geringeren Wert besitzen als vor Eintritt des Schadens, auch wenn es äußerlich wieder seine frühere Gestalt erhalten hat. Aber gerade diese besonderen Verhältnisse sind bereits bei der Festsetzung der Wertminderung gebührend zu berücksichtigen, so daß auch der Buchwert des wiederaufgebauten Gebäudes in dieser Hinsicht der Wirklichkeit entsprechen dürfte. Aus diesen Ausführungen ist zu ersehen, wie wichtig es für eine Kasse ist, bei der Festsetzung der Wertminderung die größte Sorgfalt walten zu lassen. Es sollte deshalb auch die Vorschrift, das teilweise zerstörte Gebäude von einem amtlichen Bausachversändigen schätzen zu lassen, von den Kassen nicht umgangen werden. Eine den Tatsachen entsprechende, bis ins einzelne genau durchdachte Festsetzung bewahrt die Kasse vor weiteren Wertberichtigungsbuchungen. Stellt jedoch eine Krankenkasse nachträglich fest, daß die seinerzeitige Wertminderung des beschädigten Gebäudes irrtümlich zu gering angesetzt war, so ist es immer noch besser, wenn sie eine weitere endgültige Berichtigung des Buch- und Ausgangswertes vornimmt, als daß sie laufend — vielleicht über den Zeitraum von mehreren Jahren — die Ausgaben für die Beseitigung der Schäden bei einem anderen Kapitel und Titel erfolgswirksam verbucht.

All die Buchungsarbeit im Aufteilungsbuch der Krankenkassen im Laufe des Jahres mündet schließlich in der Rechnungslegung der Jahresrechnung, die dem Kassenleiter für die weitere Planung als wichtige Arbeitsunterlage dienen soll. Darüber hinaus sollen die Zahlen der Jahresrechnung einen Vergleich mit anderen Kassen ermöglichen. Die Kassen müssen daher auch um eine den Tatsachen entsprechende Darstellung des Vermögens in der Jahresrechnung bemüht sein, wenn nicht die Sicherheit der Planung der einzelnen Kasse und die Vergleichsmöglichkeit mit anderen gefährdet werden soll.

Die Leistungsverbesserungen in der Krankenversicherung auf Grund der Sozialversicherungsanordnung Nr. 30

Von Paul Gißler, Düsseldorf

Der Präsident des Zentralamtes für Arbeit in der britischen Zone hat zum Ende des Jahres 1947 eine Anordnung erlassen, durch die eine Reihe von Leistungen in der Krankenversicherung zum Teil erheblich verbessert, zum Teil neu eingeführt wurden.

Die durch die Sozialversicherungsanordnung Nr. 30 bestimmten zusätzlichen Leistungen in der Krankenversicherung waren in letzter Zeit wiederholt der Gegenstand von Resolutionen und Denkschriften, die von den verschiedensten, an der Gestaltung der Krankenversicherung interessierten Stellen an die zuständigen Behörden, und zwar sowohl an die deutsche Zonenverwaltung als auch an die britische Militärregierung, eingereicht wurden. Die neue Anordnung verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen zu Leistungen, die für den Versicherten einen erheblichen Fortschritt bedeuten. Es wäre nun verfrüht, sich hier über die geldliche Auswirkung der SVA 30 auf die einzelnen Versicherungsträger sowie auf deren Gesamtheit auszulassen. Die Zeit wird lehren, ob diese zusätzlichen Leistungen in der Krankenversicherung beibehalten werden können, ob sie vielleicht sogar nur den Auftakt darstellen zu einer durchgreifenden Verbesserung der Leistungen der gesamten Sozialversicherung überhaupt, oder aber ob diese Anordnung mit ihrer Mehrbelastung für die Versicherungsträger sich nicht als verfrüht erweist.

Die SVA 30 läßt sich in drei Abschnitte einteilen, und zwar

in den ersten Abschnitt, der die Einführung von zusätzlichen Leistungen als Regelleistungen der Krankenversicherung vorschreibt,

in den zweiten Abschnitt, der die Sicherstellung der für die Durchführung dieser Anordnung erforderlichen finanziellen Mittel gewährleistet, und

in den dritten Abschnitt, der den Versicherungsträgern die Möglichkeit gibt, wieder gewisse Mehrleistungen einzuführen und die dazu erforderlichen Satzungsänderungen zu treffen.

A. Die Einführung von einheitlichen zusätzlichen Leistungen in der Krankenversicherung.

1. (Zu Ziffer 1 der SVA 30)

Zu größeren Heil- und Hilfsmitteln ist ein Zuschuß zu gewähren, der mindestens dem Betrage entspricht, der als Höchstbetrag für kleinere Heilmittel festgesetzt ist.
Nach § 193 Abs. 1 RVO ist die Kasse berechtigt, für die in § 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO genannten „kleineren Heilmittel" einen Höchstbetrag, eine sogenannte Wertgrenze, festzusetzen. Dieser in der Satzung des Versicherungsträgers bestimmte Höchstbetrag für kleinere Heilmittel gilt als Mindestbetrag des Zuschusses zu größeren Heil- und Hilfsmitteln, der fortan in jedem Falle zu gewähren ist.

§ 187 Nr. 3 RVO gab der Kasse die Möglichkeit, durch die Satzung Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zuzubilligen. Weiter bestand die Möglichkeit, durch die Satzung die Gewährung eines Zuschusses zu größeren Heilmitteln entsprechend § 193 Abs. 2 RVO zu bestimmen. Die beiden letztgenannten Leistungen kamen jedoch mit den übrigen Mehrleistungen am 31. 12. 1945 in Wegfall. Ab 1. 1. 1948 wurden diese Leistungen wieder eingeführt, aber, und zwar, was sehr wichtig ist, nicht als Mehrleistung, sondern als Pflichtleistung der Krankenkassen. Der einzelne Versicherte hat nun in Höhe der Wertgrenze für kleinere Heilmittel auch für größere Heil- und für Hilfsmittel einen klagbaren Rechtsanspruch auf die Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten derselben.

2. (Zu Ziffer 2 der SVA 30)

Die Kosten für Arznei und kleinere Heilmittel, die nach § 205 Abs. 1 RVO den Versicherten für ihre Familienangehörigen zustehen, werden in der gleichen Weise und unter den gleichen Bedingungen wie für die Versicherten gewährt.

Bereits die Erste Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts vom 17. 3. 1945 bestimmte in ihrem Artikel 10, daß für die Familienangehörigen (§ 205 RVO) Krankenpflege (§ 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO) und an deren Stelle Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus (Krankenhaus-

pflege) unter den gleichen Voraussetzungen wie für Versicherte selbst gewährt wird. Artikel 10 der Verordnung vom 17. 3. 1945 wurde aber durch Anordnung der Militärregierung wieder aufgehoben; es galten für die Gewährung von Leistungen für Familienangehörige wieder die Vorschriften des § 205 RVO bzw. der Kassensatzung. Damit wurde auch Artikel 11 der Verordnung vom 17. 4. 1945 teilweise außer Kraft gesetzt, es blieb für Familienangehörige bei dem gesetzlich vorgeschriebenen Arzneikostenanteil der Krankenkasse von 50 vom Hundert bzw. bei der durch die Kassensatzung festgesetzten höheren Beteiligung bis zu 70 vom Hundert. Mit der SVA Nr. 30 wird Artikel 11 wieder wirksam, während von dem Artikel 10 wohl die Krankenpflege, aber nicht die Krankenhauspflege zur Regelleistung bestimmt wird. Es ist zu beachten, daß nunmehr die Kosten für Krankenpflege für Familienangehörige wieder in gleicher Höhe wie für den Versicherten selbst übernommen werden müssen.

3. (Zu Ziffer 3 der SVA 30)

An Versicherte, die keinen Anspruch auf Hausgeld haben, ist neben der Krankenhauspflege ein Taschengeld in Höhe von 10 vom Hundert des Grundlohnes zu zahlen.

Nach § 194 Abs. 2 RVO kann die Satzung Versicherten, für die kein Hausgeld zu zahlen ist, neben der Krankenhauspflege ein Krankengeld bis zur Hälfte des gesetzlichen Betrages (d. i. 25 vom Hundert des Grundlohnes) zubilligen. Dieses sogenannte „Taschengeld" wurde an solche Versicherte gezahlt, die keine unterhaltsberechtigten Angehörigen haben, um ihnen während der Dauer des Krankenhausaufenthaltes einen kleinen Ausgleich für den Entgeltausfall zu geben. Der Wegfall dieser Mehrleistung mit dem 31. 12. 1945 wurde von den Versicherten allgemein schmerzlich empfunden. Um so erfreulicher ist es nun, daß jetzt auf dieses Taschengeld, wenn auch nur in Höhe von 10 vom Hundert des Grundlohnes, wieder ein Anspruch besteht, denn die Ausgaben der alleinstehenden Versicherten für Miete usw. laufen während der Dauer der stationären Behandlung weiter. Es wäre darum wünschenswert, wenn der Vom-Hundert-Satz des Taschengeldes mit der Zeit wieder heraufgesetzt werden könnte.

4. (Zu Ziffer 4 der SVA 30)

Beim Tode von Versicherten wird ein Sterbegeld von mindestens 75,— RM gezahlt.

§ 204 RVO gestattete der Kassensatzung, einen Mindestbetrag von 50,— RM für das Mitgliedersterbegeld festzusetzen. Die neue Sozialversicherungsanordnung erhöht nun diesen Betrag um die Hälfte. Es sind also fortan mindestens 75,— RM zu zahlen, auch wenn der Versicherte in einer niedrigeren Stufe versichert war, und das Zwanzigfache des Grundlohns nicht den Mindestbetrag ausmacht.

5. (Zu Ziffer 5 der SVA 30)

Die Versicherten erhalten beim Tode des Ehegatten oder eines Kindes und sonstiger Angehöriger, die mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebten und überwiegend unterhalten worden sind, Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes, mindestens jedoch 50,— RM. Es ist um den Betrag des Sterbegeldes zu kürzen, auf das der Verstorbene selbst gesetzlich versichert war.

Nach § 205b RVO war bisher zwar auch die Zahlung von Familiensterbegeld möglich, jedoch war es in seiner Höhe gestaffelt. Es betrug für den Ehegatten bis zu zwei Drittel, für sonstige Angehörige bis zur Hälfte des Mitgliedersterbegeldes. Ein Mindestbetrag war im § 205b RVO nicht vorgesehen. Die neue Bestimmung der SVA 30 schafft hier eine übersichtliche Regelung. Das Familiensterbegeld nach Ziffer 5 der SVA 30 beträgt also für alle Angehörigen die Hälfte des Mitgliedersterbegeldes, ganz gleich, ob es sich um den Ehegatten, die Kinder oder um sonstige Angehörige handelt. Neu ist hier weiter, daß ein Mindestbetrag von 50,— RM festgesetzt ist.

6. (Zu Ziffer 6 der SVA 30)

Die unter Ziffer 1 bis 5 der Anordnung aufgeführten Leistungsverbesserungen sind nicht Mehrleistungen im Sinne des § 179 RVO, sondern sie müssen von allen Krankenkassen in der gleichen Weise gewährt werden. Dem Wortlaut der Anordnung zufolge handelt es sich bei diesen neuen Leistungen um Regelleistungen im Sinne des § 179 RVO. Die SVA 30 geht also mit diesen Bestimmungen sogar über die Reichsversicherungsordnung hinaus, indem sie in der RVO vorgesehene Mehrleistungen zu Regelleistungen erklärt, so in Ziffer 1, 2 und 3. In den Ziffern 4 und 5 erhöht sie die in der RVO vorgesehenen Leistungen nicht unerheblich.

B. Sicherstellung der erforderlichen finanziellen Mittel zur Durchführung der SVA 30.

Es besteht die Möglichkeit, daß die für die Durchführung dieser Anordnung erforderlichen Mittel aus den laufenden Einnahmen von einzelnen Kassen nicht bestritten werden können. Für solche Fälle hat die SVA 30 Vorsorge getroffen. Nach dem den Kassen durch die RVO gegebenen Recht des Rückgriffs auf ihr Rücklageguthaben geht sie auch neue, bisher nicht begangene Wege.

1. (Zu Ziffer 7a der SVA 30)

Kann eine Kasse die ihr auf Grund dieser Anordnung erwachsenden Mehraufwendungen nicht aus ihren laufenden Einnahmen bestreiten, so kann sie nach § 364c Abs. 1 Satz 1 RVO über ihr Rücklageguthaben bei der Landesversicherungsanstalt, Abteilung Krankenversicherung, verfügen. Ist dieses Rücklageguthaben erschöpft, so kann der betreffenden Kasse von dem Träger der Gemeinschaftsaufgaben ein Darlehen aus der Gesamtrücklage gewährt werden (§ 364c Abs. 1 Satz 2 RVO).

2. (Ziffer 7b der SVA 30)

Die Landesversicherungsanstalten haben, veranlaßt durch die Finanzpolitik des Dritten Reiches, zum Teil erhebliche Summen ihres Vermögens in Werten angelegt, die heute illiquid geworden sind, z. B. Kriegsanleihen und sonstige Reichsforderungen. In solchen Fällen sind die Landesversicherungsanstalten nach Ziffer 7b der SVA 30 ermächtigt, die Krankenkassen ihres Bereiches, die hierzu in der Lage sind, zu einer Erhöhung ihres Rücklagesolls zu verpflichten. Diese Erhöhung soll zu dem bisherigen Rücklagesoll der Kasse im gleichen Verhältnis stehen, wie die Summe der illiquiden Vermögenswerte der Gesamtrücklage zum Gesamtbetrag dieser Rücklage. Die neue Anordnung gibt den Landesversicherungsanstalten auch das Recht, die in ihrem Bereich gelegenen Ersatzkassen zur Bildung einer Rücklage nach § 364 RVO zu verpflichten. In diesen Fällen ist die Höhe der Rücklage nach den Ausgaben zu bemessen, die von den betreffenden Ersatzkassen für Mitglieder im Bereiche der Landesversicherungsanstalt gemacht worden sind.

3. (Zu Ziffer 7c der SVA 30)

In allen Fällen, in denen Krankenkassen ihr Rücklageguthaben angreifen müssen, um die auf Grund der neuen Anordnung entstehenden Mehraufwendungen zu decken, wird von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde eine Prüfung erwirkt, ob nicht durch Vereinigung der betreffenden Kasse mit einer anderen dieser Notstand behoben werden kann. Ist dies möglich, veranlaßt die genannte Behörde das erforderliche.

4. (Zu Ziffer 7d der SVA 30)

Schon wiederholt ist von den zuständigen Stellen auf die Notwendigkeit äußerster Sparsamkeit hingewiesen worden, um die Weiterführung der Krankenversicherung sicherzustellen. Auch für die Aufrechterhaltung der in der SVA 30 vorgesehenen einheitlichen zusätzlichen Leistungen verlangt die Anordnung äußerste Sparsamkeit in der Verwaltung der Krankenkassen.

5. (Zu Ziffer 7e der SVA 30)

Dieser Abschnitt sieht als letzte Maßnahme, wenn alle anderen genannten Vorkehrungen nicht ausreichen, vor, daß der zuständigen Dienststelle der Control Commission Bericht zu erstatten ist. Diese wird dann weitere Maßnahmen in Erwägung ziehen. Sehr zu beachten ist der Hinweis, daß Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln auf keinen Fall in Betracht kommen. Der Grundsatz, daß die Krankenversicherung sich selbst tragen soll, wird beibehalten.

Ziffer 7a bis d zeigen, daß eine Verbesserung der Leistungen unbedingt beabsichtigt ist, daß man aber auch an die wahrscheinlich auftretenden Schwierigkeiten gedacht hat. Vielleicht wird sich auf dem in Ziffer 7c vorgezeichneten Wege manche kleinere Kasse gezwungen sehen, nun doch ihre Vereinigung mit einer größeren, finanzkräftigeren und lebensfähigeren zu vollziehen. Auch ohne ein allzu großer Freund der vereinheitlichenden Reformbestrebungen zu sein, kann man diese in der SVA 30 zum Ausdruck kommende Tendenz nur begrüßen.

C. Wiedereinführung von Mehrleistungen

1. (Zu Ziffer 8a der SVA 30)

§ 187 Nr. 2 RVO gestattete den Kassen, Fürsorge für Genesende namentlich durch Unterbringung in einem Genesungsheim bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe zu gewähren. Nachdem die Möglichkeit der Genesendenfürsorge mit dem 31. 12. 1945 ebenfalls ihr vorläufiges Ende gefunden hatte, lebt sie durch Ziffer 8a ab 1. 1. 1948 wieder auf.

2. (Zu Ziffer 8b der SVA 30)

Ebenso können die Krankenkassen auf Grund des § 187 Nr. 4 RVO wieder Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen einzelner Kassenmitglieder vorsehen.

3. (Zu Ziffer 9 der SVA 30)

Die Sozialversicherungsdirektive Nr. 4 vom 14. 10. 1945 (Arbeitsblatt für die britische Zone S. 13) hob alle Mehrleistungen nach § 205 RVO in der Familienkrankenpflege, mit Ausnahme der Arzneikostenübernahme über 50 bis zu 70 vom Hundert auf. Nunmehr ist die Anordnung der Ziffer 3b der SVD 4 wieder zurückgenommen worden. Es können auch solche Krankenkassen diese Mehrleistungen gewähren, die sie bisher noch nicht eingeführt hatten. Unter diese Mehrleistungen fällt insbesondere die Uebernahme der Familienkrankenhauspflege bis zur Dauer von 26 Wochen. Entsprechende Satzungsänderungen sind daher zulässig.

(Ziffer 10 der SVA 30)

Die Vorschriften der Sozialversicherungsanordnung Nr. 30 traten mit dem 1. Januar 1948 in Kraft. Die zusätzlichen Leistungen sind auch in den am 1. 1. 1948 bereits laufenden Versicherungsfällen zu gewähren.

Das Schulkind in der Sozialversicherung

Von Erich Heyer, Wuppertal

Durch Einführung der Jugendschutzgesetze wurde die Beschäftigung der schulpflichtigen Jugend untersagt. Jedoch wird es sich nicht vermeiden lassen, daß die schulpflichtige Jugend beschäftigt und auch bei den Krankenkassen angemeldet wird. Der Kassenangestellte muß nun darüber informiert sein, ob und gegebenenfalls für welchen Träger der Sozialversicherung Versicherungspflicht besteht. Da diese Fälle nun nicht häufig auftreten, wird vielen Kassenangestellten die Rechtslage nicht geläufig sein. Im nachstehenden soll diese nun nochmal in Erinnerung gerufen werden.

Schon die Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. 4. 1912 bringt unter Ziff. 9 zum Ausdruck, daß Versicherungspflicht eintritt, wenn in einem erlaubten Gewerbe verbotswidrig bestimmte Arten von Arbeiten verrichtet werden. Die Beschäftigung von Schulpflichtigen ist wohl verbotswidrig, verstößt aber nicht gegen die guten Sitten, daher unterliegen diese der Sozialversicherung, denn nach dem jetzigen Stande der Gesetzgebung besteht eine Altersgrenze weder nach oben noch nach unten. Durch die Erste Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts in der Sozialversicherung vom 17. 3. 1945 sind auch die bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung bestehenden Altersgrenzen der Angestelltenversicherung fortgefallen (Art. 7 a. a. O.).

In seiner Entscheidung vom 12. 12. 1928 hat das Reichsversicherungsamt betont, daß Geringfügigkeit des Entgelts dann nicht mehr vorliegt, wenn der Entgelt ein Drittel des festgestellten Ortslohnes übersteigt. In der Entscheidung vom 6. 7. 1929 (AN. 29, S. 309) führt das Reichsversicherungsamt aus: „Die Eigenschaft als Arbeitsentgelt ist nur dann zu verneinen, wenn die Zuwendungen an den Beschäftigten derart gering sind, daß sie als wirtschaftlich unerheblich angesehen werden müssen. Das ist im allgemeinen der Fall, wenn die Vergütung ein Drittel des Ortslohnes nicht übersteigt."

Durch die mit der Verordnung vom 17. 3. 1945 erfolgte Neufassung des § 168 könnte nun durch die Bestimmung des Absatz 2 die Meinung erweckt werden, daß beschäftigte Schulkinder, deren Einkommen ja wohl stets unter 15,— RM bleibt, nicht mehr der Versicherung unterliegen. Nach der angezogenen Vorschrift bleiben Dienstleistungen versicherungsfrei, wenn sie von Personen, zwar laufend oder in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen einen geringfügigen Entgelt ausgeführt werden. Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit ist also, die Beschäftigung muß nebenher und gegen ein geringfügiges Entgelt erfolgen. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, so besteht Versicherungspflicht. Die gleiche Ansicht wird auch vom Arbeitsministerium NRW vertreten. In seinem Bescheid vom 3. 7. 1947 I b 2 (2) 3102 führt dieses aus: „Eine Beschäftigung kann von einer Person „nebenher" verrichtet werden, bei einem anderen Beschäftigten je nach den besonderen persönlichen Verhältnissen die Voraussetzungen eines „nebenher" nicht erfüllen. Eine Kriegerwitwe, die nur eine Rente von monatl. 50,— RM bezieht und eine Stelle als Putzfrau mit einem monatl. Entgelt von 60,— RM annimmt, führt diese Beschäftigung keineswegs nebenher aus, weil der Entgelt von 60,— RM für ihre Lebensstellung nicht von nebensächlicher, sondern von maßgebender Bedeutung ist. Danach ist die Frage, ob ein Entgelt ein geringfügiger ist, nur im Einzelfall unter Vergleichung mit den übrigen Einkünften des Beschäftigten und unter Berücksichtigung seiner Lebenshaltung zu entscheiden. So entschied auch das RVA bereits am 19. 9. 1914 (EuM. Bd. 4, S. 56).

Es wird daher keinesfalls eine Fehlentscheidung vorliegen, wenn ein 13jähriger Junge, der für einen Arbeitgeber außerhalb der Schulzeit tätig ist und ein Entgelt von 10,— RM pro Woche erhält, für versicherungspflichtig angesehen wird. Ist jedoch die Krankenversicherungspflicht anerkannt, so tritt auch Versicherungspflicht für die Invalidenversicherung nach § 1226 RVO ein. In der Arbeitslosenversicherung hingegen besteht Versicherungsfreiheit auf Grund des § 74 b AVAVG. Hiernach ist eine Beschäftigung versicherungsfrei, solange der Beschäftigte volksschulpflichtig ist.

Hat also eine Krankenkasse bei einem Beschäftigten, der noch volksschulpflichtig ist, Versicherungspflicht anzuerkennen, so hat sie die Beiträge zur Sozialversicherung nach der Beitragsgruppe B 1 zu erheben oder, sofern im Falle der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung der Lohn für mehr als 14 Tage weitergezahlt wird, nach der Beitragsgruppe B 2.

Gesetze, Verordnungen und Erlasse

AMERIKANISCHE BESATZUNGSZONE

I. Land Bayern

Gesetz Nr. 114 über die Vergütung von Lohnausfällen der Arbeitnehmer bei Betriebseinschränkungen und -stillegungen wegen Mangels an Strom, Kohle und Gas vom 25. 3. 1948 (Bayer. GVBl. S. 59).

Gesetz Nr. 119 über die Sozialversicherung der Insassen von Arbeits- und Interniertenlagern vom 19. 4. 1948 (Bayer. GVBl. S. 63).

II. Land Württemberg-Baden

Runderlaß Nr. 146/48 des LAA Württemberg-Baden zu den Erläuterungen des Gesetzes zur Änderung des AVAVG vom 8. 10. 1947 (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden S. 103/48).

In dem Runderlaß werden die Bestimmungen aufgeführt, die zwischenzeitlich aufgehoben worden sind.

Erlaß des AM Württemberg-Baden betr. Leistungen der Krankenkassen — Satzungsänderungen — vom 13. 3. 1948 (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden S. 104).

Durch den vorstehenden Erlaß werden die Bestimmungen des früheren Erlasses vom 18. 12. 45 aufgehoben, wonach in bestimmten Fällen Leistungseinschränkungen vorgenommen werden können, ohne daß das für Satzungsänderungen vorgeschriebene Verfahren durchgeführt wird.

Prüfungsordnung für die Angestellten der gewerblichen Berufsgenossenschaften, abgedruckt im Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden S. 104/48.

Erlaß des AM Württemberg-Baden über die Befreiung von der Sozialversicherungspflicht für Umsiedler — Nr. III S. 1/311 — vom 14. 4. 1948 (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden S. 106).

Nach dem vorstehenden Erlaß sind die nach dem Erlaß in Frage kommenden Umsiedler spätestens seit dem 1. 5. 1945 nach den allgemeinen Grundsätzen sozialversicherungspflichtig.

Erlaß des LVA Württemberg-Baden über die Entrichtung von freiwilligen Beiträgen zur Invaliden- und Angestelltenversicherung durch die Versicherten selbst — Nr. II — 632 — vom 24. 4. 1948 (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden S. 107).

Erste Durchführungsverordnung zum Flüchtlingsrentengesetz, Verordnung Nr. 723 des AM vom 22. 4. 1948 (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden S. 107).

Erlaß des AM Württemberg-Baden über die Durchführung von Nachforschungen nach Staatsangehörigen der Vereinten Nationen durch deutsche Behörden — III S. 10/32 — vom 8. 4. 1948 (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden S. 109).

Erlaß des AM Württemberg-Baden über Kostenersatz an die Krankenkassen gemäß § 4 KB-Leistungsgesetz in Verbindung mit der Verordnung Nr. 197 der Landesregierung vom 5. 2. 1948 — III K 60 e/15 vom 14. 5. 1948 — (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden S. 109).

Jubiläum

Am 5. Juli 1948 blickt Verwaltungs-Amtmann Heinrich Schwinn, Darmstadt, Herderstr. 5, auf eine 50jährige Dienstzeit bei der Landesversicherungsanstalt Hessen zurück. In dieser langen Zeit hat Herr Schwinn die Wandlungen der deutschen Sozialversicherung nicht nur miterlebt, sondern in unermüdlicher treuer Pflichterfüllung praktisch und erfolgreich mitgearbeitet. Er war stets ein treuer Verfechter der beruflichen Organisationen und langjähriger Vorsitzender des Beamten-Fachverbandes.

Unsere Mitarbeiter

Dr. jur. Hans Werneburg, geb. 31. 7. 1885 in Kostheim, Kreis Mainz, wohnhaft in Weingarten/Württemberg, Wildeneggstr. 8.

Angebot

Die Landesversicherungsanstalt Hessen hat noch einige Exemplare einer Statistik über Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Lande Hessen für das Jahr 1946 zum Preise von je 10,— DM abzugeben. Bestellungen sind an das versicherungstechnische Büro der Anstalt in Frankfurt a. M. Gartenstraße 140, zu richten.
Es handelt sich bei der Statistik um eine statistische Auswertung aller Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen.

Bücher und Zeitschriften

Die bisherigen „Mitteilungen des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden" erscheinen ab Nr. 7 (3. Jg.) unter dem Titel „Arbeits- und Sozialrecht". Das Arbeitsministerium Württemberg-Baden will durch die publizistische Verwertung aller aufgeworfenen Fragen arbeitsrechtlicher Art dazu beitragen, eine gesunde Entwicklung auf diesen Gebieten zu garantieren.

Abhandlungen: „Aufhebung der Bestimmungen über die Beitragsfreiheit in der Arbeitslosenversicherung" von Reg.-Rat Dr. E. Strass, Stuttgart, „Krankenkassen und Körperbeschädigtenversorgung" von R. Frank, Stuttgart-Waiblingen. Sonderbeilage VIII: „Die Entwicklung des Sozialversicherungsrechts (ohne Arbeitslosenversicherung) und des Versorgungsrechts in Württemberg-Baden vom 10. Mai 1945 bis 31. Dezember 1947", zusammengestellt von R. Frank, Stuttgart-Waiblingen.

„Blätter für Steuerrecht, Sozialversicherung und Arbeitsrecht" 3. Jg. Heft 7/8: „Lehrvertrag, Lehrlingsvergütung und Sozialversicherung" von Dr. Erdmann.

„Zentralblatt für Sozialversicherung" 2. Jg. Nr. 8: „Das neue Flüchtlingsrentengesetz der amerikanisch besetzten Zone" von Ministerialrat Dr. Horst Schieckel. „Als Archivar in der Sozialversicherung" von Olaf Lichtfeldt, Berlin.

„Arbeitsblatt für die britische Zone" 2. Jg. Heft 3: „Das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen" von Hans Adolf Aye, Essen, Heft 4: „Die Unfallversicherung in der Schweiz" von Dr. jur. Cleff-Bröcker, Duisburg.

„Mitteilungsblatt für die Sozialversicherung" Lübeck, 2. Jg. Heft 5: „Die ursächlichen Zusammenhänge zwischen Ernährung und Krankheit der versicherten Bevölkerung" von Verw.-Dir. Herm. Troppenz, Helmstedt, „Noch einmal: Recht und Billigkeit in der Sozialversicherung" von Assessorin Dr. jur. Cleff-Bröcker, Duisburg, „Die Versicherungsfreiheit von Beschäftigten des öffentlichen Dienstes" von Gg. Leven, Düsseldorf.

„Zentralblatt für Sozialversicherung" 2. Jg. Heft 9: „Die geistigen Grundlagen der Sozial- und Privatversicherung" von Prof. Dr. Dr. Walter Rohrbeck, Köln, „Leistungsverbesserungen in der Krankenversicherung der britischen Zone ab 1. Januar 1948" von Walter Pieper, Herne.

„Material zu den Gegenwartsproblemen der Sozialversicherung", Ergänzungsband, von Ministerialrat Dr. Schieckel, Richard-Pflaum-Verlag München 2. — Preis 9,— RM.

Seit dem Erscheinen des zweiten Bandes der Schriftenreihe des Bayerischen Arbeitsministeriums „Neue soziale Praxis", der unter dem Titel „Gegenwartsprobleme der Sozialversicherung" einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Sozialversicherung bei den Kulturvölkern der Erde gibt und in großen Zügen die Probleme andeutet, die allenthalben hinsichtlich einer Neuordnung der Sozialversicherung diskutiert werden, sind in den verschiedenen Ländern eine Anzahl von Gesetzen erschienen, welche einzelne Zweige der Sozialversicherung neu gestalten, ferner eine Reihe von Gutachten erstattet und Beschlüsse gefaßt wurden, die sich mit Fragen der Neugestaltung der Sozialversicherung befassen. Dieses gesamte Material der Öffentlichkeit gesammelt zu unterbreiten, ist der Zweck des neuen Buches. Diejenigen, die berufen sind, an der Neugestaltung der deutschen Sozialversicherung mitzuarbeiten, haben die Möglichkeit, sich darüber zu unterrichten, was in anderen Ländern inzwischen geschehen ist, welche Fragen dort aufgetaucht und gelöst worden sind, und welche Argumente in Deutschland für und wider die Reform der Versicherung geltend gemacht werden.

Mitglieder- und Krankenstand

der württembergisch-badischen Krankenkassen vom 30. April 1948

(amerikanische Zone)

Gruppe der Kassen	Anzahl der Kassen	Zahl der Mitglieder (einschl. Rentner)	Pflicht-versicherte	Freiwillig Versicherte	Prozentsatz d. arbeitsunfäh. Pflichtmitgl. Rentner	Vormonat	Berichtsmona
1. Allgemeine Ortskrankenkassen	39	1 227 263	751 399	229 547	246 317	4,95	5,00 %
2. Betriebskrankenkassen	115	117 679	92 240	25 439	—	5 69	6,36 %
3. Innungskrankenkassen	10	18 024	14 468	3 556	—	4,50	4,29 %
4. Angestellten-Ersatzkassen	9	136 630	59 570	67 060	—	3,61	3,60 %
5. Arbeiter-Ersatzkassen	3	8 449	4 274	4 175	—	5,19	4,63 %
Summe 1—5	176	1 508 045	931 951	329 777	246 317	4,91	5,02 %

der bayerischen Krankenkassen im Monat April 1948

Gruppe der Kassen:	Zahl der Mitglieder: (ohne Rentner)	Pflichtversicherte:	Freiwillig Versicherte:	Rentner:	Prozentsatz der arbeitsunfähigen Pflichtmitglieder Vormonat:	Berichtsmonat:
1. Allgem. Ortskrankenkassen	2 094 310	1 637 152	457 158	537 557	3,752	3,964
2. Landkrankenkassen	86 219	65 511	20 708	4 593	2,414	2,279
3. Innungskrankenkassen	30 558	22 141	8 417	—	2,929	3,631
4. Betriebskrankenkassen	160 077	132 669	27 408	849	5,315	6,068
5. Ersatzkassen für Arbeiter	15 120	9 621	5 499	—	4,949	4,386
6. Ersatzkassen für Angestellte	230 048	118 541	111 507	—	3,418	3,231
Summe 1—6	2 616 332	1 985 635	630 697	542 999	3,790	4,003
7. Postbetriebskrankenkasse	38 115	27 918	10 197	—	5,58	6,20
8. Eisenbahnbetriebskrankenkasse	90 517	83 679	6 838	23 744	6,32	6,97
9. Süddeutsche Knappschaft	20 618	19 817	801	17 063	6,838	6,853

der hessischen Krankenkassen im Monat Mai 1948

Gruppe der Kassen	Anzahl der Kassen	Zahl der Mitglieder	Pflicht-versicherte	Freiwillig Versicherte	Rentner (einschl. ruhende Renten)	Prozentsatz der Arbeitsunfähigen zur Mitgliederzahl am Ende des Vormonats: (bezogen a.d. Ges.-Mitgl.-Zahl)	Vormonats: (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Ges.-Mitgl. Zahl)	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl)
1. Allgemeine Ortskrankenkassen	40	1 283 481	762 268	222 702	298 511	3,05	5,14	2,63	4,42
2. Betriebskrankenkassen	91	120 818	93 775	27 043	—	5,39	6,95	4,29	5,53
3 Innungskrankenkassen	9	19 877	14 948	4 929	—	3,31	4,41	2,74	3,65
4. Ersatzkrankenkassen (Verwaltungsstellen)	13	172 957	88 479	84 478	—	1,98	3,89	1,76	3,44
Summe von 1 — 4	153	1 597 133	959 470	339 152	298 511				
5. Postbetriebskrankenkasse . . .	1	17 825	14 884	2 941	—	4, 40	5,29	3,98	4,76
6. Reichsbahnbetriebskrankenkasse, Bezirksleitungen Frankfurt/M. und Kassel	1	69 888	44 711	4 601	20 576	7,08	7,82	4,46	6,98
Summe von 1 — 6	155	1 684 846	1 019 065	346 694	319 087				

Schriftleiter: Oberregierungsrat Ostermayer, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main, Gartenstr. 140. - Verlag: Adolf Rausch Verlag Heidelberg, Schließfach 403. - Bankkonto: Südwestbank Heidelberg. - Erscheint jeweils am 1. und 15. jeden Monats. - Einzelpreis DM —.40. Postbezug vierteljährl. RM 2.— zuzügl. Zustellgebühr. - Druck: Mannheimer Großdruckerei G.m.b.H., Mannheim, R 1, 4-6. - Auflage: 17 000.

Die Sozialversicherung

Zeitschrift für alle Angelegenheiten der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung

Herausgeber: Präsident Stock, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main. — Mitherausgeber: Reg.-Dir Hof, Arbeitsministerium Württemberg, Stuttgart. Direktor Peschel, Vorsitzender der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München. - Verlagsort Mannheim

Nr. 10/11 | 1. Juni 1948 | 3. Jahrgang

Mathematik der Sozialversicherung

Eine kritische Betrachtung

Von Regierungsrat Grömig, Lübeck

Die Ausführungen von Reg.-Direktor Peschel in Heft Nr. 20 1947 der „Sozialversicherung" bringen zwar für den alten Versorgungspraktiker keine Neuigkeiten, denn bereits unter der Herrschaft des Reichsversorgungsgesetzes von 1920 bestand die hier aufgeworfene Problematik, ohne daß sich in der praktischen Durchführung im Verhältnis zu den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen Schwierigkeiten ergeben hätten (vgl. dazu auch Entsch. d. Bayr. LV.-Amts, Archiv für RV. 19/141, Nr. 2575, Kommentar zur RVO, herausgegeben vom Reichsverband Deutscher Landesversicherungsanstalten, 4. Aufl., S. 115). Dank gebührt jedoch dem Verfasser, daß er die verschiedenen Möglichkeiten bei der Beurteilung von Tatbeständen im Hinblick auf die Kriegsbeschädigtenversorgung nochmals an Hand von Beispielen aufgezeigt hat. Es ist dies zwar nur ein kleiner Kreis aus der Fülle der Probleme, die das neue Kriegsbeschädigtenrecht mit sich bringt. Den Gerichten, die durch die neuen Gesetze wieder eingeschaltet worden sind, wird schon bezüglich der Anwendung der Bestimmungen der gesetzlichen Unfallversicherung genug Arbeit überlassen bleiben, um Zweifelsfragen zu klären. Es kann in diesem Zusammenhang aber nicht deutlich genug erklärt werden, daß das Kriegsbeschädigtenrecht eine eigene Materie darstellt und bei Anwendung des 3. Buches der Reichsversicherungsordnung immer wieder geprüft werden muß, ob die Vorschriften auch auf diese Materie passen. Daß dabei in sehr vielen Fällen zur Klärung von Zweifeln auf das alte Recht zurückgegriffen werden muß, erscheint schon deswegen angebracht, weil nicht anzunehmen ist, daß man die Erfahrung eines Menschenalters auf dem Gebiete der Kriegsbeschädigtenversorgung einfach über Bord werfen und damit das Produkt mühseliger Arbeit vergangener Zeit, vor allem große Summen Geldes sinnlos vergeuden will.

Was hier zum Gegenstand einer kritischen Beleuchtung gemacht werden soll, sind die Schlußfolgerungen, die der Verfasser seinen Ausführungen anschließt. Er meint, die inneren Ungereimtheiten der Begriffe bereiteten dem Praktiker viele Schwierigkeiten und seien in ihren Grundsätzlichkeiten aus der geschichtlichen Entwicklung heraus zu erklären. Ob dies allerdings der einzige Grund ist und ob nicht doch andere tiefgreifendere Erwägungen hier Platz greifen müssen, soll an Hand folgender Erörterungen gezeigt werden:

Als die Besatzungsmächte nach dem Zusammenbruch Deutschlands daran gingen, die Kriegsbeschädigtenversorgung abzuschaffen, schließlich aber auf starkes Drängen der Betroffenen, Gewerkschaften, Organisationen, Parteien und amtlichen Dienststellen die Einwilligung dazu gaben, daß die Kriegsbeschädigtenversorgung nach den Vorschriften des 4. Buches der RVO durchgeführt wurde, stellte sich bald heraus, daß diese Bestimmungen überhaupt keine befriedigende Regelung für diesen Personenkreis sein konnte, denn die Zahl der wirklich für eine Rentenzahlung in Frage Kommenden war so verschwindend gering, daß ungefähr zwei Drittel der Kriegsopfer für eine Rentenzahlung ausfielen. So konnte beispielsweise ein oberschenkelamputierter Elektriker mit einer Erwerbsminderung von 70 Prozent überhaupt keine Rente erhalten, weil er nicht Invalide im Sinne der RVO war. Daß dies eine unbillige Härte war, schon im Hinblick darauf, daß der Amputierte einen erheblich größeren Verschleiß an Kleidungsstücken hat, liegt auf der Hand. Auch hier konnte sich die Militärregierung den vorgebrachten Argumenten nicht verschließen und ließ sich schließlich dazu bewegen, eine Verordnung nach dem 3. Buche der RVO, wie sie nunmehr in dem neuen KB-Leistungsgesetz vom 1. 2. 1947 für die amerikanische Zone und der Sozialversicherungsdirektive Nr. 27 vom 1. 8. 1947 für die britische Zone Wirklichkeit geworden ist, zu genehmigen.

Für die britische Zone wurden dafür 350 Millionen zur Verfügung gestellt und der Präsident des Zentralamtes für Arbeit in Lemgo angewiesen, entsprechende Gesetzesentwürfe auszuarbeiten. Es wurden nun statistische Erhebungen über die Zahl der bereits gestellten Anträge, aufgeschlüsselt nach Beschädigten, Witwen und Waisen usw., durchgeführt. Und nun war es mit Hilfe mathematischer Berechnungen beim Zentralamt notwendig, den Personenkreis in dem zu erlassenden Gesetze so abzugrenzen, daß nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung die Summe von 350 Millionen, die als eine Art Zwangsjacke nun einmal bestand, nicht überschritten wird. So entstanden bei den einzelnen Personengruppen einschränkende Begriffsbestimmungen, die man im früheren Recht nicht gekannt hatte, die man allerdings wiederfand, wenn man weiter in der Gesetzesgeschichte in die Zeit des wirtschaftlichen Niedergangs und der Notverordnungen zurückblätterte. So entstand auch die viel Unzufriedenheit hervorrufende Bestimmung, daß die Witwen grundsätzlich für sich keine Versorgung erhalten können, es sei denn, sie weisen nach, daß nicht nur vorübergehend mindestens die Hälfte der Erwerbsfähigkeit verloren gegangen ist.

Da der Mensch nun einmal ein recht anpassungsfähiges Wesen ist, hatten die Witwen sehr schnell in Erfahrung gebracht, worauf es ankam. Und nun setzte eine wahre Flut von Anträgen mit einer wahren Flut von Gefälligkeitsattesten ein, die leider bereitwilligst von den Privatärzten abgegeben wurden und in denen bescheinigt wurde, daß die betreffenden Witwen aus einer ganz allgemein gehaltenen Krankheitsursache heraus mindestens 50 Prozent ihrer Erwerbsfähigkeit verloren hätten, und das in einer solchen Zahl, daß schon im Hinblick auf das allgemeine Lebensalter der jungen Witwen aus diesem Kriege jedem Einsichtigen Zweifel an der Richtigkeit der Angaben kommen mußten. Die im Zuge der bekannten erheblichen Personalveränderungen neu eingestellten Aerzte hatten natürlich keine Ahnung, welche Auswirkungen ihre großzügige Art der prompten Zustimmung zu den privatärztlichen Zeugnissen in finanzieller Hinsicht hat und noch weiter haben muß, sondern ließen sich wohl mehr oder weniger nur von durchaus verständlichen menschlichen Rücksichten leiten. Daß damit aber letztlich jede Planung umgestoßen wird und eine Uebersicht über die erforderlichen Mittel für die Aufstellung eines ordnungsgemäßen Haushaltsplanes nicht mehr gewonnen werden können, ist wohl einleuchtend.

Wir sehen an diesem Beispiel, daß jede vom Gesetzgeber gegebene gesetzliche Begriffsbestimmung einen tieferen Sinn hat und daß jedes Rütteln hieran unabsehbare Auswirkungen hat. Daß gerade auf dem Gebiete der Rentenversicherung für die Terminologie finanztechnische Ueberlegungen eine entschei-

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Mathematik der Sozialversicherung. Eine kritische Betrachtung. Von Regierungsrat Grömig, Lübeck	53
2.	Die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Tarifangestellten und Arbeiter der reichsgesetzlichen Krankenkassen nach dem Zusammenbruch (Fortsetzung u. Schluß). Von Gustav Krieger, Ulm/Donau, AOK	55
3.	Aufbau des sozialärztlichen Dienstes. Von Landesvertrauensarzt Dr. med. H. Milark, Frankfurt a. M.	57
4.	Gegenwartsprobleme der Unfallverhütung. Von Oberingenieur Gustav Geissenhöner, München	59
5.	Soziale Sicherheit in Schweden. Von Ministerialdirektor Otto Ernst, Wiesbaden	61
6.	Die Organe der Versicherungsträger. Von Verwaltungsrat Georg Sauerwein, Frankfurt a. M.	62
7.	Rechts- und Verwaltungsprobleme in der Krankenversicherung. Von Verwaltungsdirektor E. K. Scheibe, Stade	63
8.	Rechtsprechung	65
9.	Gesetze, Verordnungen und Erlasse	66
10.	Jubiläum	67
11.	Unsere Mitarbeiter	67
12.	Bücher und Zeitschriften	67
13.	Statistik	67

dende Rolle gespielt haben, ist bekannt. Das gesamte Gebiet der Sozialversicherung, einschließlich der Kriegsbeschädigtenversorgung, war geradezu ein Ablesebarometer für unsere wirtschaftliche Lage. In wirtschaftlich guten Zeiten wurden die Bestimmungen zugunsten der Berechtigten geändert, in Zeiten wirtschaftlichen Niederganges aber schlug der Pendel nach der entgegengesetzten Seite aus. Welche Auswirkungen gerade auf dem Gebiet der Invalidenversicherung auch nur die geringste Aenderung bezüglich des Begriffs der Invalidität haben würde, kann jeder, der sich auf diesem Gebiete eingehender unterrichten will, in der vortrefflichen Schrift von Ministerialrat Dr. Knoll: „Neuaufbau der Sozialversicherung" nachlesen. Eine allgemeine Altersversorgung, wie sie in bombastischer Weise von den Nationalsozialisten proklamiert worden ist, wäre schon aus finanziellen Gründen einfach nicht durchführbar gewesen. Diese Kriegsankündigung kennzeichnet sich damit selbst als eine Propagandamachenschaft übelster Art.

Hieraus geht hervor, daß die einzelnen Gesetze innerhalb der Sozialordnung ihre eigene Gesetzesterminologie haben und haben müssen, je nachdem wie ihre finanzielle Grundlage gesichert ist. Es hängt dies also gar nicht so sehr mit ihrer geschichtlichen Entwicklung zusammen, sondern mit der Art der Aufbringung ihrer Mittel. Die Angestelltenversicherung hat eine andere Begriffsbestimmung als die Invalidenversicherung. Sie kann auch eine Rentenzahlung schon zu einem viel früheren Zeitpunkt beginnen lassen als die Invalidenversicherung, nämlich bei einer 50prozentigen Erwerbsminderung, eben weil die Beitragsleistung der Angestellten eine viel höhere und eine bessere ist. Das Verhältnis von Leistung und Versicherungswagnis ist hier durchaus gesünder. Es ist daher auch allzu bekannt, daß die Angestelltenversicherung im Gegensatz zur Invalidenversicherung eine weit bessere finanzielle Grundlage hatte und kaum der staatlichen Zuschüsse bedurfte.

Nun ist der Begriff der Invalidität nicht nur ein wirtschaftlicher. Er setzt sich vielmehr aus mehreren Komponenten zusammen. Bei der Prüfung der Invalidität ist im Einzelfall folgendermaßen zu verfahren:

„Die Feststellung des gesetzlichen Lohndrittels:*)

1. Es ist zunächst die bisher ausgeübte Berufstätigkeit und die Ausbildung des Versicherten festzustellen;
2. sodann ist zu ermitteln, welche Berufstätigkeit dem Arbeitsleben des Versicherten das Gepräge gegeben hat;
3. schließlich ist zu ermitteln, was körperlich und geistig Gesunde derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durchschnittlich zu verdienen pflegen. Ein Drittel hiervon ist das sogenannte „gesetzliche Lohndrittel."

Die Feststellung des körperlichen und geistigen Zustandes des Versicherten und seine Erwerbsfähigkeit:

1. Der Arzt hat die vorhandenen Gesundheitsschäden und ihre Einwirkung auf die Erwerbstätigkeit des Versicherten zu ermitteln;
2. sodann ist vom Arzt ein Urteil darüber abzugeben, welche Berufstätigkeit dem Versicherten unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seiner bisherigen Berufstätigkeit in seiner Gegend noch zuzumuten ist.

Der Vergleich der Erwerbsfähigkeit des Versicherten mit dem festgestellten Lohndrittel:

Die Ergebnisse zu 1 und 2 sind gegenüberzustellen und eine Entscheidung darüber zu treffen, ob der Versicherte in der Lage ist, durch die ihm zumutbare Tätigkeit noch mindestens das gesetzliche Lohndrittel zu verdienen.

Erst wenn diese Gedankenarbeit beendet ist, kann gesagt werden, ob Invalidität anzunehmen ist oder nicht."

Es ist also nicht so, daß bei der Entscheidung der Frage, ob Invalidität vorliegt oder nicht, nur eine rein rechnerische Einstufung nach Prozentsätzen vorzunehmen ist, sondern es greifen hier medizinische, wirtschaftliche und rechtliche Erwägungen ineinander. Nach feststehender Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes ist es nicht Sache des Arztes, die Invalidität festzusetzen. Sie ist vielmehr vom Verwaltungsbeamten bzw. vom Richter zu treffen. Die ärztliche Abschätzung darf nicht den Ausschlag geben, sie gewährt nur Anhaltspunkte.

Auch bei der Berufsunfähigkeit im Sinne des Angestelltenversicherungsgesetzes liegen die Verhältnisse ähnlich. Bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit konzentriert sich die Prüfung auf drei Fragen:

„1. Ist durch das geltend gemachte Leiden die Arbeitsfähigkeit des Versicherten überhaupt herabgemindert?
2. Liegt, wenn die Frage zu 1 bejaht wird, eine Herabminderung der Arbeitsfähigkeit in einem solchen Maße vor, daß der Versicherte in seinem bisherigen Berufe nicht mehr als die Hälfte des Arbeitsverdienstes eines gesunden Versicherten verdienen kann?
3. Sind die Fragen zu 1 und 2 bejaht, dann muß weiterhin eine Herabminderung der Arbeitsfähigkeit in einem solchen Maße vorliegen, daß der Versicherte auch in seinem bisherigen Berufe o d e r d e r B e r u f s g r u p p e nicht mehr als die Hälfte eines gesunden Versicherten verdienen kann."

*) Entnommen: Dr. Gaber, Post. Invalidenversicherung, Langewort-Verlag, 1. Auflage.

Auch hier liegt also keine Beschränkung auf eine einzige Voraussetzung, sondern ein gleichwertiges Nebeneinander von mehreren Begriffsmerkmalen vor.

In der Kriegsbeschädigtenversorgung, die trotz der Anwendbarkeit der Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung eine begriffliche Verschiedenheit aufweist, haben wir ebenfalls keine alleinige Entscheidung des Arztes, der sein Urteil in Abstufungen von 10 zu 10 v.H. abzugeben hat, sondern auch hier ist das Urteil des Verwaltungsbeamten bzw. des Richters maßgebend. Dabei ist vor allem die Tatsache entscheidend, daß das in Prozenten ausgedrückte Erscheinungsbild im Hinblick auf die Feststellung der „normalen" Erwerbsfähigkeit im Gegensatz zur „individuellen" Erwerbsfähigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung in einer großen Zahl von Fällen völlig verschieden voneinander ist. Diese Verschiedenheit vergrößert sich, wenn man den Vergleich auf die Invalidenversicherung und Angestelltenversicherung ausdehnt.

Die systematische Aufteilung der Begriffe in den einzelnen Gesetzen war erforderlich, um uns an die Beantwortung der Frage heranzuarbeiten, ob ein Vergleich der einzelnen Prozentsätze, wie sie in der Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Angestelltenversicherung oder Kriegsbeschädigtenversorgung als Ergebnis der Prüfung des Tatbestandes oft gegenübergestellt werden, überhaupt möglich ist. Um einen Begriff aus dem Dämmerigen herauszuholen, bedarf es doch mehr als einer oberflächlichen Betrachtungsweise, es bedarf der Beseitigung desjenigen, was die Konturen verwischt. Der Weg, der zu der richtigen Erkenntnis führt, ist die Systematik. Ohne Systematik ist jegliche wissenschaftliche Arbeit unmöglich. Der Theoretiker ist der Praxis gegenüber durch seine Systematik als Lehrer überlegen und die Praxis behält nur eine Ueberlegenheit in der Vermittlung der Anschauung. Erst wenn der Praktiker mit den gleichen wissenschaftlichen Mitteln wie der Wissenschaftler arbeitet und zu dieser Arbeitsmethodik noch der Vorzug der unmittelbaren Beobachtung kommt, erst dann kann er richtige Ergebnisse erhalten. Und nur so können überhaupt Grenzfälle wie überhaupt schwierige Fälle richtig entschieden werden.

Wenn wir nun daran gehen, die Prozentsätze der Kriegsbeschädigtenversorgung mit der Invalidenversicherung oder Angestelltenversicherung zu vergleichen, müssen wir uns das Wesen des Vergleichs klarmachen. Vergleichen kann man nur eine Sache, wenn man sie in Beziehung zu einer anderen Sache bringt, um daran das Mehr oder Weniger der einen gegenüber der anderen zu erkennen. Vergleichen heißt also schließlich nichts anderes als bewerten. Vergleichen kann man aber nur gleiche Dinge. Verglichen werden können mit anderen Worten nur eben zwei Dinge, die miteinander vergleichbar sind. Ungleiche Dinge lassen sich nicht miteinander vergleichen, wenn der Vergleich nicht ein völlig falsches Bild ergeben soll. Vergleicht man beispielsweise 70 g einer einfachen Flüssigkeit mit 70 g einer konzentrierten Flüssigkeit, dann lassen sich wohl die Gewichte miteinander in Vergleich setzen, man kann aber nicht die Gewichte mit der Intensität der Flüssigkeit messen und damit bewerten. Drückt man die beiden Flüssigkeiten wertmäßig aus, so wird jeder auf den ersten Blick sagen, daß die konzentrierte Flüssigkeit mehr an Wert hat als die einfache, obwohl sie beide die gleichen Gewichtszahlen haben; in diesem Sinne ist demnach 70 wertmäßig noch lange nicht gleich 70.

Diese Tatsache auf die Kriegsbeschädigtenversorgung im Verhältnis zu der Invaliden- und Angestelltenversicherung und auch auf das Verhältnis der Versicherungen untereinander übertragen, heißt also Obacht geben, daß man nicht in den eben aufgezeigten Fehler verfällt. 70 % der Kriegsbeschädigtenversorgung und 50 % der Angestelltenversicherung oder 66⅔ % der Invalidenversicherung sind nur Teile eines umfassenderen Begriffs, denn, wie wir gesehen haben, setzt sich der Begriff der Berufsunfähigkeit oder Invalidität aus mehr zusammen als dem prozentualen Ausdruck der körperlichen Verfassung des zu Beurteilenden. Es müssen eben noch mehr Momente hinzukommen, um den vom Gesetzgeber aufgestellten Begriff zu erfüllen. Man kann daher auch nicht dazu übergehen, zu sagen, daß 70 % der Kriegsbeschädigtenversorgung immer schon 66⅔ % der Invalidenversicherung oder 50 % der Angestelltenversicherung in sich schließe, anderenfalls eine Ungereimtheit entstehe und außerdem das Kleinere in dem Größeren begrifflich immer enthalten sei. Hierbei wird der Fehler begangen, daß man Teilbegriffe — und der Prozentsatz ist nur ein Teil vom Ganzen — mit dem Begriffe des Ganzen in Vergleich setzt, also etwas miteinander vergleicht, was gar nicht vergleichbar ist. Wenn man überhaupt Dinge in der Sozialversicherung in Vergleich setzen will, dann kann das nur mit den Begriffen in ihrer Gesamtheit geschehen und nur diese können miteinander verglichen werden. Zu vergleichen sind also immer die Invalidität in ihrer Gesamtheit mit der Berufsunfähigkeit in ihrer Ganzheit, nicht aber ist es möglich, einen Vergleich von Zahlen zu bringen.

Dabei ist schließlich noch zu beachten, daß bei Vergleichen verschiedener Gesetze miteinander der tiefere Sinn und der Zweckgedanke, der den einzelnen Gesetzen zugrundeliegt und der von entscheidender Bedeutung ist, nicht außer acht gelassen werden darf. Hiergegen wird immer und immer wieder in der Praxis verstoßen vor allem von Menschen, die nicht gewohnt sind, wissenschaftliche Systematik zu treiben. Und das ist auch mit einer der Gründe dafür, daß so unendlich viele Klagen über den so unbeweglichen und weltfremden Bürokratismus geführt werden. Erst wenn man alle die hier vorgetragenen Momente zusammengenommen beachtet, kann man auch zu vernünftigen Ergebnissen kommen.

Ob dabei der einfache Mensch unsere Begriffe immer ganz versteht, ist dabei von vollkommen untergeordneter Bedeutung. Wir verstehen manches nicht, was unsere Ingenieure, Ärzte und Wissenschaftler an Überlegungen anstellen und welche Hilfsmittel sie gebrauchen, um zu einem brauchbaren Ergebnis zu kommen. Wir messen ihren Wert oder Unwert nur an ihren praktischen Ergebnissen, die sie zustande bringen. Mich interessiert es im einzelnen auch nicht, welche Hilfsmittel mein Schneider anwendet, um mir einen elegant sitzenden Anzug zu liefern. Wenn wir uns damit abgeben wollten, unsere Gesetzessprache oder Begriffe immer so zu gestalten, daß sie jedermann — auch der Dümmste — sogleich verstehen könnte, so glaube ich, wäre das ein törichtes Beginnen. Es soll damit nicht heißen, daß wir uns einer Geheimsprache bedienen sollen, aber die Millionen Tatbestände des Lebens lassen sich nun nicht einmal so einfach in eine knappe Gesetzessprache oder einer gleichen Begriffswelt einfangen.

Um sich schließlich klarzumachen, warum in den hier aufgeführten Gesetzen immer wieder gleichermaßen eine Prozentzahl erscheint, muß man sich vergegenwärtigen, daß es der Gesetzgeber aus durchaus begreiflichen Gründen unterlassen hat, die Begriffe in ihrem vollen Umfange zu definieren. Diese Arbeit hat er mit Recht der Wissenschaft und der Rechtsprechung überlassen, die die Begriffe auf Grund der unendlichen Mannigfaltigkeit der Tatbestände erst mit Inhalt ausgefüllt hat. Wenn er dabei nähere Anweisung zur Auffindung des Begriffes gibt, dann nur um deswegen, um dem Gesetzesanwender ein Hilfsmittel in die Hand zu geben, denn die menschliche Erkenntnis kann nun einmal nicht auskommen ohne solche Hilfsmittel. Die Zahlen dienen also nur dazu, Vergleichsmaßstäbe zu schaffen und eine genaue Einteilung der Gruppen vorzunehmen. Je mehr man zahlenmäßig differenziert, um so genauer werden die Ergebnisse. Und wer individuelle Arbeit und gerechte und befriedigende Ergebnisse erzielen will, muß differenzieren, will er nicht alles über einen Kamm scheren und damit der seelenlosen Vermassung das Wort reden. Der Prozentsatz ist also geradezu ein Ruhepol für die Erkenntnis, von dem aus der zu Beurteilende seine vergleichende Betrachtungsweise anstellen kann. Begrifflich gesehen ist er etwas, was an sich nicht unbedingt erforderlich ist. Es ließe sich auch sehr wohl ohne Prozentsätze auskommen, wenn man den Begriff der Invalidität oder der Berufsunfähigkeit allein danach beurteilen wollte, ob jemand auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte oder innerhalb seiner Berufsgruppe noch arbeiten kann. In der Kriegsbeschädigtenversorgung haben wir ja eine solche grobe Einteilung bis zum August 1947 praktisch durchgeführt, denn bis zu diesem Zeitpunkte wurde nur nach Versehrtengruppen aufgeteilt. Wir hatten bis zu dieser Zeit also 4 Stufen in der Skala, während wir heute deren 10 haben, eben weil wir von 10 zu 10 Prozent differenzieren.

Man mag zu der Frage der Sozialversicherungsreform stehen wie man will. Verschiedenartige Tatbestände der Kriegsopferversorgung, der Unfallversicherung oder der übrigen Rentenversicherung werden immer verschiedenartige Begriffe entstehen lassen, wobei dahingestellt bleiben mag, ob innerhalb gleicher oder gleichartiger Gruppen eine Angleichung auch begrifflich erfolgen kann. Das aber ist eine Frage, die auf der sozialpolitischen Seite des Problems liegt und hier nicht zu erörtern ist.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß die prozentuale Bewertung in der einen Versicherung keinesfalls auf die andere übertragen werden darf. Verglichen werden kann bei den einzelnen Versicherungsgesetzen nur die Art der Tätigkeit, die nach Sinn und Zweck der einzelnen Gesetze dem einzelnen zugemutet werden kann. Daß dabei prozentuale Bewertungen stattfinden, dient nur dazu, die Erkenntnisse durch Vergleiche zu fördern. Nicht Prozente sind daher miteinander zu vergleichen, sondern die Begriffe der einzelnen Gesetze wie Invalidität, Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung usw. Nur dann, wenn man diese Begriffe miteinander in Vergleich setzt und jeden Zahlenvergleich zwischen den Gesetzen vermeidet, vermeidet man auch eine Verwirrung.

Die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Tarifangestellten und Arbeiter der reichsgesetzlichen Krankenkassen nach dem Zusammenbruch

Von G. Krieger, Allgemeine Ortskrankenkasse Ulm/D.

(Fortsetzung und Schluß)

Versicherung bei der Zusatzversorgunganstalt (des Reichs und der Länder)

Die Zusatzversorgungsanstalt (des Reichs und der Länder) ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie hat den Zweck, den EMitgliedern in Verbindung mit den Renten aus der reichsgesetzlichen Rentenversicherung (Invaliden- und Angestelltenversicherung) eine hinreichende Alters- und Hinterbliebenenversorgung zu gewährleisten.

1. Personenkreis

Bei der ZRL sind nach Nr. 16 der Gemeinsamen Dienstordnung in erster Linie die invalidenversicherungspflichtigen Arbeitnehmer sowie solche angestelltenversicherungspflichtigen Beschäftigte als Pflichtmitglieder zu versichern, die die Versicherung bei der ZRL an Stelle der Überversicherung in der Angestelltenversicherung gewählt haben, soweit sie

a) nicht nur auf bestimmte Zeit, für eine bestimmte Arbeit oder zur Vertretung oder Aushilfe eingestellt sind, und

b) jährlich voraussichtlich mindestens 1300 Arbeitsstunden ableisten und

c) das 18. Lebensjahr vollendet haben und

d) beim Eintritt in das Beschäftigungsverhältnis das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Werden Beschäftigte nach der bestimmten (kalendermäßig festgesetzten) Zeit, nach Erledigung der bestimmten Arbeit oder nach Ablauf der Vertretung oder Aushilfstätigkeit, für die sie eingestellt worden waren, weiterbeschäftigt, so sind sie rückwirkend mit dem Tage des Eintritts in das Beschäftigungsverhältnis zu versichern, soweit die übrigen Bedingungen für die Aufnahme erfüllt sind.

Arbeitnehmer, die nach Vollendung des 65. Lebensjahres weiterbeschäftigt werden, sind bis zur Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses weiter zusätzlich zu versichern.

Hinsichtlich der Angestellten, die nach Nr. 12 GDO an Stelle der Überversicherung in der Angestelltenversicherung die Versicherung bei der ZRL wählen können, ist zu bemerken, daß der Antrag spätestens drei Monate nach dem Zeitpunkt zu stellen ist, in dem die Voraussetzungen des § 29 der Satzung der ZRL erfüllt sind (z. B. Erfüllung des 18. Lebensjahres). Der Antrag wird wirksam mit dem Beginn des Monats der Antragstellung, frühestens jedoch mit dem Tage der Einstellung, wenn der Arbeitnehmer noch nicht überversichert ist, sonst mit dem Beginn des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Antrag gestellt wird.

Werden invalidenversicherungspflichtige Arbeitnehmer vorübergehend angestelltenversicherungspflichtig, so sind sie weiterhin bei der ZRL zu versichern. Die Pflicht zur Überversicherung kommt in diesem Fall nicht in Frage.

Nach der Vierten Änderung der Gemeinsamen Dienstordnung über die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung vom 27. 7. 43 (AN 43 S. II 353) sind jedoch weibliche Arbeitnehmer, die als Haus- und Küchenhilfskräfte oder mit sonstigen überwiegend häuslichen Arbeiten in den Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten, Genesungs- und Erholungsheimen der reichsgesetzlichen Krankenkassen beschäftigt sind, bei der ZRL nur zu versichern, wenn sie es schriftlich beantragen. Diese Personen haben daher bei ihrer Einstellung eine Erklärung (Siehe AN 43 S. II 352) abzugeben, ob sie die Versicherung bei der ZRL beantragen oder nicht.

Während bei der Überversicherung keine Altersgrenze vorgeschrieben ist, gibt es bei der Zusatzversorgungsanstalt, wie aus vorstehenden Ausführungen ersichtlich ist, sowohl eine untere als auch eine obere Altersgrenze. Ausgenommen von der Versicherung bei der ZRL sind somit solche Beschäftigte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie solche Arbeitnehmer, die beim Eintritt in das Beschäftigungsverhältnis das 60. Lebensjahr vollendet haben.

Von der Versicherung bei der ZRL bleiben weiter ausgenommen:

1. Arbeitnehmer, die beim Eintritt in das Beschäftigungsverhältnis bereits Invalidenrente, Angestelltenruhegeld oder Knappschaftsrente beziehen und Arbeitnehmer, die auf Grund des § 1234 RVO von der Verpflichtung, Invalidenversicherungsbeiträge zu leisten, befreit sind,
2. sogenannte Aushilfskräfte, die nur für eine bestimmte (kalendermäßig festgelegte) Zeit oder bestimmte Arbeit eingestellt sind sowie solche Arbeitnehmer, die jährlich weniger als 1300 Arbeitsstunden beschäftigt sind. Bei der Errechnung der jährlichen Mindestbeschäftigungszeit von 1300 Stunden ist in der Regel von dem im Arbeitsvertrag festgelegten Stundenmaß auszugehen.

Eine Befreiung von der Versicherung bei der ZRL kann auch auf Antrag des betr. invalidenversicherungspflichtigen Arbeitnehmers erfolgen, wenn seine zusätzliche Altersversorgung neben der reichsgesetzlichen Versicherung auf andere Weise hinreichend sichergestellt ist (z. B. durch Berufsstellung des Ehemannes).

Als hinreichende zusätzliche Altersversorgung sind in der Regel nur Bezüge im Gesamtjahresbetrag von mindestens 600,— RM anzusehen.

Die Entscheidung über die Befreiung hat die Kasse selbst zu treffen.

Für Versicherte, die infolge Beendigung des Arbeitsvertrages als Pflichtmitglieder ausscheiden, besteht die Möglichkeit, die Mitgliedschaft bei der ZRL freiwillig fortzusetzen. Die genauen Einzelheiten sind im § 31 der Anstaltssatzung geregelt.

2. Meldeverfahren

Formblattmäßige An- und Abmeldungen von Pflichtmitgliedern sind nicht mehr vorzunehmen. Sie werden durch die Verdienstbescheinigungen bzw. Beitragsnachweise ersetzt.

Die Zu- und Abgänge sind der Anstalt jedoch bis auf weiteres listenmäßig mitzuteilen, damit das Mitgliederbestandsverzeichnis laufend berichtigt werden kann.

Formblattmäßig abzumelden sind lediglich die ausgeschiedenen Mitglieder, die Antrag auf freiwillige Weiterversicherung gem. § 31 der Satzung stellen. In diesem Fall ist die Weiterversicherung auf der Abgangsanzeige zu beantragen. Hierbei ist außerdem noch zu vermerken, seit wann die Mitgliedschaft besteht und wie hoch der letzte Monats- bzw. Wochenbruttoverdienst war.

3. Beitragsverfahren

Da die Beitragsmarkenbestände der Anstalt infolge der Kriegsereignisse verloren gegangen sind, hat die ZRL von der Beitragsentrichtung durch Markenverwendung bis auf weiteres Abstand genommen.

Die Beiträge sind jedoch weiterhin nach den bisherigen Beitragsklassen gem. § 34 und 34a der Satzung zu berechnen und nach der Aufstellung der Vergütungs- bzw. Lohnabrechnung unter Angabe der Verwendungszwecke an die Anstalt zu überweisen.

Für Mitglieder, die wöchentlich entlohnt werden, sind 12 Beitragsklassen und für Versicherte, die monatlich entlohnt werden, sind 14 Beitragsklassen vorgesehen.

Der Wochenbeitrag beträgt:

bei einem Wochenverdienst				in Beitragsklasse	Gesamtbeitrag monatl.	Anteil der Kasse	Anteil des Versicherten
					RM	RM	RM
	bis zu	10,— RM		I	—,69	—,46	—,23
von mehr als 10,— RM	bis zu	15,— RM		II	1,05	—,70	—,35
von mehr als 15,— RM	bis zu	20,— RM		III	1,35	—,90	—,45
von mehr als 20,— RM	bis zu	25,— RM		IV	1,62	1,03	—,54
von mehr als 25,— RM	bis zu	30,— RM		V	1,89	1,26	—,63
von mehr als 30,— RM	bis zu	35,— RM		VI	2,16	1,44	—,72
von mehr als 35,— RM	bis zu	40,— RM		VII	2,58	1,72	—,86
von mehr als 40,— RM	bis zu	50,— RM		VIII	2,97	1,98	—,99
von mehr als 50,— RM	bis zu	60,— RM		IX	3,78	2,52	1,26
von mehr als 60,— RM	bis zu	80,— RM		X	4,74	3,16	1,58
von mehr als 80,— RM	bis zu	100,— RM		XI	6,09	4,06	2,03
von mehr als 100,— RM				XII	7,44	4,96	2,48

Der Monatsbeitrag beträgt:

bei einem Monatsverdienst				in Beitragsklasse	Gesamtbeitrag monatl.	Anteil der Kasse	Anteil des Versicherten
					RM	RM	RM
	bis zu	43,34 RM		I	3,—	2,—	1,—
von mehr als 43,34 RM	bis zu	65,— RM		II	4,56	3,04	1,52
von mehr als 65,— RM	bis zu	86,67 RM		III	5,85	3,90	1,95
von mehr als 86,67 RM	bis zu	108,34 RM		IV	7,02	4,68	2,34
von mehr als 108,34 RM	bis zu	130,— RM		V	8,19	5,46	2,73
von mehr als 130,— RM	bis zu	151,67 RM		VI	9,36	6,24	3,12
von mehr als 151,67 RM	bis zu	173,34 RM		VII	11,19	7,46	3,73
von mehr als 173,34 RM	bis zu	216,67 RM		VIII	12,87	8,58	4,29
von mehr als 216,67 RM	bis zu	260,— RM		IX	16,38	10,92	5,46
von mehr als 260,— RM	bis zu	346,67 RM		X	20,55	13,70	6,85
von mehr als 346,67 RM	bis zu	433,34 RM		XI	26,40	17,60	8,80
von mehr als 433,34 RM	bis zu	500,— RM		XII	32,25	21,50	10,75
von mehr als 500,— RM	bis zu	600,— RM		XIII	39,—	26,—	13,—
von mehr als 600,— RM				XIV	45,—	30,—	15,—

Für die Einweisung in die Beitragsklassen ist der tatsächliche Verdienst zugrunde zu legen, d. h. also das Arbeitsentgelt, von dem die Beiträge des Mitglieds zur Sozialversicherung zu berechnen sind (§ 160 RVO).

Sachbezüge (wie Wohnung, Verpflegung) sind mit ihrem Geldwert somit ebenfalls zu berücksichtigen.

Bei der Beitragsberechnung ist jedoch zu beachten, daß die Einkommenshöchstgrenze, die für die Beitragsbemessung zur ZRL in Frage kommt, bei RM 1300,— monatlich liegt. Es sind deshalb in den Fällen, in denen die Bezüge krankenversicherungspflichtiger Angestellter RM 300,— monatlich und die der übrigen Angestellten 600,— RM monatlich unter Hinzurechnung der Familienzuschläge überschreiten, die Familienzuschläge bis zum Höchstbetrag von RM 1300,— monatlich zu berücksichtigen. Die gesetzlichen Beitragsanteile der Kasse zur Zusatzversorgungsanstalt sind wie die Beitragsanteile der Kasse zur Überversicherung nach den Lohnsteuerrichtlinien von 1940 in der Fassung von 1947 ebenfalls nicht lohnsteuerpflichtig.

Bei einer Erkrankung des Mitglieds sind die Beiträge in der Beitragsklasse zu leisten, der der Versicherte vor der Erkrankung angehört hat, wenn und solange das Mitglied Krankengeldzuschuß (Krankenbeihilfe) erhält.

Für Mitglieder, die bei Arbeitsunterbrechungen (Beurlaubung ohne Lohn, länger dauernde Krankheit) die Zusatzversicherung aufrecht erhalten wollen und sich deshalb nach § 38 der Satzung bei der ZRL freiwillig weiterversichern, sind jedoch von der Kasse keine Beiträge entgegenzunehmen und abzuführen. Der Versicherte hat in diesem Fall selbst für die ordnungsgemäße Beitragsentrichtung Sorge zu tragen.

Bei rückwirkend vorgenommener Veränderung der Bezüge (z. B. Höhergruppierung) sind die entrichteten Beiträge nicht nachträglich umzurechnen.

Bei unrichtig berechneten Bezügen ist dagegen ein Ausgleich vorzunehmen, und zwar ist die unrichtige Beitragsbemessung jeweils bei der nächsten Lohn- bzw Vergütungsabrechnung nach Feststellung des Fehlers auszugleichen.

Der Anteil der Kasse an den Beiträgen der Pflichtmitglieder beträgt wie in der Überversicherung ebenfalls zwei Drittel und der Anteil des Pflichtmitgliedes ein Drittel.

Bezüglich der Nachentrichtung von Beiträgen bei Wiederaufnahme eines Mitglieds und Wiederversicherung früherer Mitgliedschaftszeiten wird auf die §§ 39 und 40 der Satzung verwiesen.

Für das einzelne Mitglied ist ein Beitragsnachweis nach dem von der ZRL vorgeschriebenen Muster auszufertigen. Die Erstschrift desselben ist am Ende des Kalenderjahres oder bei Ausscheiden des Mitglieds an Stelle der Beitragskarte an die Anstalt einzusenden. Die Zweitschrift ist dem Mitglied auszuhändigen.

Das einmalige Eintrittsgeld in Höhe von RM 2,—, das früher mit dem ersten Beitrag zu zahlen war, ist weggefallen.

Neben der Zahlung des Beitragsanteiles haben sich die Krankenkassen nach § 27 der Anstaltssatzung auch an den Kosten der Verwaltung im Verhältnis des Beitragsaufkommens der Anstalt zu beteiligen. Diese Anteile an den Verwaltungskosten der ZRL sind ebenfalls lohnsteuerfrei.

Bezüglich der Rückerstattung von geleisteten Beiträgen an frühere Mitglieder und an Personen, die gemäß § 76b anwartschaftsberechtigt sind, sind die Bestimmungen des § 42 der Satzung und bezüglich der Erstattung von Beiträgen beim Ausscheiden eines Mitglieds durch Tod vor Erfüllung der Wartezeit und beim Tod des Anwartschaftsberechtigten sind die Bestimmungen des § 43 der Anstaltssatzung maßgebend. Hervorzuheben ist hierbei vor allem der Abs. 2d des § 42, wonach im Gegensatz zur Angestelltenversicherung nur solche weibliche Mitglieder auf ihren Antrag die Hälfte der geleisteten Beiträge zurückerhalten, die aus Anlaß der Verheiratung aus dem Beschäftigungsverhältnis und damit aus der Mitgliedschaft ausscheiden und der Abs. 2c des § 42, wonach bei angestelltenversicherungspflichtigen Mitgliedern eine Erstattung von Beiträgen nur bei nachweislicher Aufgabe der sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit überhaupt (überschreiten des Monatsverdienstes von RM 600,— genügt nicht) in Frage kommt.

Sowohl die Beitragsanteile der Kasse zur Zusatzversorgung als auch die Beitragsanteile der Kasse zur Überversicherung sind buchungstechnisch als persönliche Verwaltungsausgaben zu behandeln und bei Kapitel 12 Titel 1 in Ausgabe zu buchen.

Die Beitragsanteile der Versicherten zur Zusatzversorgung und zur Überversicherung sind in den Besoldungs- bzw. Zahlungsbogen unter den Abzügen in besonderer Spalte aufzuführen. Dies hat auch den Vorteil, daß dann die monatliche Abrechnung der Gesamtbeiträge zur Überversicherung bzw. Zusatzversorgung ohne Schwierigkeiten möglich ist.

4. Leistungen

Die Leistungen der Anstalt sind — rechtlich und finanziell unabhängig von der reichsgesetzlichen Sozialversicherung — folgende:

I. **Während der Mitgliedschaft**
   Sterbegeld beim Tode der Ehefrau.

II. **Beim Ausscheiden aus der Mitgliedschaft**
   1. Nach Eintritt der Invalidität oder nach Vollendung des 65. Lebensjahres Zusatzrente, die sich aus Grund- und Steigerungsbetrag zusammensetzt.
   2. Beim Tode eines Mitglieds und beim Tode eines Zusatzrentenempfängers.
      a) Witwenrente
      b) Waisenrente
      c) Sterbegeld
   3. Beim Tode einer Witwenrentenberechtigten: Sterbegeld.

Bezüglich der Arbeitnehmer, die beim Eintritt in das Beschäftigungsverhältnis mehr als 45 Jahre sind, ist zu bemerken, daß sich die ZRL vorbehält, die von der Anstalt zu leistenden Renten für den Versicherten auf 15 v. H. der geleisteten Beiträge zu beschränken, wenn der Versicherungsfall vor Vollendung des 65. Lebensjahres eintritt. Inwieweit bei Eintritt des Versorgungsfalls von dem Vorbehalt Gebrauch gemacht wird, wird im allgemeinen von der Dauer der Dienstzeit des Mitglieds im öffentlichen Dienst abhängen.

Hinsichtlich der angestelltenversicherungspflichtigen Mitglieder ist noch hervorzuheben, daß nach Nr. 12 der GDO die ZRL diesen Versicherten beim Eintritt des Versicherungsfalles vor Erfüllung der Wartezeit (60 Beitragsmonate) im Wege des Härteausgleichs mindestens dieselben laufenden Bezüge zu gewähren hat, die der Steigerung des Ruhegeldes (Witwen- oder Waisengeld) der Angestelltenversicherung entsprechen würden, wenn diese Versicherten für den gleichen Zeitraum in der Rentenversicherung der Angestellten überversichert worden wären.

Die ZRL wird ferner den nach § 29 Abs. 5 der Satzung aufgenommenen angestelltenversicherungspflichtigen Mitgliedern bei Eintritt des Versicherungsfalles vor Vollendung des 65. Lebensjahres mindestens die laufenden Bezüge bewilligen, die der Steigerung des Ruhegeldes (Witwen- und Waisengeld) bei der Rentenversicherung der Angestellten entsprechen würden, wenn diese Mitglieder für den gleichen Zeitraum bei der Rentenversicherung der Angestellten überversichert worden wären.

Im übrigen ist bis zu einer in Vorbereitung befindlichen durchgreifenden Änderung der Anstaltssatzung die bisherige Satzung

(Fassung vom Oktober 1944) weiter anzuwenden, jedoch mit den nachstehend aufgeführten Einschränkungen:

1. Die freiwillige Weiterversicherung von Mitgliedern, die die Wartezeit noch nicht erfüllt haben (§ 31 Abs. 4 d. S.), wird bis auf weiteres nicht zugelassen.
2. Die Erstattung von Beiträgen (§§ 42 und 43 der Satzung) für Zeiträume vor dem 1. Mai 1945 kann bis auf weiteres nicht erfolgen, weil zur Zeit nicht zu übersehen ist, welche Veränderungen sich in der Bewertung der Rücklage der Anstalt, die fast ausschließlich aus Reichsanleihen besteht und der die Beiträge zugeführt worden sind, ergeben werden. Ausgenommen sind hiervon vorläufig nur:
   a) die Überleitung von Mitgliedszeiten auf andere Zusatzversorgungseinrichtungen nach allgemeiner Vereinbarung gemäß § 87 der Satzung,
   b) die Erstattungen gemäß § 42 Abs. 6 Satz 2 der Satzung (an Mitglieder, die vor Erfüllung der Wartezeit ohne Rentenanspruch wegen Invalidität ausscheiden); in diesen Fällen werden jedoch bis auf weiteres von den vor dem 1. 5. 1945 geleisteten Beiträgen (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile) nur 50 Prozent erstattet,
   c) die Erstattungen gemäß § 43 Abs. 1 der Satzung (an Hinterbliebene von Mitgliedern, die vor Erfüllung der Wartezeit verstorben sind). Es werden bis auf weiteres von den vor dem 1. 5. 1945 geleisteten Arbeitnehmer-Beitragsanteilen nur 50 Prozent erstattet.
3. Der § 57a der Satzung (RBB 1944 S. 80 Nr. 4324) findet keine Anwendung mehr.
4. Leistungen auf Grund der Härteausgleichsbestimmungen der Satzung (§§ 58, 75, 76 Abs. 4 der Satzung) können im allgemeinen nicht mehr bewilligt werden.

Außerdem wird auf die Ausführungen von Amtmann Siebenlist in Heft Nr. 17/47 Seite 147 dieser Zeitschrift verwiesen.

Sämtliche Leistungsanträge sind an die Verwaltung der Zusatzversorgungsanstalt im Amberg/Obpf. zu richten. Dort können auch die benötigten Vordrucke angefordert werden.

Die Rentenzahlungen erfolgen wie bisher auf dem Weg über das Postzahlverfahren.

Die Krankenkassen haben die ZRL in der Erfüllung der Aufgaben, die sich durch die Vereinbarung zwischen den betr. Kassen und der ZRL (Anlage zu Nr. 16 der GDO über die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung) ergeben, zu unterstützen und dem Ersuchen um Auskünfte zu entsprechen.

Auf Grund des § 5 Abs. 5 der Vereinbarung bleibt der ZRL vorbehalten, die Richtigkeit und Vollständigkeit der Beitragsentrichtung der zu versichernden Arbeitnehmer an Ort und Stelle nachzuprüfen.

Wie aus vorstehenden Ausführungen zu entnehmen ist, wird durch die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung sowohl den Arbeitern als auch den Angestellten im öffentlichen Dienst, die aus den mannigfachsten Gründen (z. B. Alter, Mangel an Planstelle usw.) nicht in der Lage sind, zu einer Plan- d. h. Beamtenstelle kommen zu können, für ihren Lebensabend weitgehend geholfen.

Es ist daher zu hoffen, daß auch im Falle einer Änderung des Tarifrechts und im Falle einer Reform der Sozialversicherung aus sozialen Gesichtspunkten heraus die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung auch weiterhin bestehen bleibt, zumal sich diese Einrichtung im öffentlichen Dienst bereits schon seit vielen Jahren bestens bewährt hat. Ein Schritt in dieser Richtung wurde in Württemberg-Baden bereits dadurch getan, daß in dem Beamtengesetz für Württemberg-Baden vom 19. November 1946 (Gesetz Nr. 36) unter Abschnitt I Art. 11 (6) bestimmt ist, daß für die Angestellten und Arbeiter des öffentlichen Dienstes zur Annäherung an die Versorgungsrechte der Beamten neben der Rentenversicherung (Angestellten- und Invalidenversicherung) nach Maßgabe besonderer Vorschriften eine zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung besteht.

Anmerkung der Schriftleitung

Die Zusatzversorgungsanstalt (des Reichs und der Länder) teilt uns unter Bezugnahme auf den ersten Teil des vorstehenden, in der Nr. 6/7 der Zeitschrift veröffentlichten Aufsatzes mit, daß es nicht zutrifft, daß sie in Liquidation geraten war. Sie habe vielmehr ihre Geschäfte ohne Unterbrechung — mit Ausnahme in der sowjetischen Besatzungszone und der Stadt Berlin — weitergeführt.

Aufbau des sozialärztlichen Dienstes

Von Landesvertrauensarzt Dr. H. Milark, Frankfurt a. M.

Über das Thema „Sozialärztlicher Dienst" wird in den interessierten Kreisen seit etwa zwei Jahren viel geredet, in die breitere Öffentlichkeit ist bisher nur wenig gedrungen. Bei den Landesversicherungsanstalten der westlichen Zonen ist man sich wohl über die Notwendigkeit einer Zusammenfassung der verschiedenen ärztlichen Sparten der Sozialversicherung im Prinzip einig; der Grundgedanke dabei ist, dem Leistungsberechtigten die Inanspruchnahme zu erleichtern und ärztlich im ganzen zu einer einheitlicheren Begutachtung zu kommen. Vonseiten der großen Krankenkassen sind andere Stimmen laut geworden, die für ihre Selbständigkeit einschließlich des ärztlichen Dienstes plädieren, bei sich also einen eigenen ärztlichen Dienst einrichten wollen. Inzwischen hat der süddeutsche Länderrat die drei Arbeitsministerien aufgefordert, einen Vorschlag zu unterbreiten, wie man sich den Aufbau eines sozialärztlichen Dienstes etwa denkt. Nachdem ich mich seit August 1946 intensiv mit dieser Frage beschäftigt habe, gebe ich meiner Auffassung darüber in folgendem Ausdruck.

Unter dem Begriff „Sozialarzt" sollte man einen mit besonderen fachlichen Kenntnissen und Fähigkeiten ausgestatteten Arzt verstehen, der für die Allgemeinheit der Hilfsbedürftigen, die in irgendeiner Hinsicht an der Sozialversicherung beteiligt sind, uneigennützig seine volle ärztliche Arbeitskraft einsetzt. Der Sozialarzt muß mehr wissen und mehr können als ein Durchschnittsarzt, er muß in jeder Situation wirklich ärztlich handeln und urteilen. Man hat von ihm ein hohes ärztliches Berufsethos zu verlangen; in Ausübung seiner sozialärztlichen Tätigkeit soll er aus innerer Berufung und Überzeugung heraus dem jeweiligen menschlichen Notstand abhelfen wollen, er soll neben der Feststellung des körperlichen Befundes auch die seelische Verfassung und die Umgebung des Patienten, sein Milieu, bei Abgabe seiner Beurteilung berücksichtigen, er soll nicht nur soziales Verständnis haben, sondern auch eine ausgeprägte soziale Gesinnung zeigen.

Hierzu sind allein ältere, in jeder Hinsicht sehr erfahrene, gute Ärzte geeignet, die eine entsprechende fachliche Allgemeinausbildung aufweisen, leistungsfähig, tatkräftig und umsichtig, verantwortungsbewußt und taktvoll, auch organisatorisch befähigt sind und nicht zuletzt alle versicherungsrechtlichen Möglichkeiten beherrschen. Sie müssen wissenschaftlich so weit interessiert sein, daß sie ihren Ausbildungsstand von sich aus durch Eigenstudium laufend ergänzen, z. B. ihre Teilnahme an Fortbildungslehrgängen, Kongressen usw. selbst zu erwirken bemüht sind. Unter solchen Voraussetzungen würde ohne Zweifel sichergestellt sein, daß der Sozialarzt in seinem Wirkungsbereich durch seine Leistungen allmählich das volle Vertrauen der Gemeinschaft der Versicherten bekommt und daß er sich in der Ärzteschaft seines Bezirkes eben durch seine Persönlichkeit eine derartige Stellung schafft, daß sein Urteil als autoritativ maßgeblich anerkannt wird und jeder behandelnde Arzt seinen diagnostischen Hinweisen und therapeutischen Vorschlägen gern Rechnung trägt.

Das ärztliche Urteil des Sozialarztes hat unparteiisch auf Grund eigener Untersuchung oder Aktenkenntnis unter Heranziehung aller irgendwie für den Einzelfall in Betracht kommenden diagnostischen Methoden, die ihm nach Möglichkeit dienstlich zur Verfügung zu stellen (klinisches Labor, Röntgen, EKG usw.) oder ihm bei nahegelegenen Kliniken oder Krankenhäusern zugänglich zu machen sind, allein nach ärztlicher Überzeugung und pflichtgemäßem Ermessen zu erfolgen. Es muß dienstlich dafür gesorgt werden, daß die ärztlichen Kenntnisse des Sozialarztes durch Beschaffung von Fachliteratur, Bezug von medizinischen Zeitschriften, Teilnahme an Fortbildungskursen u. dergl. laufend auf der Höhe gehalten werden.

Die Stellung des Sozialarztes muß in jeglicher Beziehung eine unabhängige sein. Die Sozialversicherung ist in allen ihren Teilen nach dem Grundsatz der Selbstverwaltung organisiert, darin muß auch ihr sozialärztlicher Dienst eingeschlossen sein. Seine Zuteilung zur Landesversicherungsanstalt als einem unbeteiligten Sozialversicherungsträger, wie das seinerzeit mit dem vertrauensärztlichen Dienst der Krankenkassen geschehen und wie es jetzt mit dem sozialärztlichen Dienst beabsichtigt ist, kann nicht als Endlösung angesehen werden, weil der sozialärztliche Dienst alle ärztlichen Sparten der Sozialversicherung umfassen soll, die LVA jedoch als Sozialversicherungsträger für die Angestellten- und die Invalidenversicherung und als mit der Durchführung des Körperbeschädigten-Leistungsgesetzes beauftragt nicht mehr „unbeteiligt" ist. Es ist da vorgeschlagen worden, den sozialärztlichen Dienst mit dem Landesversicherungsamt zu verbinden. Das Landesversicherungsamt ist heute bei den einzelnen Ländern als oberste Spruch-, Beschluß- und Aufsichtsbehörde für Sozialversicherungsfragen eingerichtet oder vorgesehen, hat also jeweils die Aufgaben des früheren Reichsversicherungsamtes übernommen und ist damit eine rechtsprechende Instanz. Der sozialärztliche Dienst stellt jedoch für die Sozialversicherung einen integrierenden Bestandteil der Selbstverwaltung dar. Beides — Rechtsprechung und Verwaltung — müssen getrennt bleiben! Es kann also der sozialärztliche Dienst nicht dem Landesversicherungsamt unterstellt werden. Ich möchte daher empfehlen, analog der früheren „Gemeinschaftsstelle beim Reichsversicherungsamt" bei den Landesversicherungsämtern eine solche „Stelle für den sozialärztlichen Dienst" zu schaffen. Diese wäre Außenstelle der Landesversicherungsanstalt, hätte also nichts mit der Tätigkeit des Landesversicherungsamtes gemein, sie würde für den sozialärztlichen Dienst wirkliche Selbständigkeit bedeuten, ebenso wäre die Objektivität des sozialärztlichen Urteils damit nach außen hin garantiert. Die Sozialärzte hätten auch dann wie zuvor in erster Linie die Aufgabe, ärztliche Berater aller Sozialversicherungsträger ihres Bezirkes und zugleich jeweils ärztlicher Mittler zwischen Patient, behandelndem Arzt und Sozialversicherungsträger zu sein. Weiterhin hätten sie auf ihrem Gebiet für Wahrung der gesetzlichen Bestimmungen zu sorgen und auf Ordnung bei der Inanspruchnahme der Sozialversicherung zu achten, also durch

ihr ärztliches Urteil den Mißbrauch von Volkswerten durch eigensüchtige Nutznießer zu verhüten. Das schließt sich ärztlich nicht gegenseitig aus und bedeutet auch keinesfalls „wirtschaftliches Zweckdenken". Der Sozialarzt ist kein Aufpasser oder Besserwisser, auch kein „Sanitätspolizist", sondern Verwaltungsmediziner und als solcher Arzt, für den der Grundsatz „suprema lex salus aegroti" (oberstes Gesetz ist das Wohl des kranken Menschen) ebenso gilt, wie für den frei praktizierenden oder irgendeinen anderen wahren Arzt.

Organisatorisch ist die sozialärztliche Tätigkeit dezentralisiert aufzubauen in dem Sinne, daß diese an die Leistungsberechtigten herangebracht wird. Zweckmäßig wird in jeder Kreisstadt eine hauptamtlich zu besetzende sozialärztliche Dienststelle geschaffen, die für alle ärztlichen Fragen der Sozialversicherung allein zuständig ist. Wenn das aus räumlichen Gründen besonders in der Jetztzeit in Anlehnung an die größte Krankenkasse am Ort geschehen muß, gegebenenfalls auch zwecks Abhaltung von auswärtigen Sprechtagen mit einer Nebenuntersuchungsstelle entsprechend den vorhandenen Zahlstellen der Krankenkassen, Nebenstellen der Arbeitsämter usw., so darf daraus keineswegs eine Unterstellung unter den Leiter dieser Krankenkasse abgeleitet werden. Diese sozialärztlichen Dienststellen sind vielmehr Außenstellen der LVA. Je nach Ausdehnung der Bezirke sollten bewährte, als solche auch weiterhin tätige Sozialärzte mit der Überwachung des laufenden Dienstes beauftragt werden (Obersozialärzte). Eigene fachärztliche Untersuchungsstellen für zeitraubende und besonderer Apparaturen bedürftige Spezialuntersuchungen, Beratungsstellen für Volkskrankheiten usw., Kuranstalten, Genesungs- und Erholungsheime wären nach Bedarf sozialärztlich zu besetzen. Alle sozialärztlichen Einrichtungen dürfen jedoch lediglich den Aufgaben des sozialärztlichen Dienstes gerecht werden, nicht aber in die Tätigkeit eines praktizierenden Arztes eingreifen.

Die Lenkung des sozialärztlichen Dienstes muß durch eine ärztliche Spitze erfolgen, die dem Vorstand der LVA verantwortlich ist, im übrigen in enger Fühlung mit deren anderen Geschäftsabteilungen, den übrigen Sozialversicherungsträgern, mit den staatlichen Medizinalbehörden, mit der Ärzteschaft und ihrer berufsständischen Vertretung, mit den medizinischen Hochschulen und Instituten sowie mit den Gewerkschaften und den Einzelbetrieben arbeitet. Keine, jeden Fortschritt lähmende bürokratische Einstellung, sondern ein menschlich-lebendiges Helfenwollen, das unter praktischer Auswertung schöpferischer Ideen zum gestaltenden Helfenmüssen wird, kann zu einem gesunden Aufbau des sozialärztlichen Dienstes führen, der innerhalb der Organisation der Sozialversicherung zum mindesten als gleichberechtigter Faktor gelten muß. Das selbständige Medizinaldezernat setzt ärztliche Referenten und Sachbearbeiter entsprechend den verschiedenen Belangen der Sozialversicherung nach Bedarf ein. Besonders wichtig ist es, durch ausgesucht-tüchtige ärztliche Persönlichkeiten eine Gutachten-Prüfzentrale zu bilden, um in der ärztlichen Begutachtung zu möglichst gleichartigen Auffassungen und gerechten Entscheidungen zu kommen, sowie eine Zentraleinweisung für Kur- und Erholungskranke zu schaffen, um eine schnellere Durchführung von Heilverfahren zu erzielen. Der Leiter des Medizinaldezernates hat die fachliche Dienstaufsicht im Gesamtbereich des Landes für den sozialärztlichen Dienst zu übernehmen. Eine Ausnahme müßte wohl die Bearbeitung der Tuberkulosefragen bilden, denn die Tbc-Bekämpfung muß einheitlich im Lande erfolgen, greift also über den Aufgabenbereich der Sozialversicherung hinaus; die Einsetzung eines selbständigen Landestuberkulosearztes erscheint daher zweckmäßig.

Was soll nun alles sozialärztlich berücksichtigt werden?

Die Landesversicherungsanstalt ist in der Hauptsache Sozialversicherungsträger für die Rentenversicherung, also für die Invaliden- und Agestelltenversicherung. Die erforderlichen ärztlichen Gutachten wurden früher von älteren erfahrenen Ärzten erstattet, die wußten, worauf es dabei ankommt. Diese wurden für die verschiedenen Bezirke in einer Liste als „Vertrauensärzte" geführt und nach Formularpauschale honoriert. Vielfach sind dazu die Kreisärzte nebenamtlich beansprucht worden. Diese Gutachten wurden von dem hauptamtlich bei der LVA angestellten Hauptvertrauensarzt überprüft und so fachlich ungefähr auf einen Nenner gebracht. Nach dem Zusammenbruch hat sich das wesentlich geändert. Die alten Vertrauensärzte sind im Laufe des langen Krieges oder der Nachkriegszeit aus den verschiedensten Gründen ausgeschieden, die früheren Vertrauensarztlisten stimmen längst nicht mehr. Die jungen Ärzte haben für die Gutachtertätigkeit keinerlei Erfahrung und auch wenig Interesse, die wenigen älteren Kreisärzte sind amtlich derart überlastet, daß sie diese Arbeit nur in Eile selbst machen können oder sie jungen Hilfskräften zuweisen. Das Ergebnis davon ist, daß alle diese Gutachten jetzt vielfach recht schlecht im Kurs stehen. Es ist daher das Bestreben der LVA verständlich, die Rentengutachten von ihren hauptamtlichen Vertrauensärzten, vorläufig nach deren eigentlichem Dienst für die Krankenversicherung gegen Kostenerstattung, machen zu lassen.

Die LVA hat durch das Aufbaugesetz von 1934 — das kein „Nazigesetz" ist, vergl. diese Zeitschrift Nr. 24 v. 15. 12. 47 — mit den Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung die Durchführung des vertrauensärztlichen Dienstes der Krankenkassen übertragen bekommen. Hierzu sind hauptamtliche Vertrauensärzte bei der LVA angestellt worden, deren Aufgaben und Rechte durch das Reichsversicherungsamt festgelegt worden sind. Es unterliegt gar keinem Zweifel, daß — wie ich immer wieder gehört habe — durch die Zentrale des vertrauensärztlichen Dienstes fachlich außerordentlich viel getan worden ist und daß sich diese Einrichtung für die Sozialversicherungsträger nur vorteilhaft ausgewirkt hat. Leider ist auch dieser vertrauensärztliche Dienst der LVA politisch mißbraucht worden, so daß nach dem Zusammenbruch nur noch Reste übrig blieben, und zwar nicht nur personell, sondern zugleich meist unterbringungs- und auch ausstattungsmäßig. Nur ganz allmählich können wir hier wieder im Aufbau vorwärtskommen! Die Personal- und die Raumfrage ist oft nicht einfach zu lösen. Sehr störend wirken sich auch die augenblicklichen Verkehrsschwierigkeiten aus, wodurch sowohl die ärztliche Dienstaufsicht, wie der fachliche Gedankenaustausch, die Weiterbildung der Vertrauensärzte usw. beinahe unmöglich gemacht wird. Aber diese Umstände sind zeitbedingt! Die Zusammenfassung des vertrauensärztlichen Dienstes für alle Krankenkassen bei einer besonderen Dienststelle hatte sich seinerzeit als notwendig erwiesen und hat ihre Bewährungsprobe durchaus bestanden. Es ist bei dem Aufbau des sozialärztlichen Dienstes nur notwendig, die dabei gemachten Erfahrungen sinnvoll auszuwerten und die neuen Aufgaben zielbewußt einzugliedern.

Die LVA Hessen hat mit einzelnen Dienststellen der Arbeitsverwaltung die Durchführung des arbeitsamtsärztlichen Dienstes durch ihre Vertrauensärzte vertraglich geregelt. Das ist ärztlich wie sozialpolitisch sehr zu begrüßen, weil dadurch die immer wieder auftretenden Gegensätzlichkeiten in der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bezw. Arbeitseinsatzmöglichkeit weitgehend ausgeschaltet werden. Die verwaltungsmäßig dabei bestehenden Schwierigkeiten sollten gegenüber dem dadurch angestrebten Hauptzweck, nämlich zu einheitlicheren Auffassungen in der ärztlichen Begutachtung zu kommen, zurücktreten. Diese Regelung müßte daher allgemein beim Aufbau des sozialärztlichen Dienstes Berücksichtigung finden! In die sozialärztliche Tätigkeit für die Arbeitsverwaltung sollte weiterhin eine werkärztliche Tätigkeit eingeschlossen werden. Wenn man ärztlich über die Fragen der Arbeitsfähigkeit und was damit zusammenhängt urteilen soll, kann dieses nur richtig geschehen, wenn die Betriebe und darin die einzelnen Arbeitsplätze dem Arzt bekannt sind. Jedoch nicht nur große Fabriken, die es sich finanziell leisten können, dürfen einen Betriebsarzt zur Verfügung haben, sondern es müssen das auch die kleinen Betriebe; überhaupt überall da, wo Arbeitsplätze besetzt sind, sollte fürsorgerisch eine sozialärztliche Überwachung erfolgen. Nicht aber durch einen von der Werkleitung angestellten Arzt, der mehr oder weniger sich doch dieser gegenüber verpflichtet fühlt, sondern durch einen unabhängigen, hauptamtlich angestellten Sozialarzt, dessen Arbeit von der Werkleitung und dem Betriebsrat selbstverständlich unterstützt werden muß. Alsdann werden wir auch endlich dazu kommen, daß die praktische Auswirkung der auf Kosten der Sozialversicherung durchgeführten Heilverfahren tatsächlich Platz greift und ein Arbeitseinsatz entsprechend der ärztlichen Beurteilung durch den behandelnden Arzt der Kuranstalt usw. sozialärztlich überwacht und durchgesetzt wird. In diesem Sinne wäre z. B. auch der Ausbau einer Kreislaufkrankenbetreuung, wie sie von Herrn Dr. Neumann des Sanatoriums Küppelsmühle in Bad Orb (Spessart) vorgeschlagen wurde, zu betreiben, womit wirklich sozialärztlich gehandelt werden würde.

Die Landesversicherungsanstalten in der US-Zone haben mit dem 1. 2. 48 die Durchführung des KBLG übertragen bekommen. Das gleiche ist für die britische Zone durch die Direktive Nr. 27 angeordnet worden. Damit ist zwangsläufig zu dem bisherigen hauptamtlichen vertrauensärztlichen Dienst für die Krankenversicherung bei der LVA der frühere versorgungsärztliche, jetzt KB-ärztliche Dienst hinzugekommen. Letzterer muß also gewissermaßen vom vertrauensärztlichen Dienst aufgesogen werden! Es ist meines Erachtens nicht richtig, ihn als eine besondere Sparte hinzustellen und ihn, festgekoppelt mit der KB-Abteilung bei der AOK, wie in Hessen geschehen, den Leitern der AOK zu unterstellen; damit ist m. E. eine rückschrittliche Entwicklung an Stelle eines aufzubauenden sozialärztlichen Dienstes eingeleitet worden! Fachlich ist dieses Aufsaugen allerdings nicht ganz einfach, denn der Sozialarzt soll hier ja nicht die Arbeitsfähigkeit bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit oder die Arbeitseinsatzmöglichkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, sondern die Minderung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des KBLG, also infolge eines Körperschadens, dessen ursächlicher Zusammenhang mit dem Kriegsdienst usw. zunächst als mindestens wahrscheinlich festzustellen ist, beurteilen. Aber es ist ja auch bei den anderen Spa ten des sozialärztlichen Dienstes das Aufgabengebiet nicht allein mit der oben erwähnten Tätigkeit erschöpft. Auch die Krankenkassen benötigen die Beantwortung der Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang. Der Sozialarzt soll ja ärztlicher Berater der Sozialversicherungsträger, er soll ärztlicher Mittler zwischen Patient, behandelndem Arzt und Sozialversicherungsträger sein. Es wird eben gefordert, daß der Sozialarzt in allen Belangen der Sozialversicherung versiert ist. Vorherrschend muß immer wieder das eine Ziel im Auge behalten werden, die unterschiedliche ärztliche Beurteilung der Körperschäden bei den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung weitgehend zu beseitigen. Ergänzend darf noch bemerkt werden, daß eine klare Trennung zwischen ärztlichen und verwaltungsmäßigen Aufgaben erfolgen und daß der frühere versorgungsärztliche Dienst in dieser Hinsicht besonders umlernen muß. Es ist dieses wohl möglich, denn bei der LVA Württemberg wurde die Zusammenfassung aller

ärztlichen Sparten der Sozialversicherung zum sozialärztlichen Dienst bereits praktisch mit gutem Ergebnis durchgeführt.

Die Vorschriften des KBLG fordern für die Rentenfestsetzung die Anwendung der gleichen Grundsätze wie für die Unfallversicherung. Es liegt daher nahe, daß auch dieser Teil der Sozialversicherung in der ärztlichen Begutachtung nach gleichen Gesichtspunkten handelt, also allgemeingültige Richtlinien als maßgeblich ausgearbeitet werden sollten. Ähnliches gilt für die Sonderanstalten der Sozialversicherung, also für Eisenbahn und Knappschaft, die an sich wohl mit ihren besonderen Verhältnissen auch ärztlich selbständig bleiben müssen, gutachtlich aber doch eine Anlehnung an den sozialärztlichen Dienst des Landes suchen sollten.

Diese Zusammenfassung des ärztlichen Dienstes der Sozialversicherung ist durchaus keine Utopie und hat nichts mit Gleichmacherei, Geltungsbedürfnis oder dergl. zu tun. Sie ist auch unabhängig von einer, irgendwie wohl sicher kommenden, z. Z. jedoch kaum akuten Sozialversicherungsreform zu betrachten. Sie stellt lediglich eine ärztliche Forderung dar, die sich den Zeitverhältnissen und den Spezialaufgaben der Sozialversicherung anpassen will. Das, was ärztlich zusammengehört, muß ärztlich zusammengebracht und hauptamtlich durchgeführt werden. Sie macht die Kreisärzte für ihre eigentlichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes frei, sie schafft den Praktikern ein unabhängiges autoritatives ärztliches Forum, das ausgleichen und helfen will, und es wird erreicht, daß der Leistungsberechtigte der Sozialversicherung in leicht erreichbarer Nähe seines Wohnortes eine möglichst gerechte, ärztlich gleichwertige Beurteilung erfährt.

An Gründen, die gegen die Zusammenfassung des ärztlichen Dienstes der Sozialversicherung angeführt werden, sind mir folgende bekannt:

a) Die großen Krankenkassen, vor allem die Ortskrankenkassen, aber z. B. auch die großen Betriebskrankenkassen des Ruhrgebietes, wollen „los vom Gängelband der LVA". Sie sagen, wir sind selbst Sozialversicherungsträger, haben uns in Verbände zusammengeschlossen und brauchen uns als selbständige Selbstverwaltungkörper von niemandem hineinreden zu lassen. Letzteres ist schon richtig und verständlich, nur — auf Grund praktischer Erfahrungen sind doch die sogenannten Gemeinschaftsaufgaben, zu denen der vertrauensärztliche Dienst gehört, den Krankenkassen seinerzeit genommen worden. Man würde sich ja rückwärts entwickeln, wenn jetzt wieder jeder Krankenkassenverband eigene Ärzte anstellte!

b) Die Ortskrankenkassen sagen, wir haben den vertrauensärztlichen Dienst vielfach schon in unseren Häusern, jetzt ist sogar der umfangreiche KB-ärztliche Dienst mit hineingenommen worden, wir wollen keinen Fremdkörper im eigenen Betrieb haben und beanspruchen daher den ärztlichen Dienst für uns. Auch das hat seine gewisse Berechtigung, stellt aber keineswegs etwas Neues dar. Außerdem darf die augenblickliche Raumnot in Deutschland nicht ausschlaggebend für eine grundsätzliche Neuregelung sein. Es ist nicht einzusehen, warum nicht jetzt, wie früher der vertrauensärztliche Dienst der LVA in guter Symbiose mit den Ortskrankenkassen gelebt hat, wo er bei diesen mit untergebracht war, dieses in gleicher Weise mit dem sozialärztlichen Dienst der Fall sein soll.

c) Die großen Krankenkassen behaupten, daß die LVA die Dienstaufsicht über ihre sozialärztlichen Dienststellen in der Peripherie nicht genügend ausüben könne. Das ist z. Z. nicht ganz unberechtigt, aber eben auch nur zeitbedingt. Wenn die vorgesehene Organisation des sozialärztlichen Dienstes erst steht und die Obersozialärzte in ihren Bezirken den laufenden Dienst ärztlich überwachen können, andererseits dem leitenden Arzt beim Vorstand der LVA die doch selbstverständliche Beweglichkeit durch PKW-Zuteilung gesichert und endlich die Abgrenzung seines Aufgabengebietes, überhaupt seiner Befugnisse erfolgt ist, damit also seine Verantwortlichkeit festliegt, dann ist die fachliche Dienstaufsicht in der Peripherie zweifelsfrei garantiert. Im übrigen streben wir allerdings eine Dezentralisation an und wollen den ärztlichen Dienststellenleitern eine größere Selbständigkeit als früher zugestehen, zentral nur in grundsätzlichen Fragen Richtlinien und Weisungen geben und deren Ausführung überwachen.

Die hochgeschraubten Anforderungen an Aufgaben und Pflichten für den Sozialarzt verlangen auch unabdingbare Rechte. Diese haben neben der Zusicherung einer unabhängigen Stellung und der Selbständigkeit im fachlichen Handeln nach modernen Gesichtspunkten, wie in vorstehendem ausgeführt, vor allem in seiner wirtschaftlichen Sicherstellung zu bestehen. Der Sozialarzt darf nicht auf ein Existenzminimum angewiesen sein, sondern er muß so gestellt werden, daß er entsprechend seiner Unentbehrlichkeit und seiner großen Verantwortung, also seiner überragenden Bedeutung für die Sozialversicherung unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Einkommens gleichaltriger Kollegen bezahlt und daß ihm ein angemessener Kündigungsschutz zugebilligt wird, wenn nicht bei hauptamtlicher Verwendung, die in erster Linie anzustreben ist, eine beamtete oder beamtenähnliche Stellung Platz greift. So weitgehend wie möglich müßten frühere ärztliche Tätigkeiten bei Festsetzung des Besoldungsdienstalters, insbesondere des Pensionsdienstalters, berücksichtigt werden. Nur wenn eine ausreichende Bezahlung gewährt wird, ist damit zu rechnen, daß sich wertvolle Persönlichkeiten für den sozialärztlichen Dienst melden, die bereit sind, ihre volle Arbeitskraft dafür zur Verfügung zu stellen. Jede besoldungstechnische Einengung, wie sie angeblich derzeit vom Finanzministerium Nord-Württemberg/Baden für die Sozialärzte gefordert wird, bedeutet meines Erachtens Sparsamkeit an falschem Platz. Keinesfalls darf der Sozialarzt in die gleiche Lage kommen wie die Kreisärzte, die in ihrer hauptamtlichen Arbeit so dürftig bezahlt werden, daß sie ohne Nebeneinnahmen nicht auskommen können (der Staat rechnet direkt mit solchen in nicht unerheblicher Höhe!). Dann resultiert, daß zumeist das Hauptinteresse der nicht-amtlichen Nebentätigkeit gilt und daß sich überhaupt, wie mir erst kürzlich wieder bei einer Ärztekammer bestätigt wurde, nicht gerade die besten Ärzte für diese Laufbahn melden (Ausnahmen bestätigen auch hier die Regel!), zum mindesten sich nicht für Stellungen bereit finden, wo die Möglichkeit derartiger Nebeneinnahmen nicht vorhanden ist (z. B. bei den zentralen Stellen). Zu solchen Nebenbeschäftigungen gehört nicht allein eine ärztliche Privatpraxis, sondern auch die Betätigung auf literarischem oder wissenschaftlichem Gebiet; auch diese dürfen nicht der eigentliche Anreiz für die Übernahme einer sozialärztlichen Tätigkeit sein. Die von der LVA vorgesehene Genehmigung zur Ausübung einer Konsultativpraxis für den Sozialarzt nach dem Dienst ist ein Zugeständnis, das nicht aus Verdienstrücksichten gegeben wird, sondern deshalb, um die im wesentlichen einseitig-diagnostische bzw. gutachtliche Tätigkeit in therapeutischer Hinsicht zu ergänzen; auch sie soll und darf nicht zur eigentlichen Erwerbsquelle werden, und sie kann es auch eigentlich nicht, da sie jederzeit widerruflich und nur mit Zustimmung der örtlichen Ärztekammer erteilt werden soll, die übrigens leider trotz Empfehlung von seiten des Gesundheitsausschusses beim süddeutschen Länderrat z. Z. vielfach nicht gegeben wird.

Wenn der sozialärztliche Dienst in der Weise aufgebaut wird und zur Ausführung kommt, wie ich es ausgeführt habe, möchte ich meinen, daß die Sozialversicherung — und was dazu gehört — in ihrer praktischen Handhabung durch den ärztlichen Sektor eine fortschrittliche Verbesserung zum Wohl der Allgemeinheit erfährt. Die Ausübung sozialärztlicher Tätigkeit in einem solchen Rahmen würde meines Erachtens durchaus auch die Erfüllung einer idealen ärztlichen Berufsauffassung darstellen und würde im besten Sinne dem alten Spruch gerecht werden, der mir nunmehr seit bald 30 Jahren für mein Arzttum Richtschnur gewesen ist:

„Die Liebe allein ist's, die die Kunst lehret,
Und ohne dieselbe wird kein Arzt geboren."

Anmerkung der Schriftleitung: Die vorstehenden Ausführungen geben die persönliche Auffassung des Verfassers wieder.

Gegenwartsprobleme der Unfallverhütung

Von Oberingenieur Gustav Geissenhöner, Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel, München

Unter Unfallverhütung wird allgemein der Kampf gegen den Arbeitsunfall in den gewerblichen Betrieben verstanden, denn hier wurde zuerst eine planmäßige Unfallverhütung auf Grund gesetzlicher Bestimmungen betrieben, um den berufstätigen Menschen ihre gesunden Glieder und ihre Arbeitskraft zu erhalten, sie vor Leid und Sorge zu bewahren. Jeder Unfall zeitigt aber neben den schmerzlichen Folgen für den Verletzten auch nachhaltige Auswirkungen für die Gesamtwirtschaft sowohl, als auch für den einzelnen Betrieb. Einmal sind die Aufwendungen, die für Unfallheilbehandlung und -renten geleistet werden müssen, für die Gesamtwirtschaft unproduktiv. Sie auf ein Mindestmaß herabzudrücken, ist daher ebenfalls Aufgabe der Unfallverhütung, denn das Herabdrücken soll nicht durch Kürzung der Unfallversicherungsleistungen erreicht werden, sondern durch Beseitigung der Unfallgefahren in den Betrieben, um die Zahl der Unfälle zu verringern. Zum anderen verursacht jeder Unfall auch dem einzelnen Betrieb direkte Verluste durch Betriebsstockungen, Sachschäden, Ersatzstellung für die durch Unfall ausgeschiedenen Arbeitskräfte und viele sonstige mit dem Unfallereignis in Zusammenhang stehende Umstände. Diese Verluste werden noch nicht überall richtig erkannt, geschweige denn gewertet und in Rechnung gestellt. Der Betriebsunternehmer kommt jedenfalls mit seinen Aufwendungen für die Unfallverhütung nicht nur einer sozialen Verpflichtung nach; er erfüllt damit auch eine bedeutende betriebswirtschaftliche Aufgabe.

An den Arbeitsplätzen der Betriebe überwiegt auch heute noch der schaffensfreudige Mensch, der mit sich selbst unzufrieden ist, wenn er nach dem Tagewerk nicht die Überzeugung mit in den Feierabend nehmen kann, etwas Produktives geleistet zu haben. Er will am Abend sein Werk mit Stolz und Zufriedenheit betrachten können. Dem Leistungsmenschen ist naturgemäß alles zuwider, was ihn — wenn auch nur vermeintlich — während seiner Arbeit stören und an der Erreichung des erstrebten Zieles hindern könnte. Er hat die Fähigkeit (und das Bedürfnis), sich ganz auf seine Beschäftigung zu konzentrieren und fühlt sich dann behindert, wenn von ihm verlangt wird, während der Arbeit an Dinge zu denken, die nach seiner Meinung nicht zum Arbeitserfolg mit beitragen können. Leider rechnet er es zu diesen Dingen vielfach auch, wenn er seine Aufmerksamkeit, statt auf seine Arbeit auf die eigene Sicherheit richten, besondere Verhaltensvorschriften befolgen und

irgendwie drohende Gefahren beachten soll. Er betrachtet Unfallverhütungsvorschriften, Warnplakate, Unfallbilder auf Grund seiner Gesamteinstellung als nicht an seine Person gerichtet, an ihn, der seine Arbeit kennt wie kein anderer! Er glaubt, das alles sei nur zum Vorteil der Drückeberger und Faulenzer da, die daraus einen Gewinn für ihre Bequemlichkeit zu finden wissen. Tatsächlich besteht ja für die Unfallverhütungsvorschriften und eine beliebte Art, sie durchzuführen, in dieser Hinsicht eine gewisse Zwickmühle. Es brauchen nur Worte, wie: „Geh lieber zweimal" oder „Nimm nicht zu große Brocken" oder „Laufe nicht! Gehe, es ist sicherer" angeführt zu werden, um diese Zwickmühle aufzuzeigen.

So wird der Leistungsmensch zum Sorgenkind des Unfallverhüters, heute mehr denn je, denn er ist und bleibt das Rückgrat der Produktion, von der für uns Sein oder Nichtsein abhängt. Ihn gilt es vor allen Dingen zu schützen; auf seine Gedankenwelt müssen die Unfallverhütungsmaßnahmen in erster Linie abgestellt sein. Schwerlich ist das bei Hinweisen, Bildern, Regeln, Mahnungen oder gar Verboten der Fall, die er nur in seltenen Ausnahmefällen auf sich selbst beziehen kann. Der normale Leistungsmensch kann sich doch offenbar nur in einer Umgebung voll entfalten, in der die Unfallgefahren bis zur letzten Möglichkeit ausgeschaltet sind. Betriebsräume und -einrichtungen, aber auch Arbeitsverfahren und Arbeitsregelung müssen zu seinem Schutz so durchdacht und durchgebildet sein, daß die Sicherheit des Schaffenden von vornherein als gewährleistet angesehen werden kann. Nur vorbildliche Betriebsanlagen und -einrichtungen verbürgen Unfallsicherheit und höchste Leistung zugleich. Wer behaupten wollte, durch die Unfallverhütungswerbefeldzüge der letzten Jahrzehnte, unternommen mit einem Riesenaufgebot von Bildern, Filmen, Parolen, Schulungsveranstaltungen und dergleichen mehr, seien wesentliche Erfolge in der Unfallverhütung erzielt worden, der müßte den Beweis für seine Behauptung erst noch erbringen. Bis jetzt liegt wohl erst der Gegenbeweis in der Kurve der Unfallhäufigkeit vor. Die Zahl der Unfälle ist trotz der Feldzüge von Jahr zu Jahr gestiegen. Soweit gelegentlich von Erfolgen berichtet wurde, haben sie sich zum Teil als stark übertrieben, zum Teil auch als „statistisch konstruiert" herausgestellt. Es war dann immer der alte Hochstand der Unfallziffern sehr bald wieder erreicht, ja überschritten, und um die angeblichen Erfolge wurde es stets allzu frühzeitig wieder still. Wahrscheinlich hat es hier Menschen gegeben, die sich zeitweilig selbst ein X für ein U vorgemacht haben.

Wenn schon auch in Zukunft auf eine geeignete Unfallschutzwerbung nicht verzichtet werden kann, so darf sie doch nicht allzu einseitig an den schaffenden Menschen gerichtet sein, der, von seiner eigenen Leistungsfähigkeit und seinem Können überzeugt, sich von ihr gar nicht angesprochen fühlen kann. Sie muß sich vielmehr an die Betriebsunternehmer und an die Konstrukteure wenden und braucht hier nur um die Anerkennung der Tatsache zu werben, daß unfallsichere Betriebsanlagen und höchste Leistungsfähigkeit der Betriebe ein und dasselbe sind. Nicht nur „Vorsicht ist der beste Unfallschutz", sondern auch „Schafft Betriebssicherheit durch vorbildliche Einrichtungen" muß zu den Leitsätzen der Unfallschutzwerbung gehören.

Die unfallsichere Gestaltung der Betriebsanlagen setzt ein umfassendes Wissen um die jeweiligen Betriebsvorgänge voraus. Ebenso erfordert die Ermittlung der unfallsichersten Arbeitsverfahren und der zweckmäßigsten Arbeitsregelung entsprechende Spezialkenntnisse. In der deutschen Sozialgesetzgebung ist durch den Aufbau der Unfallversicherung die Voraussetzung dafür gegeben, daß die mit der Durchführung der Unfallverhütung beauftragten berufsgenossenschaftlichen technischen Aufsichtsbeamten in ihrem Tätigkeitsbereich über diese Kenntnisse verfügen können und sie tatsächlich auch in hohem Maße besitzen. Es ist nur zu fordern, daß dieses Wissen auch in der wirkungsvollsten Art und Weise eingesetzt wird. Alle, die die eigene Vorsicht als den besten Unfallschutz preisen, machen sich ihre Arbeit zu leicht. Sie wenden sich von der zwar mühevollen, aber eigentlich doch nur ihnen gestellten technischen und arbeitswissenschaftlichen Aufgabe ab und dafür Beschäftigungen zu, die, obwohl sie fachlich weit abseits liegen, ihnen das zumeist schwierige Erarbeiten tieferer Einblicke in die Betriebsweisen ersparen.

In Handwerk und Industrie hat es zu jeder Zeit und jedenfalls schon lange vor dem Inkrafttreten einschlägiger Gesetze Bestrebungen gegeben, Arbeitsunfälle zu vermeiden, im Einzelfall stets von dem Augenblick an, in dem erkannt wurde, daß bestimmte Gefahren eines Arbeitsvorganges durch geeignete Verbesserung der Betriebsanlage oder Änderung des Verfahrens sich beseitigen ließen. Deshalb wurden auch, als sich im 19. Jahrhundert diese Erkenntnisse infolge der fortschreitenden Mechanisierung der Arbeit summierten und zu gesetzlichen Regelungen führten, Ingenieure mit der Unfallverhütung betraut, und nicht Psychologen. Bis heute hat sich daran nichts geändert. Aber es ist inzwischen noch die Erfahrung hinzugekommen, daß die Fähigkeit des Menschen, sein Verhalten der Gefahr gegenüber unter Kontrolle zu behalten, nicht nur begrenzt ist, sondern unter den verschiedensten Einflüssen auch stark wechselt. Das menschliche Verhalten muß als der einer äußeren Einwirkung am wenigsten zugängliche Unfallursachen-Faktor angesehen werden. Er ist bei der Beurteilung eines Unfallherganges zwar in Rechnung zu stellen, aber doch vorwiegend nur zu dem Zweck, die technischen Faktoren um so klarer erkennen und desto nachdrücklicher ausschalten zu können. Es ist wohl verschiedentlich schon erwogen worden, das Verhalten durch gehörigen Drill zu einer mechanischen, also sicher bestimmbaren Größe zu machen. Über derartige Vorschläge läßt sich aber ernstlich kaum diskutieren. Der Ingenieur, besonders der Unfallschutzingenieur, sollte doch seine Aufgabe ganz einfach darin sehen, den arbeitenden Menschen vor den Tücken der Technik, vor der Versklavung durch die Technik zu bewahren und zwar durch Modifizieren der Technik und nicht des Menschen. Wahrhaftig eine bedeutungsvolle Aufgabe!

Ohne die nötige Erfahrung ist eine erfolgreiche Unfallverhütung nicht denkbar. Die beste Unfallerfahrung besäße offenbar derjenige, dem alle möglichen Arten von Unfällen der Reihe nach schon zugestoßen oder wenigstens während ihres Hergangs vor Augen gekommen sind. Das ist aber praktisch ebensowenig möglich, wie es erwünscht sein kann. Der Unfallverhüter ist und bleibt gezwungen, durch möglichst viele Unfalluntersuchungen in den Betrieben sich nachträglich zutreffende Vorstellungen von den Vorgängen zu machen und die einzelnen Untersuchungsergebnisse sorgfältig statistisch zu verarbeiten. Nur eine so gewonnene Statistik kann ihm Erfahrung ersetzen. Unfallstatistiken, die ausschließlich aus den Angaben in den Unfallanzeigen gewonnen werden, sind für den Unfallverhüter nicht nur wertlos, sondern auch in hohem Maße irreführend, weil besonders die Unfallhergänge von den Anzeigeerstattern nicht objektiv genug gesehen und geschildert werden können, ja mitunter sogar absichtlich irreführend dargestellt werden mögen. Man wird kaum fehlgehen, wenn man annimmt, daß die Überbetonung der psychologischen Unfallverhütung während der letzten Jahrzehnte auf Mängel in der Unfallstatistik zurückzuführen ist. Die sogenannte Amtliche Unfallstatistik des früheren Reichsversicherungsamtes war für die Zwecke des Unfallverhüters wenig geeignet; ihre Unzulänglichkeit wurde wohl kaum noch bestritten. Es fehlte ihr an Klarheit der Begriffe. Unfallgegenstände, Unfalltätigkeiten und Unfallursachen waren zu wenig auseinander gehalten, um klare Einblicke in die tatsächlichen Vorgänge vermitteln zu können. Dadurch waren alle Voraussetzungen zu Fehlbeurteilungen gegeben, und diese blieben dann auch nicht aus. Hier nur zwei typische Beispiele:

1. „... Von diesen Unfällen fielen nur etwa 25 Prozent auf Maschinen und Einrichtungen; alle übrigen dagegen auf einfache Vorgänge, wie Gehen, Tragen, Heben, Fördern und Befördern, gegen die man sich mit technischen Mitteln nicht schützen kann, so daß auf diesem Weg keine Besserung zu erzielen war. So kam man zwangsläufig dazu, neben den Umweltfaktor beim arbeitenden Menschen den in ihm selbst liegenden Faktor als Ursache vieler Unfälle zu stellen, und erkannte, daß in vielen Fällen die Anpassungsfähigkeit des Menschen an seine Umwelt versagt hatte." (Die Chemische Industrie, Gemeinschaftsausgabe 1936/37).

   Hier werden Unfallgegenstände und Unfalltätigkeiten in unzulässiger Weise zueinander in Beziehung gesetzt; offenbar eine Folge der Unzulänglichkeit der Amtlichen Statistik. Daraus mußte sich notwendigerweise ein Fehlurteil ergeben. Das völlige Außerachtlassen der eigentlichen Unfallursachen führt zu einer höchst bemerkenswerten und von einem Ingenieur nicht ohne weiteres zu erwartenden Unterschätzung der technischen Unfallverhütungsmöglichkeiten. Und was die Anpassungsfähigkeit des Menschen betrifft, so wissen wir sehr wohl, daß die „Herausbildung eines neuen Menschentyps, der intellektueller, härter, disziplinierter ist als alle früheren Geschlechter, weil die moderne Technik auf Präzision aufgebaut ist und der Mensch bei ihrer Anwendung nicht mit Seelen, sondern mit toten Körpern zu tun hat" (Sombart: Zähmung der Technik), zu den unabwendbaren Begleiterscheinungen der modernen Technik gehört. Tempo und Präzision zwingen den Menschen, diesem Typus zuzustreben; aber seine Fähigkeit dazu reichte von allem Anfang an nicht aus. Das war ja gerade mit ein Grund, den Arbeitsunfall als ein existenzbedrohendes Ereignis zu erkennen. Schon die ersten Unfallverhüter sahen richtig, daß dem Menschen die Anpassung erleichtert werden muß, und zwar mit technischen Mitteln.

2. „... Zu verstärkter Einwirkung auf das Verhalten der Gefolgschaften gab die statistisch belegte Tatsache Veranlassung, daß sich nur etwa der vierte Teil aller Unfälle an Maschinen ereignet, daß der weitaus größte Teil aus unbewußtem Handeln entsteht oder von der menschlichen Fähigkeit abhängt, die Gefahr zu erkennen, richtig einzuschätzen und sich ihr gegenüber richtig zu verhalten." (Zeitschrift des VDI, 47/1935.)

   Ja, die Statistik! Als ob Unfälle an ungeschützten Fußbodenluken, auf schadhaften oder ungeschickt gebauten Treppen, durch mangelhafte Beleuchtung usw. nur vom Verhalten des Menschen herrührten! Wenn der Mensch eine Gefahr erkennen, richtig einschätzen und sich ihr gegenüber richtig verhalten soll, dann muß ja wohl die Gefahr erst einmal vorhanden sein. In der Regel heißt das aber, daß technisch nicht alles in Ordnung ist. So lange neben der Maschine die anderen Unfallgegenstände nicht als gleichwertig angesehen und behandelt werden, gibt es keine Unfallstatistik, aus der sich für den Unfallverhüter so weitgehende Folgerungen ziehen lassen.

Trotz der erkannten Mängel des amtlichen Schemas der Unfallstatistik wurden Verbesserungen bis jetzt abgelehnt mit der Begründung, daß Veränderungen die Vergleichsmöglichkeiten beeinträchtigen würden. Heute ist eine solche Begründung kaum noch stichhaltig. Unser gesamtes Wirtschafts- und Betriebsleben muß so von Grund auf neu gestaltet werden, daß Vergleiche von früher kaum noch Wert haben. Sie sollten eher sogar vermieden werden, weil sie nur irreführen könnten. Wenn jemals ein Zeitpunkt für die Änderung des seitherigen Schemas der amtlichen Unfallstatistik günstig war, so ist es der gegenwärtige. Wir stehen gerade jetzt am Anfang einer Entwicklung, die nicht mehr an Vergangenes anknüpfen kann. Der politische Raum, den die frühere Statistik umschloß, hat einschneidende Änderungen erfahren. Die Arbeitsvorgänge in den Betrieben werden vielfach nicht mehr in der altgewohnten Weise ablaufen können, sondern nach Maßgabe der gegebenen Möglichkeiten und der vorhandenen Mittel neu gestaltet werden müssen. Viele Betriebe werden sich gezwungen sehen, zeitweilig zu Behelfen zu greifen, und daraus kann sich mit der Zeit vielerorts eine neuartige Betriebstechnik entwickeln. Der Unfallverhüter wird sich dann nicht selten vor ganz neuartige Aufgaben gestellt sehen und deshalb auch an die Unfallstatistik andere Anforderungen zu stellen haben als früher. Deshalb muß das Schema der Unfallstatistik so eingerichtet werden, daß es jeder nur denkbaren Entwicklung auf die Dauer ohne Abänderung gerecht werden kann. Dazu sind Einfachheit im Aufbau, Klarheit der Begriffe, strengste Auseinanderhaltung von Betrieb und Außenwelt und eindeutige Zweckfestsetzung erforderlich.

Es ist ohne weiteres klar, daß alle diese Forderungen nicht aus dem Handgelenk heraus erfüllt werden können. Deshalb sollten sich die Unfallverhüter zusammensetzen und in gemeinsamen Bemühungen ein Schema ausarbeiten, das den in 60jähriger Unfallverhütungsarbeit gemachten Erfahrungen entspricht. Aus den Unfallakten dürften in der Regel nur der Unfallgegenstand, die Unfallfolgen und die Personalien des Verletzten mit einiger Sicherheit zu ersehen sein. Auf mehr dürfte sich auch die allgemein zu führende Unfallstatistik nicht erstrecken, um briefliche Rückfragen nach Möglichkeit zu vermeiden. Bei den Gegenständen könnte auf Unterteilungen nach Bauart, Antrieb, Werkzeug, Werkstück usw. leicht verzichtet werden, was wesentlich zur Vereinfachung und Übersichtlichkeit beitragen würde. Die Statistik soll ja dem Unfallverhüter zunächst nur sagen, wieviel Unfälle an den einzelnen Gegenständen vorkommen. Er wird sich dann jeweils für die Gegenstände bevorzugt interessieren müssen, die sich als besonders ergiebige Unfallquellen erweisen. Bei ihnen wird er auch zuerst mit seinen Maßnahmen einsetzen. Aber nicht dadurch, daß er ein Warnplakat entwirft, um auf die an den Gegenständen bestehenden Gefahren hinzuweisen, sondern dadurch, daß er zunächst einmal a l l e während eines bestimmten Zeitraumes, mindestens eines Jahres, vorgekommenen Unfälle untersucht und die Untersuchungsergebnisse in einer Statistik der Unfalltätigkeiten und Unfallursachen zusammenstellt, die also nur von Fall zu Fall geführt wird für die Gegenstände, die gerade der Sonderbehandlung unterliegen. Die Statistik beruht dann auf exakt erarbeiteten Unterlagen und gibt somit auch zuverlässig Auskunft über die Veranlassung der Unfälle.

Die Gewinnung einwandfreier Unterlagen für die Ursachenstatistik erfordert bei den Unfalluntersuchungen viel Sachkunde und Gewissenhaftigkeit. Es ist bekannt, daß sich die Ursachen fast aller Unfälle aus mehreren Faktoren zusammensetzen. Das Auffinden des ausschlaggebenden Faktors setzt unbedingte Unvoreingenommenheit voraus. Wer von vornherein den Standpunkt verträte, der Mensch müsse sich unter allen Umständen der Gefahr gegenüber so verhalten, daß er keinen Unfall erleiden kann, würde dazu neigen, die persönlichen Faktoren überzubewerten. Umgekehrt würde die vorgefaßte Meinung, der Betrieb müsse so eingerichtet und geregelt sein, daß auch ein gelegentliches Versagen der Spannkraft dem Menschen noch nicht zum Verhängnis werden kann, zu einer Überbewertung der technischen Faktoren führen. Beides würde die Ursachenstatistik verfälschen und könnte den Unfallverhüter zu unzweckmäßigen Maßnahmen veranlassen, die sich allerdings bei einer Überbewertung der technischen Faktoren kaum jemals so erfolgmindernd auswirken könnten wie im umgekehrten Fall

Bei der außerordentlichen Bedeutung, die die Bewertung der Faktoren für die Ursachenstatistik und damit für die Unfallverhütung hat, könnte es zweckmäßig erscheinen, besondere Stellen für systematische Unfallursachenforschung zu schaffen. Sie könnten von den Verbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften eingerichtet werden, aber auch als Abteilungen der Arbeitsschutzmuseen bestehen, an deren Leitung dann allerdings die Unfallversicherungsträger entsprechend beteiligt sein müßten. Die Arbeit dieser Forschungsstellen, denen alle beamteten Unfallverhüter zur Verfügung stehen müßten, würde sehr bald Statistiken liefern, die zutreffende Urteile über die Unfallursachen zulassen. Alle bis jetzt abgegebenen Urteile, mögen sie nun die Einwirkung des menschlichen Verhaltens auf die Unfallhäufigkeit oder die Unmöglichkeit technischer Abwehr bei bestimmten Gegenständen und Tätigkeiten betreffen, werden als Fehlurteile anzusehen sein, da wirklich zuverlässig erarbeitete Unfallursachenstatistiken kaum in genügendem Umfange vorlagen.

Soziale Sicherheit in Schweden

Von Ministerialdirektor Otto E r n s t, Wiesbaden

Der 1. Januar 1948 war ein neuer Wendepunkt in der Sozialpolitik Schwedens.

Jeder Erwerbstätige als Einkommensbezieher unterliegt in Schweden obligatorisch der Beitragspflicht zur allgemeinen Pensionsversicherung. Dafür erhält derjenige, der invalide wird oder das 67. Lebensjahr vollendet, eine Pension. Der Beitrag für diese Pensionsversicherung wird als Zuschlag zur Einkommensteuer erhoben. Je nach der Einkommenshöhe ist der Beitrag gestaffelt zwischen 6 und 40 Kronen.

Die Pensionszahlung richtet sich zunächst nach dem bisherigen Einkommen. Zu einer Grundpension von 166 Kr. pro Jahr werden in einem komplizierten Berechnungsverfahren Ausgleichspensionen, Teuerungszuschläge, Verstärkungen usw. hinzugerechnet. Auf diese Art will man eine möglichst gleichmäßige Realversorgung schaffen und die Unterschiede beseitigen, die sich für die Stadt- und Landbewohner, für Verheiratete und Unverheiratete ergeben. Um die sehr verschiedene Belastung durch die Wohnungsmiete zu berücksichtigen, werden die Pensionen nach Wohnungskostengruppen von 1 bis 5 eingeteilt. Die Höhe der Vollpensionen sieht etwa so aus:

1000 Kr. im Jahr für Unverheiratete
plus 600 Kr. im Jahr für Ehefrauen als Familienzuschlag.

Hierzu kommt ein Wohnungszuschlag je nach der Wohnungsgruppe:

1 =	0	für Unverheiratete	0	für Verheiratete	
2 =	150 Kr.	„ „	200 Kr.	„	„
3 =	300 Kr.	„ „	400 Kr.	„	„
4 =	450 Kr.	„ „	600 Kr.	„	„
5 =	600 Kr.	„ „	800 Kr.	„	„

Die Witwenpension wird nach dem 55. Lebensjahr gewährt. Sie beträgt bis zu 1000 Kr. in der höchsten Wohnungsgruppe. Ein Verheirateter in Stockholm oder in einer anderen großen Stadt, die zur Wohnungsgruppe 5 gehört, erhält 2400 Kr. (1000 + 600 + 800 Kr.) im Jahr.

Mancher wird nun einwenden, daß mit diesen Zahlen nichts anzufangen ist. Sie müßten erst im Vergleich gesetzt werden zu den deutschen Verhältnissen oder zu den schwedischen Löhnen und Lebenshaltungskosten. Dazu sei bemerkt, daß die schwedische Höchstpension an Realwert ein Vielfaches beträgt gegenüber dem realen Durchschnittseinkommen eines deutschen Industriearbeiters bei voller Beschäftigung.

Als Anhaltspunkt für schwedische Verhältnisse mögen die nachstehenden Zahlen dienen.

Schweden zählt etwa 6,5 Millionen Menschen = 16 pro qkm (im Frankfurter Industriegebiet entfallen z. Zt. etwa 330 Menschen auf den qkm). In der Währung entsprechen 100,— RM = 168 Kr.

Berufsverteilung: im Jahre 1940 in Tauseden:	Arbeiter	Selbst- u. Mithelfende	davon Frauen	zusammen:
Land- und Forstwirtschaft	245	615	105	860
Industrie	810	260	195	1070
Handel und Verkehr	215	400	205	615
Beamte und freie Berufe	55	210	130	265
Hausarbeit	150	5	155	155
	1 475	1 490	790	2 965
Hausfrauen	510	690	1 200	1 200
Kinder und Sonst.	690	970	920	1 660
Berufslose	—	—	280	510
		3 150	3 190	6 335

Das Einkommen verteilte sich 1945 wie folgt:
Sämtliche Einkommensempfänger betrugen 3 000 000

Davon erhielten	1 500 000	unter 3 000 Kr.
	840 000	3 000— 5 000 Kr.
	330 000	5 000— 7 000 Kr.
	155 000	7 000—10 000 Kr.
	90 000	10 000—20 000 Kr.
	23 000	20 000—50 000 Kr.
	4 000	über 50 000 Kr.

Das Bemerkenswerte bei der Pensionsversicherung ist die Abkehr vom Versicherungsprinzip bei Aufrechterhaltung des vollen Rechtsanspruchs auf Pension. Versteht man unter Versicherungsprinzip im allgemeinen die Übertragung des individuellen Risikos auf eine Gruppe von etwa gleichen Personen, deren Gesamtwagnis anteilmäßig gemäß den Kosten als Beitrag umgelegt wird, so ergibt sich, daß dieses Prinzip in Schweden der Vergangenheit angehört. Der Weg zur Selbstversorgung in Schweden geht aus von den Aspekten der Gesamtheit. Nicht der Schutz des einzelnen steht im Vordergrunde, sondern die soziale Sicherung der Gesamtheit. Diese Einstellung entspricht dem sozialen Wollen des schwedischen Volkes und seiner Regierung.

Die schwedische Versicherung geht noch über den bekannten Beveridgeplan in England hinaus. Im Interesse der administrativen Einfachheit geht man in England von gleichen Beiträgen und gleichhohen Leistungen für alle eintretenden Fälle für jedermann aus. Lord Beveridge weiß dabei selbst sehr genau, daß

die sehr unterschiedliche Belastung durch Wohnungsaufwand in England ungelöst bleibt. In Schweden glaubt man diese Frage durch den Wohnungszuschlag gelöst zu haben.

Jeder wird erkennen, wie weit die Welt über die deutschen Verhältnisse hinausgewachsen ist und welche Mühe und Kraft der Anschluß an den Fortschritt von uns noch fordern wird.

Die Volkspensionsversicherung ist gewissermaßen nur ein Teil im Sozialgebäude Schwedens. Die Unfallversicherung geht wie in Deutschland zu 100 % zu Lasten der Unternehmer. Gewährt werden freie Heilpflege und Krankengeld, das etwa 60 % des letzten Jahresarbeitsverdienstes beträgt. Die Krankenversicherung ist ebenfalls obligatorisch. Der eigene Beitrag steht im Verhältnis zur Last des Staates wie 25:75. Das Krankengeld beträgt 3,50 Kr. + 2 Kr. für die Ehefrau und 1 Kr. für jedes Kind bis zur Höhe von 10,50 Kr. pro Tag. Die Sachleistungen sind wie im englischen Beveridgeplan getrennt von den Barleistungen. Der Staat stellt die Arznei und Krankenhauspflege entweder kostenlos zur Verfügung oder gewährt bei Leistung eines geringen Eigenbeitrages von täglich 1 Kr. auch Krankenhauspflege und Kuren. Tbc.- und Geschlechtskranke werden kostenlos behandelt.

Großes Gewicht wird in Schweden auf die Volks- und Schulzahnpflege gelegt. Der Staat stellt die Einrichtungen und die beamteten Zahnärzte. Bei vollausgebautem Zustande wird Schweden über 500 Zahnpolikliniken mit 1000 Zahnärzten und ebensoviel helfenden Schwestern verfügen.

Umfangreiche Hilfe wird auch für werdende Mütter und Säuglinge gewährt. Das Ausmaß und die Höhe ist nur zu verstehen aus dem Kampf, der gegen den Geburtenrückgang zur Überwindung der Untervölkerung geführt wird. Im einzelnen muß ich mich hier auf eine schematische Auszählung beschränken.

1. Ehestandsdarlehen werden bis zu 1250 Kr. auf die Dauer von 5 Jahren mit 4 % verzinslich gewährt.
2. Ein ausgedehntes Netz von Beratungsstellen, Schwesternhilfe usw. sorgt für die Schwangeren und Wöchnerinnen.
3. Die Entbindungshilfe ist praktisch kostenlos. Im Entbindungsheim ist pro Tag 1 Kr. zu zahlen.
4. Die Mutterschaftshilfe beträgt 125 Kr. für alle weiblichen Krankenversicherten.
5. An Mutterschaftsgeld werden 75 Kr. als Staatsbeitrag für 94 % aller Mütter geleistet.
6. Mutterhilfe erfolgt durch kostenlose Abgabe von Heilmitteln, Nähr- und Stärkungsmitteln.
7. Für werdende Mütter besteht ein Kündigungsschutz.
8. Als Alimentenvorschuß können etwa 300 Kr. im Jahr gewährt werden.
9. Kinderbeihilfen werden an Waisen, Kinder von Invaliden u. a. Bedürftige geleistet.
10. Für Jugendpflege stehen Kinderheime, Krippen usw. zur Verfügung.
11. Die Schulgesundheitspflege sorgt für Gesunderhaltung der Kinder. Sie besteht
    a) in Schulspeisung,
    b) in Kinderlandverschickung.
12. Sexuelle Aufklärung erfolgt im Rahmen biologischen Unterrichts als ordentliches Lehrfach.
13. Für jedes Kind wird ein Gesundheitspaß angelegt.
14. Steuervergünstigungen werden vom dritten Kinde ab gewährt.
15. Lebensmittelrabatte z. B. auf 1 kg Butter 2 Kr., für 1 Liter Milch 15 Oere erhalten 48 % der Bevölkerung.
16. Durch Baudarlehen in Höhe von 81—95 % des Hauswertes, Reparaturzuschüsse bis zu 80 % der Kosten wird für gesundes Wohnen gesorgt; gemeinnützige Baugenossenschaften erhalten Baukredite zu einem Zinssatz von 3 %.
17. An Mietrabatte können bei 3 Kindern = 30 %, bei 6 Kindern = 60 % der Miete eingeräumt werden.
18. Für die Bekleidung können Vorschüsse geleistet werden.

Auf das Gebiet von Lohnfragen, der Arbeitsverwaltung, des Arbeitsrechts kann hier nicht eingegangen werden. Man ist sich in Schweden darüber klar, daß die sozialen Maßnahmen ihre Fortsetzung finden müssen und nur aufrecht erhalten werden können, wenn die soziale Planung der sozialen Sicherheit in die wirtschaftliche Planung übergeht. In Schweden nennt man das etwa so: Die politische Demokratie ist das Mittel zur Herstellung der wirtschaftlichen Demokratie als Voraussetzung der sozialen Sicherheit, dem die Bildungsdemokratie folgen muß.

Lehrreich auf dem Gebiete der Sozialversicherung ist das Beispiel Schwedens und beachtlich sind die Einrichtungen Englands. Deutschland baute Kanonen, Flugzeuge, Tanks und fügt der ganzen Welt Schaden zu. Schweden legte seine gesparten Kriegskosten in sozialen Einrichtungen an. Es wäre darum falsch, wollte Deutschland die schwedischen Einrichtungen sich zum Muster nehmen oder wollten wir im Beveridgeplan ein allgemein gültiges oder ein Ideal für uns sehen. Wir können eine neue Sozialversicherung nur unter Berücksichtigung der besonderen Lage, in der wir uns befinden neu aufbauen.

Die hier gegebene Darstellung ist einem lesenswerten Büchlein von Kurt Heinig im Verlag für Wirtschaft und Sozialpolitik, Hamburg, entnommen.

Die Organe der Versicherungsträger

Von Verwaltungsrat Georg Sauerwein, Frankfurt/Main

Anmerkung der Schriftleitung: Mit den nachstehenden Ausführungen erklärt sich die Schriftleitung nicht in allen Punkten einverstanden.

Mit dem Aufbaugesetz vom 5. 7. 34 und der dazu ergangenen 5. VO vom 21. 12. 34 ist die Selbstverwaltung der Versicherungsträger praktisch außer Kraft gesetzt. Nach dem Zerfall des totalitären Staates regen sich nunmehr wieder die Kräfte im Bemühen um die Wiederherstellung der Organe. Das ist gut so und verdient jede Unterstützung, denn was zwar Staatsaufgabe ist, aber zweckmäßiger und vor allem intensiver durch die unmittelbar Beteiligten selbst in eigener Verantwortung unter einer zurückhaltenden, sich nur auf das Notwendigste beschränkenden Staatsaufsicht geübt und erfüllt werden kann, sollte der Selbstverwaltung überantwortet werden. In der Sozialversicherung hat von altersher die Selbstverwaltung stets ihren Platz gehabt und sich durchaus gut bewährt, wie die Erfahrung bis 1933 beweist. Es kann daher nirgends Widerspruch erregen, wenn wir heute danach streben, den Versicherten und den Unternehmern die Versicherungsträger in wahre Selbstverwaltung zurückzugeben. Ob das aber im Rahmen des vor der Herrschaft des Aufbaugesetzes geltenden Rechts oder unter Berücksichtigung der Erfahrungen bis 1945 in abgewandelter Form geschehen soll, das bleibt der Erwägung wert. Es sollte m. E. zwischen dem alten Recht der RVO usw. und den Bestimmungen des Aufbaugesetzes eine vernünftige Synthese gefunden werden können, die das bewährte Alte wahrt und Neues, soweit es sich als nützlich erwiesen hat, nicht außer acht läßt. Manche unter der Herrschaft der Nazis erschienene Bestimmung war lange Zeit zuvor schon geplant, eingehend geprüft und langsam herangereift, stets aber gegründet auf den Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte, und darum kann nicht alles, was seit 1933 geschehen ist, ohne weiteres als nazistisch und somit als untragbar abgelehnt werden.

Neben der Neuregelung in dem „Stadtstaat" Berlin verzeichnen wir bisher nur in der russisch besetzten Zone Deutschlands eine über Länder ausgedehnte einheitliche Ordnung der Selbstverwaltung der Versicherungsträger. In den Westzonen ist, abgesehen von kleinen Ansätzen (z. B. im Land Rheinland-Pfalz, siehe Nr. 6/7 dieser Zeitschrift), das Problem ungelöst. Vielfach haben in diesen Zonen die neuernannten Leiter der Versicherungsträger mit oder ohne Zustimmung ihrer Aufsichtsbehörde interimistisch Vorstände und Ausschüsse gebildet oder einstweilen dem Beirat die Funktion des Vorstandes beigelegt, doch sind derartige Handlungen für einen Rechtsstaat kaum tragbar, zumal dadurch die Rechtssicherheit keineswegs erhöht wird. Es ist nicht zu verkennen, daß die Organe der Selbstverwaltung fortgesetzt Rechte und Pflichten erwerben und, wenn sich die Zusammensetzung der Organe nicht auf das geltende Recht stützt, besteht die außerordentlich große Gefahr, daß in Streitfällen die Vertretungsbefugnis der Organe bestritten wird und folglich die Rechts(?)handlungen der Aufhebung anheimfallen müssen. Weil wir solchen Ergebnissen vorbeugen wollen und wünschen, daß die Selbstverwaltung wieder wirksam wird durch die Willensbildung der an dem Versicherungsträger beteiligten Versicherten und Unternehmer, scheint es an der Zeit zu sein, ernstlich die Frage der gesetzlichen Neuregelung der Organe der Selbstverwaltung zu prüfen und in die Tat umzusetzen, wobei wir nie aus dem Auge verlieren wollen, diese Neuordnung in den Westzonen zum mindesten einheitlich zu gestalten.

Welche Organe sollen wieder geschaffen werden und wie sollen sich diese zusammensetzen? Hat der bisherige Leiter abzutreten oder wäre er künftig mitverantwortend in eines der Organe einzubauen?

Das Land Rheinland-Pfalz hat, wie bereits bemerkt, ein Gesetz verkündet, das für jeden Versicherungsträger einen Vorstand (das Verwaltungsorgan) und einen Ausschuß (das Kontrollorgan) vorsieht. Der Vorstand wählt einen Geschäftsführer, der beratende Stimme im Vorstand hat. Man entnimmt dieser Regelung, daß an den Zustand vor 1933 angeknüpft wurde. Dem möchte ich nicht zustimmen. Alle Eingeweihten wissen es und es ist tatsächlich so, zur einwandfreien Führung der Verwaltungsgeschäfte ist die langjährige Erfahrung Voraussetzung. Die Willensbildung bei dem Versicherungsträger soll zwar maßgeblich von den ehrenamtlichen Mitgliedern der Organe ausgehen, sie kennen die Sorgen und Nöte der beteiligten Versicherten aus dem täglichen Leben, doch zur Wahrung des geltenden Rechts bei den zu fassenden Beschlüssen ist es nicht nur zweckmäßig, sondern unbedingt geboten, den rechtskundigen geschäftsführenden Beamten (Angestellten) zu Rate zu ziehen und mitbestimmen zu lassen. Dabei ist es kein Problem, im Gesetz Vorsorge zu treffen, daß der Geschäftsführer mit seiner Stimme nicht den Ausschlag geben kann. Was mir weiter sehr wichtig erscheint und unbedingt für die Mitgliedschaft des Geschäftsführers im Vorstand spricht, ist die Frage der Vertretungsbefugnis für den Versicherungsträger. Wo ist bei der größeren Zahl der Versicherungsträger der Vorsitzende des Vorstandes etwa täglich in der Lage, seinen Pflichten, die ihm

Gesetz und Satzung auferlegt, zu walten? Ist das nicht wesentlich beeinflußt von dem Beruf, seinem Wohnort u. a.? Und hängt nicht bei der großen Masse der Versicherungsträger die Frage des turnusmäßigen Zusammentritts des Vorstandes wesentlich davon ab, über welches Gebiet sich der Versicherungsträger erstreckt? Es muß unter allen Umständen unser eifrigstes Bestreben sein, die Verwaltung flott ablaufen zu lassen. Der Versicherte und auch der Unternehmer werden stets und immer den Wert der Sozialversicherung für sich danach bemessen, wie schnell und intensiv diese für ihn arbeitet.

Wenn die Qualität der Selbstverwaltung und der exakte Ablauf der Geschäfte wesentlich von der Kenntnis des gegebenen Rechts und der Sachkunde der berufenen Vertreter des Willens des Versicherungsträgers abhängig ist, dürfte in dieser Erkenntnis die Plattform für die Neubildung der Organe gefunden sein. Nicht die Vielzahl der Organe oder der diesen angehörenden Personen garantieren den Erfolg, sondern die weise Beschränkung auf das Notwendige, verbunden mit Zielstrebigkeit, verdient den Vorzug. Und darum schlage ich vor, künftig die Geschicke des Versicherungsträgers den Versicherten und Unternehmern zu überantworten, die ihren Willen in einem Organ — nennen wir es der Geläufigkeit wegen Vorstand — zum Austrag bringen. Diesem Gremium soll der geschäftsführende Beamte (Angestellte), der von den ehrenamtlichen Mitgliedern des Vorstandes auf Zeit gewählt wird, mit Sitz und Stimme angehören, doch aber bei der Wahl des Vorsitzenden des Vorstandes unbeteiligt sein, um zu verhüten, daß er zum Vorsitzenden gewählt wird. Es kann und soll der Satzungsbestimmung nach entsprechender Änderung des Gesetzes überlassen werden, welche besonderen Aufgaben im Rahmen des gesamten Vorstandes dem Geschäftsführer zufallen (etwa das Recht der Beanstandung von Beschlüssen bei der Aufsichtsbehörde, weil gegen geltendes Recht verstoßen wurde) und wann er den Versicherungsträger allein unter Beachtung geltender Beschlüsse des Vorstandes gerichtlich und außergerichtlich vertreten kann. Ich glaube, in dieser Konstruktion die Gewähr dafür erblicken zu können, daß den ehrenamtlichen Organmitgliedern der willkommene rechtskundige Rat zur Verfügung steht, ohne daß der dem Rat entgegengesetzte Wille der größeren Zahl der ehrenamtlichen Angehörigen des Vorstandes gehindert werden kann, und daß in der Person des stimmberechtigten geschäftsführenden Beamten (Angestellten) stets ein befugter gesetzmäßiger Vertreter des Versicherungsträgers dienstbereit ist, womit der schnelle Ablauf aller Verwaltungsgeschäfte gesichert wird. Hat, wie schon angedeutet, die Satzung des näheren zu bestimmen, wie sich die Tätigkeit des Geschäftsführers in seinem Vorstandsamt auswirkt und wird bei der Feststellung der Kompetenzen zwischen Geschäftsführer und gesamten Vorstand bzw. zwischen Geschäftsführer und Vorstandsvorsitzenden nicht absolut engherzig verfahren, so ist es meine Meinung, dem geschäftsleitenden, hauptamtlichen Vorstandsmitglied etwa im wesentlichen diejenigen Aufgaben innerhalb und außerhalb des Gesamtvorstandes zu übertragen, die dem Vorstand nach altem Recht (und wie jetzt wieder im Land Rheinland-Pfalz dekretiert) zustanden. Dafür könnte unbedenklich auf der anderen Seite der Aufgabenbereich des Vorstandes neuerer Form dahin ausgedehnt werden, daß er die sonst den Ausschüssen (Genossenschaftsversammlungen, Verwaltungsrat) vorbehaltenen Rechte übernimmt. Das Ergebnis wäre der künftige Wegfall des zweiten Organs. Übrigens wäre das durchaus nicht neu, wenn wir uns beispielsweise die verschiedenen Gemeindeverfassungen vor Augen halten. Dort ist der Bürgermeister das verwaltende und der Gemeinderat (Stadtverordnetenversammlung) das Kontrollorgan. In dieser Regelung der kommunalen Selbstverwaltung hat das Volk über viele Jahrzehnte hinaus nie eine dem Selbstverwaltungsgedanken widersprechende Ordnung gesehen. Ich glaube, ich vertrete ein demokratisches Grundrecht, wenn ich oben vorschlage, den geschäftsleitenden Beamten (Angestellten) durch die ehrenamtlichen Vorstandsmitglieder — die „Wahlmänner" der beteiligten Versicherten und Unternehmer — auf Zeit wählen zu lassen. Die Versicherten und Unternehmer müssen Gelegenheit finden, durch ihr Veto in gesetzlich festgelegten Zeitabschnitten auf dem Wege über ihre Stimmabgabe für die ehrenamtlichen Vorstandsmitglieder zur Tätigkeit des hauptamtlichen Geschäftsführer Stellung zu nehmen. Sollen aber immer hochqualifizierte Kräfte für das Amt gewonnen werden, so müssen die dienstrechtlichen Bedingungen einen gewissen Anziehungspunkt für solche Kandidaten bieten. Und darum muß das Gesetz die Wahlperiode des hauptamtlichen Vorstandsmitgliedes entsprechend festsetzen, auch Vorsorge treffen, daß im Falle einer Nichtwiederwahl annehmbare Versorgungsansprüche eingeräumt werden. Eine analoge Regelung, wie etwa bei den hauptamtlichen Bürgermeistern und Landräten, halte ich für durchaus angängig und tragbar.

Die derzeitige und künftige wirtschaftliche Lage unseres Volkes mit ihren Rückwirkungen auf das Wohlergehen der Sozialversicherung wird uns zu der Überzeugung zwingen, überall da, wo es mit den Interessen des Volkes vereinbar ist, zu sparen. Wenn es uns gelingt, durch Sparsamkeit auch bei den künftigen Organen der Versicherungsträger voranzuschreiten, ohne die Sicherheit zu gefährden und den Nutzeffekt für den Versicherten zu schmälern, wird das die Anerkennung aller Beteiligten finden. Wir wissen um die Schattenseiten der früheren übertriebenen Gewaltentrennung, die vielfach nur Zeitvergeudung bedeutete. So aber kann eine lebendige, volksnahe Selbstverwaltung nicht verstanden werden.

Mein Vorschlag zur Neuordnung der Organe der Sozialversicherung konnte hier nur in groben Strichen gezeichnet werden. Doch der Zweck meiner Ausführungen ist erreicht, wenn sie die Diskussion der Frage der Neuordnung auslösen. Dazu könnte der Entwurf eines Gesetzes dienlich sein, von dem mir wenige Exemplare zur Verfügung stehen, die ich ernsthaften Interessenten auf Anfordern gerne übersende.

Rechts- und Verwaltungsprobleme in der Krankenversicherung

Von Verwaltungsdirektor E. K. Scheibe, Stade.

Motto: Warum einfach,
wenn es auch kompliziert
zu machen geht!

Wer in der Nazizeit seine Existenz verloren hat und auf dem Rechtswege darum kämpfte, mußte alsbald erkennen, daß Deutschland aufgehört hatte, ein Rechtsstaat zu sein. Nachdem diese Herrschaft zwölf Jahre angedauert hatte und sie dann durch eine Vier-Mächte-Regierung abgelöst wurde, wobei das Reichsgebiet in vier Zonen aufgeteilt wurde, ist es durchaus verständlich, daß wir heute eine Rechtsunsicherheit zu verzeichnen haben, die sich im gesamten öffentlichen Leben unseres Volkes nachteilig und unangenehm bemerkbar macht.

Diese Erscheinung trifft auch die Sozialversicherung in sehr starkem Maße. Zu dem Durcheinander in der Organisation ist nun auch noch eine gleiche Erscheinung in den Rechtsverhältnissen eingetreten. Die Krankenkassen — von ihnen besonders die Ortskrankenkassen — haben die weitaus meisten Beziehungen zu allen übrigen Versicherungszweigen. Die Rechtsunsicherheit macht sich daher bei ihnen besonders nachteilig bemerkbar. Sie vermissen daher am meisten ein umfangreiches Nachschlagewerk aller Gesetze, Verordnungen, Erlasse, Direktiven und Anordnungen, die das gesamte Sozialversicherungsrecht irgendwie berühren. Der Rechts- und Wirtschaftsverlag Dr. Gruber in Schliersee hat zwar seit längerer Zeit ein solches Werk angekündigt, aber erschienen ist es bisher noch nicht. Daß aber das geltende Recht erhebliche Mängel und vor allem unnötige Verschiedenartigkeiten aufweist, dürfte wohl unbestritten sein. In vielen Dingen und Fragen das absolute bezw. objektive Recht festzustellen, ist nicht einmal für den routinierten Fachmann ganz einfach. Um wieviel schwieriger ist es da für die vielen Angestellten in der Krankenversicherung, die jetzt berufsfremd in ihren Dienst gekommen sind (und ich meine hier nur berufsmäßige Angestellte!). Wie aber steht es hier gar mit den vielen ehrenamtlichen Mitarbeitern, den Mitgliedern unserer Organe? Auch sie müssen in der Lage sein, sich zuverlässig über das gegebene Recht zu unterrichten. Das aber ist heute nicht möglich und muß als eine Beeinträchtigung des Selbstverwaltungsrechts angesehen werden, ein Zustand, der ebenfalls unhaltbar ist.

Eine weitere Erschwerung für die Verwaltung ergibt sich aus dem Mangel an Büromaschinen und der katastrophalen Papierknappheit sowie aus allen übrigen Mangelerscheinungen. Jede neue Sozialversicherungsdirektive und Sozialversicherungsanordnung aber bringt den Kassenverwaltungen neue Aufgaben oder löst ein weiteres Steigen der Arbeiten aus. Wenn man sich den Verwaltungsbetrieb einer Ortskrankenkasse von 1914 vorstellt und den von heute, dann gibt es de facto keine Vergleichsmöglichkeit mehr, so erstaunlich haben sich die Verhältnisse geändert, so erheblich sind das Aufgabengebiet und der Arbeitsaufwand gewachsen. Nun soll hier nichts gegen die erweiterten Aufgaben gesagt werden, denn die Krankenkassen haben sich ihrer meist freudig und bejahend angenommen, aber worauf es ankommt, ist der Hinweis, daß die Praxis auf eine Sozialversicherungsanordnung wartet, die den komplizierten Dienst in der Krankenversicherung erleichtert und vereinfacht! Die Literatur bietet hierfür genügend Hinweise und im übrigen scheint es mir nicht verfehlt zu sein, vor dem Erlaß von Gesetzen und Anordnungen einige Praktiker heranzuziehen, und zwar als beratende oder korrespondierende Mitarbeiter, die die praktische Durchführung vorher erwägen und sich dabei auf einfache Methoden und Formulare konzentrieren.

Hier sollen aus dem Stegreif nur einige wenige Einzelheiten angesprochen werden:

1. Die Frage der Versicherungspflicht bedarf der einheitlichen Regelung, das gilt besonders hinsichtlich der unteren Verdienstgrenze Jetzt muß hier eine Trennung nach ständig Berufstätigen und solchen erfolgen, die nicht ständig im Berufsleben stehen. Für die letzteren besteht Versicherungspflicht, wenn sie 15,— RM wöchentlich oder 65,— RM monatlich oder mehr verdienen. Bei den Erstgenannten ist das berühmte Ein-Drittel des Ortslohnes entsprechend anzuwenden. Das bedeutet, daß hier sechs verschiedene Verdienstgrenzen zu beachten sind, nämlich drei gestaffelt nach dem Alter und dann jeweils nach dem Geschlecht. In der Arbeitslosenversicherung ist die untere Verdienstgrenze aber auf 10,— RM wöchentlich und 45,— RM monatlich festgesetzt und die Verdienstgrenze, bis zu der der Arbeitgeber die Beiträge allein entrichten muß, weicht wiederum von allen bisherigen Beträgen ab und beziffert sich auf 52,— RM monatlich.

   Wenn dann aber ein Versicherungsamt beikommt und in der Rechtsprechung noch die These aufstellt: „daß die Klägerin

auf Grund ihrer im übrigen unbestrittenen Beschäftigung in dem Strickgeschäft X krankenversicherungspflichtig ist, ohne Rücksicht auf ihre Verdiensthöhe“ und das Oberversicherungsamt diese weder zurückweist noch als gegen den vom Reichsversicherungsamt aufgestellten Grundsatz verstoßend bezeichnet, wonach der Entgelt in der Regel ein Drittel des Ortslohnes erreichen soll — jedoch gilt auch dies „nicht als feststehende Norm, sondern als ungefährer Anhalt, denn es sind immer die gesamten Lebens- und Erwerbsverhältnisse in Betracht zu ziehen; nach ihnen kann schon ein geringerer Betrag wesentlich, oder ein höherer noch unwesentlich sein“ (Kühne zu § 168), dann ist die Rechtsunsicherheit in dieser Frage so vollkommen, daß der Angestellte am Schalter der Krankenkasse dem Problem völlig ratlos gegenüber steht.

2. Die Fristen sind ein ähnliches Problem. Sie sind gegenwärtig wie folgt festgesetzt:

   3 Tage für die Meldungen der Beschäftigten durch ihre Arbeitgeber, die durch die Kassensatzung noch bis zu sieben Tagen verlängert werden kann,

   3 Tage für die Krankmeldung der Arbeitsunfähigen,

   21 Tage für die Weiterversicherung einer voraufgegangenen Pflichtmitgliedschaft,

   35 Tage für die Weiterversicherung der zurückgekehrten Kriegsgefangenen,

   42 Tage für die Weiterversicherung der Rentner,

   1 Monat für die Klage- und Beschwerdesachen des Spruch- und Beschlußverfahrens

   und dazu treten noch die verschiedenen zeit- (kalender-) gebundenen Sonderfristen wie beispielsweise bei den Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen.

   Ich bin der Meinung, daß die Verdienstgrenze in der Sozialversicherung nicht nur nach oben, sondern auch nach unten einheitlich und klar geregelt werden kann. Man braucht nicht aus solcher Frage allein eine Spezialwissenschaft zu entwickeln. Dasselbe gilt für die Fristen. Hier sollte für alle Meldungen der Arbeitgeber und der arbeitsunfähig Kranken eine Frist von einer Woche gesetzt werden, denn ein großer Teil der Beteiligten wohnt nicht am Sitz der Kasse und muß daher die Hilfe der Post in Anspruch nehmen. Für alle übrigen Fristen sollte eine solche von einem Monat bestimmt werden. Diese Fristen könnten sich dann nicht nur die in den Verwaltungen der Sozialversicherung und der Versicherungsbehörden tätigen Beamten und Angestellten leicht einprägen, sondern — was viel wichtiger ist — auch die Beteiligten, nämlich die Versicherten und Arbeitgeber, würden sich diese besser merken können.

3. Im § 397 RVO war im Absatz 1 vorgeschrieben, daß die Beiträge bei rechtzeitiger Abmeldung bis zum Tage des Ausscheidens aus der Beschäftigung, sonst bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung, längstens aber für die Dauer eine Jahres nach dem Ausscheiden zu zahlen sind. Diese Bestimmung ist durch die Erste Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts in der Sozialversicherung vom 17. 3. 1945 dahin geändert worden, daß die Beiträge bei verspäteter Abmeldung bis zum Eingang derselben, längstens aber bis zum Ablauf des auf den Tag des Ausscheidens folgenden Kalendermonats zu zahlen sind. Das ist eine Änderung, die dem praktischen Bedürfnis der Beitragseinhebestelle und der Krankenversicherung nicht gerecht wird. Es soll zugegeben werden, daß die alten Bestimmungen hin und wieder Härten ausgelöst haben, aber meist sind diese auf Grund des Absatzes 4 beseitigt worden. Bei loyaler Anwendung dieser Vorschrift, wonach die Krankenkassen auf die Weiterzahlung der Beiträge über das Ausscheiden aus der Beschäftigung hinaus verzichten können, werden sich Schwierigkeiten auch nicht ergeben. Die Rückzahlung von Beiträgen kam früher selten vor, heute dagegen ist sie gang und gäbe. Dadurch fällt den Kassen ein Arbeitsaufwand zu, der um so weniger verantwortet werden kann, als er meist nur von solchen Personen ausgelöst wird, die es mit ihren gesetzlichen Obliegenheiten nicht genau nehmen. Berücksichtigt man, daß die Krankenkassen heute auf Grund der trostlosen Zeitverhältnisse gezwungen sind, die Beiträge für zwei oder gar für drei Monate zu erheben, dann ergibt sich aus der jetzigen gesetzlichen Regelung eine ganz erhebliche Mehrbelastung der Kassenverwaltungen, die lediglich den Sinn hat, saumselige Arbeitgeber vor materiellen Nachteilen zu schützen. Wenn diese Änderung aus dem letzten nationalsozialistischen Gesetz nicht wieder ganz beseitigt werden kann, so sollte man doch wenigstens den ursprünglichen Text wieder herstellen mit der Einschränkung, daß die Beiträge längstens für die Dauer eines halben Jahres nach dem Ausscheiden zu zahlen sind. Es darf bei allem ja nicht außer acht gelassen werden, daß die Krankenkassen einen Großteil ihrer Ausgaben durch Pauschalvergütungen abgelten und also für die nicht abgemeldeten Versicherten auch ihre diesbezüglichen Verpflichtungen erfüllen müssen. Eine solche Ordnungsvorschrift trifft zudem ja auch immer nur solche Personen, die es mit ihren Pflichten nicht besonders ernst nehmen. In der Regel werden es stets dieselben sein, die nicht nur bei ihrer Krankenkasse, sondern auch beim Finanzamt und bei anderen Stellen in gleicher Weise auffallen. Daß gerade sie durch den Gesetzgeber besonders in Schutz genommen werden, ist nicht verständlich. Derjenige, der gelegentlich einmal die Vornahme einer Meldung verabsäumt, wird in der Regel erkennbar sein und ihm wird jede Krankenkasse auch die erforderliche Konzession aus Absatz 4 machen, wenn sein Versäumnis auf ein Versehen beruht. Wir können uns aber in der heutigen Zeit nicht den Luxus leisten, daß den notorischen Saumseligen eine Generalamnestie gegeben wird, die der Krankenkasse nicht nur Kosten, sondern auch viel unnötige Arbeit verursacht.

4. Während des Krieges sind verschiedene Ansätze gemacht worden, den Verwaltungsdienst bei den Krankenversicherungsträgern zu vereinfachen. Man hat auf manche ausgedehnte Statistik verzichtet, in der Buch- und Rechnungsführung wurden Vereinfachungen vorgesehen und obgleich wir heute eines der ärmsten Völker sind, sind diese neuerdings schon wieder aufgehoben worden. Zweifellos setzt eine ordnungsmäßige Verwaltung der Krankenversicherung eine umfassende Spezifikation ihrer Einnahmen und Ausgaben voraus. Jede unnötige Aufteilung sollte jedoch vermieden werden, denn sie bedingt zwangsläufig mehr Arbeitsaufwand. Die Familienhilfe ist im Laufe der Jahrzehnte ein integrierender Bestandteil der Krankenversicherung geworden. Niemand wird auf den Gedanken kommen, sie wieder zu beseitigen, im Gegenteil, die neueste Sozialversicherungsanordnung Nr. 30 läßt deutlich erkennen, daß auch heute die Bestrebungen dahingehen, die Familienhilfe in weitestem Maße den Leistungen der Versicherten anzupassen. Die Gleichstellung in der Arzneimittelversorgung hat das Abrechnungsverfahren und den Abfertigungsdienst in den Apotheken wesentlich vereinfacht, und die Krankenkassen können ihrer auch anteilig werden, wenn diese Kosten nicht mehr gesondert gebucht werden müssen.

   Kapitel 5 umfaßt Leistungen für Mitglieder als auch für Angehörige. Kapitel 6 dagegen erfaßt nur Ausgaben für Mitglieder und Kapitel 7 nur solche für Angehörige. Dieses letzte Kapitel kann vollkommen wegfallen, denn es ist nicht einzusehen, warum die Ausgaben für Arznei und Krankenhauspflege für Angehörige gesondert ausgewiesen werden müssen. Was aber notwendig ist, wäre die Ergänzung des Kapitels 6 durch folgende Titel:

   a) Fahrtkosten zum Arzt und ins Krankenhaus und

   b) Transportkosten zum Arzt und ins Krankenhaus.

   Daß diese Kosten gesondert verbucht und einheitlich an einer Stelle ausgewiesen werden, ist schon mit Rücksicht auf die ständig steigenden Kosten für diese Zwecke angebracht. Eine Aufteilung der Kapitel 8 und 9 (Wochen- und Familienwochenhilfe nach mehreren Titeln erscheint mir dagegen auch wieder überflüssig zu sein. Eine irgendwie praktische Auswertung dieser Aufgliederung ist nicht gegeben, also kann auch die Arbeit, die dadurch verursacht wird, in Wegfall kommen.

5. Der Begriff „Beschäftigungsort“ in Verbindung mit der Kassenzugehörigkeit nach §§ 153 bis 156 RVO bedarf ebenfalls einer Überprüfung. Es ist unzweckmäßig und entspricht nicht den praktischen Bedürfnissen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber, wenn z. B. der im Kreis A ansässige Arbeitgeber seine im gleichen Kreis wohnhaften Arbeiter, die im Nachbarkreis B eine länger dauernde Arbeit auszuführen haben, bei der Krankenkasse im Kreis B versichern muß, nur weil sie dort arbeiten. Sie fahren oft täglich, meist aber zum Wochenende nach Hause, auf jeden Fall aber dann, wenn sie erkranken. Der Versicherte und seine Angehörigen werden sich also immer an die Krankenkasse ihres Wohnortes wenden. Der Wohnort hat aber in dem Gesetz in dieser Beziehung überhaupt keine Bedeutung und das hat sich in der Praxis immer wieder als Mangel erwiesen. Für die Weiterversicherten ist ein solcher durch den § 313b längst behoben, für die Rentner-Zusatzversicherung hat die Sozialversicherungsanordnung Nr. 32 ebenfalls eine andere Lösung gefunden und für die Pflichtversicherten sollte dieser Gesichtspunkt nicht länger unberücksichtigt bleiben.

6. Die erste Rechts- und Aufsichtsinstanz in der Krankenversicherung ist in der Praxis und in der Fachliteratur immer schon umstritten gewesen. Sie hat das Spruch- und Beschlußverfahren unnötig verzögert und das Selbstverwaltungsrecht oft nachteilig beeinträchtigt. In der Nazizeit ist diese Tendenz gesetzlich noch gefördert worden und die Nachwirkungen machen sich noch heute gar zu oft bemerkbar. Die Rechtsstreitigkeiten werden oft Wochen- und Monate lang bearbeitet und die betreffenden Parteien warten inzwischen auf die Entscheidung, um dann meist doch noch die zweite Instanz anzurufen. In der Aufsichtsführung aber betreut das Versicherungsamt in der Regel nur ein, zwei oder drei Versicherungsträger, selten nur eine größere Zahl, es sei denn, daß der Versicherungsamtsbezirk mehrere Betriebskrankenkassen aufweist, von deren Art es ja noch eine große Anzahl gibt. Vergleichsmöglichkeiten sind den Versicherungsämtern jedenfalls meist nicht gegeben. Die längst gehegte Absicht, das Aufsichtsrecht den Oberversicherungsämtern zu übertragen, sollte daher alsbald verwirklicht werden und wegen der Rechtsprechung wäre eine andere Lösung ebenfalls wünschenswert. Geeignete Vorschläge sind in der Fachliteratur genügend gemacht worden. Ein Spruchausschuß läßt sich auch bei dem Versicherungsträger errichten, der in erster Instanz entscheiden und zu einem beschleunigten Verfahren beitragen könnte. Die Versicherten

wie auch die sonst Beteiligten würden eine solche Regelung fraglos dankbar begrüßen.

7. Die Versicherung der beschäftigten Rentner mit dem Beitragserstattungsverfahren der beteiligten Krankenversicherungsträger untereinander ist eine so arbeitserschwerende Regelung, daß hier eine Änderung dringend vonnöten ist. Die Zersplitterung in der Krankenversicherung tut hier ein übriges und ihre Beseitigung könnte auch dieses Problem wesentlich einfacher gestalten.

Neben der unsicheren Rechtslage und dem Mangel an einem umfassenden Nachschlagewerk wird die Praxis in den Verwaltungen der Krankenkassen noch besonders durch die herrschende Zersplitterung in der Sozialversicherung gehemmt und erschwert. Die größte Zahl der Versicherungsträger gibt es in der Krankenversicherung selbst. Sie baldmöglichst zu beseitigen, muß als vordringliche Aufgabe angesehen und angepackt werden, denn damit dürfte dieser Mangel unserer Sozialversicherung schon zum weitaus größten Teil behoben sein. So bliebe dann lediglich noch die Zersplitterung in der Unfallversicherung, denn die Angestelltenversicherung wird ja schon von den Trägern der Arbeiter-Rentenversicherung, den Landesversicherungsanstalten, treuhänderisch mitverwaltet.

Wie aber liegen die Dinge in der Krankenversicherung? Ihre heutige Organisationsform ist gesetzlich bedingt. Kein vernünftiger und sachkundiger Mensch würde heute eine solche Entwicklung erneut anbahnen. Jede Zeit trägt auch ihr organisatorisches Gepräge. Die gegenwärtige strebt offensichtlich nach Einheitlichkeit. Das ist nicht nur ein Symptom in der Sozialpolitik, sondern kommt auf allen anderen Gebieten unseres öffentlichen Lebens zum Ausdruck. Im Lande des Elends ist auch kein Raum mehr für Bestrebungen, die — wie in der unseligen Vergangenheit — die Krankenkassen zum Hort anderer Organisationen gemacht haben. Die heutige Arbeiterschaft als wichtigster Träger unserer Volkswirtschaft hat vernünftigerweise für eine einheitliche Organisation in der Gewerkschaftsbewegung gesorgt und ihr Verlangen nach gleichen Formen in der Sozialversicherung ist sachlich durchaus begründet und berechtigt, sind doch sie es, die im Primat die Mittel für diese Einrichtung aufbringen und erarbeiten müssen.

Wer aber die Zuständigkeitsfrage in der Krankenversicherung praktisch im gleichen Maße kennen gelernt hat wie ich, der weiß, welch lächerlicher Streit zum Beispiel oft um eine einzelne Hausgehilfin schon geführt worden ist, der kann nur wünschen, daß die Frage der Organisationsform in der Krankenversicherung baldigst einer vernünftigen Lösung zugeführt wird. Daß in den Verwaltungen der Krankenversicherung ein sinnvoller sozialer Geist herrschen wird, liegt allein schon im Wesen der sozialen Versicherung begründet.

Das Wesen der Privatversicherung beruht auf dem individualistischen Prinzip, das der Sozialversicherung dagegen auf dem der Gemeinsamkeit, der Solidarität. Wenn heute Bestrebungen im Gange sind, diese Wesensarten miteinander zu verbinden und die Erstgenannte auch auf die Sozialversicherung zu übertragen, dann bekunden die Träger dieser Absicht, daß es ihnen nicht um die Sozialpolitik geht, sondern um das Geschäft, das die Privatversicherung ihren Trägern ermöglicht. Die Sozialversicherung ist aber dereinst nicht ins Leben gerufen worden, um geschäftliche Interessen zu fördern, sondern damit sie dem deutschen Volk als Mittel dient, seine soziale Frage zu lösen, und zwar mit dem Bestreben, dem Arbeiter die Sorgen, die die Schicksalsschläge seines Lebens ihm bereiten, zu nehmen und den Staat von einer Aufgabe zu befreien, die durch armenfürsorgerische Mittel nicht gelöst werden kann. Was in der Entwicklungsgeschichte der Sozialversicherung gegolten hat, gilt heute für unser Volk in steigendem Maße. Ihre Durchführung aber verlangt einheitliche Formen und einfache Methoden. Daß sie in der Krankenversicherung schnell und gut durchführbar sind, beweist das Beispiel in der französischen Zone, wo alle Sonderkassen beseitigt und die allgemeinen Ortskrankenkassen zu alleinigen Trägern der Krankenversicherung bestimmt worden sind. Was in dieser Zone möglich war, sollte auch in der britisch-amerikanischen Zone verwirklicht werden, nicht weil es dem Interesse einzelner dienen kann, sondern weil es die Sache unabwendbar erfordert und der Idee vom sozialen Frieden unseres Volkes nützt und frommt.

Anmerkung der Schriftleitung.

Die Schriftleitung vermag den Ausführungen, in denen gefordert wird, daß die Kosten für Arznei und Krankenhauspflege für Familienangehörige nicht mehr getrennt von denen für die Versicherten selbst verbucht werden, nicht beizupflichten. Der Gründe für die getrennte Verbuchung sind zu viele, um sie einzeln aufzuführen. Es sei darum nur darauf hingewiesen, daß die Rechnungsergebnisse nicht nur dem einzelnen Versicherungsträger, sondern auch dem Gesetzgeber Anhaltspunkte für den Ausbau und die Gestaltung der Leistungen liefern sollen.

Im übrigen ist es nicht ganz verständlich, weshalb dann trotz der Forderung nach Vereinfachung der Rechnungslegung gleichzeitig die Einrichtung neuer Titel für Fahrtkosten zum Arzt und ins Krankenhaus und für Transportkosten zum Arzt und ins Krankenhaus verlangt wird. Abgesehen davon, daß die Ausgaben hierfür nur den Versicherungsträger interessieren, kann das Ziel mühelos durch Errichtung von Unterkonten im Aufteilungsbuch, wie solche bei allen größeren Kassen längst bestehen, erreicht werden.

Rechtsprechung

Bei Versetzung eines Weiterversicherten ist eine höhere Lohnstufe (§ 313a RVO) ist nicht von dem Gesamteinkommen schlechthin auszugehen, vielmehr sind auch die sonstigen Lebensverhältnisse des Versicherten in Betracht zu ziehen.

— Entscheidung des Versicherungsamts Hof vom 18. 12. 1947 — Nr. K. V. 2875 —.

Sachverhalt:

Beschwerdeführer war laut Mitteilung der Allgemeinen Ortskrankenkasse H. freiwillig weiterversichertes Mitglied dieser Kasse ab 16. 6. 1935 und zwar zunächst in Lohnstufe VII und ab 1. 12. 1935 in Lohnstufe VI. In dieser Stufe wurden die Beiträge bis 31. 10. 1945 bei der Hauptverwaltung bezahlt. Durch seinen Wohnungswechsel von H. nach M. wurde er der Verwaltungsstelle M. zugeteilt. Dort stellte er am 26. 11. 1945 Antrag auf Herabsetzung. Diesem Antrage wurde von der Verwaltungsstelle ohne Kenntnis der Kassenleitung nach Lohnstufe III stattgegeben, obwohl sich erst jetzt herausstellte, daß dieses Antragsformular von keinem Kassenangestellten unterzeichnet ist. Scheinbar sind aber von verschiedenen Versicherten gleiche Anträge gestellt und genehmigt worden; da es sich bei diesen um frühere und jetzt von der Militärregierung entlassene Angestellte handelt. Die Beiträge wurden unbeanstandet angenommen und bezahlt.

Die Kasse hat nun im Juni 1947 sowohl bei der Hauptverwaltung als auch bei sämtlichen Verwaltungsstellen eine Überprüfung der freiwilligen Mitglieder angeordnet, wozu sie gesetzlich berechtigt und sogar verpflichtet war. Als Maßstab wurde bei den männlichen Mitgliedern die Stufe IV als Mindeststufe vorgesehen. In dem Schreiben der Kasse wurde jedoch betont, daß der Versicherte, sofern er hiermit nicht einverstanden sei, sich unter Vorlage seiner Einkommensverhältnisse beschweren könne.

Beschwerdeführer hat sich wohl bei der Verwaltungsstelle in M. beschwert, nicht aber seine Einkommensverhältnisse vollkommen klargelegt. Er wurde daher abgewiesen. Durch Beschwerde beim Städt. Versicherungsamt in Hof beantragte er Entscheidung, da er seit fast zwei Jahren ohne Einkommen sei und außerdem im letzten Jahre keine Kassenleistungen bezogen hat, so daß eine Höherstufung nach § 313a RVO ein Mißgriff ist.

Die Beschwerdegegnerin hat Abweisung der Beschwerde beantragt und dabei insbesondere ausgeführt, daß die Beiträge der freiwilligen Mitglieder zum größten Teil in einem Mißverhältnis zu den in Krankheitsfällen zu gewährenden Leistungen stehen und eine Überprüfung aller freiwilligen Mitglieder dringend erforderlich gewesen sei. Die Ausgaben für Sachleistungen sind nachweislich erheblich gestiegen, da oft die früheren bewährten und billigen Mittel nicht mehr zu erhalten sind und Ersatz oft 100 bis 300 Prozent teuerer ist. Im Interesse aller Mitglieder war deshalb einer Überprüfung der Eingruppierung der Mitglieder gemäß § 176 und 313 RVO nachzugehen.

Gründe:

Nach § 313a Absatz 1 Satz 2 der RVO kann der Kassenvorstand (Kassenleiter) die Versetzung eines Versicherten in eine h ö h e r e Klasse auch o h n e s e i n e Z u s t i m m u n g anordnen, wenn seine Beiträge in erheblichem Mißverhältnis zu seinem Gesamteinkommen und zu den ihm im Krankheitsfalle zu gewährenden Kassenleistungen stehen.

Die Einfügung dieses § 313 a ist auf das Gesetz vom 28. 12. 1921 über Versicherungspflicht, V e r s i c h e r u n g s b e r e c h t i g u n g und Grundlöhne in der KV zurückzuführen. Wie hierzu der Geheime Justizrat Hahn in einer Abhandlung ausführt, handelt es sich hier, wie im gesamten Gebiete der Reichsversicherung überhaupt, nicht darum, die Beiträge des einzelnen Versicherten in ein dem Versicherungswagnis möglichst genau entsprechendes Verhältnis zu bringen, denn die Krankenversicherung beruht auf dem Gedanken der Solidarität der Beteiligten, und unter diesem Gesichtspunkte ist nur zu fordern, daß einerseits die G e s a m t b e i t r ä g e d e r B e t e i l i g t e n im richtigen Verhältnis zum G e s a m t w a g n i s s e des Versicherungsträgers stehen und daß a n d e r e r s e i t s der Einzelne sich einer billigen Beteiligung an den L a s t e n d e r G e m e i n s c h a f t nicht entziehen darf. Es war deshalb zu prüfen, ob die Beiträge zu niedrig bemessen waren und wie das Gesamteinkommen des Beschwerdeführers zu rechnen ist.

Unzweifelhaft steht fest, daß der Beschwerdeführer als früherer Kassenleiter in den Jahren 1935 bis 1945 zu seinem Einkommen bemessen, zu niedrig eingestuft war, da, wie aus einer Abhandlung über die Einstufung der freiwiligen Krankenkassenmitglieder von H. Kleff, Hagen, Landkrankenkasse 1935, Nr. 19, hervorgeht, nicht ratsam erscheint, daß es noch unterversicherte Kassenangestellte geben sollte. R. hätte, nach seinem

Einkommen gemessen, unbedingt einer höheren Lohnstufe angehören sollen bzw. müssen. Die im Jahre 1945 beantragte Herabsetzung wäre dann sicherlich nicht nach Stufe III bewilligt worden.

Beschwerdeführer erklärt in seinen Schriftsätzen mehrfach, kein Einkommen zu besitzen. Die vom Versicherungsamt angestellten Erhebungen bei dem Finanzamt und bei dem Stadtrat in M. haben jedoch ergeben, daß diese Angaben nicht zutreffen. Nach dem Bescheid des Finanzamtes ist R. zur Zahlung von Vermögenssteuer verpflichtet. Auch der Stadtrat berichtet, daß R. in günstigen Vermögensverhältnissen sich befindet, er vor zehn Jahren einen Bauplatz erworben hat und im Herbst dieses Jahres ein Einfamilienhaus dort errichtet hat. Die Baupläne liegen bereits vor.

Wenn der Beschwerdeführer also zur Vermögenssteuer herangezogen wird und andererseits in der jetzigen Zeit in der Lage ist, sich ein Haus zu bauen und hierfür ausreichende Mittel besitzt, kann dieses bei der Beurteilung der Frage der Einstufung nicht unbeachtet gelassen werden. In einer Entscheidung des OVA Stettin vom 4. 3. 1936 ist angeführt, daß bei der Versetzung in eine höhere Grundlohnstufe nicht von dem Gesamteinkommen schlechthin auszugehen ist, vielmehr sind auch die sonstigen Lebensverhältnisse des Versicherten in Betracht zu ziehen. Der monatliche Beitrag in der Lohnstufe IV, in die der Beschwerdeführer versetzt werden soll, beträgt 6,— RM. In Anbetracht der sehr erheblichen Mehrleistungen, welche die AOK H. noch besitzt, und unter Berücksichtigung dessen, daß noch Familienhilfe in Anspruch genommen werden kann, erscheint es selbst unter voller Würdigung der Vermögens- und Gesamteinkommensverhältnisse des Beschwerdeführers vertretbar, diesen der Lohnstufe IV zuzuteilen, da, wie auch Justizrat Hahn ausführt, ein Junggeselle mit gleichen Einkommensverhältnissen anders einzustufen ist, wie ein kinderreiches Familienoberhaupt. Diese und ähnliche persönliche Verhältnisse werden daher bei der nach freiem pflichtmäßigem Ermessen zu fällenden Entscheidung mit zu berücksichtigen sein. Die geldlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers sind als besonders günstig gegenüber von Millionen von Ausgewiesenen anzusehen, die ebenfalls den Willen und Wunsch zur Weiterversicherung haben und erscheint es im Interesse der Solidarität der Beteiligten, die einen hohen Prozentsatz der Kassenmitglieder überhaupt ausmachen, richtig die Stufe IV zur Anwendung zu bringen.

Es war daher, wie geschehen, zu entscheiden.

Diese Entscheidung ist rechtgültig (§ 313 a Abs. 1 RVO).

Gesetze, Verordnungen und Erlasse

AMERIKANISCHE BESATZUNGSZONE

I. Land Bayern

Verordnung Nr. 148 zur Durchführung des Gesetzes über die Errichtung eines Bayerischen Landesversicherungsamts vom 29. 1. 1948. (Bayer. Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 5/48 S. 26).

Verordnung Nr. 149 über Geschäftsgang und Verfahren des Bayerischen Landesversicherungsamts vom 29. 1. 1948. (Bayer. Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 5/48 S. 25).

II. Land Hessen

Rundverfügung des Hess. Ministers für Arbeit und Wohlfahrt vom 9. 12. 1947 — II 3012/47 — **betr. Zahlung von Beitragsrückständen an die Abwicklungsstelle der Deutschen Krankenkasse OT in Nürnberg** (Hess. Staatsanzeiger Nr. 1/2/48 S. 7).

Gesetz über die Zulassung von Bevollmächtigten und Beiständen vor den Versicherungsämtern und Oberversicherungsämtern vom 23. 1. 1948 (Gesetz und Verordnungsblatt Nr. 4/48 S. 19).

Verordnung des Hess. Ministers für Arbeit und Wohlfahrt über die Verlängerung der Anmeldefrist von Leistungsansprüchen nach dem Gesetz über Leistungen an Körperbeschädigte vom 26. 1. 1948 (Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 9/48 S. 48).

Gesetz über die Sozialversicherung der Insassen von Arbeits- und Internierungslagern vom 9. 4. 1948 (Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 10/48 S. 50).

Erlaß des Hess. Ministers für Arbeit und Wohlfahrt betr. Einziehung und Abführung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge hier: Aufteilung und Verbuchung der Kosten und Gebühren — II 1027/48 — (Hess. Staatsanzeiger Nr. 15/48 S. 134).

III. Land Württemberg-Baden

Verordnung Nr. 194 über die Aufhebung von Vorschriften in der Kranken- und Arbeitslosenversicherung vom 5. 2. 1948 (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 7 S. 73).

Runderlaß Nr. 106/48 des LAA Württemberg-Baden betr. die Aufhebung von Vorschriften über die Vereinfachung des Lohnabzugs — Erhebung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung — vom 4. 3. 48 — Gesch. Z. 3100 A/48 — (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 7 S. 73).

Runderlaß Nr. 108/48 des LAA Württemberg-Baden betr. die Versicherungsfreiheit in der Arbeitslosenversicherung nach § 70 Abs. 1 Buchst. c AVAVG. (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 7 S. 74).

Runderlaß Nr. 109/48 des LAA Württemberg-Baden über die Versicherungsfreiheit in der Arbeitslosenversicherung nach den §§ 70 bis 72 AVAVG (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 7 S. 75).

Gesetz Nr. 714 betr. Zuständigkeiten und Verfahren in der Sozialversicherung vom 26. 1. 48 (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 7 S. 75).

Verordnung Nr. 195 betr. Kostenerstattung für Spruchsachen aus der Angestelltenversicherung und dem KB-Leistungsgesetz vom 5. 2. 48 (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 7 S. 75).

Verordnung Nr. 197 betr. Erstattung von Mehraufwendungen für körperbeschädigte Versicherte an die Krankenkassen vom 5. 2. 1948 (Mitteilungsblatt des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 7 S. 76).

BRITISCHE BESATZUNGSZONE

Stellungnahme des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit in Lemgo vom 15. 1. 1948 — IIc/7121/1530/47 — **über die Versicherungsfreiheit von Deputanten in der Arbeitslosenversicherung.** Danach können die Voraussetzungen des § 70 Abs. 1 Buchst. b AVAVG auch dann als erfüllt angesehen werden, wenn ein auf Grund einer Tarifordnung, Tarif- oder Betriebsvereinbarung oder eines Einzelarbeitsvertrages bestehender Anspruch auf überwiegende Entlohnung in Sachbezügen infolge der Bewirtschaftung von Lebensmitteln zeitweilig nicht voll verwirklicht werden kann. (Arbeitsblatt für die brit. Zone Nr. 3/48 S. 83)

Bescheid des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit in Lemgo vom 20. 1. 1948 — IIc/7121/47 — **über die Arbeitslosenversicherungsfreiheit gem. § 70 AVAVG.** Die Milchkontrollassistenten sind Beschäftigte des Milchkontrollverbandes. Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft des Arbeitgebers liegt also nicht vor. Sie gehören überhaupt nicht zu dem Personenkreis des § 70 Abs. 1 Buchst. a. (Arbeitsblatt für die brit. Zone Nr. 3/48 S. 83).

Bescheid des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit in Lemgo vom 24. 1. 1948 — IIc/7110/1502/47 — **über die Rückerstattung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung an Rentner.** Die Beschäftigung von Rentnern ist unter den Voraussetzungen des § 69 AVAVG arbeitslosenversicherungspflichtig. Nach der Sozialversicherungsdirektive Nr. 20 vom 1. 10. 46 ist aber der auf den Beschäftigten entfallende Anteil an den Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung nicht zu entrichten von den Rentnern der Sozialversicherung, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben und zum Bezuge einer der aaO aufgeführten Renten berechtigt sind. Die Erstattung der Beitragsteile ist jedoch dann ausgeschlossen, wenn in der Zeit zwischen dem Tage des Rentenbeginns und dem Tage des Antrags auf Erstattung Leistungen der Arbeitslosenversicherung in Anspruch genommen worden sind. (Arbeitsblatt für die brit. Zone Nr. 3/48 S. 83).

Sozialversicherungsanordnung Nr. 34 des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit in Lemgo vom 26. 2. 1948 — IVb/278/48 — **über die Schließung der Betriebskrankenkasse des Reichs zum 31. 3. 1948,** Übertritt der Mitglieder zu anderen Kassen und Aufteilung des Vermögens. (Arbeitsblatt für die brit. Zone Nr. 4/48 S. 123).

Sozialversicherungsanordnung Nr. 35 des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit in Lemgo vom 27. 2. 1948 — IVb/296/48 — **über Rentenzahlungen an**

a) **in der britischen Zone wohnhafte Berechtigte von Versicherungsträgern des Saargebiets,**
b) **im Saargebiet wohnhafte Berechtigte von Versicherungsträgern der britischen Zone.**

(Arbeitsblatt für die brit. Zone Nr. 4/48 S. 124).

Erlaß des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit in Lemgo vom 27. 1. 1948 — IVa/300/48 — **über die Abgrenzung von Zuständigkeiten zwischen Arbeitsgerichts- und Versicherungsbehörden.** (Arbeitsblatt für die brit. Zone Nr. 4/48 S. 124).

Regelmäßige Zustellung der Zeitschrift können Sie sich nur sichern, wenn Sie solche beim Postamt Ihres Wohnsitzes abonnieren.

Jubiläum

Der stellvertretende Vorsitzende der Landesversicherungsanstalt Württemberg, Regierungsdirektor Richard Becker, kann am 1. Mai d. J. auf eine 50jährige Dienstzeit bei der Landesversicherungsanstalt Württemberg zurückblicken. Er ist, dem gehobenen württembergischen Verwaltungsbeamtenstand angehörend, schon früh in eine leitende Stellung des gehobenen Dienstes dieser Anstalt gekommen, die er bis zum Jahre 1933 inne hatte. Aus politischen Gründen wurde er im März 1933 seines Amtes enthoben. Nach dem Umsturz im Jahre 1945 hat er sich trotz seines hohen Alters — er konnte im Februar d. J. seinen 76. Geburtstag feiern — in selbstloser Weise seinem Amt wieder zur Verfügung gestellt. Auf Grund seiner ausgezeichneten Kenntnisse in der Sozialversicherung und in den Verhältnissen der Landesversicherungsanstalt Württemberg wurde er zum Stellvertreter des Vorstandsvorsitzenden berufen. Regierungsdirektor Becker genießt beim Vorstand und Ausschuß wie auch bei den Beamten, Angestellten und Arbeitern der Landesversicherungsanstalt hohes Ansehen und großes Vertrauen. Seine segensreiche Arbeit für die Landesversicherungsanstalt und ihre Versicherten muß dankbar anerkannt werden.

Er wird jetzt wohl in den wohlverdienten Ruhestand treten. Wir wünschen ihm aufrichtigst darin einen langen gesegneten Lebensabend bei bester Gesundheit.

Unsere Mitarbeiter

Dr. med. Hans Milark, geb. 21. 1. 1895 in Potsdam, wohnhaft in Falkenstein/Taunus, Mühlweg 9.

Dr. Hermann Strebel, Chefmathematiker der Versicherungsanstalt Berlin, geb. 25. 6. 1902 zu Nürnberg, wohnhaft Berlin-Zehlendorf, Laehrscher Jagdweg 35.

Ing. Gustav Geißenhöner, geb. 14. 1. 1895 zu Rothausen i. Grbf./Ufrk., wohnhaft München-Obermenzing, Verdistraße 48.

Bücher und Zeitschriften

Als Organ der obersten Landesbehörde der Badischen Arbeits- und Sozialverwaltung erscheinen im 1. Jahrgang die „Mitteilungen der Direktion Arbeit im Badischen Ministerium der Wirtschaft und Arbeit". Die Zeitschrift ist seit 1. Januar 1948 durch die Postanstalten aller Zonen beziehbar.

Die vorliegende Nr. 2 enthält außer der Spalte „Gesetze, Verordnungen und Verfügungen", wichtigen Hinweisen und einem Blick in das Fachschrifttum einen Aufsatz von Dr. Fr. X. Rappenecker „Neue Sozialgesetze", der eine Vorschau auf die zu erwartenden Sozialgesetze der nächsten Zeit bietet.

„Zentralblatt für Sozialversicherung" 2. Jg. Heft 7, Dr. Martin Schieren: „Kann die Krankenkasse im Streitverfahren des Kriegsbeschädigten intervenieren?" Dr. Dr. Kurt H. Pelzer: „Die Funktion der Sozialversicherung im Rechtssystem (III)".

„Blätter für Steuerrecht, Sozialversicherung und Arbeitsrecht" Berlin 3. Jg. Heft 5—6 „Freiwillige und zusätzliche Versicherung in der Sozialversicherung und Pflichtversicherung gegen Arbeitslosigkeit in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands" von Dr. Karl Tuschinsky. „Die Sozialpflichtversicherung der gewerblichen Unternehmer und selbständig Erwerbstätigen in der sowjetischen Besatzungszone" von Dr. Hans W. Keil. „Die Rentnerkrankenversicherung in den westlichen Zonen" von Hermann Dede.

„Mitteilungsblatt für die Sozialversicherung" Lübeck 2. Jg. Heft 4: „Sozialversicherungsanordnung Nr. 33" von Reg.-Rat H. Grömig, „Die Zusatz-Sterbegeldversicherung für Rentner' von Verw.-Dir. R. Lendt, „Die Versicherungspflicht selbständiger Handwerker in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen" von Verw.-Oberinspektor H. Töns.

Statistik

Rentenstand im Monat Februar 1948

Land Bayern

Anstalten	Invalidenversicherung: Zahl der eigenen Rentner: Invaliden-Renten	über 65 Jahre	Witwen und Witwer	Waisen (Einzelrenten)	Zahl der Rentner, an die Renten ausgezahlt wurden (einschl. Fremdrenten)	Angestelltenversicherung: Zahl der Rentner, an die Renten ausgezahlt wurden	
Landesversicherungsanstalten:							
Oberbayern, München	79 154	54 881	23 449	23 521	110 974	25 296	
Niederbayern-Oberpfalz, Landshut	41 801	27 071	13 819	22 107	79 638	8 981	
Ober- und Mittelfranken, Bayreuth	90 241	62 340	29 743	35 260	141 605	28 021	
Unterfranken, Würzburg	23 348	16 666	9 077	10 473	44 107	8 814	
Schwaben, Augsburg	32 276	24 795	9 465	10 888	63 600	13 215	
Summe	266 820	185 753	85 553	102 249	439 924	84 327	
Sonderanstalt:							
Südd. Knappschaft, München	10 205	6 004	5 907	4 606	14 221	—	
Insgesamt	277 025	191 757	91 460	106 855	454 145	84 327	
Land Hessen							
Landesversicherungsanstalt:							
Hessen, Frankfurt/Main	125 528	92 548	45 500	42 155	237 802	57 827	
Sonderanstalten:							
Reichsbahn-Versicherungs-Anstalt	33 970	12 918	12 736	10 384	50 478	—	
Hessische Knappschaft	7 410	1 488	5 010	2 429	18 165	—	
Insgesamt	166 908	106 954	63 246	54 968	306 445	57 827	
Land Württemberg							
(Landesversicherungsanstalt Württemberg - Stuttgart)	121 412	95 661	39 611	41 190	202 213	28 130	(amer. Zone)
						10 749	(franz. Zone
Insgesamt	121 412	95 661	39 611	41 190	202 213	38 879	

Mitglieder- und Krankenstand

der württemberg-badischen Krankenkassen vom 29. Februar 1948

Gruppe der Kassen	Anzahl der Kassen (einschl. Rentner)	Zahl der Mitglieder	Pflichtversicherte	Freiwillig Versicherte	Prozentsatz d. arbeitsunfäh. Pflichtmitgl.: Rentner	Vormonat	Berichtsmonat
1. Allgemeine Ortskrankenkassen	39	1 213 904	735 578	228 853	249 473	5,00	5,61
2. Betriebskrankenkassen	115	117 903	92 664	25 239	—	5,69	6,39
3. Innungskrankenkassen	10	17 614	14 128	3 486	—	3,67	4,27
4. Angestellten-Ersatzkassen	9	134 686	68 039	66 647	—	3,22	3,52
5. Arbeiter-Ersatzkassen	3	8 738	4 217	4 521	—	4,92	5,22
Summe 1—5	176	1 492 845	914 626	328 746	249 473	4,92	5,52

Mitglieder- und Krankenstand

der württemberg-badischen Krankenkassen vom 31. März 1948

Gruppe der Kassen	Anzahl der Kassen	Zahl der Mitglieder (einschl. Rentner)	Pflicht-versicherte	Freiwillig Versicherte	Prozentsatz d. arbeitsunfäh. Pflichtmitgl. Rentner	Vormonat	Berichtsmonat
1. Allgemeine Ortskrankenkassen	39	1 210 665	735 550	229 016	246 099	5,61	4,95 %
2. Betriebskrankenkassen	115	118 732	93 617	25 115	—	6,39	5 69 %
3. Innungskrankenkassen	10	17 681	14 184	3 497	—	4,27	4,5 %
4. Angestellten-Ersatzkassen	9	135 606	68 514	67 092	—	3,52	3,61 %
5. Arbeiter-Ersatzkassen	3	8 709	4 222	4 487	—	5,22	5,19 %
Summe 1—5	176	1 491 393	916 087	329 207	246 099	5,52	4,91 %

der bayerischen Krankenkassen im Monat Februar 1948

Gruppe der Kassen:	Zahl der Mitglieder: (ohne Rentner)	Pflichtver-sicherte:	Freiwillig Versicherte:	Rentner:	Prozentsatz der arbeitsunfähigen Pflichtmitglieder Vormonat:	Berichtsmonat:
1. Allgem. Ortskrankenkassen	2 058 304	1 599 659	458 645	516 217	3,79	4,29
2. Landkrankenkassen	83 566	63 115	20 451	4 254	2,58	2,65
3. Innungskrankenkassen	30 422	22 101	8 321	—	3,25	3,64
4. Betriebskrankenkassen	158 091	130 354	27 737	849	5,53	6,38
5. Ersatzkassen für Arbeiter	14 817	9 420	5 397	—	4,78	5,36
6. Ersatzkassen für Angestellte	229 002	117 404	111 598	—	2,92	3,07
Summe 1—6	2 574 202	1 942 053	632 149	521 320	—	—
7. Postbetriebskrankenkasse	38 647	28 651	9 996	—	5,70	6,17
8. Eisenbahnbetriebskrankenkasse	88 725	82 574	6 151	22 327	7,62	7,75
9. Süddeutsche Knappschaft	20 190	19 351	839	15 177	6,27	7,74

der bayerischen Krankenkassen im Monat März 1948

Gruppe der Kassen:	Zahl der Mitglieder: (ohne Rentner)	Pflichtver-sicherte:	Freiwillig Versicherte:	Rentner:	Prozentsatz der arbeitsunfähigen Pflichtmitglieder Vormonat:	Berichtsmonat:
1. Allgem. Ortskrankenkassen	2 068 831	1 610 361	458 470	523 280	4,29	3,75
2. Landkrankenkassen	84 267	63 554	20 713	4 315	2,65	2,41
3. Innungskrankenkassen	30 507	22 158	8 349	—	3,64	2,93
4. Betriebskrankenkassen	159 016	131 338	27 678	849	6,38	5,32
5. Ersatzkassen für Arbeiter	14 891	9 477	5 414	—	5,36	4, 95
6. Ersatzkassen für Angestellte	229 660	117 542	112 118	—	3,07	3,42
Summe 1—6	2 587 172	1 95 4430	632 742	528 444	—	—
7. Postbetriebskrankenkasse	38 283	28 233	1 058	—	6,17	5,58
8. Eisenbahnbetriebskrankenkasse	89 871	83 236	6 635	22 870	7,75	6,32
9. Süddeutsche Knappschaft	20 423	19 540	883	16 028	7,74	8,84

der hessischen Krankenkassen im Monat März 1948

Gruppe der Kassen	Anzahl der Kassen	Zahl der Mitglieder	Pflicht-versicherte	Freiwillig Versicherte	Rentner	Prozentsatz der Arbeitsunfähigen zur Mitgliederzahl am Ende des Vormonats: (bezogen a.d. Ges.-Mitgl.-Zahl)	Vormonats: (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Ges.-Mitgl. Zahl)	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl)
1. Allgemeine Ortskrankenkassen	40	1 246 423	737 459	217 730	291 234	3,42	5,76	3,12	5,27
2. Betriebskrankenkassen	91	116 509	89 428	27 081	—	6,08	7,94	5,41	7,03
3. Innungskrankenkassen	9	19 277	14 384	4 893	—	3,21	4,32	3,18	4,26
4. Ersatzkrankenkassen (Verwaltungsstellen)	13	166 931	85 108	81 823	—	1,82	3,68	1,93	3,78
5. Postbetriebskrankenkasse . . .	1	17 995	15 020	2 975	—	4,96	5,95	4,96	5,94
6. Reichsbahnbetriebskrankenkasse, Bezirksleitungen Frankfurt/M. und Kassel	1	68 650	43 603	4 610	20 437	6,22	9,81	5,24	8,25
Insgesamt:	155	1 635 785	985 002	339 112	311 671	—	—	—	—

der hessischen Krankenkassen im Monat April 1948

Gruppe der Kassen	Anzahl der Kassen	Zahl der Mitglieder	Pflicht-versicherte	Freiwillig Versicherte	Rentner	Prozentsatz der Arbeitsunfähigen zur Mitgliederzahl am Ende des Vormonats: (bezogen a.d. Ges.-Mitgl.-Zahl)	Vormonats: (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Ges.-Mitgl. Zahl)	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl)
1. Allgemeine Ortskrankenkassen	40	1 277 493	756 460	218 745	302 288	3,12	5,27	3,05	5,14
2 Betriebskrankenkassen	91	119 920	92 890	27 030	—	5,41	7,03	5,39	6,95
3 Innungskrankenkassen	9	19 719	14 819	4 900	—	3,18	4,26	3,31	4,41
4. Ersatzkrankenkassen (Verwaltungsstellen)	13	171 264	87 096	84 168	—	1,93	3,78	1,98	3,89
5. Postbetriebskrankenkasse . . .	1	17 686	14 716	2 970	—	4,96	5,94	4, 40	5,29
6. Reichsbahnbetriebskrankenkasse, Bezirksleitungen Frankfurt/M. und Kassel	1	68 920	43 790	4 599	20 531	5,24	8,25	7,08	7,82
Insgesamt:	155	1 675002	1 009771	342 412	322 819	—	—	—	—

Schriftleiter: Oberregierungsrat Ostermayer, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main, Gartenstr. 140. - Verlag: Adolf Rausch Verlag, Heidelberg, Schließfach 403. - Bankkonto: Südwestbank Heidelberg. - Erscheint vorläufig nur jeweils am 1. des Monats. - Einzelpreis RM —.80. Postbezug vierteljährl. RM 2.— zuzügl. Zustellgebühr. - Druck: Mannheimer Großdruckerei G.m.b.H., Mannheim, R 1, 4-6. - Auflage: 17 000.

Die Sozialversicherung

Zeitschrift für alle Angelegenheiten der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung

Herausgeber: Präsident Stock, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main. — Mitherausgeber: Reg.-Dir. Hof, Arbeitsministerium Württemberg, Stuttgart. Direktor Peschel, Vorsitzender der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München. - Verlagsort Mannheim

Nr. 8/9 | 1. Mai 1948 | 3. Jahrgang

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Tarifangestellten und Arbeiter der reichsgesetzlichen Krankenkassen nach dem Zusammenbruch, von Gustav Krieger, Ulm/Donau	45
2.	Die Leistungsdauer für Krankengeld, von G. Albrecht, Burgdorf (Hannover)	47
3.	Die Verjährung von Beiträgen zur Sozialversicherung	49
4.	Stundung und Ratenzahlung von Beiträgen, von Wilhelm Hörnig, Bad Godesberg	50
5.	Ein verunglücktes Gesetz	51
6.	Gesetze, Verordnungen und Erlasse	51
7.	Persönliches — Staatssekretär Grieser 80 Jahre alt	51
8.	Unsere Mitarbeiter	51
9.	Statistik	52

Die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Tarifangestellten und Arbeiter der reichsgesetzlichen Krankenkassen nach dem Zusammenbruch

Von Gustav Krieger, Sachbearbeiter bei der AOK Ulm/D.

Nach der Gemeinsamen Dienstordnung des früheren Reichsarbeitsministers über die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung der nicht beamteten Angestellten und der Arbeiter der Verwaltungen und Betriebe der Träger der Reichsversicherung und ihrer Verbände vom 5. 10. 1940 — AN 40 S. II 361 — kamen für die Durchführung der Zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung bei den Krankenkassen in erster Linie folgende Anstalten in Frage:

1. für die Über- oder Höherversicherung in der Rentenversicherung der Angestellten die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (RfA) in Berlin-Wilmersdorf.
2. für die Zusatzversicherung, die Zusatzversorgungsanstalt des Reichs und der Länder (ZRL) in Berlin-Charlottenburg.

(Da die auf Grund der dritten Änderung der Gemeinsamen Dienstordnung über die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung (AN 1942 S. II 366) vorgesehene Möglichkeit der Bildung eines Versorgungsstocks bei den meisten Krankenkassen kaum in Frage kam, wird im Rahmen dieses Aufsatzes auf diese Art der Durchführung der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung nicht eingegangen.)

Diese Träger der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung blieben jedoch ebenso wie die anderen Zweige der Sozialversicherung von den Auswirkungen des Krieges und des totalen Zusammenbruchs, von der Besetzung Deutschlands durch die alliierten Mächte und der dadurch bedingten Aufteilung des gesamten ehemaligen Reichsgebietes auf verschiedene Besatzungszonen, auch nicht verschont.

Da diese beiden Anstalten ihren Sitz in Berlin hatten, wo auf Anordnung der russischen Militärverwaltung die Vermögen sämtlicher zentraler Reichsbehörden, Anstalten, öffentlicher Körperschaften usw. gesperrt wurden, und ihnen in Anbetracht der vorstehend dargelegten Verhältnisse jede Wirkungsmöglichkeit genommen war, gerieten sie dadurch zwangsläufig in Liquidation.

Nachdem nun die Krankenkassen nach dem Einmarsch der alliierten Truppen ihre Arbeit wieder aufnehmen konnten und somit auch wieder eine ordnungsmäßige Besoldungs- und Lohnauszahlung an die Angestellten und Arbeiter durchgeführt werden konnte, tauchte damit auch von selbst die Frage der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung auf.

Im Hinblick auf die Tatsache, daß unter den gegebenen Verhältnissen die weitere Durchführung der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung zunächst nicht mehr möglich war, ging nun ein Teil der Krankenkassen dazu über, die besonderen Beitragsanteile der Versicherten weiterhin von ihrer Vergütung bzw. von ihrem Lohn einzubehalten und dieselben bis zur Klärung der Verhältnisse in Verwahrung zu nehmen.

Ein anderer Teil der Kassen betrachtete im Hinblick auf die Gesamtlage die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung automatisch als aufgehoben und nahm deshalb für diesen Zweck auch keinen Beitragsabzug mehr vor.

Es stand jedoch nicht lange an, als auf Anordnung oder im Einverständnis der Militärregierungen in einzelnen Besatzungszonen die Durchführung der Aufgaben der Rentenversicherung der Angestellten den Landesversicherungsanstalten übertragen wurde.

Nachdem die Tarifordnungen für die Angestellten und Arbeiter im öffentlichen Dienst auch nach der Besetzung weiterhin in Kraft blieben (mit Ausnahme solcher Bestimmungen, die typisch nationalsozialistisches Gedankengut enthielten und damit gegen Art. III Ziffer 4 des Gesetzes Nr. 1 des alliierten Kontrollrats verstießen), war hierdurch die Durchführung der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung wenigstens für einen Teil der Angestellten wieder gewährleistet. Als dann Anfang des Jahres 1946 auch die Zusatzversorgungsanstalt (des Reichs und der Länder) mit Einverständnis der Militärregierung und der Ministerien ihre Geschäfte durch die nach Amberg/Opf. verlegte Verwaltung, für die westlichen Besatzungszonen wieder aufgenommen hatte, war die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung im ganzen wieder im früheren Umfang sichergestellt.

Die nachstehenden Ausführungen sollen nun in großen Zügen ein zusammenfassendes Bild über die beiden Formen der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung geben, wie sie zur Zeit von den Krankenkassen in rechtlicher Hinsicht und in der Praxis durchzuführen sind.

Bevor jedoch die einzelnen Arten der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung näher besprochen werden, möchte ich noch den Personenkreis, der für die zusätzliche Versorgung in Frage kommt, kurz erläutern.

Der Gemeinsamen Dienstordnung (GDOVTr.) unterstehen die bei den Verwaltungen und Betrieben der Versicherungsträger beschäftigten Arbeitnehmer, soweit sie unter die TOA, TOB oder die Krankenhaustarifordnung vom 2. 12. 1939 (RABl. S. IV 73) in der Fassung der Änderung vom 26. 9. 1940 (RABl. S. IV 1483) fallen, mithin also die in der Verwaltung der Krankenkassen beschäftigten Tarifangestellten, Arbeiter (Handwerker, Boten, Heizer, Putzfrauen usw.) und Lehrlinge, sowie die in den kasseneigenen Krankenhäusern, Erholungs- und Genesungsheimen tätigen Arbeitnehmer (ausgenommen Ärzte in leitender Stellung, Lernschwestern usw.). Für diese Personen ist die Durchführung der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung, sofern nicht auf sie einer der in der GDO besonders aufgeführten Befreiungsgründe in Betracht kommt, zwingend vorgeschrieben.

Die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung ist außerdem auch bei denjenigen Personengruppen durchzuführen, für die die entsprechende Anwendung der Tarifordnung A vorgesehen ist. Hierhin gehören die Angestellten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Nr. 2 ADO vom 10. 5. 1938) und die übertariflichen Angestellten (Nr. 2 der ADO vom 10. 5. 1938).

Keinen Anspruch auf zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung haben solche Tarifangestellten und Arbeiter, die nur für eine vorübergehende Tätigkeit bis zu 6 Monaten eingestellt werden und vor oder mit Ablauf dieses Zeitraumes ausscheiden (sogenannte Aushilfsangestellte). Während der Schwebezeit sind jedoch die Beitragsanteile solcher vorübergehend Beschäftigter vorläufig einzubehalten, bis feststeht, ob das Beschäftigungsverhältnis über den Ablauf des 6. Monats hinaus fortgesetzt wird. Ist dies der Fall, so tritt die Versicherung bereits vom Beginn der Beschäftigung ein. Dauert jedoch die aushilfsweise Beschäftigung nicht länger als 6 Monate, so sind die einbehaltenen Beitragsanteile bei der Entlassung wieder zurückzuerstatten.

Ausgenommen von der GDO über die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung sind ferner die bei den Betriebskrankenkassen beschäftigten Angestellten und Arbeiter, sowie solche Angestellte, denen auf Grund eines vor dem Inkrafttreten der TOA abgeschlossenen Einzelvertrags eine günstigere Regelung ihrer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung zusteht.

Der Vollständigkeit halber sei jedoch erwähnt, daß nach der 1. Änderung der GDO vom 15. 7. 1941 — AN S. II 357 — für die in den Eigenbetrieben der Betriebskrankenkassen beschäf-

tigten Angestellten und Arbeiter die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung durchzuführen ist.
Nun zu den einzelnen Formen der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung:

I. Die Überversicherung in der Rentenversicherung der Angestellten

1. Personenkreis

Nach der Gemeinsamen Dienstordnung sind die angestelltenversicherungspflichtigen Beschäftigten in der Rentenversicherung der Angestellten in einer höheren als der gesetzlich vorgeschriebenen Klasse zu versichern.

Den über 18 Jahre alten Angestellten gibt jedoch die GDO die Möglichkeit, an Stelle der Überversicherung in der Angestelltenversicherung die Versicherung bei der Zusatzversorgungsanstalt (des Reichs und der Länder) zu wählen, die im nächsten Abschnitt noch besprochen wird.

Nach Nr. 4 der GDO unterliegen auch solche Angestellte der Überversicherung, die nicht angestelltenversicherungspflichtig sind, aber die Möglichkeit der freiwilligen Selbst- oder Weiterversicherung in der Rentenversicherung der Angestellten haben. Dagegen findet Nr. 4 der GDO auf solche Angestellte keine Anwendung, die auf Grund der §§ 10 bis 15 und 17 des Angestelltenversicherungsgesetzes von der Versicherungspflicht befreit sind. Hierfür kommen vor allem solche außerplanmäßige Angestellte in Frage, die als Anwärter für eine Planstelle (DO-Stelle) gelten und die hierfür vorgeschriebene Fachprüfung bestanden haben.

Weiterhin gibt Nr. 5 GDO gewissen Personen bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen die Möglichkeit, sich auf Antrag von der Überversicherung befreien zu lassen.

Nach Nr. 5 Absatz 1 GDO sind Ehefrauen (nicht dagegen verwitwete oder geschiedene Frauen) ohne weiteres berechtigt, sich auf Antrag von der Überversicherung befreien zu lassen. Für die Entscheidung des Befreiungsantrags ist der Kassenleiter zuständig. Ferner findet die Überversicherung auf Antrag solcher Angestellten keine Anwendung, deren zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung auf andere Weise hinreichend sichergestellt ist.

Nach Nr. 5 Abs. 2 liegt ein hinreichende anderweitige zusätzliche Altersversorgung insbesondere vor, wenn der Angestellte

a) aus einem früheren Beschäftigungsverhältnis als Beamter usw. einen Rechtsanspruch auf Ruhegehalt erworben hat und wenn daneben ein Rechtsanspruch auf Hinterbliebenenbezüge gewährleistet ist, oder

b) eine spätestens bei Vollendung des 60. Lebensjahres fällig werdende Lebensversicherung in Höhe des dreifachen Jahresbetrages seiner Grundvergütung und des Wohnungsgeldzuschusses (nach Ortsklasse B) eingegangen hat, mindestens aber eine solche in Höhe von 9 000.— RM, oder

c) einen Rechtsanspruch auf Witwengeld erworben hat.

Wie aus dem Wortlaut dieses Abschnittes zu entnehmen ist, können sich jedoch auch solche Angestellte auf ihren Antrag von der Überversicherung befreien lassen, die eine ausreichende Sicherung ihrer Altersversorgung auf Grund ähnlich gearteter Verhältnisse als wie die unter a — c aufgeführten besitzen.

Die Antragsberechtigten haben hierbei zu beachten, daß die Befreiung von der Überversicherung bereits vom Einstellungstag ab wirksam wird, wenn der Befreiungsantrag bereits im Einstellungsmonat gestellt wird. Etwa später gestellte Anträge werden jeweils mit Beginn des Monats wirksam, der auf den Monat folgt, in dem der Antrag gestellt wird.

Die Entscheidung über die auf Grund der vorstehend dargelegten Voraussetzungen gestellten Anträge auf Befreiung von der Überversicherung trifft nach der 4. Änderung der GDO über die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung (AN 43 S. II 353) für die Angestellten der reichsgesetzlichen Krankenkassen (ausgenommen die Ersatzkassen der Angestellten) das zuständige Oberversicherungsamt. Soweit es sich um Angestellte von Ang.-Ersatzkassen handelt, war bis zum Zusammenbruch der Leiter der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zuständig. Nachdem die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte durch den Zusammenbruch des Reichs liquidiert wurde, ist für die Entscheidung der Befreiungsanträge an Stelle der RfA die Landesversicherungsanstalt oder auch das Landesversicherungsamt zuständig geworden.

Die aus oben aufgeführten Gründen von der Überversicherung freigestellten Angestellten können auf Antrag der zusätzlichen Altersversorgung durch Überversicherung wieder zugeführt werden.
Nach Nr. 6 Abs. 2 GDO kann jedoch auch eine Freistellung von der Überversicherung durch Anordnung des Vorstandes bzw. Kassenleiters bei solchen Angestellten herbeigeführt werden, die ein Ruhegeld oder ruhegeldähnliche Bezüge aus Kassen des Reichs, der Länder, der Gemeinden (Gemeindeverbände) oder sonstiger Körperschaften des öffentlichen Rechts im Sinne der Pensionsgesetzgebung außerhalb der Reichsversicherung erhalten. Solange jedoch eine Freistellung nicht angeordnet ist, haben auch diese Angestellten einen Rechtsanspruch auf die zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung.

Soweit durch die Entnazifizierungsmaßnahmen bei den Kassen auch gelegentlich Angestellte in untergeordneter Tätigkeit beschäftigt werden, die vorher beamtenrechtlich angestellt waren, d. h. mit Anspruch auf Ruhegehalt usw., ist zu beachten, daß diese Personen, soweit sie durch die Militärregierung, auf Befehl der Militärregierung oder sonst aus politischen Gründen als Beamte aus ihrer Stellung entfernt worden sind, nach den ausdrücklichen verbindlichen Anweisungen der Militärregierung als entlassen gelten mit der Folge des Verlustes ihrer sämtlichen Beamtenrechte. Für solche Angestellte kommt somit ebenfalls die Überversicherung zur Angestelltenversicherung in Frage, soweit sie nicht als Aushilfsangestellte (s. oben) beschäftigt werden.

2. Beitragsverfahren

Nachdem durch die zweite Verordnung über die Vereinfachung des Lohnabzugs vom 24. 4. 1942 — RGBl. I S. 252 und durch die Durchführungsverordnung hierzu vom 15. Juni 1942 (RGBl. I S. 403) ab 29. 6. 1942 bzw. 1. 7. 1942 das Markenverfahren in der Pflichtversicherung in Wegfall gekommen ist, konnte ab diesem Zeitpunkt die Festsetzung und Entrichtung der Überversicherungsbeiträge nicht mehr in der gem. GDO angeordneten Weise durchgeführt werden.
Nach RBBl. 1942 Nr. 4038 (s. auch AN 1942 S. II 418) ist daher bestimmt, daß die Versicherungsklasse so zu wählen ist, daß der für die Überversicherung monatlich aufzuwendende Beitrag bei Angestellten mit einem Pflichtbeitrag zur Rentenversicherung der Angestellten in Höhe von 5,6 v. H. des Entgelts dem Betrag von 6,6 v. H. des Monatsbetrags der laufenden dienstlichen Bezüge des Angestellten möglichst nahekommen.
Die Versicherung ist demnach vorzunehmen:

Bei einem Gesamtmonatsbetrag der laufenden Dienstbezüge des zu versichernden Angestellten	In der Versicherungsklasse	Mit einem monatl. Überversicherungsbeitrag von	Von dem Überversicherungsbeitrag trägt der Angestellte	Von dem Überversicherungsbeitrag trägt die Kasse
RM		RM	RM	RM
bis 45,45	A	2,—	0,67	1,33
von 45,46 bis 90,90	B	4,—	1,33	2,67
von 90,91 bis 151,51	C	8,—	2,67	5,33
von 151,52 bis 212,12	D	12,—	4,—	8,—
von 212,13 bis 272,72	E	16,—	5,33	10,67
von 272,73 bis 340,90	F	20,—	6,67	13,33
von 340,91 bis 416,66	G	25,—	8,33	16,67
von 416,67 bis 530,30	H	30,—	10,—	20,—
von 530,31 bis 600,—	J	40,—	13,33	26,67
über 600,—	K	50,—	16,67	33,33

Diese Tabelle gilt auch für die Angestellten, die nach Nr. 4 der GDO (siehe oben) überzuversichern sind.

Wie aus vorstehender Tabelle zu entnehmen ist, trägt der Angestellte von dem für die Überversicherung aufzuwendenden Beitrag ein Drittel und die Kasse zwei Drittel.

Ist ein Angestellter, der an und für sich bei der Rentenversicherung der Angestellten überzuversichern wäre, bereits bei der Versorgungsanstalt der Deutschen Post oder bei der Reichsbahn-Versicherungsanstalt oder bei einer anderen öffentlich-rechtlichen oder von öffentlich-rechtlichen Körperschaften eingerichteten Versorgungsanstalt versichert, die eine freiwillige Mitgliedschaft des Angestellten zuläßt, so kann die Kasse auf Antrag des Angestellten, wenn er sich verpflichtet, das bisherige Versicherungsverhältnis aufrecht zu erhalten, bis zu zwei Dritteln des Betrages, den der Angestellte für die Weiterversicherung aufzuwenden hat, an Stelle des ursprünglich zu leistenden Überversicherungsbeitrages an die bisherige Versicherungsanstalt des Angestellten leisten.

Der Beitragsanteil des Angestellten zur Überversicherung ist von seinen laufenden Bezügen (Bruttobezügen) einzubehalten. Maßgebend für die Einstufung ist das Arbeitsentgelt im Sinne des § 160 RVO, insbesondere also Grundvergütung, Wohnungsgeldzuschuß, örtliche Sonderzuschläge, Kinderzuschläge usw., nicht dagegen Aufwandsentschädigungen, Trennungsentschädigungen, Unterstützungen, Wege- und Zehrgelder, Entschädigung für Dienstkleidung und dergleichen.

Für die Zeit nach dem Zusammenbruch wurde als Aushilfsmaßnahme folgendes Entrichtungsverfahren eingeführt:

Sofern es sich um Ortskrankenkassen handelt, sind die Beiträge zur Überversicherung mit den Beiträgen zur Angestelltenversicherung der Selbstversicherten und der freiwillig Weiter- und Höherversicherten usw. zu vereinnahmen und an die zuständige Landesversicherungsanstalt abzuführen. Die übrigen reichsgesetzlichen Krankenkassen haben die Beiträge zur Überversicherung in bar an die zuständige Ortskrankenkasse abzuführen, die für den Bareinzug der Beiträge zur Angestelltenversicherung für die Selbstversicherten und die freiwillig Weiter- und Höherversicherten usw. bestimmt wurde.

Über die Einzahlung wird jeweils eine Empfangsbestätigung in dreifacher Fertigung ausgestellt, wovon je eine Fertigung der Versicherte, die zuständige Landesversicherungsanstalt und die Krankenkasse erhalten.

Für spätere Nachprüfungen usw. ist es zweckmäßig, wenn auf der Empfangsbestätigung in der Spalte „Bemerkungen" vermerkt wird, daß es sich um Beiträge zur Überversicherung handelt.

Die dem Versicherten gehörige Empfangsbestätigung ist mit dem linken Rand in die laufende (grüne) Versicherungskarte, unterer Teil — an Stelle der bisherigen Beitragsmarken — einzukleben.

Seit Januar d. J. können jedoch die Beiträge zur Überversicherung auch wieder im Markenverfahren entrichtet werden. Die Krankenkassen haben also wieder wie früher nach Schluß jeden Monats anhand der Zahlungsbogen bzw. Besoldungslisten der Tarifangestellten den Markenbestand zusammenzustellen. Auf Grund dieser Zusammenstellung sind dann beim Postamt die

Marken zu kaufen, in die Versicherungskarten einzukleben und durch Anbringung des Datumstempels zu entwerten.*)

Die Beitragsanteile der Kasse zur Überversicherung gelten nach Abschnitt 40a der Lohnsteuerrichtlinien von 1940 in der Fassung von 1947 nicht als Arbeitslohn und sind daher auch für die Lohnsteuerberechnung nicht zu berücksichtigen.

Die Beitragsentrichtung und damit die Überversicherung entfallen, wenn bei fortdauerndem Beschäftigungsverhältnis laufende Bezüge nicht mehr zustehen (z. B. bei länger anhaltender Krankheit nach Ablauf der im § 12 TOA vorgesehenen Fristen oder bei Beurlaubung ohne Dienstbezüge).

3. Leistungen

Hinsichtlich der Leistungen ist auszuführen, daß durch die Überversicherung der Steigerungsbetrag des Ruhegeldes, der jeweils zu dem einheitlichen Grundbetrag von jährlich 444,— RM hinzukommt, entsprechend erhöht wird.

Da die Hinterbliebenenrenten nach dem Ruhegehalt des verstorbenen Versicherten berechnet werden, tritt durch die Überversicherung auch eine Erhöhung der Witwen- und Waisenrenten ein.

Schließlich kann sich die Überversicherung auch erhöhend auf die Beitragserstattung auswirken, die z. B. bei Eheschließung weiblicher Versicherter in Frage kommt. Im übrigen gelten bezüglich der Leistungen dieselben Grundsätze wie in der Pflichtversicherung.

*) Anmerkung der Schriftleitung: Diese Regelung gilt nicht in allen Ländern.

Bei einem Ausscheiden aus dem Beschäftigtenverhältnis bleibt dem Angestellten die in der Rentenversicherung der Angestellten durch Versicherung und Überversicherung erworbene Anwartschaft in voller Höhe erhalten, wenn eine der folgenden Möglichkeiten erfüllt wird:

1. Geringste Anwartschaftserhaltung bei schlechter Lebenslage oder geringstem Verdienst. Der Kostenaufwand der Erhaltung beträgt dann nur 24,— RM je Jahr (6 Beitragsmonate zu je 4,— RM). Ist beim Versicherungsfall die Hälfte der Versicherungszeit mit Beiträgen überdeckt, so ist die Anwartschaft in der erworbenen Höhe einschließlich Grundrente voll erhalten.
2. Wird der ausgeschiedene Versicherte in irgend einer Stelle wieder beschäftigt und demgemäß in der Angestelltenversicherung, Invalidenversicherung oder bei der Knappschaft pflichtversichert so bleiben seine Anwartschaften aus der Angestelltenversicherung und zwar auch die aus seiner Überversicherung ohne weiteres voll erhalten und werden durch die neu hinzuerworbenen Steigerungen vermehrt.
3. Dasselbe gilt auch bei freiwilliger Weiterversicherung des Versicherten in der Rentenversicherung der Angestellten, die zeitweise oder dauernd (je nach der finanziellen Lage des Versicherten) in höheren bis zur höchsten Klasse erfolgen kann.

Fortsetzung folgt.

Die Leistungsdauer für Krankengeld

Von stellv. Kassenleiter G. Albrecht, Burgdorf (Hannover)

I.

1. Die Versichertenkrankenhilfe ist durch den Erlaß vom 2. 11. 1943 (AN. S. II 485), der an die Stelle der Erlasse vom 20. 5. 1941 (AN. S. II 197), vom 5. 11. 1941 (AN. S. II 466), vom 13. 12. 1941 (AN. 42 S. II 17) und vom 5. 2. 1943 (AN. S. II 59) trat, gegenüber dem vorher gültig gewesenen Rechtszustand wesentlich geändert worden. Die volle Auswirkung dieser Änderung ist infolge des Zusammenbruchs, da die Behandlung dieser Fragen seit Ende 1944 ruhte, noch nicht in ihrem ganzen Umfange geklärt. Das RVA hatte erst in drei Fällen Gelegenheit gehabt, zu den grundsätzlichen Fragen in Entscheidungen Stellung zu nehmen. Man kann daraus zwar einige wesentliche Schlüsse ziehen, die Kernfragen blieben aber offen. Es soll nachstehend versucht werden, den Umfang des Anspruches auf Krankengeld nach dem zur Zeit geltenden Recht darzustellen.

Nach Abschnitt I, 2a des Erlasses wird Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit bis zu 26 Wochen gewährt, auch wenn während dieser Zeit eine neue Krankheit auftritt. Ist der Versicherte wieder arbeitsfähig, aber noch behandlungsbedürftig, und wird er wegen einer neuen Krankheit arbeitsunfähig, so hat er einen neuen Anspruch auf Krankengeld. Krankenpflege hingegen wird nach Abschnitt I, 1 des Erlasses ohne zeitliche Begrenzung gewährt. Scheidet ein Mitglied während des Bezuges von Krankenpflege aus der Versicherung aus, so endet die Krankenpflege spätestens 26 Wochen nach dem Ausscheiden.

In der Literatur war zu diesen Änderungen gegenüber dem vorherigen Rechtszustand als besonders bemerkenswert hervorgehoben worden, daß ein besonderer Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit und ein neuer Krankheitsbegriff geschaffen worden seien. So insbesondere bei Grünewald in DOK 41 S. 206 und bei Kühne in AV 41 S. 245. Diese Feststellung ist von den dazu noch ergangenen Entscheidungen des RVA Nr. 5517 (AN. 43 S. II 145) und Nr. 5545 (AN. 44 S. II 38) nicht in vollem Umfange bestätigt worden. Insbesondere blieb dabei dahingestellt, ob durch das neue Recht ein neuer selbständiger Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit geschaffen worden ist. Aus den genannten Entscheidungen und ihren Begründungen lassen sich jedoch bemerkenswerte Schlüsse für die Auslegung des Rechts ziehen.

2. Nach wie vor muß von dem Begriff des einheitlichen Unterstützungsfalles ausgegangen werden. Ausgangspunkt für ihn ist die Erkrankung. Hat die Erkrankung einmal den Unterstützungsfall gegeben, so ist bis zu dessen Ablauf die Grundvoraussetzung für den Eintritt der im Gesetz als Krankenhilfe vorgesehenen Leistungen gesetzt und zwar auch für den Fall, daß der Zustand sich erst allmählich zur Arbeitsunfähigkeit steigert (E. 5545). Insofern ist der Grundsatz der Entscheidung 2342 (AN. 17 S. 462), daß der Zeitpunkt der Erkrankung für die Beurteilung aller Ansprüche, die aus einem Unterstützungsfall erhoben würden, maßgebend sei, nicht aufgegeben. Aus der besonderen Art der Regelung der Anspruchsdauer für Krankenpflege, die unbegrenzt, und des Krankengeldes, das begrenzt gewährt wird, ergibt sich, daß der für das Krankengeld maßgebende Grundlohn nach den Verhältnissen zur Zeit des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit zu berechnen ist, wenn ein Versicherter infolge eines zunächst nur Behandlungsbedürftigkeit begründenden regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes arbeitsunfähig geworden ist und erst später Arbeitsunfähigkeit hinzutritt (E. 5517).

Aus den genannten Entscheidungen ist nicht zu ersehen, inwieweit das RVA eine neue Definition des Krankheitsbegriffes für angebracht hielt. Es liegt allerdings der Beschluß vom 21. 12. 1940 (AN. 41 S. II 22) vor, der noch vor der Neuregelung des Rechts der Gewährung von Leistungen ergangen war. Die Neuregelung entspricht aber in den wesentlichsten Punkten der Stellungnahme der RVA in seinem Bescheid. Andererseits ist zu beachten, daß der Erlaß vom 2. 11. 1943 nach seiner Überschrift zu urteilen eine Verbesserung der Leistungen der Krankenversicherung bezweckte. Es konnte also keine Verschlechterung der Stellung der Versicherten gegenüber dem vorher geltenden Recht beabsichtigt gewesen sein. Daraus wäre zu folgern, daß die Anwendung des Begriffes Krankheit in dem Erlaß vom 2. 11. 1943 insoweit in Betracht kommt, als eine Verbesserung der Ansprüche des Versicherten daraus herzuleiten ist (s. a. Begründung zu E. 5545).

Als Unterstützungsfall gilt auch jetzt der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, wenn ohne Fortdauer ärztlicher Behandlung oder arzneilicher Versorgung eine Besserung ausgeschlossen oder eine Verschlimmerung zu erwarten ist. Die besondere Krankheitsursache ist nur von Bedeutung, soweit es sich um den Anspruch auf Krankengeld handelt. Das gilt aber auch nur, sofern eine Erweiterung des Anspruches dadurch begründet wird.

II.

1. Durch den Erlaß vom 2. 11. 1943 ist § 183 RVO nicht aufgehoben worden. Er ist nur insoweit hinfällig, als er mit dem Erlaß nicht übereinstimmt, gilt aber weiter, soweit ihm keine Bestimmung des neuen Rechts entgegensteht. Bei Beurteilung der Anspruchsdauer sind diese beiden Fragen sorgfältig zu prüfen, und es ist auch auf § 183 RVO zurückzugreifen (E. 5545). Tritt die Arbeitsunfähigkeit während der Mitgliedschaft ein, so sind für die Ermittlung der Anspruchsdauer nach dem jetzigen Recht Schwierigkeiten kaum vorhanden. Krankengeld ist für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit für 26 Wochen zu gewähren, auch wenn während dieser Zeit eine neue Krankheit hinzutritt. Krankheit ist in diesem Falle im Sinne des medizinischen Begriffs Krankheit zu verstehen. Während des Laufes des Krankengeldbezuges, des Bestehens der Arbeitsunfähigkeit, kommt eine Berücksichtigung der Krankheitsursache nicht in Betracht. Denn der Zustand der Arbeitsunfähigkeit als solcher besteht unabhängig von neu hinzutretenden Leiden, sobald er erst einmal durch eine Krankheit ausgelöst wurde, und auch das Krankengeld wird ohne Rücksicht auf die Besonderheiten einer besonderen Krankheitsart gewährt (Besch. v. 21. 12. 1940). Ist Krankengeld für 26 Wochen gewährt worden, so ist der Anspruch erschöpft. Solange die Arbeitsunfähigkeit andauert, kann kein neuer Anspruch auf Krankengeld entstehen. Das gilt auch, wenn während der fortdauernden Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit hinzutritt. Das ergibt sich aus der Bestimmung des Erlasses vom 2. 11. 1943, wonach bei Arbeitsunfähigkeit bis zu 26 Wochen Krankengeld gewährt wird.

Das gleiche muß m. E. auch dann gelten, wenn die Arbeitsunfähigkeit weggefallen war und nur noch die Notwendigkeit der Krankenpflege für die gleiche Krankheit bestanden hatte, der Zustand sich dann aber wieder zur Arbeitsunfähigkeit steigerte. Nur so ist Abschnitt I, 2a, Abs. 1, Satz 2 des Erlasses vom 2. 11. 1943 zu verstehen, daß ein neuer Anspruch auf Krankengeld dann besteht, wenn der Versicherte zwar wieder arbeitsfähig, aber noch behandlungsbedürftig war und wegen einer neuen Krankeit arbeitsunfähig wurde. Die Grundlage für diese Fassung kann nur die Annahme eines einheitlichen Unterstützungsanspruches auf Krankengeld für die gleiche Krankheit sein, der auf 26 Wochen begrenzt ist.

Hat aber eine zeitlang Arbeitsfähigkeit bestanden und tritt erneut wegen einer anderen Krankheit Arbeitsunfähigkeit ein, so entsteht ein neuer Anspruch auf Krankengeld, auch wenn die alte Krankheit daneben weiterbesteht, ohne von sich aus Arbeitsunfähigkeit zur Folge zu haben.

2. Der Begriff des einheitlichen Unterstützungsfalles gilt, wie oben ausgeführt, auch fernerhin. Das gilt insbesondere auch für den Anspruch des Krankengeldes, soweit es bei Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit gewährt wird. Solange es sich innerhalb eines einheitlichen Unterstützungsfalles um die gleiche Krankheit handelt, besteht für die im Rahmen dieses einheitlichen Unterstützungsfalles auftretende Arbeitsunfähigkeit, auch wenn sie in mehreren getrennt aufeinander folgenden Zeiten auftritt, die von Zeiten unterbrochen sind, während welcher nur Krankenpflege gewährt wird, nur ein einheitlicher Anspruch auf Krankengeld. Ein Leiden, das zunächst zur Arbeitsunfähikeit führte, nach deren Ende der Versicherte aber weiter behandlungsbedürftig war, begründet für den Versicherten keinen neuen Anspruch auf Krankengeld, wenn es erneut stärker hervortritt und dadurch erneut Arbeitsunfähigkeit hervorgerufen wird. Es läuft vielmehr nur noch ein eventueller Rest der durch die erste Arbeitsunfähigkeit hervorgerufenen Aussteuerungsfrist ab (OVA Oppeln 19. 11. 1942 — OVA — Rechtsprechung).

Die Leistungsdauer beträgt 183 Tage, die Karenztage nicht eingerechnet. Daran ändert sich auch nichts, falls Krankenhauspflege gewährt wird. Krankenhauspflege ist nach wie vor Ersatzleistung für Krankenpflege und Krankengeld und keine selbständige Leistung und bleibt nach wie vor in enger Beziehung zum Krankengeld (Jaeger in DOK 41 S. 325). Auch wenn vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an Krankenhauspflege gewährt wird, beträgt für Versicherte, die Anspruch auf Krankengeld haben, die Gesamtdauer des Unterstützungsanspruches für die Arbeitsunfähigkeit 186 Tage. — Hat der Versicherte keinen Anspruch auf Krankengeld, z. B. wenn die Leistungen nach § 215 RVO für Versicherungsberechtigte entsprechend beschränkt sind, für Lehrlinge ohne Entgelt, für Rentner, so wird Krankenhauspflege nur anstelle der Krankenpflege gewährt. In diesem Falle wird die Krankenhauspflege im gleichen Umfange wie Krankengeld gewährt, d. h. für 26 Wochen. 26 Wochen sind aber nur 183 Tage.

In die Unterstützungsdauer von 26 Wochen sind nicht nur die Zeiten tatsächlichen Krankengeldbezuges einzurechnen. Es sind auch die Zeiten einzurechnen, während welcher der Anspruch auf das Krankengeld nach § 189 RVO (E. 5499 — AN. 42 S. II 582) und nach § 216 RVO (E. 5435 — AN. 41 S. II 261) ruht.

III.

1. Weniger klar ist die Frage, für welche Zeit nach dem Ausscheiden des Versicherten aus der Versicherung Krankengeld zu gewähren ist, wenn er erst nach dem Ausscheiden arbeitsunfähig wird, bis zu diesem Zeitpunkt aber Krankenpflege bezogen hat. Die E. 5545 hat in dieser Frage einen grundsätzlichen Anhaltspunkt gegeben.

Scheidet ein Versicherter während des Bezuges von Krankenpflege aus der Versicherung aus, so endet die Krankenpflege spätestens 26 Wochen nach dem Ausscheiden. Die Versicherung besteht, solange die Mitgliedschaft besteht. Denn Mitglied sein, heißt versichert sein (s. Gründe zu E. 5026 — AN. 36 S. IV 301). Ausscheiden aus der Versicherung liegt daher in allen Fällen vor, in welchen die Mitgliedschaft endet. Sie kann enden durch Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung mit dieser, durch Beendigung der Versicherungsberechtigung infolge Austritts oder Ausscheidens nach § 314 RVO, nach § 447 RVO wegen Löschung im Verzeichnis der unständig Beschäftigten, im Falle des § 311 RVO nach Beendigung des Krankengeldbezuges oder der Krankenhauspflege, bei Rentnern mit Ablauf des Monats, in dem die Rente entzogen wird.

Der an sich unbegrenzte Anspruch auf Krankenpflege, der mit der Entstehung des Unterstützungsfalles entsteht, läuft über das Ende der Mitgliedschaft hinaus noch 26 Wochen. Dann werden keine weiteren Leistungen gewährt. Diese Beendigung der Leistungen entspricht nicht der Aussteuerung. Tritt danach der Versicherte wieder in ein Versicherungsverhältnis, so hat er mit dem Beginn der Mitgliedschaft, unter Berücksichtigung der §§ 310, 207, 451 RVO einen neuen Anspruch auf Krankenhilfe.

2. Über die Dauer des Anspruches auf Krankengeld ist in diesem Falle nichts Näheres bestimmt. Nach der E. 5545 ist daher insoweit auf § 183 zurückzugreifen und er ist anzuwenden, soweit der Erlaß vom 2. 11. 1943 nicht entgegensteht.

Nach Abschnitt I, 1 Satz 2 des Erlasses endet die Krankenpflege in diesem Fall zwar 26 Wochen nach dem Ausscheiden. Der Anspruch auf Krankengeld beträgt nach Abschnitt I, 2a 26 Wochen und nach § 183 Abs. 1 RVO endet die Krankenhilfe mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit, wird jedoch Krankengeld erst von einem späteren Tage an bezogen, nach diesem.

Würde ohne Rücksicht auf den Beginn der Krankengeldzahlung die Krankenhilfe mit dem Ablauf der 26. Woche nach dem Ausscheiden enden, so würde das Krankengeld nicht für 26 Wochen gewährt werden. Mit Rücksicht auf § 183 Abs. 1 RVO wäre es außerdem eine Verschlechterung gegenüber dem daraus herzuleitenden Anspruch. Diese Verschlechterung war, wie oben ausgeführt, nicht beabsichtigt. Ist daher ein Kassenmitglied behandlungsbedürftig erkrankt, die Arbeitsunfähigkeit jedoch erst nach dem Ausscheiden aus der Versicherung und nach dem Ablauf der Dreiwochenfrist des § 214 Abs. 1 RVO eingetreten, so ist das Krankengeld vom 4. Tage der Arbeitsunfähigkeit an für die volle satzungsmäßige Dauer zu gewähren. Der Krankengeldanspruch endet nicht etwa spätestens 26 Wochen nach dem Ausscheiden (E. 5545).

Ist z. B. ein Versicherter am 31. 3. ausgeschieden, der bereits vorher Krankenpflege bezog und auch weiterhin nach dem Ausscheiden ununterbrochen Krankenpflege nötig hatte, am 1. 7. arbeitsunfähig geworden, so hat er Anspruch auf Krankengeld bis zum 2. 1. des folgenden Jahres. Sein Anspruch endet nicht etwa am 27. 9., dem Ablauf der 26. Woche nach dem Ausscheiden. Solange der Anspruch auf Krankengeld besteht, ist auch Krankenpflege zu gewähren.

3. Nach dem Wortlaut der E. 5545 besteht der Anspruch in dem genannten Umfange, wenn die Arbeitsunfähigkeit während des Anspruchs auf Krankenpflege eingetreten ist. Dies ist nicht ganz richtig, wenn § 183 Abs. 1 RVO herangezogen wird. In entsprechender Anwendung von § 183 Abs. 3 RVO endet der Anspruch auf Krankenpflege, wenn der Krankengeldanspruch nach dem Ablauf der 26. Woche nach dem Ausscheiden wegfällt, mit diesem. Wird also der Versicherte, der am 31. 3. ausgeschieden ist, und der ab 1. 7. arbeitsunfähig erkrankt war, nach dem 29. 9., dem Ende der 26. Woche nach dem Ausscheiden, wieder arbeitsfähig, so kann er danach keine weiteren Leistungen von der Kasse fordern. Es steht ihm nicht etwa noch bis zum 2. 1. Krankenpflege oder, falls er wieder arbeitsunfähig wird, noch das Krankengeld bis zur Dauer von 26 Wochen zu. Diese Folgerung ergibt sich auch daraus, daß die Längstdauer der Krankenpflege 26 Wochen nach dem Ausscheiden beträgt. Ist aber über die 26. Woche nach dem Ausscheiden hinaus Krankengeld gezahlt und damit auch weitere Krankenpflege gewährt worden, so kann nach dem Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld keine weitere Krankenpflege gewährt werden, da dieser Anspruch bereits erschöpft war. Die Gewährung der Krankenpflege bis dahin war an die Krankengeldzahlung gebunden. Mit dem Wegfall des Krankengeldes ist der Versicherte m. E. aber auch nicht ausgesteuert in dem alten Sinne; denn es ist ihm kein Krankengeld für 26 Wochen gewährt worden.

IV.

In den Fällen des § 214 Abs. 1 RVO endet die Krankenhilfe nach dem Erlaß vom 2. 11. 1943 spätestens 26 Wochen nach Ablauf der Dreiwochenfrist. Hierbei handelt es sich um Fälle, bei welchen der Unterstützungsfall erst nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht, aber binnen 3 Wochen der Erwerbslosigkeit eingetreten ist.

Als Eintritt des Unterstützungsfalles gilt der Beginn der Behandlungsbedürftigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit. Es kommt für den Anspruch aus § 214 RVO nicht darauf an, wann der Unterstützungsanspruch geltend gemacht wird (RVA vom 29. 11. 1927 — E. u. M. Bd. 22 S. 238). Der Anspruch wird durch die Erkrankung ausgelöst. In Fällen dieser Art endet der Anspruch auf Krankenhilfe spätestens 26 Wochen nach Ablauf der Dreiwochenfrist, also ohne Rücksicht auf den Beginn der Erkrankung innerhalb der drei Wochen, mit dem Ablauf der 29. Woche nach dem Ausscheiden.

Innerhalb dieses Zeitraumes beträgt der Anspruch auf Krankengeld höchstens 26 Wochen. Er läuft nicht etwa ohne Rücksicht auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ablauf der 29. Woche nach dem Ausscheiden. Ist z. B. der Versicherte am 31. 3. ausgeschieden und am 5. 4. erkrankt und zugleich arbeitsunfähig geworden, so besteht Anspruch auf Krankengeld nur bis zum 7. 10. Krankenpflege kann dann noch bis zum 18. 10. gewährt werden.

Tritt Arbeitsunfähigkeit erst nach dem Ablauf der Dreiwochenfrist ein, so besteht für den Anspruch auf Krankengeld die gleiche Lage wie im Falle der Entscheidung 5545. Denn die Ansprüche aus § 214 RVO ergeben sich für den ganzen Unterstützungsfall, der innerhalb der Dreiwochenfrist eingetreten ist, so daß es keinen Unterschied macht, ob der Versicherungsfall der Krankheit noch während der Mitgliedschaft oder erst während der Frist des § 214 RVO eingetreten ist. Der Versicherungsschutz besteht, wenn auch mit Begrenzung auf die Regelleistungen und im Rahmen des Abschnittes I, 5 des Erlasses vom 2. 11. 1943 auch noch in der Dreiwochenfrist des § 214 RVO. Daher ist die E. 5545 auch dann entsprechend anwendbar, wenn die Erkrankung während der Dreiwochenfrist des § 214 RVO eingetreten ist. Krankengeld ist gegebenenfalls, auch wenn die Arbeitsunfähigkeit erst nach Ablauf dieser Frist eingetreten ist, als Regelleistung und im Rahmen des Abschnittes I, 5 des Erlasses vom 2. 11. 1943 zu gewähren (E. 5582 — AN. 44 S. II 286). Das gilt, soweit es sich grundsätzlich um den Anspruch auf Krankengeld handelt. Die Dauer des Krankengeldbezuges ist durch Abschnitt I, 5 des Erlasses vom 2. 11. 1943 begrenzt. Nach dieser Bestimmung endet die Krankenhilfe 26 Wochen nach dem Ablauf der Dreiwochenfrist. Da Krankenhilfe, Krankenpflege und Krankengeld umfaßt (§ 182 RVO), steht diese Begrenzung insoweit der Anwendung des § 183 Abs. 1 RVO entgegen. Nach dem klaren Wortlaut der Ziffer I, 5 des Erlasses vom 2. 11. 1943 kann keinerlei Leistung der Krankenhilfe über den Ablauf der 26. Woche nach dem Ablauf der Dreiwochenfrist des § 214 RVO gewährt werden. Insoweit ist die Lage anders als in dem Fall des Eintritts des Unterstützungsfalles während der Mitgliedschaft.

Die Verjährung von Beiträgen zur Sozialversicherung

Zu dem in der Nr. 4/48 S. 30 veröffentlichten Artikel von Erich Heyer „Die Verjährung von Beiträgen zur Sozialversicherung" geht uns von Oberverwaltungsdirektor Gering, ständiger geschäftsführender Vorsitzender des Versicherungsamts, Frankfurt am Main, folgende Stellungnahme zu:

„Der Verfasser vertritt die Auffassung, daß absichtlich hinterzogene und vorsätzlich vorenthaltene Beiträge rechtlich gleichbedeutend seien. Diese Ansicht ist zum mindesten nur bedingt richtig. Ich habe mich in einer im Jahre 1937 erlassenen Entscheidung mit dieser Frage eingehend auseinandergesetzt. Diese Entscheidung ist s. Z. in der OVA-Rechtsprechung veröffentlicht und von den Herausgebern derselben Dr. Knoll und Dr. Kreil kommentiert worden."

Anmerkung der Schriftleitung.

Bei dem Interesse, dem die Entscheidung zweifellos bei einem großen Teil unserer Leser begegnet, halten wir es für angebracht, für die Leser, denen die OVA-Rechtsprechung nicht zugängig ist, diese Entscheidung mit der Kommentierung nachstehend abzudrucken:

Deckt sich der Begriff der „vorsätzlichen Vorenthaltung" (§ 533 RVO) von Beiträgen mit dem der „absichtlichen Hinterziehung" des § 29 Abs. 1 RVO?

Gründe:

Die bereits im Jahre 1931 erloschene, nicht eingetragen gewesene Firma K. u. Co. ist mit der Abführung von Pflichtbeiträgen zur KV und AlV für die Zeit vom 1. 5. 1930 bis 31. 1. 1931 im Rückstand Die rückständigen Beiträge einschließlich Mahngebühren und Kosten betragen 710,25 RM. Inhaber der genannten Firma waren zunächst bis 23. 12. 1930 Jakob K. und G. Nach dem am letztgenannten Tage erfolgten Ausscheiden des K. aus der Firma ist diese bis zu ihrem Erlöschen von G. allein weitergeführt worden. Die AOK ist in den Jahren 1930/1931 wiederholt gegen die Firma bzw. gegen G. erfolglos mit Pfändungsersuchen und Zahlungsverboten vorgegangen. Dagegen hat die genannte Kasse gegen K. nichts unternommen. Auf ein Schreiben der KK vom 14. 2. 1931, in dem der Firma der Verkauf gepfändeter Gegenstände angedroht wurde, hat sich G. am 24. 2. 1931 bereit erklärt, die rückständigen Beiträge zu übernehmen, er hat aber um Hinausschiebung des Zahlungstermins gebeten. In der Folgezeit ist die AOK im Jahre 1931 nur gegen G. weiterhin wegen Hereinbringung der rückständigen Beiträge vorgegangen (Antrag auf Ableistung des Offenbarungseides, Versuch der Eintragung einer Zwangshypothek), ohne daß diese Maßnahmen aber zu irgendeinem Erfolg geführt hätten. In den Jahren 1932 und 1933 ist nichts mehr wegen Hereinbringung der rückständigen Beiträge unternommen worden. G. ist am 24. 11. 1932 verstorben. Unter dem 9. 4. 1934 hat die AOK der Firma J. G. ein Zahlungsverbot gegen K. wegen der von der Firma K. u. Co. rückständigen Beiträge zugestellt. Dieses Zahlungsverbot ist dann aber von der Kasse bereits am 12. 4. 1934 wieder zurückgezogen worden, „da der Schuldner K. heißt, während die jetzige Inhaberin der Firma Kl. Irene K. ist." Irene K. ist die Ehefrau des Jakob K. Am gleichen Tage (12. 4. 1934) ist seitens der Kasse wegen der rückständigen Beiträge ein Zahlungsverbot an die Firma K., Inhaberin Irene K., bei der Jakob K. beschäftigt war und auch jetzt noch ist, erlassen worden. Die Firma hat der Kasse hierauf unter dem 14. 5. 1934 mitgeteilt, daß Zahlung nicht erfolgen könne, da der Verdienst des Jakob K. die pfändungsfreie Grenze nicht übersteige.

Nachdem dann seitens der AOK zunächst nichts mehr veranlaßt worden war, hat sie am 22. 4. 1936 der Firma Kl., Inhaber Irene K., erneut ein Zahlungsverbot über den Betrag von 745,57 RM gegen den Ehemann der Firmeninhaberin zugestellt. Die Firma hat wiederum mitgeteilt, daß Jakob K. bei ihr tätig sei, daß aber sein Einkommen die pfändungsfreie Grenze nicht übersteige. Im Laufe des anschließenden Schriftwechsels hat die Allgemeine Ortskrankenkasse ihre ursprüngliche Forderung von 745,57 RM auf 371,97 RM ermäßigt, da Jakob K. bereits am 23. 12. 1930 aus der Firma ausgeschieden sei und deshalb nur bezüglich der in der Zeit vom 1. 5. — 30. 11. 1930 rückständigen Pflichtbeiträge in Anspruch genommen werden könne.

Jakob K. ist der Ansicht, daß die gegen ihn geltend gemachte Forderung der Kasse inzwischen verjährt sei. Die Kasse hat zugegeben, daß sie gegen K. persönlich erstmals am 9. 4. 1934 vorgegangen ist, sie ist aber der Meinung, daß es sich um absichtlich vorenthaltene Beiträge der Gefolgschaftsmitglieder handele und daß deshalb die 30jährige Verjährung Platz greife.

Nach § 29 Absatz 1 RVO verjährt der Anspruch auf rückständige Beiträge in 2 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres der Fälligkeit, soweit sie nicht absichtlich hinterzogen worden sind. Eine Unterbrechung der ab 1. 1. 1931 laufenden zweijährigen Verjährungsfrist ist nicht eingetreten. Die Ansicht der KK, daß die Beiträge absichtlich hinterzogen und deshalb noch nicht verjährt seien, ist nicht zutreffend.

Bei der von Amts wegen vorzunehmenden Prüfung der Frage, ob eine Beitragsforderung verjährt sei, ist davon auszugehen, daß die zweijährige Verjährungsfrist des § 29 Absatz 1 RVO die Regel, der Fall der „Hinterziehung" die grundsätzlich eng auszulegende Ausnahme bildet (vergl. OVA-Rspr. Anm., zu Nr. 195 zu § 29 Absatz 1 RVO).

Der Versicherungsträger, der einwendet, daß die Beiträge absichtlich hinterzogen sind, muß auch den Beweis dafür erbringen (Sonderhoff in „Arbeiterversorgung" 1397 S. 219).

Die Kasse folgert die Absicht, der Hinterziehung lediglich aus der zu § 533 RVO ergangenen Rechtsprechung der ordentlichen Gerichte. Dabei handelt es sich um eine Strafvorschrift, nach der bestraft wird, wer als Arbeitgeber Beitragsteile, die er den Beschädigten einbehalten oder von ihnen erhalten hat, der berechtigten Kasse „vorsätzlich vorenthalten" hat. Der Begriff „vorsätzlich vorenthalten" i. S. dieser Strafvorschrift erfordert nun nichts weiter als die Unterlassung der Abführung der einbehaltenen Beträge an die Kasse (Komm. zur RVO von Krohn-Zschimmer, Anm. 4 zu § 533 S. 263).

Dagegen ist der Begriff „absichtliche Hinterziehung" i. S. des § 29 Absatz 1 RVO viel enger auszulegen. Eine „absichtliche Hinterziehung" kann nur dann vorgenommen werden, wenn der Zahlungspflichtige mit Wissen und Willen die geschuldeten Beiträge nicht entrichtet, sie also im vollen Bewußtsein der Rechtswidrigkeit der Kasse vorenthalten hat. Es müssen demnach bestimmte Tatsachen vorliegen, aus denen sich der schlechte Wille des Pflichtigen ergibt, dem Versicherungsträger die Versicherungsbeiträge nicht oder nicht in der gebührenden Höhe zu zahlen (vgl. Sonderhoff a. a. O.). Es muß deshalb mit hinreichender Sicherheit anzunehmen sein, daß der Zahlungspflichtige der Kasse die nicht abgeführten Beiträge in bewußt betrügerischer Absicht vorenthalten hat, um sich einen Vermögensvorteil zu verschaffen.

Übrigens werden auch im deutschen Strafrecht drei Arten des „Vorsatzes" unterschieden, und zwar der absichtliche, der direkte und der bedingte Vorsatz (vgl. „Die Verwaltungs-Akademie", Bd. II, Beitrag 39, „Strafrecht" von Krug, Abschnitt V Ziffer 3, S. 24). Dort ist die Abweichung zwischen „Absicht" und „wirklichen Vorsatz" wie folgt dargelegt: „Absicht ist dann gegeben, wenn es dem Täter gerade darauf ankommt, einen bestimmten im Gesetz bezeichneten Erfolg herbeizuführen. Es wird also ein hinter der Verwirklichung des Straftatbestandes liegendes Ziels erstrebt, das zumeist im Gesetz gekennzeichnet wird, wie etwa durch die Bezeichnung gewinnsüchtiger oder betrügerischer Absicht. Ein direkter Vorsatz liegt dann vor, wenn der Täter in klarer Erkenntnis des zu erwartenden Erfolges seines strafbaren Tuns handelt, ohne daß es ihm aber dabei gerade auf einen bestimmten Erfolg ankommt."

Die Frage, ob eine „absichtliche Hinterziehung" angenommen werden kann, durch die die kurze Verjährungsfrist des § 29 Absatz 1 RVO ausgeschlossen wird, ist eine Tatfrage, die nach den Umständen des einzelnen Falles beantwortet werden muß (EuM. Bd. 37 S. 351)

In dem hier zu entscheidenden Falle kann nun aber weder aus den von der Kasse vorgelegten Unterlagen noch aus den Streitakten schlüssig gefolgert werden, daß der Antragsteller s. Z. sich einer „absichtlichen Hinterziehung" der rückständigen Beiträge schuldig gemacht hat. Vielmehr muß angenommen werden, daß die Inhaber der Firma mit der Abführung der Beiträge nur infolge der damaligen schlechten Geschäftslage — Nichteingang erwarteter Forderungen usw. — in Verzug geraten sind und daß dem späteren Alleininhaber der Firma G. dann durch den endgültigen Zusammenbruch des Betriebes die von ihm beabsichtigt gewesene ratenweise Abführung der rückständigen Beiträge unmöglich geworden ist.

Die von dem Antragsteller für die Zeit vom 1. 5. bis 30. 11. 1930 nachträglich geforderten Beiträge waren demnach bereits mit Ablauf des Jahres 1932 verjährt und deshalb nicht mehr beitreibbar.

VA Frankfurt a. M., 16. 12. 1937 — K 139 G —.

Verweisung: § 533 RVO.

Anm.: Der Tatbestand des § 533 deckt sich mit dem des § 29 Abs. 1 RVO schon insofern nicht, als sich die erstere Vorschrift nur auf die Arbeitnehmeranteile, die letztere aber auf den ganzen Beitrag erstreckt. Im übrigen ist es aber zunächst auffallend, daß die Strafvorschrift des § 533 ein geringeres Verschulden voraussetzen soll als die lediglich die Verjährung erschwerende Vorschrift des § 29 Abs. 1 RVO. Dennoch muß man zugeben, daß nach der weiten Auslegung, die der Begriff „vorsätzliche Vorenthaltung" des § 533 durch die Strafgerichte erfahren hat, sich Abweichungen von den Fällen der „absichtlichen Hinterziehung" des § 29 Abs. 1 ergeben können. So genügt es für die vorsätzliche Vorenthaltung i. S. des § 533 schon, wenn der Arbeitgeber zur Zeit des Lohnabzuges mit der Möglichkeit rechnet, daß er die Beiträge nicht an die KK abführen kann und wenn er im Bewußtsein dieser Möglichkeit den Lohnabzug vornimmt (vgl. Urt. des OLGer. Hamburg vom 19. 6. 1930, EuM. Bd. 28 S. 329). Unkenntnis des Umstandes, daß die Beitragsteile als einbehalten gelten, ist ein die Strafbarkeit nicht ausschließender Irrtum über ein Strafgesetz (Urt. des RGer. vom 27. 4. 1931, EuM. Bd. 30. S. 503). Später hat das RGer. diese weitgehende Rechtsprechung etwas eingeschränkt, namentlich für die Fälle, in denen die Mittel

des Arbeitgebers so erschöpft sind, daß er die Lohnforderungen der Gefolgschaftsmitglieder nur soweit befriedigen kann, als es ihr Lebensbedarf erfordert (Urt. vom 19. 11. 1931, EuM. Bd. 31 S. 309). Da bei der Auslegung des Art. 29 Abs. 1 RVO bisher davon ausgegangen ist, daß „absichtliche Hinterziehung" ein Handeln wider besseres Wissen vorausetzt, und die Absicht dahin gehen müsse, die Beiträge dem Versicherungsträger zu entziehen (AN 1935 S. 175), würden diese Voraussetzungen sich nicht ohne weiteres mit denen des § 533 RVO decken. In der Regel, abgesehen von besonderen Fällen, wird dies jedoch der Fall sein, so daß in EuM. Bd. 30 S. 195 ebenfalls angenommen wurde, wenn eine Firma lange Zeit hindurch die Arbeitnehmeranteile vom Lohn einbehalten, aber keine Beiträge entrichtet habe, so spreche dies für ein absichtliches Hinterziehen der Beiträge. Daß sich so wesentliche Abweichungen ergeben, mag z. Teil seinen Grund auch darin haben, daß verschiedene Stellen zur Entscheidung berufen sind.

Stundung und Ratenzahlung von Beiträgen

Von Wilhelm Hörnig, Bad Godesberg

A) Stundungen.

Obschon im Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung keine besonderen Bestimmungen über eine Stundung von Beiträgen bestehen, wird allgemein eine solche als zulässig anerkannt. Dieses widerspricht nicht der öffentlichen Rechtsnatur der Beitragspflicht, da auch auf anderen Gebieten des öffentlichen Rechts Stundungen von Rückständen bekannt sind. Aus den Bestimmungen des § 461 RVO ist zu schließen, daß der Gesetzgeber eine Stundung von Beiträgen zuläßt. § 461 Abs. 1 Satz 1 lautet:

„Im Falle des § 459 Abs. 1 bescheinigt die Krankenkasse in einem von der Reichsregierung bestimmten Muster die empfangenen und gestundeten Beiträge unter Angabe des Grundlohns und des Wochenbeitrags."

In Ermangelung besonderer Bestimmungen über Stundungen in der Reichsversicherungsordnung dürften hierbei die Grundsätze anzuwenden sein, die vom Reich auf anderen Gebieten des öffentlichen Rechts anerkannt sind. Man wird auf die Bestimmungen der Reichshaushaltsordnung zurückgreifen, wonach Zahlungen gegen das Reich gestundet werden können

1. unter besonderen Umständen, soweit die Erfüllung der Verbindlichkeit durch die Stundung nicht gefährdet wird,
2. der Schuldner nicht in der Lage ist, die ganze Schuld zu tilgen und eine Zwangsvollstreckung eine besondere Härte bedeutet,
3. ein sicherer Anhalt dafür besteht, daß eine sofortige Zwangsvollstreckung erfolglos, im Falle der Stundung aber der geschuldete Betrag entrichtet wird.

In diesen Rahmen fällt auch die Entscheidung des RVA vom 17. 4. 1917 AN. 17/543).

Die Stundungen sind in das pflichtmäßige Ermessen des Kassenleiters gestellt. Als Grundregel hat er hierbei die oben angegebene Entscheidung des RVA vom 17. 4. 1917 zu beachten. Eine Stundung kann hiernach nur erfolgen, wenn sich diese mit einer geordneten Kassenführung vereinbaren läßt. Das Reichsversicherungsamt führt weiter aus, daß eine Stundung auf längere Zeit oder sogar unbestimmte Zeit einer geordneten Kassenführung zuwiderläuft.

Bei Gewährung von Stundungen hat der Kassenleiter außerdem die Verordnung vom 9. 2. 1938 über die Einziehung der Beiträge zur Reichsanstalt für Arbeitslosenvermittlung und Arbeitslosenversicherung zu beachten. Nach § 3 dieser Verordnung dürfen Beiträge zur Reichsanstalt von der Einzugstelle gestundet werden. Aber hier auch nur im Rahmen einer geordneten Kassenführung. Außerdem ist dann die Zustimmung des Präsidenten der Reichsanstalt erforderlich, wenn die rückständigen Beiträge zur Reichsanstalt mehr als RM 500,— betragen und sich diese Beiträge auf mehr als einen Monat beziehen*)

Nachdem die Krankenkassen nach der 2. Lohnabzugsverordnung auch Einzugstellen der Rentenversicherungsbeiträge geworden sind, dürfte es zu empfehlen sein, daß auch in bezug auf die Beiträge zur Rentenversicherung nach der Verordnung vom . 2. 1938 vorzugehen ist, d. h. der Leiter der Kasse wird bei Stundung von Beiträgen über den Betrag von RM 500,— die Zustimmung der Landesversicherungsanstalt einholen.

Der Kassenleiter muß daher wohl erwägen, ob er einer Stundung stattgibt. In allen Fällen dürfte zu empfehlen sein, daß sich der Leiter eine ausreichende Sicherheit verschafft, da er bei schuldhaftem Verhalten nach den Bestimmungen der §§ 23-27 RVO für den entstandenen Schaden haftbar gemacht werden könnte.

B) Ratenzahlung.

Eine besondere Art der Stundung ist die Ratenzahlung. Das Reichsversicherungsamt hat in der bereits angegebenen Entscheidung vom 17. 4. 1917 das Recht der Bewilligung anerkannt. In welcher Weise die so gestundeten Beiträge abgetragen werden können, dafür bestehen in der Reichsversicherungsordnung keine Vorschriften. Es wird jedoch allgemein angenommen, daß in bezug auf Ratenzahlung die Vorschriften des bürgerlichen Rechts zur Ergänzung heranzuziehen sind, obschon das Reichsversicherungsamt in der Entscheidung v. 20. 3. 1915 (AN. 15/589) bestimmt, daß die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung erschöpfend seien und daneben für die Bestimmungen des BGB kein Raum bestände. Auch später hat das Reichsversicherungsamt in seinen Entscheidungen immer darauf hingewiesen, daß eine im öffentlichen Recht bestehende Lücke nicht durch entsprechende privatrechtliche Bestimmungen ausgefüllt werden könne. Inwieweit Privatrecht in das öffentliche Recht übernommen werden dürfe, sei von Fall zu Fall zu entscheiden und nur dann zulässig, wenn die privatrechtlichen Grundsätze auf allgemeine Rechtsgedanken beruhen, die ihrer Natur nach auch auf dem Gebiete des öffentlichen Rechts Platz greifen (RVA Entsch. 4069 AN. 31/221).

Bei der Beurteilung der Entscheidung des RVA ist aber zu beachten, daß es sich hier darum handelt, ob der Inhalt und der Umfang der Beitragspflicht selbst völlig in der Reichsversicherungsordnung geregelt sind. Nicht dagegen betrifft es die Frage, wie der Rückstand zu verrechnen ist. Man ist daher schon gezwungen bei Ratenzahlungen auf die bürgerlich rechtlichen Bestimmungen des BGB zurückzugreifen (s. hierzu E. des OLG Hamburg vom 22. 2. 32, Breith. Bd. 22 S. 179).

Die Vorschriften des bürgerlichen Rechts über Verrechnung von Ratenzahlungen befinden sich im 2. Buch des BGB (Recht der Schuldverhältnisse) in den §§ 266, 366, 367.

§ 366 BGB lautet:

„Ist der Schuldner dem Gläubiger aus mehreren Schuldverhältnissen zu gleichartigen Leistungen verpflichtet und reicht das von ihm Geleistete nicht zur Tilgung sämtlicher Schulden aus, so wird diejenige Schuld getilgt, welche er bei der Leistung bestimmt.

Trifft der Schuldner keine Bestimmung, so wird zunächst die fällige Schuld, unter mehreren fälligen Schulden diejenige, welche dem Gläubiger geringere Sicherheit bietet, unter mehreren gleich sicheren die dem Schuldner lästigere, unter mehreren gleich lästigen die ältere Schuld und bei gleichem Alter jede Schuld verhältnismäßig getilgt."

Nach Abs. 1 ist der Beitragsschuldner grundsätzlich berechtigt zu bestimmen, auf welchen Zeitraum die Ratenzahlungen zu verrechnen sind. Diesem einseitigen Erklärungsrecht des Schuldners muß sich die Kasse unterordnen. Wenn auch dem Schuldner dieses Recht zusteht, so kann sich dieses aber nur auf die Gesamtbeiträge beziehen. Er kann nicht bestimmen, daß es sich nur um Versichertenanteile handelt, da eine solche Bestimmung der Vorschrift des § 393 RVO entgegensteht. Das Reichsversicherungsamt hat dieses in Verbindung mit dem RAM in dem Bescheid vom 9. 2. 1929 DK. 224 festgestellt.

Trifft der Schuldner keine Bestimmung, so kann die Kasse die Schuld tilgen, welche ihr die geringere Sicherheit bietet (Abs. 2). An diese Tilgung ist die Kasse alsdann gebunden.

Die Bestimmung des § 366 birgt aber eine Reihe Nachteile in sich, die sich sehr zum Schaden der Kasse auswirken können. Hier ist besonders auf das Vorrecht im Konkurs nach § 61 Nr. 1 KO und auf die Strafbestimmung des § 533 RVO hinzuweisen. Ein weiterer Nachteil kann sich ergeben, daß durch die Bestimmung des Schuldners eine alte gesicherte Schuld abgetragen wird, die laufenden ungedeckten Beiträge der Kasse aber verloren gehen.

Diesen Nachteilen kann die Kasse nur entgehen, wenn sie mit dem Beitragsschuldner eine dem § 366 BGB abweichende Regelung trifft. Dieses ist schon im Hinblick auf § 266 BGB möglich und auch in der Rechtssprechung anerkannt, wie es sich bei Ratenzahlung überhaupt um einen Vertrag handelt, indem sich der Schuldner verpflichtet, die Schuld unter bestimmten Voraussetzungen zu tilgen und der Gläubiger hierzu seine Zustimmung erteilen muß.

Der Kassenleiter wird daher bei Antrag auf Ratenzahlung einen Vertrag in der Weise abschließen, daß die evtl. Nachteile ausgeschaltet sind. M. E. ist hier die beste Lösung so, daß der Schuldner neben der Abtragung der alten Schuld die laufenden Beiträge zahlt. Voraussetzung ist allerdings hierbei, daß der alte Rückstand in jeder Weise gesichert ist.

Das Leistungsrecht des Schuldners erleidet jedoch durch die Bestimmung des § 367 BGB und auch durch die Preuß. VO betr. das Verwaltungszwangsverfahren eine Einschränkung. Hiernach hat die Kasse das Recht, Kosten und Verzugszinsen zuerst zu verrechnen.

Bei einer Zwangsbeitreibung scheidet auch § 366 BGB aus. Die Kasse hat alsdann die Wahl, welche Rückstände verrechnet werden. Im übrigen muß der Kassenleiter im Bezug auf die zu erwartende Währungsreform gerade heute bei Gewährung von Stundungen sehr vorsichtig sein. Steht doch nicht fest, wie die Rückstände von Sozialversicherungsbeiträgen behandelt werden. Außerdem ist zu bedenken, daß bei der alsdann herrschenden Geldknappheit sehr leicht ein Rückstand verloren gehen kann, weil der Arbeitgeber einfach zahlungsunfähig ist.

*) S. hierzu Erlaß des RAM 2324/42. Die Schriftleitung.

Ein verunglücktes Gesetz

Ministerialrat Dr. Schieckel, München, widerspricht in Nr. 6/7 dieser Zeitschrift den Ausführungen von Regierungsdirektor Peschel und legt die Gründe dar, die den Gesetzgeber bewogen haben, die Beitragserstattung nicht zu beseitigen.

Es ist nach meiner Meinung Schieckel darin beizustimmen, wenn er sagt, daß die Versicherten durch jahrelange Beitragszahlungen einen rechtlichen Anspruch auf die Beitragsrückerstattung bei Vorliegen der Umstände erworben haben. Zwar begründet die jahrelange Beitragsleistung als solche nicht allein den „rechtlichen Anspruch", es bedurfte dazu eines besonderen Rechtssatzes in dem Gesetz. Ich verstehe Sch. richtig, wenn er mit seinen Worten zum Ausdruck bringen will, daß es dem Grundsatz der den Reichsversicherungsgesetzen innewohnenden Gegenseitigkeit widerspricht, denjenigen Versicherten leer ausgehen zu lassen, der nach seiner Wahl die bisherige Versicherung nicht fortsetzen will. Es ist unmöglich, den reichsgesetzlich Versicherten schlechter zu stellen, wie das etwa in der privaten Versicherung (Prämienrückgewähr — Rückkaufswert — in der Lebensversicherung u. ä.) geschieht. Und darum muß die Beitragsrückerstattung weiterhin bestehen bleiben.

„Verunglückt" ist das von Peschel angegriffene Gesetz gleichwohl doch, weil es die Beitragsrückerstattung bis auf weiteres aussetzt. Und zwar deshalb, weil es die Alternative Entweder — Oder vermissen läßt. Will man die Streichung der Bestimmungen über die Beitragsrückerstattung nicht, dann hätte es des Gesetzes Nr. 68 überhaupt nicht bedurft. „Aussetzen" bedeutet doch, die Forderung gegen den Versicherungsträger bleibt bestehen, sie kann nur „bis auf weiteres" (ein sehr dehnbarer Begriff) nicht realisiert werden. Worin liegt hier nun der Gewinn für den Versicherten oder für den Versicherungsträger? Der Versicherte wird in seinem Willen auf Rückgewähr seiner Beitragsteile völlig unnötig beschränkt und auf einen späteren, gänzlich außerhalb seines Einflusses liegenden Zeitpunkt vertröstet und der Versicherungsträger hat fortgesetzt das Bleigewicht der unerledigten Forderung mit sich herum zu tragen. Ein höchst unerfreuliches Ergebnis, das eine ordentliche Finanzierung der Einnahmen und Ausgaben des Rentenversicherungsträgers erschwert. Und wenn Schieckel zur Begründung des Gesetzes Nr. 68 ausführt, die Beitragsrückerstattung müsse zu Gunsten des Versicherten hinausgeschoben werden bis zu dem Zeitpunkt, an dem die zurückzuerstattende Summe wieder einen Wert von wirtschaftlicher Bedeutung für den Versicherten habe, so ist hier die Gegenfrage zu erheben, worin sieht Schieckel die wirtschaftliche Stärke des Versicherungsträgers, ganz besonders nach einer Währungsreform? Es liegt darin ein unverständlicher Widerspruch, wenn Schieckel einmal in seiner Entgegnung sagt, die gegenwärtige Geldverknappung bei den Rentenversicherungsträgern zwinge zu der Aussetzung, anderseits will er aber die Aussetzung nur zeitlich begrenzt hinausgeschoben sehen, bis daß die Währung wieder der Wirtschaftslage angepaßt sei, um dann die Rentenversicherungsträger vor die Tatsache zu stellen, nunmehr in neuer Währung an den Versicherten zahlen zu müssen. Besteht Grund zu der Annahme, daß es den Versicherungsträgern nach der Währungsreform besser geht als gegenwärtig? Ich glaube, wenn die Kassenlage der Versicherungsträger es schon jetzt nicht zuläßt, die Forderungen auf Beitragsrückerstattungen zu befriedigen, daß dies erst recht nicht nach der Währungsreform möglich sein wird. Und darum geht insoweit die Begründung zu dem Gesetz völlig fehl. — Übrigens hätte Dr. Schieckel noch des näheren zu beweisen, inwieweit es gerechtfertigt ist, das Risiko der unstabilen Währung allein auf den Versicherungsträger zu verlagern, nachdem dieser sehr wahrscheinlich bei einer Währungsneuordnung einen sehr hohen Prozentsatz seiner Vermögenssubstanz einbüßen wird und zur Erhaltung seiner Leistungsfähigkeit in noch höherem Maße als bisher auf die Steuerquellen des ganzen Volkes angewiesen ist. Wer jetzt den Anspruch auf Rückerstattung der Beiträge erhebt, muß m. E. bereit sein, auch den minderen Kaufkraftwert der Reichsmark auf sich wirken zu lassen. Der Wille des Versicherten, der gegenwärtig seinen Antrag stellt, ist zu berücksichtigen, seinem Antrag ist jetzt stattzugeben. Daß der Gesetzgeber sich zum Wahrer des Interesses des Versicherten gegen dessen Willen macht, halte ich für ein Nonsens. Es ist ratsam, den Irrtum in den Voraussetzungen zu dem Gesetz Nr. 68 zuzugeben und das Gesetz wieder aufzuheben. G. S.

Gesetze, Verordnungen und Erlasse

AMERIKANISCHE BESATZUNGSZONE

I. Land Bayern

Verordnung Nr. 147 zur Durchführung der sozialrechtlichen Vorschriften der Zweiten Verordnung über die Vereinfachung des Lohnabzugs vom 22. 12. 1947. Durch diese Verordnung wird § 17 der Verordnung zur Durchführung der sozialrechtlichen Vorschriften der Zweiten Verordnung über die Vereinfachung des Lohnabzugs vom 15. 6. 1947 (RGBl. I S. 403) außer Kraft gesetzt. (Vergl. Gesetz und Verordnungsblatt Nr. 4/48 S. 17.)

II. Land Hessen

Betr.: Nachzahlung der Beiträge zur Rentner-Krankenversicherung und Rückzahlung doppelt geleisteter Beiträge für die Zeit vom 1. 4. 1945 bis 31. 12. 1945; Verfügung des Hess. Ministers für Arbeit und Wohlfahrt vom 19. 8. 1947. (Vergl. Hess. Staatsanzeiger Nr. 43/47 S. 457.)

Betr.: Unfallschutz der bei der Schülerspeisung tätigen Personen; Bekanntmachung des Hess. Ministers für Arbeit und Wohlfahrt vom 22. 12. 47. (Vergl. Hess. Staatsanzeiger Nr. 1/2/48 S. 7.)
Betr.: Zahlung von Beitragsrückständen an die Abwicklungsstelle der Deutschen Krankenkasse OT Ost in Nürnberg; Rundverfügung des Hess. Ministers für Arbeit und Wohlfahrt vom 9. 12. 1947. (Vergl. Hess. Staatsanzeiger Nr. 1/2/48 S. 7.)

Gesetz über die Regelung der Ansprüche der Flüchtlinge aus der Sozialversicherung (Flüchtlingsrentengesetz) vom 5. 12. 1947. (Vergl. Hess. Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 1/2/48 S. 2.)

III. Land Württemberg-Baden

Verordnung Nr. 188 der Landesregierung vom 19. 11. 1947 über die Aufhebung der Versicherungsfreiheit von bestimmten Personen. Durch diese Verordnung wird § 8 der Durchführungsverordnung zum Gesetz über weitere Maßnahmen in der Reichsversicherung aus Anlaß des Krieges vom 13. 9. 1941 (RGBl. I S. 568) aufgehoben. (Vergl. Mitteilungen des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 5/6/48 S. 45.)

Erste Verordnung zur Ausführung des Flüchtlingsgesetzes vom 3. 12. 1947. (Vergl. Mitteilungen des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 5/6/48 S. 45.)

Regelung der Ansprüche der Flüchtlinge aus der Sozialversicherung (Flüchtlingsrentengesetz); Gesetz Nr. 909 der Landesregierung vom 4. 12. 1947. (Vergl. Mitteilungen des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 5/6/48 S. 47.)

Beginn der Rentenzahlung in der Invaliden- und Angestelltenversicherung; Gesetz der Landesregierung vom 12. 1. 1948 (Vergl. Mitteilungen des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 5/6/48 S. 48.)

Versicherungsfreiheiten der nicht gewerbsmäßig betriebenen Binnenfischerei und Imkerei in der Unfallversicherung; Gesetz Nr. 712 der Landesregierung vom 12. 1. 48. (Vergl. Mitteilungen des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 5/6/48 S. 48.)

Betr.: Heranziehung des Arbeitsentgelts für die Berechnung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge unter Berücksichtigung der neuen Steuerbestimmungen — 13. Monatsgehalt —. Erlaß des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden vom 1. 3. 1948. (Vergl. Mitteilungen des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 5/6/48 S. 48.)

BRITISCHE BESATZUNGSZONE

Betr.: Zahlung von Versorgungsbezügen an verdrängte Bedienstete der Sozialversicherungsträger, die das 65. Lebensjahr vollendet haben oder dienstunfähig sind und ihre Hinterbliebenen; Sozialversicherungsordnung Nr. 31 des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit vom 10. 12. 1947 — IV/2622/47 —. (Vergl. Arbeitsblatt für die britische Zone 1948 S. 9.)

Betr.: Krankenversicherung der Rentner (Zusatzsterbegeldversicherung); Sozialversicherungsanordnung Nr. 32 des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit vom 22. 12. 1947 — IV/2734/47 —. Für den Abschluß und die Durchführung der Zusatzsterbegeldversicherung ist dieselbe Krankenkasse zuständig wie für die allgemeine Krankenversicherung der Rentner. (Vergl. Arbeitsblatt für die britische Zone 1948 S. 9.)

Betr.: Weitere Durchführungsvorschriften zur Sozialversicherungsdirektive Nr. 27 über Leistungen an Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene nach den Grundsätzen der Unfallversicherung; Sozialversicherungsanordnung Nr. 33 des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit vom 30. 1. 1948 — IV b/84/48 —. (Vergl. Arbeitsblatt für die britische Zone 1948 S. 9.)

Persönliches

Herr Staatssekretär Dr. Grieser 80 Jahre alt

Am 31. März 1948 hat Herr Dr. Andreas Grieser, der bis 1933 Staatssekretär im Reichsarbeitsministerium war und jetzt Staatssekretär des bayerischen Staatsminiseriums für Arbeit und soziale Fürsorge ist, sein 80. Lebensjahr vollendet. Er hat sich während seiner Tätigkeit im Reichsarbeitsministerium beim Wiederaufbau der deutschen Sozialversicherung nach dem 1. Weltkrieg und um ihre Gestaltung und Weltgeltung unvergängliche Verdienste erworben. Wir sprechen Herrn Staatssekretär Dr. Grieser, der sich für sein Alter einer seltenen körperlichen Rüstigkeit und geistigen Frische erfreut, zu seinem Geburtstag die besten Wünsche für sein persönliches Wohlergehen und eine weitere ersprießliche Tätigkeit aus.

Unsere Mitarbeiter

Franz Dömkes, geb. 12. 2. 1897 zu Mülheim/Ruhr, wohnhaft Bielefeld, Nachtigallstraße 7.

Statistik

Mitglieder- und Krankenstand

a) der württemberg-badischen Krankenkassen vom 31. Januar 1948

Gruppe der Kassen	Anzahl der Kassen (einschl. Rentner)	Zahl der Mitglieder	Pflicht-versicherte	Freiwillig Versicherte	Prozentsatz d. arbeitsunfäh. Pflichtmitgl. Rentner	Vormonat	Berichtsmonat
1. Allgemeine Ortskrankenkassen	39	1 211 392	733 315	228 486	249 591	4,57	5,00
2. Betriebskrankenkassen	115	117 797	92 361	25 436	—	4,92	5,69
3. Innungskrankenkassen	10	17 582	14 097	3 485	—	3,04	3,67
4. Angestellten-Ersatzkassen	9	8 647	4 163	4 484	—	4,45	4,92
5. Arbeiter-Ersatzkassen	3	133 942	67 602	66 340	—	3,14	3,22
Summe 1—5	176	1 489 360	911 538	328 231	249 591	4,47	4,92

b) der hessischen Krankenkassen im Monat Februar 1948

Gruppe der Kassen	Anzahl der Kassen	Zahl der Mitglieder	Pflicht-versicherte	Freiwillig Versicherte	Rentner	Prozentsatz der Arbeitsunfähigen zur Mitgliederzahl am Ende des Vormonats: (bezogen a.d. Ges.-Mitgl.-Zahl)	Vormonats: (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Ges.-Mitgl. Zahl)	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl)
1. Allgemeine Ortskrankenkassen	40	1 253 745	741 158	218 360	294 227	2,94	4,98	3,41	5,77
2. Betriebskrankenkassen	91	116 243	89 045	27 198	—	5,19	6,76	6,08	7,93
3. Innungskrankenkassen	9	19 328	14 417	4 911	—	3,21	4,31	3,21	4,51
4. Arbeiter-Ersatzkassen . (Verwaltungsstellen)	4	13 974	6 542	7 432	—	1,82	3,89	1,92	4,83
5. Angestellten-Ersatzkassen (Verwaltungsstellen)	9	151 106	77 129	73 977	—	1,57	3,13	1,82	3,57
6. Post-Betriebskrankenkasse . .	1	17 869	14 889	2 980	—	4,59	5,52	4,96	5,96
7. Reichsbahn-Betriebskrankenkasse	1	68 512	43 437	4 650	20 425	8,25	9,14	8,85	9,80
Insgesamt:	155	1 640 777	986 617	339 508	314 652	—	—	—	—

c) der bayerischen Krankenkassen im Monat Januar 1948

Gruppe der Kassen:	Zahl der Mitglieder: (ohne Rentner)	Pflichtversicherte:	Freiwillig Versicherte:	Rentner:	Prozentsatz der arbeitsunfähigen Pflichtmitglieder Vormonat:	Berichtsmonat:
1. Allgem. Ortskrankenkassen	2 050 655	1597 401	453 254	503 739	3,45	3,79
2. Landkrankenkassen	84 251	64 215	20 036	4 175	2,31	2,58
3. Innungskrankenkassen	30 350	22 102	8 248	—	2,58	3,25
4. Betriebskrankenkassen	154 524	126 987	27 537	849	4,80	5,53
5. Ersatzkassen für Arbeiter	14 553	9 166	5 387	—	4,65	4,78
6. Ersatzkassen für Angestellte	229 281	116 882	112 399	—	3,05	2,92
Summe 1—6	2 563 614	1 936 753	626 861	508 763	—	—
7. Postbetriebskrankenkasse	39 040	29 203	9 837	—	5,17	5,70
8. Reichsbahn-Betriebskrankenkasse	88 488	81 921	6 567	22 633	6,92	7,62
9. Süddeutsche Knappschaft	20 172	19 382	790	15 391	6,58	6,27

Rentenstand im Monat Januar 1948

Anstalten	Invalidenversicherung: Zahl der eigenen Rentner: Invaliden-Renten	über 65 Jahre	Witwen und Witwer	Waisen (Einzelrenten)	Zahl der Rentner, an die Renten ausgezahlt wurden (einschl. Fremdrenten)	Angestelltenversicherung: Zahl der Rentner, an die Renten ausgezahlt wurden
Land Bayern						
Landesversicherungsanstalten:						
Oberbayern, München	75 301	52 099	22 429	22 282	110 497	25 153
Niederbayern-Oberpfalz, Landshut	41 519	26 973	13 698	21 733	76 829	9 673
Ober- und Mittelfranken, Bayreuth	89 715	62 422	29 302	34 143	139 371	27 707
Unterfranken, Würzburg	24 586	17 671	9 434	11 292	42 294	8 587
Schwaben, Augsburg	32 080	24 683	9 453	10 948	63 094	12 467
Summe	263 201	183 848	84 316	100 398	432 085	83 587
Sonderanstalt:						
Südd. Knappschaft, München	10 178	5 975	5 852	4 548	14 147	—
Insgesamt	273 379	189 823	90 168	104 946	446 232	83 587
Land Hessen						
Landesversicherungsanstalt:						
Hessen, Frankfurt/Main	125 712	92 799	45 299	41 906	236 931	56 832
Sonderanstalten:						
Reichsbahn-Versicherungs-Anstalt	33 912	12 891	12 733	10 627	50 216	—
Hessische Knappschaft	7 348	1 455	4 968	2 396	17 969	—
Insgesamt	166 972	107 145	63 000	54 929	305 116	56 832
Land Württemberg (Landesversicherungsanstalt Württemberg - Stuttgart)	121 005	95 308	39 559	42 418	202 982	28 130 (amer. Zone)
						10 749 (franz. Zone)
Insgesamt	121 005	95 308	39 559	42 418	202 982	38 879

Schriftleiter: Oberregierungsrat Ostermayer, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main, Gartenstr. 140. - Verlag: Adolf Rausch Verlag, Heidelberg, Schließfach 403. - Bankkonto: Südwestbank Heidelberg. - Erscheint vorläufig nur jeweils am 1. des Monats. - Einzelpreis RM —.40, Postbezug vierteljährl. RM 2.— zuzügl. Zustellgebühr. - Druck: Mannheimer Großdruckerei G.m.b.H., Mannheim, R 1, 4-6. - Auflage: 17 000.

Die Sozialversicherung

Zeitschrift für alle Angelegenheiten der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung

Herausgeber: Präsident Stock, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main. — Mitherausgeber: Reg.-Dir. Hof, Arbeitsministerium Württemberg, Stuttgart, Direktor Peschel, Vorsitzender der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München. - Verlagsort Mannheim

Nr. 6/7 | 1. April 1948 | 3. Jahrgang

An unsere Leser!

In Abänderung unserer Mitteilung in Nr. 5 der Zeitschrift (siehe Seite 36 „An unsere Leser") geben wir bekannt, daß die Zeitschrift ab 1. April 1948 wegen Papierknappheit vorläufig monatlich erscheint, wobei zwei Nummern von je vier Seiten zu einer Nummer von acht Seiten zusammengefaßt werden.

Die Schriftleitung.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. „Der Übergang des Ersatzanspruchs des Unfallversicherten auf den Versicherungsträger nach § 1542 RVO", von Rechtsanwalt Dr. Hans Werneburg, Weingarten	37
2. „Öffentliche und private Unfallversicherung in vergleichender Rechtsdarstellung", von Verw.-Dipl.-Inh. Franz Helweg, Bad Godesberg	38
3. „Ein verunglücktes Gesetz", eine Entgegnung von Ministerialdirektor Dr. Schieckel, München	39
4. „Verordnung Nr. 111 und Schwierigkeiten bei ihrer Anwendung auf die in der Landwirtschaft tätigen Arbeitnehmer", von Verw.-Oberinspektor Karl Hübbe, Braunschweig	40
5. „Die Reichszuschüsse in der Invalidenversicherung und die Länder in der US-Zone	42
6. Gesetze, Verordnungen und Erlasse	42
7. Unsere Mitarbeiter	43
8. Statistik	44

Der Uebergang des Ersatzanspruchs des Unfallversicherten auf den Versicherungsträger nach § 1542 RVO.

Von Rechtsanwalt Dr. Hans Werneburg, Weingarten

Bei dem von § 1542 RVO geregelten Übergang des Schadensersatzanspruchs des Unfallverletzten, der hier gleichzeitig nach den Bestimmungen der RVO Unfallversicherter ist, auf den Träger der Versicherung (Krankenkasse bzw. Berufsgenossenschaft) ist zu beachten, daß hierunter nur diejenigen Ansprüche des Unfallversicherten (Verletzten) fallen, welche den versicherungsmäßigen Leistungen des betreffenden Versicherungsträgers an diesem Unfallversicherten entsprechen. Das ergibt sich klar und unzweideutig aus den Worten des § 1542 RVO, daß der Ersatzanspruch des Versicherten (Unfallverletzten) gegen den Schädiger „insoweit auf die Träger der Versicherung übergeht, als sie (Versicherungsträger) nach diesem Gesetz (also nach der RVO) Leistungen — also Leistungen im Sinne der RVO aus Kranken- bzw. Unfallversicherung — zu gewähren haben." Hieraus ergeben sich Folgerungen für diesen Anspruchsübergang des § 1542 RVO sowohl in einschränkender wie auch in rein negativer Beziehung. Kein Anspruchsübergang auf den Versicherungsträger findet nämlich statt bei dem Schmerzensgeldanspruch des Versicherten gegen den Schädiger gemäß § 847 BGB; hier fehlt es an einer entsprechenden Leistung des Versicherungsträgers vollkommen — so insbesondere auch das Reichsgericht — Entscheidung vom 27. 6. 1941 — III 23/41 —, wo hierzu u. a. folgendes ausgeführt wird: „Der von der Versicherung dem Dritten gegenüber geltend gemachte Ersatzanspruch muß aus demselben Tatsachenkreis herrühren, der von dem Dritten zu ersetzende Schaden muß nach seiner Art und nach seiner Entstehungszeit der Leistung der Versicherung entsprechen." (So auch RGR Komm. § 847 Anm. 6; a. M. also Übergang des Schmerzensgeldanspruchs bejahend Lehmann RVO 4. Aufl. § 1542, 120, RVA Komm. § 1542, 2 mit gleicher Rechtsprechung des RVA.)

In negativer Beziehung folgt weiter aus dem Gesagten, daß Sachschädenansprüche des Unfallversicherten gegen den Schädiger nicht nach diesem § 1542 RVO auf den Versicherungsträger übergehen können, weil auch hier eine entsprechende Leistung des Versicherungsträgers an den Unfallversicherten fehlt (vergl. hierzu auch die von der zit. RGE gegebene Begründung). Demgemäß fallen hiernach unter den Anspruchsübergang des § 1542 RVO lediglich Personen-Schadensersatzansprüche aus Körperschäden (Tötung), wobei hiervon, wie gesagt, noch ausscheiden Ansprüche aus Schmerzensgeld nach § 847 BGB.

Ausgeschlossen von dem Übergang auf die Berufsgenossenschaft als Träger der Unfallversicherung sind schließlich nach positiver Bestimmung des § 1542 Abs. 1 S. 2 RVO die etwaigen Ersatzansprüche des gegen Unfall Versicherten und seiner Hinterbliebenen (bei Unfalltod) gegen den Unternehmer des Betriebes oder die diesem Unternehmer gleichgestellten Personen im Sinne des § 899 RVO — das sind nach § 899 RVO Bevollmächtigte oder Repräsentanten des Unternehmers, Betriebs- und Arbeiteraufseher. Bei letzterer Person, dem Unternehmer Gleichgestellten — muß das Merkmal gegeben sein, daß er den Betrieb oder einen Teil desselben mit einer gewissen Selbständigkeit und unter eigener Verantwortung zu überwachen hat und mit bestimmter Vertretungsbefugnis selbständig und unter eigener Verantwortung handeln kann (vgl. RGZ 136, 345, 350 u. RGE v. 25. 8. 1942 VI 71/42).

Der von § 1542 RVO normierte Anspruchsübergang auf den Versicherungsträger unterliegt weiterhin, also außerdem noch, Einschränkungen bzw. also Begrenzungen, die sich aus der hier gewählten Wortfassung — „soweit" und „insoweit" — ergeben. Über die Beschränkung der Höhe nach für Leistungen aus der Krankenversicherung ist hinzuweisen auf Abs. 2 dieses § 1542 mit der hier angeordneten entsprechenden Anwendbarkeit des § 1542 Abs. 1 S. 2—4. Aus dieser Wortfassung des § 1542 RVO ergibt sich nämlich einmal, daß der übergehende Schadensersatzanspruch in derjenigen Gestalt auf den Versicherungsträger übergeht, in welcher er in der Person des verletzten Versicherten gegen den Dritten, den Schädiger, zur Entstehung gelangt ist; er geht also m. a. W. über, behaftet mit allen dem Anspruch etwa anhaftenden Mängeln und Einreden. Es wird diese Konstruktion von dem Reichsgericht RGZ 148, 21 mit den Worten zum Ausdruck gebracht, daß „die Ersatzforderung gegen den Dritten schon im Augenblick der Entstehung in der Person des Verletzten durch dessen Person hindurch auf die BG übergeht (RGZ 91, 142)".

Eine derartige, dem Ersatzanspruch anhaftende Einrede im Sinne vorstehender Feststellung ist insbesondere die aus § 254 BGB sich ergebende Einrede des eigenen mitwirkenden Verschuldens des Versicherten an seinem Schaden, es kann sich daher beispielsweise ergeben, daß wegen überwiegendem eigenem Verschulden des verletzten Versicherten keine Schadensersatzforderung in der Person desselben besteht und daher auch kein Anspruchsübergang auf den Versicherungsträger stattfindet. So sagt das RG in der angez. Entscheidung RGZ 148, 21, daß der Schadensersatzanspruch des Verletzten von vornherein mit der Einrede aus § 254 BGB behaftet sei und daher nur in dieser Gestalt auf die Berufsgenossenschaft übergehen könne (§§ 404, 412 BGB). Es bildet nach dem RG auch kein Hindernis für diesen Schadensersatzübergang, wenn die etwa nach § 254 BGB vorzunehmende Schadensteilung z. Zt. des Anspruchsübergangs noch nicht feststeht. Der so etwa nach § 254 BGB auf den Versicherungsträger (beschränkt) übergehende Schadens-Teilanspruch hat dann den Vorrang gegenüber einem dem Versicherten (Verletzten) etwa noch verbleibenden Restanspruch gegen den Schädiger (Dritten) (RGZ 148, 21). In diesem Quotenübergang ist dann das enthalten, was der Versicherungsträger nach den Bestimmungen der RVO dem Versicherten an versicherungsmäßigen Leistungen zu gewähren hat; ob er diese Leistungen bereits zur Zeit des Anspruchsübergangs dem Versicherten tatsächlich geleistet hatte, ist demnach zufolge dieser Wortfassung rechtlich für den Übergang belanglos. Macht der Versicherungsträger den auf ihn so übergegangenen Ersatzanspruch (des Versicherten) gegen den Dritten im Klageweg geltend, so ist zunächst zu ermitteln, was der Versicherte (Verletzte) von diesem Dritten (Schädiger) zu beanspruchen hätte. Eine weitere Einschränkung hinsichtlich Höhe der auf den Versicherungsträger übergehenden Ersatzforderung liegt darin, daß diesem eine Ersatzforderung nur insoweit zusteht, als den einzelnen Teilen derselben auch versicherungsgemäße Leistungen des Versicherungsträgers entsprechen (RGZ 148, 21, 23). Es darf also nicht einfach die Gesamtleistung des Versicherungsträgers dem Gesamtanspruch des Verletzten (Versicherten) gegen den

Schädiger vergleichend gegenübergestellt werden; vielmehr sind die einzelnen Arten der dem Verletzten (Versicherten) zu gewährenden bzw. gewährten Leistungen — z. B. krankenversicherungsgemäßen Leistungen, Unterhaltskosten im Krankenhaus usw. bei der Krankenkasse als Versicherungsträger, Unfallrente bei der Berufsgenossenschaft als Versicherungsträger — festzustellen und diese mit den gleichartigen und für den gleichen Zeitraum bestehenden Ansprüchen des Verletzten (Versicherten) gegen den Dritten (den Schädiger) zu vergleichen. Es muß also Gleichartigkeit der beiderseitigen Leistungen (Leistungen des Versicherungsträgers an Versicherten einerseits, Leistungen des Schädigers an den Versicherten andererseits) gegeben sein, und der vom Dritten (Schädiger) zu ersetzende Schaden nach seiner Art und seiner Entstehungszeit den Leistungen des betreffenden Versicherungsträgers entsprechen. Dieser in der Rechtsprechung vorwiegend vertretenen Ansicht ist m. E. beizustimmen; hierfür spricht einmal schon der Wortlaut des § 1542 RVO — Anspruchsübergang in Höhe der zu gewährenden Leistungen, d. h. also der Einzelleistungen — und ferner hierdurch allein die Feststellung des dem Versicherten gegen den Dritten (den Schädiger) etwa noch verbleibenden Restanspruchs ermöglicht wird, was anderenfalls zum Schaden des Versicherten nicht möglich wäre. Die gegen diese Rechtsprechung erhobenen Bedenken sind daher m. E. nicht begründet.

Weitere Einschränkungen des übergehenden Ersatzanspruchs können sich schließlich daraus ergeben, daß das in Frage kommende Gesetz, welches dem Versicherten (Verletzten) einen Schadensersatzanspruch gegen den Dritten (den Schädiger) gewährt, hinsichtlich dieses letzteren Schadensersatzanspruchs selbst Einschränkungen — dem Grunde oder der Höhe nach — aufstellt. So ist z. B. in § 839 Abs. 1 Nr. 2 BGB der Schadensersatzanspruch eines Verletzten (hier eines Versicherten) gegen einen Beamten bzw. gegen den Staat dann (dem Grunde nach) eingeschränkt, wenn dem betreffenden Beamten (Schädiger) nur Fahrlässigkeit (wie regelmäßig das der Fall ist) hinsichtlich der Schadensverursachung zur Last fällt; dann besteht nämlich nach dieser ein Schadensersatzanspruch des Verletzten (hier des nach der RVO Versicherten) gegen den schädigenden Beamten bzw. gegen den Staat nur dann, wenn der Geschädigte nicht auf andere Weise Ersatz zu erlangen vermag. Letzteres liegt in den hier gedachten Fällen um deswillen regelmäßig (bei Fahrlässigkeit des schädigenden Beamten) vor, weil hier ja der Verletzte zufolge seiner Versicherung (gemäß der RVO) Leistungen zum Ausgleich seines Schadens von dem betreffenden Versicherungsträger erlangt bzw. zu erlangen vermag. Da nach obigen Ausführungen ein Übergang des Entschädigungsanspruchs des Versicherten auf den Versicherungsträger nur in Höhe von dessen versicherungsgemäßen Leistungen gemäß § 1542 RVO stattfindet, so tritt hier dieser von letzterer Bestimmung gedachte Übergang des Ersatzanspruchs (bei Fahrlässigkeit des Schädigers) nicht ein. Der dem verletzten Versicherten gegen den Dritten (Beamten bzw. Staat) verbleibende Restanspruch (Restanspruch in Höhe nicht vom Versicherungsträger gewährten versicherungsmäßen Leistungen) kann auch hier von dem Verletzten gegen den Dritten (Schädiger) geltend gemacht werden, wie § 839 BGB bestimmt. — Zu bemerken in diesem Zusammenhang ist noch, daß das RG in der angezogenen Entscheidung vom 23. 6. 1941 noch folgende Feststellung trifft: Der Anspruch des Versicherten auf Ersatz des Erwerbsausfallschadens, welcher nicht durch die Krankenversicherung desselben gedeckt ist, geht nach § 1542 RVO auf die Krankenkasse (als Versicherungsträger hier) zur Deckung ihres Aufwands für Krankengeld und Unterhaltskosten im Krankenhaus während des gleichen Zeitraumes über; das RG konstruiert diesen Übergang in dem Sinne bzw. mit den Worten, daß man die Krankenhauskosten „gewissermaßen als eine Ersatzleistung für den Verdienstausfall des Versicherten in Natur" ansehen bzw. also behandeln könne, was aber, wie ersichtlich, eine behelfsweise Konstruktion ist.

Oeffentliche und private Unfallversicherung in vergleichender Rechtsdarstellung

Von Verw.-Dipl.-Inh. Franz Helweg - Bad Godesberg

A. Versicherungsbegriff.

Jede Versicherung, gleichgültig in welcher Form sie auch auftreten mag, wird stets von dem sozialen Gedanken beherrscht, daß eine Last von einer Gemeinschaft leichter getragen wird, als von einem einzelnen. Es gilt hier der Grundsatz: „Einer für alle, alle für einen." Die mögliche zukünftige Gefahr, die der einzelne nicht tragen kann, wird auf die Schultern einer Gefahrengemeinschaft verteilt. Aus der Vielzahl der Definitionen des Versicherungsbegriffs mag folgende genannt sein:

> „Unter Versicherung versteht man eine Einrichtung, die dazu bestimmt ist, einen möglichen, aber nicht mit Sicherheit vorauszusehenden, oder einen mit Sicherheit zu erwartenden, aber dem Zeitpunkt seines Eintreffens nach nicht voraussehbaren Vermögensbedarf eines einzelnen aus Beträgen einer zu diesem Zweck gebildeten Gemeinschaft zu decken."
>
> (Nach Dr. Heß „Privatversicherung".)

Versicherung ist hiernach nicht gleichbedeutend mit Sicherung als Vorkehrung, also nicht eine Vorbeugungsmaßnahme, die den Eintritt einer möglichen Gefahr verhindern oder erschweren soll. Derartige Vorbeugungsmaßnahmen spielen zwar in der Versicherungswirtschaft — vor allem aber in der gesetzlichen Unfallversicherung — gleichfalls eine wichtige Rolle. Der eigentliche Zweck jeder Versicherung ist aber nicht Verhütung zukünftiger Gefahren, sondern stets Wiedergutmachung nachteiliger Folgen, die der Eintritt derartiger Gefahren hervorruft.

Die Versicherungswissenschaft hat verschiedene Systeme für die Einteilung der einzelnen Versicherungsarten aufgestellt, ohne daß sich bisher ein bestimmtes System als allgemein gültig durchgesetzt hätte. Nach der Methode der Durchführung wird unterschieden zwischen Individual- oder Privatversicherung und Sozialversicherung. Beide sind wesensverwandt und infolge Verwirklichung desselben Versicherungsbegriffs echte Versicherungen. Der Unterschied zwischen Sozial- und Privatversicherung liegt in der durch die Rechtsnatur begründeten verschiedenartigen Gestaltung von Anspruch und Leistung.

B. Träger der öffentlichen und privaten Unfallversicherung.

Soweit die drei westlichen Besatzungszonen in Betracht kommen — für das russisch besetzte deutsche Gebiet gilt bekanntlich die Einheitsversicherung —, sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die die allgemeine, die landwirtschaftliche und die See-Unfallversicherung umfaßt, u. a. die **Berufsgenossenschaften.** Sie sind ihrem Wesen nach ein Zwangszusammenschluß der Unternehmer der versicherten Betriebe und Tätigkeiten zur Ablösung der Haftpflicht der Unternehmer und Sicherung der Ansprüche der Versicherten. Ihre Rechtsnatur bestimmt sich nach der einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die Berufsgenossenschaften sind auf dem Selbstverwaltungsprinzip aufgebaute, früher staatlicher, jetzt für die Dauer des staatlichen Interregnums der Länder-Aufsicht unterstehende, rechtsfähige öffentlich-rechtliche Körperschaften (§§ 4, 623 RVO). Sie sind keine Behörden, wohl aber Verwaltungen, die Hoheitsbefugnisse ausüben.

Während die Erfassung bestimmter Versicherungsarten (z. B. der Unfallversicherung) durch die Sozial-Versicherung lediglich durch Zweckmäßigkeitsgründe und politische Überlegungen bestimmt wird, geht die Individualversicherung von der Wirtschaft im einzelnen aus. Bei ihr ist das einzelne Versicherungsverhältnis nicht zwangsläufig mit der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe von Arbeitnehmern verknüpft, sondern unterliegt in der Regel der freien Entschlußkraft des einzelnen, des Individuums (Ausnahmen: Zwangsfeuerversicherung, Jagdhaftpflichtversicherung u. a.).

Die Formulierung „Individualversicherung" hat sich nur in der Wissenschaft, nicht aber im allgemeinen Sprachgebrauch durchgesetzt. Die Bezeichnung „Privatversicherung" ist insofern nicht ganz zutreffend, als diese auch häufig von Körperschaften betrieben wird, die öffentlich-rechtlichen Charakter besitzen.

Träger der Privat-Unfallversicherung sind Aktiengesellschaften, Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit sowie öffentliche Versicherungsanstalten.

Folgende Rechtsquellen liegen der privaten bzw. öffentlichen (gesetzlichen) Unfallversicherung zu Grunde:

I. Gesetzliche (öffentliche) Unfallversicherung:

1. Reichsgesetz (Reichsversicherungsordnung — RVO — vom 19. 7. 1911)
2. Rechtsverordnungen
3. Autonome Rechtsnormen (z. B. Satzung, Unfallverhütungsvorschriften)

II. Private Unfallversicherung:

1. Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag (kurz Versicherungsvertragsgesetz oder VVG vom 30. 5. 1908, mit Wirkung vom 1. 1. 1910)
2. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)
3. Handelsgesetzbuch (HGB)
4. Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen (Versicherungsaufsichtsgesetz oder VAG vom 12. 5. 1901)
5. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) und
6. Gewohnheitsrecht und Verkehrssitte.

(Nach R. Lex, „Grundzüge des deutschen Versicherungswesens" 1939.)

C. Unterscheidungsmerkmale zwischen der gesetzlichen und privaten Unfallversicherung.

I. Versicherungszwang und Vertragsfreiheit.

Zwischen der gesetzlichen und privaten Unfallversicherung bestehen nicht nur hinsichtlich der Leistungsvoraussetzungen (Difinition und Abgrenzung des Unfallbegriffs), sondern vor allem auch hinsichtlich der rechtlichen Struktur des Gesamt-

aufbaus und der Leistungsgewährung recht erhebliche Unterschiede.

Die Zwangsversicherung der gesetzlichen Unfallversicherung wirkt sich in allen Einzelheiten zwangsläufig aus. So ist es zum Inkrafttreten der Versicherung beispielsweise nicht notwendig, daß der Beschäftigte dem Versicherungsträger gemeldet wird oder daß Beiträge gezahlt werden. Meldung und Beitragszahlung stellen vielmehr eine dem Arbeitgeber obliegende verwaltungsmäßige Verpflichtung dar. Bei Vernachlässigung der Pflicht kann der Unternehmer bestraft werden. Das Versicherungsverhältnis wird jedoch durch diese Vernachlässigung nicht beeinflußt.

Eine Möglichkeit, die Zwangsversicherung durch private Abmachungen der Beteiligten auszuschließen oder zu ändern, besteht nicht. Auch durch eine freiwillige Versicherung wird die Zwangsversicherung nicht ausgeschlossen. Unbeschadet der im § 541 RVO aufgezählten versicherungsfreien Personen unterliegt der im § 537 a. a. O. aufgeführte Personenkreis kraft Gesetzes der Versicherungspflicht gegen Arbeitsunfälle. Insbesondere sind nach heutigem Recht auch Hausgewerbetreibende und Heimarbeiter nicht kraft Satzung, sondern auf Grund der RVO pflichtversichert. Die Satzung kann die Versicherungspflicht auf Unternehmer, soweit sie nicht bereits der Versicherung unterliegen, erstrecken, mit Ausnahme der Haushaltsvorstände, ferner auf Lotsen, Reeder sowie auf weitere Personenkreise. Für die im Unternehmen tätigen Ehegatten gilt das gleiche (§ 538 des Gesetzes). Für die im § 539 RVO genannten Personen, soweit sie nicht bereits kraft autonomer Rechtsnorm (Satzungsvorschrift) der Versicherungspflicht unterstellt sind, besteht die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung. Gegenüber der allumfassenden Versicherungspflicht aller „auf Grund eines Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnisses Beschäftigten" bedeutet die Einräumung der Versicherungsmöglichkeit für bestimmte Personenkreise nur die gerne zitierte, die Regel bestätigende Ausnahme.

In der Privat-Unfallversicherung dagegen herrscht der Grundsatz der Vertragsfreiheit. Grundsätzlich entsteht ein privatrechtliches Versicherungsverhältnis wie jeder zweiseitige Vertrag nach bürgerlichem Recht durch Willenseinigung beider Parteien, also durch Angebot und Annahme. Der vom Versicherten ausgehende Versicherungsantrag findet im Versicherungsvertragsgesetz keine besondere Berücksichtigung. Für den Antrag sind daher die für das Zustandekommen eines Vertrages geltenden Vorschriften des BGB (§§ 130 ff, 145 ff) anzuwenden.

Was die Bindung an den Antrag angeht, so besteht diese nach den bürgerlich-rechtlichen Vorschriften solange, wie unter regelmäßigen Umständen eine Mitteilung des Versicherers über Annahme oder Ablehnung zu erwarten ist (§ 147, Abs. 2 BGB). In der Regel geht jedoch der Antragsteller durch Ausfertigung des Antragsvordrucks für eine bestimmte Zeit (höchstens sechs Wochen) eine Bindung ein.

Der Antrag erlischt durch Ablehnung des Versicherers, durch Widerruf, wenn dieser der Versicherung spätestens mit dem Antrag zugeht (§ 130, Abs. 1 BGB), durch Ablauf der Annahmefrist und durch Eintritt des Versicherungsfalles.

Nach § 3 VVG hat der Versicherer über den formlos zustandegekommenen Vertrag eine unterzeichnete Urkunde, den Versicherungsschein (auch Police genannt, vermutlich vom Lateinischen hergeleitet, „pollicere" = versprechen) auszuhändigen. — Trotz Abschlusses des Versicherungsvertrages unterliegt aber nicht jede Person dem Schutze der privaten Unfallversicherung. In den AVB aller Versicherungsgesellschaften werden „nicht versicherungsfähige Personen" aufgeführt, welche trotz geleisteter Beitragszahlung nicht versichert sind. Im Falle der Aushändigung des Versicherungsscheines an die in Frage stehenden Personen (z. B. Blinde, Taube, Geisteskranke, Gelähmte, Epileptiker und solche, die dauernd mehr als 70 % arbeitsunfähig sind) wird der für das laufende Versicherungsjahr gezahlte Beitrag zurückgezahlt.

II. Versicherungsbehörden und ordentliche Gerichte.

Als weiteres Unterscheidungsmerkmal sei der unterschiedliche Beschwerdeweg erwähnt. Der Versicherte in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) hat die Möglichkeit, gegen den Ablehnungs-, Rentenfestsetzungs- oder Minderungsbescheid des Versicherungsträgers binnen Monatsfrist nach Zustellung des Bescheides Berufung beim Oberversicherungsamt und mit Ausnahme der Fälle zu § 1700 RVO gegen das abweisende Urteil Rekurs einzulegen.

In der privaten UV sind dagegen, da es sich nicht um öffentlich-rechtliche, sondern um bürgerlich-rechtliche Vertragsansprüche handelt, die ordentlichen Gerichte zuständig, soweit nicht laut Versicherungsvertrag bei Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, ob und in welchem Umfang der eingetretene Schaden auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, der Obergutachter (bzw. bei verschiedenen Versicherern die Ärztekommission) die Entscheidung zu treffen hat. Ein von dem Versicherer bestrittener Versicherungsanspruch ist, sofern die ordentlichen Gerichte zuständig sind, zur Vermeidung des Verlustes durch Erhebung der Klage binnen einer Frist von meist sechs Monaten geltend zu machen.

III. Gemeinnützigkeit und Gewinnabsicht.

Die Gemeinnützigkeit stellt ein charakteristisches Kriterium der Sozialversicherung im allgemeinen wie der gesetzlichen UV im besonderen dar. Die Mittel der Versicherungsträger dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen und zugelassenen Zwecke verwendet werden (§ 25 RVO). Überschüsse dürfen nicht erzielt und nur insoweit Beiträge erhoben werden, als dies zur Durchführung der durch Gesetz gestellten Aufgaben notwendig ist (Vermögensgebundenheit). Diese Aufgaben bestehen in

Deckung der Entschädigungen und Verwaltungskosten,
Ansammlung der Rücklage,
Zahlung des Postvorschusses,
Belohnung für Rettung Verunglückter,
Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten,
Berufsfürsorge und
Errichtung von Heil- und Genesungsanstalten
sowie von Invalidenhäusern usw. (§§ 736, 1011 RVO).

Die Privat-UV wird hingegen mit dem Ziel einer Gewinnabschöpfung betrieben. Handelt es sich bei ihren Unternehmungen um Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, wobei die Versicherten gleichzeitig die Versicherer sind, so sind alle Versicherten am Gewinn oder Verlust beteiligt. Bei der Aktiengesellschaft äußert sich das Streben nach Gewinn in dem Bemühen, aus dem Versicherungsgeschäft einen möglichst hohen Gewinn (Dividende) herauszuwirtschaften. Während sich die etwaigen Verlustmöglichkeiten für die Aktionäre von vornherein auf deren Anteil am Grundkapital beschränken, sind die Gewinnaussichten theoretisch als unbegrenzt zu bezeichnen.

Auf nähere versicherungswissenschaftlich interessante Einzelheiten einzugehen, verbietet leider der Platzmangel.

Ein verunglücktes Gesetz

Eine Entgegnung von Ministerialrat Dr. Schieckel, München

In Nr. 1/48 „Die Sozialversicherung" hat Regierungsdirektor Peschel auf Seite 4 unter dem Titel „Ein verunglücktes Gesetz" Ausführungen gemacht, die nicht unwidersprochen bleiben können.

Peschel ist der Meinung, daß das Bayerische Gesetz Nr. 68 vom 21. 7. 47 betreffend einige Änderungen auf dem Gebiete der Sozialversicherung deshalb als verunglückt zu bezeichnen sei, weil es den § 1309 a RVO, der wörtlich besagt, daß eine Versicherte, welche heiratet, auf Antrag die Hälfte der Beiträge erstattet erhält, die für die Zeit vom 1. 1. 24 ab bis zur Antragstellung gezahlt worden seien, nicht aufgehoben habe, sondern lediglich bestimmt, daß Beitragserstattungen gem. § 1309 a RVO bis auf weiteres nicht erfolgen, ferner deshalb, weil das Gesetz nach § 9 am 1. 8. 47 in Kraft getreten sei, Bestimmungen über die Regelung der rechtshängigen Fälle fehlen und eine Rückwirkung des Gesetzes nicht vorgesehen ist.

Peschel ist der Auffassung, daß es richtig und notwendig gewesen wäre, den Anspruch auf Beitragsrückerstattung überhaupt zu beseitigen und dadurch „die wirklichen Interessen der Versicherten klar und ausdrücklich zu sichern", anstatt dieser zeitgemäßen Forderung auszuweichen. Dieser Auffassung kann nicht beigestimmt werden. Sie verkennt, daß die Versicherten durch jahrelange Beitragszahlungen einen rechtlichen Anspruch auf die Beitrags-Rückerstattung erlangt haben, der nicht ohne weiteres, auch nicht in Notzeiten wie den heutigen, beseitigt werden kann. Gerade der Umstand, daß es im wohlverstandenen Interesse der weiblichen Versicherten liegt, wenn sie die Beitragsrückerstattung nicht durchführen, zumal nicht, wenn sie keine Gewähr dafür haben, daß der ausgezahlte Geldbetrag ihnen auch in Zukunft erhalten bleibt, ließ es angezeigt erscheinen, unter grundsätzlicher Aufrechterhaltung des Rechtsanspruches auf die Beitragsrückerstattung die Verwirklichung dieses Anspruchs bis auf weiteres auszusetzen. Die Durchführung des Anspruches aber, die das endgültige Ausscheiden aus der Versicherung zur Folge haben würde, hinauszuschieben, bis die Geldverhältnisse und die Wirtschaftslage soweit geklärt sind, daß auch die Gewähr dafür gegeben ist, daß die rückgezahlten Geldbeträge der Versicherten, die den Rückzahlungsanspruch geltend gemacht haben, auch tatsächlich von Nutzen sind. Andererseits sollte dadurch erreicht werden, daß die zur Zeit außerordentlich knappen Geldmittel der Versicherungsanstalten in erster Linie zur Auszahlung der Renten und Durchführung der Heilverfahren verwendet werden, nicht aber zur Rückerstattung von Beiträgen, die dem Empfänger nur in den seltensten Fällen wahrhaft von Nutzen sein können. Hinsichtlich der Rückwirkung des Gesetzes geht die Bezugnahme von Peschel auf die ständige Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes völlig fehl, weil die diesbezüglichen Entscheidungen desselben Sonderfälle betreffen, die keinesfalls verallgemeinert werden können und weil es sich nicht um die Aufhebung eines Rechtsanspruches handelt, sondern nur um die Sistierung seiner Verwirklichung. Nicht der Anspruch auf Beitragserstattung wird aufgehoben, sondern die Auszahlung der Beiträge wird untersagt. Es handelt sich also nicht um eine materielle Rechtsänderung, sondern um ein Auszahlungsverbot. Daß ein solches Verbot alle im Augenblick des Inkrafttretens dieses Verbotes unerledigten Fälle erfaßt und erfassen muß, ist so zweifelsfrei, daß sich weitere Ausführungen hierüber erübrigen.

Verordnung Nr. 111 und Schwierigkeiten bei ihrer Anwendung auf die in der Landwirtschaft tätigen Arbeitnehmer

Von Verw.-Oberinspektor Karl Hübbe, Braunschweig

Mit der am 6. 10. 1947 in Kraft getretenen Militärregierungs-Verordnung erfuhr die bisherige Fassung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung erhebliche und einschneidende Änderungen.

Diese Änderungen sind von entscheidender Bedeutung gerade für die gesetzlichen Krankenkassen. Bekanntlich oblag diesen Kassen bislang die Einziehung der Arbeitslosenversicherungsbeiträge, sie bleiben auch weiterhin Einzugsstellen. Außerdem sind sie für die richtige Erhebung und Erfassung der Beiträge von den Beitragspflichtigen (Arbeitgeber-Arbeitnehmer) verantwortlich. Sie erheben nicht nur die Beiträge im Lohnabzugsverfahren, sondern entscheiden auch über Versicherungspflicht und -freiheit im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des AVAVG.

Das Aufgabengebiet, das den gesetzlichen Krankenkassen durch das Arbeitslosenversicherungsgesetz zufällt, ist in seinem Umfang beachtlich und bedeutend. Es ist daher nur allzu verständlich, daß gerade diese Kassen der Änderungsverordnung Nr. 111 im allgemeinen, aber auch in Bezug auf ihre Anwendung und Auswirkung, größtes Interesse entgegenbringen. Dabei spielt natürlich für die Kassen, mit Rücksicht auf die ihr zufallenden Aufgaben, der Abschnitt der Verordnung, der sich mit dem Umfang der Versicherung (Personenkreis) befaßt, die Hauptrolle. Ist es doch gerade der Abschnitt, mit dessen Auslegung und Anwendung sich Kassenleitung und Sachbearbeiter usw. seit dem 6. 10. 1947 ununterbrochen beschäftigt haben, aber auch künftig noch beschäftigen müssen, da es Richtlinien, die die einheitliche Anwendung bei allen Kassen gewährleisten, zur Zeit noch nicht gibt.

Seit dem 6. 10. 1947, also dem Tage des Inkrafttretens der Änderungsverordnung Nr. 111, sind im Schrifttum zwar längere und kürzere Darstellungen über die geänderten Vorschriften erschienen, die Schwierigkeiten, die sich aber bei der praktischen Anwendung des Abschnitts „Umfang der Versicherung", insonderheit der §§ 70—72 neuer Fassung AVAVG, ergeben haben, wurden m. E. noch nicht aufgezeigt. Daß aber solche Schwierigkeiten vorhanden sind, wird mir jeder Fachkollege, der sich einmal ernsthaft mit diesem Problem befaßt hat, oder täglich vor Entscheidungen über Versicherungspflicht oder -freiheit gestellt wird, bestätigen. Dabei muß festgestellt werden, daß den Kassen gerade die Anwendung der §§ 70—72 neuer Fassung AVAVG, in denen u. a. bestimmt wird, unter welchen Voraussetzungen ein landwirtschaftlicher Arbeitnehmer von der Arbeitslosenversicherung befreit ist, nicht immer so leicht fällt, wie man das eigentlich beim flüchtigen Lesen des Gesetzestextes anzunehmen geneigt ist.

Ich will daher in meinen nachstehenden Ausführungen versuchen, Fälle aus der Praxis herauszustellen, bei deren Bearbeitung die Kasse und Sachbearbeiter durchaus im Zweifel sein können, ob hier Versicherungspflicht oder -freiheit vorliegt und ob der Gesetzgeber mit dem Gesetzestext hier das eine oder das andere beabsichtigt hat. Dabei kann ich auf die Wiedergabe der in Frage kommenden Bestimmungen alter und neuer Fassung verzichten, ich setze ihre Kenntnis bei den Lesern voraus. Es soll nur kurz erwähnt werden, daß bis zum 6. 10. 1947 jede Beschäftigung in der Land- oder Forstwirtschaft von der Arbeitslosenversicherung befreit war, es kam also nicht darauf an, ob diese Beschäftigung ihrem beruflichen Wesen nach der Land- oder Forstwirtschaft angehörte. Die Änderungsverordnung Nr. 111 befreit aber nur eine land- oder forstwirtschaftliche Beschäftigung in einem land- oder forstwirtschaftlichen Betriebe, wenn der Arbeitnehmer zudem noch die besonderen im § 70 Abs. I a—d AVAVG aufgeführten Voraussetzungen (häusliche Gemeinschaft, Wohnen im land- oder forstwirtschaftlichen Betriebe und überwiegende Entlohnung mit Sachbezügen, Kleinbesitzer, deren Unterhalt durch die eigene Wirtschaft überwiegend gewährleistet ist, sowie deren Ehegatten und Abkömmlinge) erfüllt. Die Begriffe „land- oder forstwirtschaftliche Beschäftigung" und „land- oder forstwirtschaftlicher Betrieb" sind in den §§ 71 bis 72 näher formuliert.

Man sollte nun meinen, daß es den Kassen nach dieser augenscheinlich genauen Formulierung des Gesetzestextes bestimmt nicht schwer fallen könne, über die Versicherungspflicht oder -freiheit der Arbeitnehmer im Sinne des § 70 AVAVG zu entscheiden. Aber die Praxis, die sich bislang aus der Anwendung der neuen Bestimmungen ergab, belehrt uns eines anderen, wie dieses auch die nachstehenden Beispiele beweisen werden:

Auf einem Gut sind zwei landwirtschaftliche Beamte tätig. Der eine ist unverheiratet, er erhält als Entgelt eine Barentschädigung von RM 150.— im Monat, im übrigen ist er in die häusliche Gemeinschaft des Gutsbesitzers aufgenommen. Für diesen Beamten besteht zweifellos Versicherungsfreiheit gem. § 70 Abs. 1 a AVAVG. Der andere Beamte ist verheiratet, er hat eine Dienstwohnung auf dem Gutshofe inne und erhält neben einer Barentschädigung von monatlich RM 150.— Sachbezüge im Werte von RM 70.—. Eine Befreiung dieses Beamten von den Arbeitslosenversicherungsbeiträgen kommt aber nicht in Frage, da die Voraussetzungen im § 70 Abs. 1 b AVAVG nicht erfüllt sind, er wohnt zwar in dem landwirtschaftlichen Betriebe, wird aber im übrigen nicht überwiegend mit Sachbezügen entlohnt.

Auf einem anderen Hof sind zwei Verwalter beschäftigt. Der eine davon ist als Wirtschafter eingesetzt. Dieser Verwalter (Wirtschafter) wohnt auf dem Hofe und erhält dort volle Verpflegung. Die im Gesetz geforderte häusliche Gemeinschaft ist somit gegeben, er ist von der Arbeitslosenversicherung befreit. Sein Kollege kann aus besonderen Gründen auf dem Hofe nicht untergebracht werden, er hat ein Zimmer im Dorfe gemietet und zahlt die Miete hierfür aus seiner Barentlohnung, wird im übrigen aber im vollen Umfange auf dem Hofe verpflegt. Diesen Verwalter ebenfalls von der Arbeitslosenversicherung zu befreien, verbietet der klare Wortlaut des § 70 AVAVG in der Abänderungsverordnung. Die Kasse muß also die Beiträge in diesem Falle erheben.

Es handelt sich hier in diesen Fällen um Beamte, die berufsmäßig der Landwirtschaft angehören; sie üben im großen und ganzen dieselbe Tätigkeit aus, unterstehen gleichen Arbeitsverträgen, nur ihre Bezahlung weicht in ihrer Zusammensetzung geringfügig voneinander ab, weil der eine ledig, der andere verheiratet ist, der eine Verwalter auf dem Hofe wohnt und der andere dort nicht wohnen kann.

Arbeitnehmer und Arbeitgeber haben für diese Handhabung und Beitragsberechnung kein Verständnis, sie erblicken mit Recht in der unterschiedlichen Behandlung eine ungewöhnliche Härte.

Zu welchen ungewöhnlichen Härten diese durch das Gesetz bedingten unterschiedlichen Behandlungen führen, zeigt folgender Fall:

Es handelt sich hier um einen unverheirateten Inspektor, der seit 1939 auf einem Gut im hiesigen Bezirk beschäftigt wird. Sein Gesamteinkommen beträgt einschließlich Sachbezüge monatlich ca. 500.— bis 600.— RM, dabei ist er in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen. Berücksichtigt man, daß bei diesem hochbezahlten Arbeitnehmer alle Voraussetzungen für eine Befreiung von der Arbeitslosenversicherung auf Grund der Abänderungsverordnung vorliegen und Beiträge von ihm nicht erhoben werden, so hat man das Gefühl, ein soziales Unrecht zu begehen, wenn die Kasse in demselben Augenblick verpflichtet ist, von einem alten Landarbeiter, der sein Leben lang nur auf diesem Gut beschäftigt war und über einen Lohn von RM 30.— in der Woche nicht hinauskommt, Arbeitslosenversicherungsbeiträge zu erheben, da die Voraussetzungen im § 70 1a und b AVAVG nicht vorliegen resp. wegen Wohnraummangel auf dem Gutshofe nicht vorliegen können.

In einem anderen Falle liegen die Verhältnisse folgendermaßen: Ein ca. 120 Morgen großer Hof wird von den Erben, bestehend aus der Frau und den drei Töchtern des verstorbenen Landwirts, gemeinschaftlich bewirtschaftet. Der Großknecht ist schon 20 Jahre in dem Betriebe tätig, er wohnt aber in einem Dorfe, das vier Kilometer von dem Hofe entfernt liegt, da er dort sein eigenes Grundstück hat und eine Dienstwohnung auf dem Hofe vermutlich auch nicht vorhanden ist. Während des Tages erhält er seine Verpflegung auf dem Hofe, im übrigen bezieht er Barlohn und Deputate. Dieser Großknecht muß Beiträge zur Arbeitslosenversicherung bezahlen, da das Gesetz auch für ihn eine Versicherungsfreiheit nicht vorsieht. Die auf dem gleichen Hofe tätigen ledigen landwirtschaftlichen Arbeiter, die dort zwar in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen, sonst aber keinesfalls als bodenständige Arbeitnehmer anzusehen sind, genießen dagegen die Versicherungsfreiheit, da der Gesetzestext eine andere Auslegung nicht zuläßt.

Auch dieser Großknecht wird es kaum verstehen können, daß ausgerechnet er als langjähriger Stammarbeiter, der als eigentlicher Leiter des Betriebes anzusehen ist und die Hauptstütze der Erben darstellt, eine so stiefmütterliche Behandlung durch die Verordnung 111 erfährt.

Aber auch die nachfolgenden Fälle werden von den gleichen Härten betroffen, wenn die Kasse ihre Entscheidung lediglich nach dem § 70 AVAVG trifft und nicht in der Lage ist, den vorliegenden besonderen Verhältnissen gebührend Rechnung zu tragen.

Der Krieg und sein Ausgang hat es mit sich gebracht, daß recht viele Arbeitnehmer, die bislang als Stammpersonal der Land- und Forstwirtschaft galten, zum Kriegsdienst eingezogen wurden und bislang weder in ihre Heimat, noch an ihre Arbeitsstelle zurückkehrten. Ihre Wohnungen und Unterkünfte in den landwirtschaftlichen Betrieben wurden restlos belegt durch den Zustrom von Flüchtlingen aus dem Osten. Ein Teil dieser Flüchtlinge hat anfänglich die Arbeiten in diesen Betrieben übernommen, diese aber dann nach und nach wieder aufgegeben, teils weil sie berufsfremd waren, oder inzwischen bei anderen Arbeitgebern eine Tätigkeit fanden. Die Wohnungsschwierigkeiten machten aber eine anderweitige Unterbringung dieser Flüchtlinge unmöglich, sie blieben daher im Betriebe des Landwirts wohnen. Der Betriebsinhaber ist daher gezwungen, auf landwirtschaftliche Arbeitnehmer zurückzugreifen, die er aber infolge des eingetretenen Platzmangels und anderweitiger Belegung der vorhandenen Räume nicht, oder nur teilweise in die häusliche Gemeinschaft oder in die Werkwohnung aufnehmen kann. Bis zu dem Zeitpunkt, in dem dieses einmal wieder möglich sein wird, liegen aber die im § 70 der Änderungsverordnung geforderten Voraussetzungen für eine Versicherungsfreiheit in der Arbeitslosenversicherung nicht vor. Die Kasse ist gezwungen, für diese Arbeitnehmer die Beiträge zu erheben. Hieraus ergibt sich, daß Arbeitnehmer, die zwar unter denselben Arbeitsbedingungen arbeiten und die zweifellos berufsmäßig der Land- oder Forstwirtschaft angehören, soweit sie noch in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen werden konnten oder bei denen die sonstigen Voraussetzungen für eine Versicherungsfreiheit vorliegen, von der Zahlung der Arbeitslosenversicherungsbeiträge entbunden sind, diejenigen aber, die aus den angeführten Gründen eine andere Wohnung oder einen Raum außerhalb ihrer Arbeitsstelle beziehen müssen, dazu verurteilt sind, die Arbeitslosenversicherungsbeiträge in voller Höhe zu entrichten. Man könnte die Anzahl der Fälle, über die die Kasse täglich zu entscheiden und die die Praxis bislang herausgestellt hat, in denen aber Härten von ungeahntem Ausmaße auftreten, beliebig verlängern. Es mag dahingestellt sein, ob der Gesetzgeber diese Auswirkung beabsichtigt oder vorausgesehen hat, notwendig ist aber, daß die sich aus der Anwendung der Verordnung ergebenden Härten beseitigt und ausgeschaltet werden.

Auch die Frage der Versicherungspflicht oder -freiheit der Hausgehilfinnen, soweit sie in landwirtschaftlichen Betrieben tätig sind, ist nicht ganz so leicht zu lösen, wie das auf den ersten Blick scheinen mag. Grundsätzlich sind Hausgehilfinnen auf Grund der Änderungsverordnung Nr. 111 von der Versicherungsfreiheit in der Arbeitslosenversicherung ab 6. 10. 1947 ausgenommen. Die Beschäftigungsart der Hausgehilfinnen in landwirtschaftlichen Betrieben weicht aber von der der übrigen Hausgehilfinnen erheblich ab. Sieht man von größeren landwirtschaftlichen Betrieben (Gutsbetriebe und größere Höfe) ab, so muß man feststellen, daß die Tätigkeit der Hausgehilfinnen in den anderen landwirtschaftlichen Betrieben, nicht hauptsächlich in der hauswirtschaftlichen Tätigkeit, sondern zum größten Teil in der landwirtschaftlichen Tätigkeit (Arbeiten auf dem Feld, im Garten, Melken, Füttern, Geflügelversorgung usw.) besteht. Meistens überwiegt diese landwirtschaftliche Tätigkeit die der Hauswirtschaft erheblich, so daß die Bezeichnung dieser Personen als Hausgehilfinnen gar nicht zutrifft und auch keine Anwendung finden dürfte. Manche Landwirte sind daher schon dazu übergegangen, derartige Personen als landwirtschaftliche Gehilfinnen zu bezeichnen, insbesondere nach dem 6. 10. 1947, nachdem sie zur Zahlung von Arbeitslosenversicherungsbeiträgen herangezogen wurden. Diese Personen mit der Bezeichnung: landwirtschaftliche Gehilfin, werden von den Kassen immer dann von der Arbeitslosenversicherung befreit, wenn die sonstigen gesetzlichen Bestimmungen für eine Versicherungsfreiheit gegeben sind.

Außer Zweifel dürfte stehen, daß als Hausgehilfinnen bei der Kasse zur Anmeldung kommende Arbeitnehmer, dann von der Arbeitslosenversicherungspflicht zu befreien sind, wenn für die überwiegende Tätigkeit die Voraussetzungen des § 70 AVAVG neuer Fassung gegeben sind und diese Beschäftigung allein gesehen, der Versicherungspflicht des § 165 RVO unterliegt.

Wollen die Kassen daher bei diesen Arbeitnehmern gerechte Entscheidungen über die Versicherungsfreiheit oder -pflicht treffen und dabei gleichzeitig den Willen des Gesetzgebers weitgehendst berücksichtigen, so können sie auf umfangreiche Ermittlungen und Prüfungen der einzelnen Fälle nicht verzichten. Die Angaben der landwirtschaftlichen Unternehmer allein genügen keinesfalls, sie würden erfahrungsgemäß zu recht unterschiedlichen Beitragsheranziehungen führen. M. E. müßten hier die Arbeitsämter bei der Zuweisung der in Frage kommenden Arbeitnehmer an den Unternehmer die Entscheidungen treffen, ob es sich dabei um die Zuweisung einer nach dem Gesetz versicherungspflichtigen Hausgehilfin oder einer versicherungsfreien landwirtschaftlichen Gehilfin handelt. Der Unternehmer hätte die Zuweisung der Krankenkasse bei der Einreichung der Anmeldung mit einzureichen.

Schließlich will ich noch den Personenkreis erwähnen, der selbst land- oder forstwirtschaftliche Grundstücke bewirtschaftet (Kleinlandwirtschaft), aber Arbeitnehmer im Sinne des § 70 AVAVG ist und bei Vorliegen der im Absatz 1 c und d dieser Bestimmungen aufgeführten Voraussetzungen, ebenfalls die Versicherungsfreiheit der Arbeitslosenversicherung genießt. Die Anwendung der Änderungsverordnung Nr. 111 auf diesen Personenkreis ist den Kassen z. Zt. noch nicht möglich, da die nach dem Ersten Durchführungserlaß vom 8. 10. 1947 vom Landesarbeitsamt zu erlassenden Bestimmungen noch nicht bekannt sind. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung müssen daher von diesem Personenkreis bis zum Erlaß der erwähnten Bestimmungen erhoben werden, da die Kassen in den meisten Fällen gar nicht oder nur unter größten Schwierigkeiten in der Lage sind, festzustellen, ob die für eine Versicherungsfreiheit geforderten Voraussetzungen vorliegen.

Soweit es sich dabei um Kleinlandwirte handelt, die als Arbeitnehmer in den Forstbetrieben beschäftigt werden, sind die Forstämter von sich aus dazu übergegangen, die Personen von der Arbeitslosenversicherung zu befreien und weder Beiträge vom Lohn einzubehalten noch abzuführen. Da es sich hier in der Hauptsache um Unternehmer handelt, die die Beiträge nach dem WA-Verfahren abführen, erscheint es notwendig, daß die Kassen bei Prüfung der monatlichen Beitragsabrechnungen oder durch Betriebsprüfungen feststellen, ob die unterlassene Beitragsabführung berechtigt ist oder nicht. Grundsätzlich sollten die Kassen derartige Beitragsbefreiungen überhaupt noch nicht zulassen. Notwendiger erscheint mir allerdings, daß die Kassen möglichst bald in den Besitz der Richtlinien des Landesarbeitsamts kommen, damit eine einheitliche und reibungslose Beitragserhebung gewährleistet ist.

Gesetzesänderungen sind immer dann erforderlich, wenn die bisherigen Bestimmungen den veränderten Verhältnissen keineswegs mehr entsprechen und daher nicht mehr ausreichen. Die Notwendigkeit einer Änderung des bisherigen AVAVG dürfte außer Zweifel stehen, sie wurde allein schon dadurch bedingt, daß bei vielen Beschäftigungen und Personenkreisen jede Berechtigung einer weiteren Befreiung von der Arbeitslosenversicherung fortgefallen ist. Der Erfolg einer Gesetzesänderung und die schlagartige reibungslose Anwendung der neuen Bestimmungen hängt allerdings weitgehendst davon ab, ob der Gesetzgeber bei der Abfassung der neuen gesetzlichen Bestimmungen, die Erfahrungen, die sich aus der praktischen Anwendung des bisherigen Gesetzes ergeben haben, hinreichend berücksichtigt hat.

Der Gesetzestext sollte die Absicht des Gesetzgebers klar erkennen lassen, um von vornherein jede Rechtsunsicherheit auszuschalten. Die praktische Anwendung eines Gesetzes wird jedoch ungemein erschwert, wenn diese Rechtsunsicherheit erst durch spätere Entscheidungen und Anweisungen beseitigt wird. Meine obigen Ausführungen haben aber, glaube ich, bewiesen, daß zur Durchführung und einheitlichen Anwendung der §§ 70—72 AVAVG neuer Fassung, besondere Anweisungen und Richtlinien der Landesarbeitsämter unentbehrlich sind.

Die soeben bei den Kassen eingetroffene Rundverfügung Nr. 54 des Landesarbeitsamts Niedersachsen vom 27. 1. 1948, die sich mit Zweifelsfragen bei der Anwendung der Vorschrift des § 70 AVAVG befaßt, beseitigt die von mir in vorstehenden Ausführungen aufgezeigten Schwierigkeiten nicht. Nach wie vor werden künftig diese Härten auftreten und die Kassen werden in jedem Falle, d. h. nach jedem Eingang der Anmeldung eines landwirtschaftlichen Arbeitnehmers, gezwungen sein, zur Ergründung der tatsächlich vorliegenden besonderen Verhältnisse, umfangreiche Ermittlungen anzustellen. Es steht schon heute fest, daß auch dadurch keinesfalls eine einheitliche und gerechte Beitragserhebung gewährleistet wird.

Zum Schluß möchte ich noch erwähnen, daß es von den Kassen aufrichtig bedauert wurde, daß die Verordnung Nr. 111 ausgerechnet am 6. 10. 1947, also mitten in einem Beitragsberechnungszeitraum, in Kraft gesetzt wurde. Durch diese Maßnahme wurden die Kassen gezwungen, für den in Frage kommenden Personenkreis für den Monat Oktober 1947 zwei Beitragsberechnungen, und zwar die eine vom 1. bis 5. 10. 1947 und die andere vom 6. bis zum Monatsschluß, vorzunehmen. Es braucht wohl nicht erst darauf hingewiesen zu werden, welche Unlast von Arbeit diese Maßnahme mit sich brachte, die aber auf jeden Fall durch Verschiebung des Termins der Inkraftsetzung (1. 10. 1947 oder 1. 11. 1947) vermieden werden konnte.

Die Reichszuschüsse in der Invalidenversicherung und die Länder in der US-Zone

In dem Artikel „Die deutschen Landesversicherungsanstalten" (Die Sozialversicherung, Nr. 1, Jahrg. 1948) führt A. O. F. die Gründe an, die das Reich in der Vergangenheit zur Leistung eines Beitrages veranlaßten. Er verweist darauf, daß die Finanzminister der neuen Länder der Zone die rechtliche Verpflichtung des Reiches nicht für sich anerkennen mit der Begründung, daß die Länder nicht Rechtsnachfolger des Reiches wären. Die Länder sind nur bereit, aus Steuermitteln den Differenzbetrag zwischen Ausgaben und Einnahmen der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten an die Landesversicherungsanstalten zu zahlen. Es ist der Untersuchung wert, ob die Finanzminister ihren Standpunkt beibehalten können.

Mit der II. Proklamation der US-Militärregierung vom 19. 9. 45 sind die neuen Länder Bayern, Hessen und Württemberg-Baden begründet worden. Artikel II dieser Proklamation verfügt,

> „soweit das deutsche Recht, das zur Zeit der Besetzung in Kraft war, nicht durch die Militärregierung oder den Kontrollrat für Deutschland aufgehoben, zeitweilig außer Kraft gesetzt oder abgeändert worden ist, bleibt es in jedem Staatsgebiet der amerikanischen Besatzungszone anwendbar, bis es durch neue Gesetzgebung des Kontrollrates für Deutschland oder der Militärregierung oder der hierdurch gebildeten Staaten oder eines anderen zuständigen Organs aufgehoben oder außer Kraft gesetzt worden ist",

und Artikel III:

> „(1) Jeder der hierdurch gebildeten Staaten hat unter Vorbehalt der übergeordneten Machtbefugnisse der Militärregierung volle gesetzgebende, richterliche und vollziehende Gewalt, soweit deren Ausübung nicht mit früher und zukünftig getroffenen Maßnahmen des Kontrollrates für Deutschland oder einer von diesem errichteten zentralen deutschen Behörde im Widerspruch steht."

Dieser Wortlaut des Dekrets ist durch die IV. Proklamation der Militärregierung vom 1. 3. 47 nicht geändert, wie der Vergleich unzweideutig ergibt.

Die Reichsversicherungsordnung ist Reichsrecht, sie wird, wie die tägliche Praxis beweist, in den neuen Ländern angewandt. Abgesehen von Geringfügigkeiten ist sie bis gegenwärtig nicht in grundlegenden Bestimmungen abgeändert, noch gar durch völlig neues Recht ersetzt worden. Demzufolge sind die Bestimmungen der RVO über die Reichsbeiträge bis heute erhalten geblieben.

Der alliierte Kontrollrat hat souveränes Recht in den vorgenannten neuen Ländern. Die Gesetze, Verordnungen, Direktiven und Befehle der Militärregierung brechen Landesrecht, was durch die übereinstimmenden Vorschriften der Verfassungen der drei Länder anerkannt ist. Das seitherige Reichsrecht ist demgemäß, weil bisher in bezug auf die Reichsversicherungsordnung nicht geändert oder aufgehoben, nach wie vor für die Länder verbindlich.

Es ist aus dieser Rechtslage die Erkenntnis zu ziehen, daß die Länder die früher von dem Reich gewährten Beiträge an die auf ihrem Territorium bestehenden Landesversicherungsanstalten zu zahlen haben. Die Berufung der Finanzminister darauf, daß die Länder nicht Rechtsnachfolger des Reiches seien, kann nicht durchgreifen, soweit die Zeit nach Begründung der neuen Länder in Frage kommt. Für die Zeit vorher hingegen ist dem Standpunkt der Finanzminister beizutreten, selbst auch dann, wenn unterstellt werden wird, daß die Länder das Reichseigentum, soweit das zu übersehen ist, an sich gezogen haben, weil die Länder vor ihrem Inslebentreten keine Pflichten erwerben konnten.

Der Anspruch der Landesversicherungsanstalten gegen die Länder könnte daher nötigenfalls auf dem Wege der Verwaltungsgerichtsbarkeit nach Maßgabe der diesbezüglichen in den einzelnen Ländern gültigen Gesetze geltend gemacht werden.

G. S.

Regelmäßige Zustellung der Zeitschrift können Sie sich nur sichern, wenn Sie solche beim Postamt Ihres Wohnsitzes abonnieren.

Gesetze, Verordnungen und Erlasse

FRANZÖSISCHE BESATZUNGSZONE

Gesetz zur Wiederherstellung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung vom 3. Dezember 1947.

In Ausführung des Artikels 54 Abs. 4 der Verfassung Rheinland-Pfalz hat der Landtag zur einheitlichen Wiederherstellung und Sicherung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung das folgende beschlossen:

§ 1

Organe der Selbstverwaltung.

(1) Bei jedem Versicherungsträger der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Knappschafts- und Angestelltenversicherung ist ein Vorstand und ein Ausschuß zu wählen.

(2) Die Mitglieder des Ausschusses und ihre Stellvertreter dürfen nicht dem Vorstand angehören.

(3) Die Wahlen sind geheim. Gewählt wird nach den Grundsätzen der Verhältniswahl. Die Wahlzeit der ersten Wahl dauert zwei Jahre, im übrigen gilt § 16 der Reichsversicherungsordnung.

(4) Wahlberechtigt und wählbar sind nur solche Personen, die nicht vom politischen Wahlrecht ausgeschlossen sind, wobei die Bestimmungen über den Wohnsitz und die Aufenthaltsdauer unberücksichtigt bleiben.

§ 2

Ausschuß und Ausschußvorsitzender.

(1) Die Zahl der Ausschußmitglieder wird in der Satzung festgelegt. Der Ausschuß setzt sich zusammen:

> In der Kranken- und Knappschaftsversicherung zu einem Drittel aus Vertretern der Arbeitgeber und zu zwei Drittel aus Vertretern der Versicherten,
> in den übrigen Versicherungszweigen je zur Hälfte aus Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten.

(2) Bei der ersten Wahl werden 18 Ausschußmitglieder gewählt.

(3) Der Ausschuß wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden sowie seinen Stellvertreter mit einfacher Stimmenmehrheit. Der Stellvertreter darf nicht der gleichen Gruppe angehören wie der Vorsitzende.

§ 3

Vorstand und Vorstandsvorsitzender.

(1) Die Vorstandsmitglieder werden vom Ausschuß gewählt. Ihre Zahl wird in der Satzung festgelegt. Die Wahl erfolgt in der Weise, daß

> in der Kranken- und Knappschaftsversicherung ein Drittel von den Vertretern der Arbeitgeber und zwei Drittel von den Vertretern der Versicherten des Ausschusses, in den übrigen Versicherungszweigen je die Hälfte von den Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten des Ausschusses getrennt aus ihrer Gruppe gewählt werden.

(2) Bei der ersten Wahl werden in der Kranken- und Knappschaftsversicherung 9 und in den übrigen Versicherungszweigen 10 Vorstandsmitglieder gewählt.

(3) Die Vorstandsmitglieder wählen aus ihrer Mitte in ungetrennter Wahlhandlung mit absoluter Stimmenmehrheit den Vorsitzenden des Vorstandes sowie seinen Stellvertreter.

§ 4

Bestellung eines Geschäftsführers.

(1) Der Geschäftsführer wird vom Vorstand gewählt.

(2) Der Geschäftsführer gehört dem Vorstand mit beratender Stimme an.

§ 5

Wahlverfahren.

(1) Die beteiligten volljährigen Arbeitgeber und die volljährigen Versicherten wählen ihren Vertreter je aus ihrer Mitte und zwar getrennt auf Grund von Vorschlagslisten wirtschaftlicher Vereinigungen von Arbeitgebern oder von Arbeitnehmern oder von Verbänden solcher Vereinigungen. Diesen Vorschlagslisten stehen gleich

> bei der Wahl des Ausschusses solche Vorschlagslisten von Arbeitgebern oder von Versicherten, die mindestens

50 Unterschriften der Wahlberechtigten tragen. Um ein Mandat zu erhalten, müssen jedoch diese Vorschlagslisten mindestens 10 v. H. der abgegebenen gültigen Stimmen auf sich vereinigen.

Bei der Wahl zum Vorstand auch Vorschlagslisten mit mindestens zwei Unterschriften von Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten im Ausschuß.

(2) Wird nur ein Vorschlag einer Gruppe eingereicht, so gilt dieser Wahlvorschlag als gewählt.

(3) Die erste Wahl wird von einem Ausschuß geleitet, der vom Geschäftsführer des Versicherungsträgers auf Vorschlag der wirtschaftlichen Vereinigungen der Arbeitgeber oder Versicherten berufen wird.

(4) Der Wahlausschuß besteht aus zwei Vertretern der Versicherten und einem Vertreter der Arbeitgeber.

(5) Der Arbeitsminister erläßt eine Wahlordnung.

§ 6

Auschreibung der Wahl.

Die Frist zwischen Ausschreibung der Wahl und der Wahl beträgt vier Wochen.

§ 7

Aufgaben und Organe.

(1) Der Vorstand verwaltet den Versicherungsträger, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

(2) Der Ausschuß beschließt über alles, was nicht durch Gesetz, Satzung oder Dienstordnung dem Vorstand überlassen bleibt.

(3) Dem Ausschuß bleibt es vorbehalten:

1. Den Voranschlag festzusetzen,
2. die Jahresrechnung abzunehmen,
3. den Versicherungsträger gegenüber den Vorstandsmitgliedern zu vertreten,
4. Vereinbarungen und Verträge mit anderen Versicherungsträgern zu beschließen,
5. die Errichtung von Verwaltungs-, Melde- und Zahlstellen zu beschließen,
6. die Satzung anzunehmen oder zu ändern,
7. den Versicherungsträger aufzulösen oder mit anderen Versicherungsträgern desselben Versicherungszweiges zu vereinen.

(4) Im übrigen gelten für die Organe die Bestimmungen der Sozialversicherungsgesetze, soweit sie diesem Gesetz nicht entgegenstehen.

§ 8

Inkrafttreten.

(1) Es wird aufgehoben §§ 1—5 in Artikel 7 des Aufbaugesetzes vom 5. 7. 34 (RGBl. I S. 577), in § 2 der 2. Verordnung vom 24. 10. 1934 (RGBl. I, S. 1172) zum Aufbaugesetz der Absatz über die Einführung des Führergrundsatzes und die Bestellung von Leitern, Abschnitt 2 der 5. Verordnung vom 21. 12. 1934 (RGBl. I, S. 1274) zum Aufbaugesetz, in Artikel 3 der 12. Verordnung vom 24. 12. 1935 (RGBl. I, S. 1537) zum Aufbaugesetz die §§ 5—10, sowie die 14. Verordnung vom 25. 4. 1936 (RGBl. I, S. 400) in der Fassung der Verordnung vom 31. 1. 1942 (RGBl. I, S. 8) zum Aufbaugesetz.

(2) Die erforderlichen Verwaltungsanordnungen erläßt der Arbeitsminister.

(3) Das vorstehende Gesetz tritt mit seiner Verkündung in Kraft.

Koblenz, den 3. Dezember 1947.

Landesregierung Rheinland-Pfalz.

Der Ministerpräsident
Altmeier.

Unsere Mitarbeiter

Wilhelm Franke, geb. 9. 4. 1910, Detmold, Woldemarstr. 39.

Johannes Fischer, geb. 28. 4. 1909 in Freiberg/Sa., Bad Reichenhall, Salzburger Straße 10.

Bücher und Zeitschriften

„Die soziale und gesundheitliche Lage in Deutschland" erscheint als Heft 8 der Schriftenreihe „Fürsorge- und Sozialreform" (Reihe B Aufbau und Ausbau) im Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin und München 1947. Herausgeber ist Prof. Dr. W. Polligkeit, Frankfurt/Main, Vorsitzender des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Das Heft enthält Vorträge von Prof. Polligkeit und Prof. Dr. med. Paul Martini, Bonn, auf der Tagung des Hauptausschusses des Deutschen Städtetages zu Goslar am 18. 7. 1947, die ein erschreckendes Bild der Notstände aller Art nach dem verlorenen Kriege aufweisen. Die Not eines Volkes, das in seiner Unterernährung unvergleichlich mehr arbeitet, „als je ein Arbeits-Physiologe irgend eines Landes es für möglich gehalten hätte" — allein ist sie trotz des gut ausgebildeten Systems der Sozialpolitik und Wohlfahrtspflege nicht zu meistern! — erfordert Stützung durch eine Auslandshilfe, erfordert aber auch, daß man nicht „im Formalismus der bureaukratischen Disziplin" erstickt. Es ist als schweres menschliches Versagen anzusehen, wenn man beispielsweise einem flüchtigen, überall zurückgestoßenen Menschen das Unterkommen lediglich deshalb versagt, weil er sich zufällig nicht in seinem „Auffanggebiet" befindet, oder wenn Menschen verhungern oder erfrieren, nur weil eine Zentralstelle keine Erlaubnis zur Ausgabe von Scheinen für vorhandene (und seien es noch so kleine) Vorräte erteilt. Die Entschließung des Hauptausschusses des Deutschen Städtetages vom 18./19. Juli 1947 ruft zu einem engen Zusammenwirken der Städte und Landkreise als Träger der öffentlichen Fürsorge mit den verantwortlichen Stellen der Wirtschafts- und Sozialpolitik, mit den Länderregierungen und Verbänden der freien Wohlfahrtspflege auf.

„Die Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung", von Reg.-Insp. Max Panzer (Verlag Hans Carl in Nürnberg). Die Broschüre faßt die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach dem Stand der jetzigen Gesetzgebung zusammen und füllt damit eine fühlbar gewesene Lücke.

„Arbeitsblatt für die britische Zone", 1. Jahrg., Heft 12. Dr. Walther Heyn, Hamburg: „Die Selbständigen in der Sozialversicherungsreform". Verfasser kommt nach einer Betrachtung der Sozialversicherungsgesetzgebung einiger Staaten zu dem Schluß, daß die ausländische Gesetzgebung mit zum Studium, aber keineswegs zur Entscheidung der Frage herangezogen werden könne, ob in einem künftigen Sozialversicherungsgesetz die Selbständigen der Versicherungspflicht zu unterwerfen sind oder nicht und ggf. in welcher Form. Die Entscheidung müsse vielmehr auf Grund der deutschen Verhältnisse getroffen werden.

Unter „Bemerkungen" in der gleichen Zeitschrift: „Entwicklungstendenzen in der Sozialversicherung des Auslandes" wird herausgestellt, daß in den letzten Jahren die Entwicklung in einer Reihe von ausländischen Staaten eine Gestalt annimmt, die nach Form und Inhalt recht erheblich von dem deutschen System abweicht. Es ist — unter Aufrechterhaltung der einzelnen Versicherungszweige — eine einheitliche Organisation geschaffen worden. Die Sonderversicherungsträger hat man weitgehend beseitigt und den Kreis der in die Versicherungspflicht einbezogenen Personen erheblich ausgedehnt. Diese internationale Entwicklung hat ihren Niederschlag auf der am 12. 10. 1947 in Genf veranstalteten internationalen Sozialversicherungskonferenz gefunden. „Die Tatsache, daß sich diese Bestrebungen (Anm.: auf Schaffung eines einheitlichen und vollständigen Systems der sozialen Sicherheit nach den Grundlinien des britischen Planes) sowohl in liberal als auch in sozialistisch regierten Ländern anbahnen und durchsetzen, beweist, daß es sich dabei weniger um politisch-weltanschauliche Probleme als um Fragen der organisierten Zweckmäßigkeit und des sozialen Wirkungsgrades der Versicherung handelt."

„Mitteilungsblatt für die Sozialversicherung", Lübeck, 1. Jahrg., Heft 6. Erich Stolt, Hamburg: „Die neue Arbeitslosenversicherung und Kurzarbeiterunterstützung", Paul Kroschewski, Dez. b. d. LVA Schleswig-Holstein: „Die Rente erscheint mir zu niedrig!"

„Zentralblatt für Sozialversicherung", Düsseldorf, 1. Jahrgang, Heft 11. Wolfgang Lohmüller, Aachen: „Wartezeit und Anwartschaft in der Rentenversicherung", Hans Adolf Aye: „Sozialversicherungsrechtliche Vorschriften für Flüchtlinge in den Westzonen".

„Blätter für Steuerrecht, Sozialversicherung und Arbeitsrecht", Bln.-Frohnau, 2. Jahrg., Heft 23/24. L. O. Egley: „Die drei Durchführungsverordnungen zum Sozialversicherungsrecht in der sowjetischen Besatzungszone".

Statistik

Mitglieder- und Krankenstand

a) der bayerischen Krankenkassen im Monat Dezember 1947

Gruppe der Kassen	Pflichtvers. am letzten Tage des Monats	Freiwillig Vers. am letzten Tage des Monats	Rentner für den vorangehenden Monat	Arbeitsunfäh. Pflichtmitgl. am ersten Tage des Monats	Neue Arbeitsunfähigkeitsfälle während des Monats	Während des Monats beendete Arbeitsunfähigkeitsfälle	Arbeitsunfähige Pflichtmitgl. am letzten Tage des Monats	Prozentsatz der arb. unfähigen Pflichtmitglieder zur Zahl der Pflichtmitglieder
1. Allgem. Ortskrankenkassen	1 599 649	448 122	487 759	58 661	61 757	65 301	55 117	3,45
2. Landkrankenkassen	65 103	19 933	4 035	1 514	1 798	1 811	1 501	2,31
3. Innungskrankenkassen	21 989	8 184	—	660	684	778	566	2,58
4. Betriebskrankenkassen	127 405	27 737	851	6 473	7 478	7 843	6 108	4,80
5. Ersatzkassen für Arbeiter	9 069	5 380	—	435	389	402	422	4,65
6. Ersatzkassen für Angestellte	118 484	110 388	—	3 778	2 056	2 219	3 615	3,05
Insgesamt:	1 941 698	619 744	492 645	71 521	74 162	78 354	67 329	—

b) der hessischen Krankenkassen im Monat Januar 1948

Gruppe der Kassen	Anzahl der Kassen	Zahl der Mitglieder	Pflicht-versicherte	Freiwillig Versicherte	Rentner	Prozentsatz der Arbeitsunfähigen zur Mitgliederzahl am Ende des Vormonats: (bezogen a.d. Ges.-Mitgl.-Zahl)	Vormonats: (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Ges.-Mitgl. Zahl)	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl)
1. Allgemeine Ortskrankenkassen	40	1 248 052	744 964	215 319	287 769	2,66	4,51	2,97	4,98
2. Betriebskrankenkassen	91	116 005	88 898	27 107	—	4,61	6,04	5,19	6,77
3. Innungskrankenkassen	9	19 230	14 338	4 892	—	2,66	3,57	3,21	4,30
4. Ersatzkrankenkassen (Verwaltungsstellen)	13	164 674	82 014	82 660	—	1,74	3,49	1,75	3,52
Insgesamt:	153	1 547 961	930 214	329 978	287 769	—	—	—	—
AOK Frankfurt/Main		213 016	133 462	33 505	46 049	2,83	4,52	3,14	5,01
AOK Stadt- und Landkreis Offenbach/Main		76 547	47 146	11 271	18 930	2,95	4,81	3,58	5,81
AOK Stadt- und Landkreis Darmstadt		54 443	32 597	9 749	12 097	3,05	5,22	3,49	5,84
AOK Stadt- und Landkreis Gießen		45 076	30 232	6 317	8 527	3,37	5,02	3,70	5,52
AOK Stadt- und Landkreis Kassel		61 179	40 245	6 706	14 228	3,19	4,84	3,71	5,64
AOK Stadt- und Landkreis Hanau		40 048	26 340	5 966	7 742	4,06	6,26	4,16	6,32
AOK Stadt- und Landkreis Fulda		37 611	23 282	5 481	8 848	3,58	4,13	2,85	4,60
AOK Kreis Wolfhagen		9 662	5 258	1 507	2 897	1,81	3,32	2,07	3,80
AOK Kreis Rotenburg/Fulda		13 556	7 840	2 929	2 787	3,18	5,28	2,95	5,10
BKK Adam Opel A.-G. Rüsselsheim		10 408	7 423	2 985	—	5,13	7,26	5,43	7,61
BKK MAN Gustavsburg		4 131	3 294	837	—	4,73	5,84	6,12	7,68
BKK VDM Heddernheimer Kupferwerk, Frankfurt/Main-Heddernheim		1 667	1 194	473	—	5,70	8,06	7,08	9,88
Reichsbahn-Betriebskrankenkasse Frankfurt a. M.		68 330	43 339	4 695	20 296	5,73	8,99	5,79	9,14

Rentenstand im Monat Dezember 1947

Land Bayern

Anstalten	Invalidenversicherung: Zahl der eigenen Rentner: Invaliden-Renten	über 65 Jahre	Witwen und Witwer	Waisen (Einzelrenten)	Zahl der Rentner, an die Renten ausgezahlt wurden (einschl. Fremdrenten)	Angestelltenversicherung: Zahl der Rentner, an die Renten ausgezahlt wurden
Landesversicherungsanstalten:						
Oberbayern, München	75 108	52 153	22 282	22 222	109 567	24 997
Niederbayern-Oberpfalz, Landshut	41 205	17 102	13 568	21 477	74 858	7 097
Ober- und Mittelfranken, Bayreuth	88 421	61 656	28 908	33 574	139 245	27 646
Unterfranken, Würzburg	24 647	17 521	9 448	11 604	43 661	8 623
Schwaben, Augsburg	31 927	21 489	9 456	10 921	63 299	12 638
Summe	261 308	169 921	83 662	99 798	430 630	81 001
Sonderanstalt:						
Südd. Knappschaft, München	10 073	3 701	5 778	4 497	14 396	—
Insgesamt	271 381	173 622	89 440	104 295	445 026	81 001

Land Hessen

Landesversicherungsanstalt:						
Hessen, Frankfurt/Main	125 444	92 929	45 021	41 629	235 946	55 840
Sonderanstalten:						
Reichsbahn-Vers.-Anstalt f. Hessen	32 878	12 863	12 667	10 663	50 149	—
Hessische Knappschaft	7 302	1 454	4 945	2 374	17 828	—
Insgesamt	165 624	107 246	62 633	54 666	303 923	55 840

Land Württemberg (Landesversicherungsanstalt Württemberg in Stuttgart)

Abteilung Invalidenversicherung

	amer. u. franz. Zone
Invalidenrenten	121 003
Witwenrenten	39 521
Waisenrenten (Einzel)	43 836
(davon Stämme)	(25 869)
Insgesamt	204 360

Abteilung Angestelltenversicherung (nach Angaben der Post)

	amer. u. franz. Zone
Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten	28 646 10 898
Insgesamt	39 544

Schriftleiter: Oberregierungsrat Ostermayer, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main, Gartenstr. 140. - Verlag: Adolf Rausch Verlag, Heidelberg, Schließfach 403. - Bankkonto: Südwestbank Heidelberg. - Erscheint vorläufig nur jeweils am 1. des Monats. - Einzelpreis RM —.40, Postbezug vierteljährl. RM 2.— zuzügl. Zustellgebühr. - Druck: Mannheimer Großdruckerei G.m.b.H., Mannheim, R 1, 4-6. - Auflage: 17 000.

Die Sozialversicherung

Zeitschrift für alle Angelegenheiten der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung

Herausgeber: Präsident Stock, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main. — Mitherausgeber: Reg.-Dir. Hof, Arbeitsministerium Württemberg, Stuttgart. Direktor Peschel, Vorsitzender der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München. - Verlagsort Mannheim

Nr. 5 — 1. März 1948 — 3. Jahrgang

Inhaltsverzeichnis Seite

1. „Der Umfang der Versicherung in der Krankenversicherung", von Verwaltungsdirektor Johannes Fischer, AOK Bad Reichenhall-Berchtesgaden . . 33
2. „Zur Wagnisauslese in der Krankenversicherung". Eine Entgegnung von Heinrich Konrad, Frankfurt a. M. 34
3. Gesetze, Verordnungen und Erlasse 35
4. Unsere Mitarbeiter 36
5. An unsere Leser 36

Der Umfang der Versicherung in der Krankenversicherung

Von Verwaltungsdirektor Johannes Fischer, Allgemeine Ortskrankenkasse Bad Reichenhall-Berchtesgaden

Der Umfang der Versicherung in der Krankenversicherung ist im zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung genau abgegrenzt. Er umfaßt den ersten Abschnitt des zweiten Buches und zwar:

I. Versicherungspflicht §§ 165—175 RVO
II. Versicherungsberechtigung §§ 176—178 RVO.

Nicht unmittelbar zum Umfang der Versicherung gehören die Weiterversicherung nach § 313 ff. RVO, die formale Versicherung nach § 213 RVO und die formale Mitgliedschaft nach § 315 RVO. Diese können nur im weiteren Sinne zum Umfang der Versicherung gerechnet werden.

I. Versicherungspflicht

Bei der Versicherungspflicht handelt es sich um eine zwingende, gesetzliche Vorschrift (Zwangsversicherung), die den freien Willen und Entschluß des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers, sich zu versichern, aufhebt und den im Gesetz genau festgelegten Personenkreis versicherungspflichtig macht. Von dem **Versicherungszwang** wird vorwiegend der Kreis von Personen erfaßt, der im allgemeinen in den Wechselfällen des Lebens zur Selbsthilfe nicht in der Lage ist. Der Versicherungspflicht unterliegen daher hauptsächlich die sozial schwächeren Personen, welche sich persönlich und wirtschaftlich in unselbständiger, abhängiger Stellung befinden. Von den Personen, die eine gewisse persönliche Selbständigkeit aufweisen, wie Hausgewerbetreibende, selbständige Lehrer und Erzieher usw. wird nur ein kleiner, besonderer Kreis von der Versicherungspflicht erfaßt.

Die Hauptmerkmale der Versicherungspflicht sind:

1. die Zugehörigkeit zu der in den §§ 165 und 165a RVO angeführten Personengruppen,
2. das Vorliegen eines Beschäftigungs- oder Lehrverhältnisses,
3. die Beschäftigung gegen Entgelt (Lehrlinge ausgenommen).

Bei den versicherungspflichtigen Personengruppen unterscheiden wir wieder Arbeitnehmer mit überwiegend körperlicher oder einfacher Arbeit — hier handelt es sich um die größte Gruppe der Versicherungspflichtigen — und Arbeitnehmer mit überwiegend geistiger Arbeit oder in gehobener Stellung, um Arbeitnehmer in bestimmten Berufen und selbständige Personen.

Entscheidend für die Versicherungspflicht ist das Vorliegen eines Beschäftigungs- oder Lehrverhältnisses. Bei der Frage, ob ein Beschäftigungsverhältnis vorliegt, ist im Einzelfalle zu prüfen, inwieweit die Person verpflichtet ist, ihre Arbeitskraft dem Auftraggeber zur Verfügung zu stellen, ob sie berechtigt ist, für andere Unternehmen tätig zu sein, weiterhin in welchem Ausmaße sie an die Weisungen des Auftraggebers gebunden ist, inwieweit sie in dessen Geschäftsbetrieb eingegliedert und diesem untergeordnet ist, weiter ob und wieweit sie seiner Kontrolle unterliegt.

Als Lehrling gilt, wer in einem Betrieb oder bei einer Verwaltungsstelle hauptsächlich zur Ausbildung für den zukünftigen Beruf beschäftigt wird, wobei also nicht seine Dienstleistung für den Arbeitgeber, sondern die Unterweisung durch diesen der eigentliche Zweck des Beschäftigungsverhältnisses ist.

Alter, Geschlecht, Familienstand, Staatsangehörigkeit, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Rasse, Nation oder eines besonderen Glaubensbekenntnisses oder einer politischen Überzeugung haben keinen Einfluß auf die Versicherungspflicht. Inländer und Ausländer haben grundsätzlich die gleichen Rechte und Pflichten.

Ein Beschäftigungsverhältnis kann nur bei freien Arbeitnehmern entstehen, nicht dagegen bei Strafgefangenen, Insassen von Arbeitshäusern und Besserungsanstalten, selbst wenn eine gegen Entgelt ausgeübte Beschäftigung vorliegt.

Die Beschäftigung muß gegen Entgelt, welches nicht als geringfügig anzusehen ist, ausgeführt werden. Als Entgelt ist jeder wirtschaftliche Vorteil jeder Art zu verstehen, der als Vergütung für geleistete Arbeit gewährt wird. Entgelt im Sinne des Gesetzes ist nur die Gegenleistung für die in Betracht kommende versicherungspflichtige Tätigkeit, also neben Gehalt und Lohn auch Gewinnanteile, Sach- und andere Bezüge (§ 160 RVO). Lehrlinge sind allerdings, auch wenn sie nicht gegen Entgelt beschäftigt werden, versicherungspflichtig.

Geringfügigkeit eines Barbezuges kann jedoch seine Eigenschaft als Entgelt ausschließen. Als geringfügig sind Bezüge im allgemeinen dann anzusehen, wenn sie ein Drittel des Ortslohnes nicht erreichen. Entscheidend hierbei ist jedoch, ob das Entgelt für die Lebenshaltung des Beschäftigten von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Die im § 165 RVO Abs. 1 unter Nr. 1 und 7 angeführte Personengruppe (Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Hausgehilfen, Seeleute sowie die Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt), sind ohne Rücksicht auf die Höhe des Entgelts stets versicherungspflichtig, während die Versicherungspflicht der übrigen Personengruppen des § 165 RVO an eine bestimmte Verdienstgrenze gebunden ist. Als obere Verdienstgrenze ist ein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst von RM 3600.— festgesetzt. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, werden für die Jahresarbeitsverdienstgrenze nicht angerechnet.

Der § 165a RVO verpflichtet neben den unselbständigen Arbeitnehmern eine Gruppe selbständiger Personen zur Krankenversicherung. Es sind dies

1. Hausgewerbetreibende
2. Selbständige Lehrer und Erzieher
3. Artisten
4. Hebammen mit Niederlassungserlaubnis
5. Selbständige (staatlich anerkannte) Wochenpflegerinnen, die in ihrem Betrieb keine Angestellten beschäftigen.

Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, daß ihr regelmäßiges Jahreseinkommen nicht RM 3600.— übersteigt.

II. Ausnahmen von der Versicherungspflicht

Das Gesetz führt mehrere Personengruppen auf, die als versicherungsfrei bezeichnet werden. Es ist zu unterscheiden zwischen Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes und Versicherungsfreiheit auf Antrag.

Versicherungsfrei kraft des Gesetzes sind Beamte, Ärzte und Zahnärzte in Reichs-, Staats- und Gemeindebetrieben, der Reichsbahn und der Versicherungsträger. Ihnen muß für die Dauer von 26 Wochen im Falle einer Krankheit eine Sicherung auf Weitergewährung von Bezügen mindestens in Höhe des anderthalbfachen Krankengeldes gewährleistet sein. Der Kreis dieser Personen wird noch erweitert auf alle Beschäftigten (Angestellte ohne Beamteneigenschaft), wenn sie entweder

a) auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder
b) mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind und
c) ihnen Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes für 26 Wochen sichergestellt sind.

Weiter sind versicherungsfrei Personen, die zu ihrer wissenschaftlichen Ausbildung gegen Entgelt tätig sind.

Im allgemeinen kann man von Versicherungsfreiheit kraft des Gesetzes von Personen sprechen, die einen Rechtsanspruch auf anderweitige Fürsorge haben.

Versicherungsfrei sind auch Personen, die nur vorübergehend und gelegentlich beschäftigt werden. Der Umfang der vorübergehenden Dienstleistung, welche keine Versicherungspflicht bewirkt, ist in der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 17. November 1913 in der Fassung der Verordnung vom 16. 12. 1927 und vom 23. 3. 1939 festgelegt.

Versicherungsfrei auf Antrag des Arbeitgebers werden die in den §§ 170, 171 und 174 angeführten Personen, sofern die gesetzlich festgelegten Bedingungen erfüllt sind.

Personen, welche Ruhe- oder Wartegeld oder ähnliche Versorgungsbezüge erhalten oder wer dauernd invalide (berufsunfähig) ist, d. h. wer eine Rente aus der Angestelltenversicherung oder aus der knappschaftlichen Rentenversicherung oder aus der Invalidenversicherung bezieht, hat nach § 173 Abs. 1 so-

wie nach § 15 der Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. 11. 41 (RGBl. I S. 689) und § 3 Abs. 1 der Verordnung über die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner vom 8. 6. 42 (RGBl. I S. 409) die Möglichkeit, sich von der Pflichtversicherung befreien zu lassen.

III. Versicherungsberechtigung

Es handelt sich hier um eine Personengruppe, die aus freiem Entschluß der Krankenversicherung beitreten können, ohne vorher versichert gewesen zu sein. Der Personenkreis, dem der freiwillige Beitritt zu einer Krankenkasse eingeräumt ist, ist beschränkt. Der § 176 sieht nur vier Gruppen vor, die das Recht auf freiwilligen Beitritt zu einer reichsgesetzlichen Krankenkasse haben. Von diesen Gruppen gewinnt eigentlich nur eine an Bedeutung, und das ist die der kleinen Handwerker und Landwirte sowie Betriebsunternehmer anderer Art. Sie können sich versichern, wenn

1. die Einkommensgrenze (RM 3600.—) nicht überschritten ist und
2. sie nicht mehr als zwei Versicherungspflichtige beschäftigen.

Die Satzung der Krankenkasse kann das Recht zum Beitritt von einer bestimmten Altersgrenze und von der Vorlegung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig machen. Auch eine Beschränkung der Leistungen kann vorgenommen werden.

Die Versicherungsberechtigten scheiden aus: Durch Abmeldung, Überschreiten der Einkommensgrenze von RM 7200.— (nicht wie beim Eintritt Höchstgrenze RM 3600.—) und bei Zahlungsversäumnis. Die Vorschrift über das Ausscheiden aus der Versicherung wegen Überschreitens der Verdienstgrenze hat heute keine praktische Bedeutung mehr und es bestehen keine Bedenken, wenn die freiwilligen Mitglieder, deren regelmäßiges jährliches Einkommen RM 7200.— übersteigt, schon jetzt weiter Mitglied bleiben. (Erl. d. RAM v. 4. 2. 1941 IIa 370— AN S. II 85).

IV. Freiwillige Weiterversicherung

Die freiwillige Weiterversicherung rechnet nur im weiteren Sinne zum Umfang der Versicherung in der Krankenversicherung. Da sich die Weiterversicherung nur an eine vorausgegangene versicherungspflichtige Beschäftigung anschließen kann, heißt sie Weiterversicherung. Sie ist nicht mehr Pflicht, sondern freiwillig, also ein auf freiem, selbständigen Entschluß beruhender Versicherungsschutz.

Für die Weiterversicherung gelten die Bestimmungen der §§ 313 ff. RVO.

V. Formale Versicherung und formale Mitgliedschaft

Im weiteren Sinne können auch die formale Versicherung nach § 213 RVO und die formale Mitgliedschaft nach § 315 RVO als zum Thema gehörig gezählt werden.

Zur Wagnisauslese in der Krankenversicherung

Eine Entgegnung von Heinrich Konrad, Landesgeschäftsführer, Frankfurt a. M.

In Nr. 23 dieser Zeitschrift nimmt Herr Rofler, Hamburg, zu dem Aufsatz von Alfred Schaarschmidt, Frankfurt a. M., Stellung, der in der Nr. 20/47 veröffentlicht worden war. Dieser Aufsatz, gegen dessen Argumente auch Herr Plock, Homberg, im gleichen Heft Einwände erhebt, hatte sich, wie der Verfasser das ausdrücklich sagt, zur Aufgabe gestellt, der Behauptung von der besseren Risikenauslese bei den sogenannten Sonderkassen die scheinbare Schlagkraft zu nehmen. Die Bedeutung der Schaarschmidt'schen Argumente wird m. E. durch die beiden Entgegnungen nicht abgeschwächt, zumal vor allem Herr Rofler im wesentlichen nicht gegen sie, sondern gegen Feststellungen von Herrn Dr. Semmler, die an anderer Stelle publiziert worden sind, polemisiert. Sein Gegenbeweis fordert zu einer Richtigstellung heraus, weil er sich auf Zahlengegenüberstellungen stützt, die näherer Prüfung nicht standhalten. Seine Kritik an den Schaarschmidt'schen Ausführungen — richtiger an den Feststellungen von Herrn Dr. Semmler — will beweisen, daß die Zahl der Krankheitsfälle bei den Ortskrankenkassen höher ist als bei den Ersatzkassen. Er benutzt zu seiner Beweisführung Zahlen, die von den amtlichen Statistiken abweichen. Nach der Übersicht über „Die Krankenversicherung 1937", bearbeitet vom Statistischen Reichsamt (Seite 25) fielen an:

		Krankheitsfälle im enger. Sinne Mitgl.	Fam.-Ang.	Zahnbehandlungsfälle Mitgl.	Fam.-Ang.	Fälle insges.
b. d. Ortskrankenk.	1936	135.5	67.9	53.4	22.1	278.9*
	1937	130.6	64.6	52.1	22.8	270.1*
b. d. Ersatzkassen	1937	145.3	95.5	80.1	39.3	360.2*

*) Diese Zahlen sind vom Verfasser addiert.

Die Feststellung des Statistischen Reichsamts in seiner obengenannten Veröffentlichung (Seite 26) „bei den Ersatzkassen war im Verhältnis zum Mitgliederbestand sowohl die Zahl der Krankheitsfälle im engeren Sinne als auch die der Zahnbehandlungsfälle der Angehörigen ganz beträchtlich höher als bei den Pflichtkrankenkassen" ist offenkundig unwiderlegbar.

Nun glaubt Herr Rofler, das Gewicht der für die Ersatzkassen festgestellten Fallzahlen mit dem Argument entwerten zu können, daß die Ersatzkassen nach ihrer eigenen Feststellung zum größten Teil großstädtische Mitglieder haben, so daß ihre Zahlen nicht mit dem Durchschnitt der Ortskrankenkassen, sondern nur mit großstädtischen Kassen verglichen werden dürften. Auch ein solcher Vergleich soll geführt werden. Nach der Veröffentlichung des Reichsverbandes der Ortskrankenkassen „Statistik der Krankenversicherung bei den Ortskrankenkassen im Jahre 1937" entfielen im Jahre 1937 Versicherungsfälle:

bei der AOK	der Mitglieder	der Fam.-Angehörigen	Insgesamt
Gera	158.56	53.02	211.58
Bremen	181.19	95.92	277.11
Berlin	154.48	47.25	201.73
Hamburg	220.47	125.37	345.84
Breslau	217.34	95.33	312.67
Chemnitz (Stadt)	147.44	59.55	206.99
Dresden	191.36	54.98	246.34
Leipzig (Stadt)	170.97	79.09	250.06
Magdeburg	224.07	85.45	309.52
Hannover (Stadt)	203.80	71.51	275.31
Dortmund (Stadt)	181.09	96.65	277.74
Düsseldorf	253.91	112.52	366.43
Köln (Stadtbezirk)	258.00	115.82	373.82
München (Stadt)	177.08	44.21	221.29
Nürnberg	216.09	79.85	295.94
Stuttgart	218.88	81.65	300.53
Mannheim	214.32	131.84	346.16
Frankfurt/M.	226.75	117.84	344.59
Wuppertal (Stadt)	148.14	78.46	326.60

Mit Ausnahme der AOK Düsseldorf und Köln liegen also bei allen aufgeführten großstädtischen Ortskrankenkassen die Fallzahlen unter der Durchschnittsfallzahl der Ersatzkassen. Dabei ist zur gerechten Bewertung der Ersatzkassenzahl selbstverständlich zu berücksichtigen, daß sie eben eine Durchschnittszahl ist und daß in ihr u. a. auch die Zahlen der Arbeiterersatzkassen enthalten sind. Auf jeden Fall beweist die Gegenüberstellung, daß die Beweisführung von Herrn Rofler fehl geht. Herr Rofler versucht, die für die Ersatzkassen festgestellten Fallziffern weiter damit entwerten zu können, daß er behauptet, sie seien durch eine zu weite Auslegung des Begriffs Versicherungsfall gegenüber den Zahlen der Ortskrankenkassen aufgebläht. Nun werden bei den Ersatzkassen genau so wie bei den Ortskrankenkassen die ausgegebenen Krankenscheine als Krankheitsfälle gezählt. Diese Gleichsetzung: ausgegebener Krankenschein = Krankheitsfall hat gewiß große Mängel. Sie bestehen aber hier wie dort. Insofern sind die Zahlen also vergleichbar. Ich kann Herrn Rofler aus eingehender Erfahrung und nach umfangreichen Feststellungen versichern, daß die Ersatzkassen keinesfalls so, wie er behauptet, Verordnungen auf kleine Heilmittel als Versicherungsfall zählen, sie verlangen allerdings — und das durchaus nicht anders als die Ortskrankenkassen — als Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines kleinen Heilmittels in der Regel eine ärztliche Verordnung. Keine ordentlich geleitete Ortskrankenkasse verfährt anders. Wie könnte sie das auch tun, wollte sie nicht der Scharlatanerie und dem Mißbrauch Tür und Tor öffnen? Die Ersatzkassen gestatten aber mindestens so unbürokratisch wie andere Kassen die unmittelbare Inanspruchnahme des Optikers oder des Bandagisten usw., wenn z. B. der Ersatz eines früher schon einmal verordneten Heilmittels oder eine Reparatur notwendig ist, also die Konsultation des Arztes sachlich erspart werden kann.

Ein wesentlicher Unterschied besteht allerdings bei der Zählung der Krankheitsfälle. Er spricht jedoch durchaus gegen die Behauptungen von Herrn Rofler. Während nämlich die Ortskrankenkassen bei länger dauernden Krankheitsfällen in jedem neuen Vierteljahr einen neuen Krankenschein ausstellen, der nun wiederum als Fall gezählt wird, stellen die Ersatzkassen lediglich einen Verlängerungsschein aus, der nicht als Krankheitsfall gezählt wird.

Herr Rofler fragt in seinem Aufsatz: „Warum schweigt man sich immer vollkommen über die Möglichkeit einer häufigeren und längeren Arbeitsunfähigkeit evtl. Krankenhauspflege und über die Möglichkeit einer größeren Betriebsgefährdung bei den Ortskrankenkassen wie bei den Pflichtkrankenkassen überhaupt aus?" Haben die Ersatzkassen wirklich darüber geschwiegen? Herr Rofler kennt offenbar ihre Veröffentlichungen nicht, aber schließlich genügt auch, was das Statistische Reichsamt in seinen Berichten aufführt. Danach betrug die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit (a. a. O.):

	1936	1937
bei den Ortskrankenkassen	21.9 Tage	22.3 Tage
bei den Ersatzkassen	23.7 Tage	26.8 Tage

Die für die Ersatzkassen angegebenen Zahlen sind allerdings nicht ohne weiteres vergleichsfähig, denn die Ersatzkassen erfahren es nicht in jedem Falle, wenn Arbeitsunfähigkeit besteht, da sie von ihren Mitgliedern, die zumeist Angestellte sind, erst bei länger dauernden Krankheiten zur Krankengeldzahlung in Anspruch genommen werden. Sie geben aber einen Anhalt. Über die Zahl der Krankenhausfälle enthalten die zur Verfügung stehenden Statistiken leider keine Angaben. Einen gewissen Aufschluß gibt aber der je Mitglied aufgewendete Betrag für Krankenhauspflege und Kuraufenthalt. Er betrug bei den Ortskrankenkassen 10.95 RM, bei den Ersatzkassen 12.66 RM (nach „Die Krankenversicherung 1937", herausgegeben vom Statistischen Reichsamt). Daraus kann ohne weiteres auf eine stärkere Beanspruchung der Krankenhäuser durch die Ersatz-

kassenmitglieder geschlossen werden. Auf keinen Fall ergibt sich, wie das Herr Rofler meint, daß die Ausgaben der Ortskrankenkassen für Krankenhauspflege höher sind als die der Ersatzkassen. Herr Rofler vergleicht die AOK Hamburg mit der jetzigen Deutschen Angestellten-Krankenkasse. Wenn er das tun will, müßte er, zumal er so betont auf gleiche Vergleichsmaßstäbe Wert legt, die AOK Hamburg mit den Hamburger Geschäftsstellen der genannten Ersatzkasse vergleichen. Dann ergibt sich wiederum eine höhere Ausgabe bei der Ersatzkasse. Die AOK Hamburg wendete 26.49 RM, die Hamburger Geschäftsstellen der DAK 27.56 RM für Krankenhauspflege auf. Herr Rofler und auch Herr Plock verweisen mit besonderem Nachdruck auf die höheren Ausgaben der Ortskrankenkassen für Krankengeld. Nie ist von den Ersatzkassen bestritten oder verschwiegen worden, daß die Ortskrankenkassen wesentlich höhere Aufwendungen als sie an Krankengeld zu leisten haben. Ihre Wortführer haben stets auf die soziale Ungerechtigkeit hingewiesen, die darin liegt, daß dem Arbeiter nicht ein unabdingbarer Rechtsanspruch auf die Fortzahlung des Lohnes bei Krankheit zusteht. Sie halten es für eine dringliche und unabweisbare sozialpolitische Forderung, daß auch den Arbeitern, wenn auch zunächst nur für eine kürzere Zeitspanne, der Lohn bei Arbeitsunfähigkeit weiter gezahlt wird. Das entspräche allein der sozialen Gerechtigkeit — und würde endlich einen Grund für manche Auseinandersetzung zwischen den Ortskrankenkassen und den Ersatzkassen ausräumen.

Schließlich betrachtet Herr Rofler auch die Verwaltungskosten beider Kassenarten. Er ist, wie ich, der Auffassung, daß sie nur mit mancherlei Abstrichen als Vergleichsmaßstab verwendbar sind. Leider versäumt er darauf hinzuweisen, daß die Ortskrankenkassen nur für einen begrenzten Ortsbereich und in der Mehrzahl nur mit Firmen für eine größere Zahl von Versicherten abrechnen, während die Ersatzkassen dagegen früher über das gesamte Reichsgebiet, jetzt noch über die amerikanische und britische Besatzungszone und in jedem Fall mit Einzelmitgliedschaften arbeiten, also Einzelkonten führen. Außerdem erfordert überhaupt ihr individuelleres Arbeiten, das Herr Rofler durchaus anerkennt, höhere Verwaltungskosten.

Ich habe es einerseits begrüßt, daß mir der Aufsatz von Herrn Rofler Gelegenheit gab, die oben wiedergegebenen Zahlenzusammenstellungen bekanntzumachen. Mir liegt wie Herrn Schaarschmidt nicht daran, eine Polemik gegen die Ortskrankenkassen zu führen, aber es scheint mir dringend erforderlich, die nun einmal vorhandenen Auseinandersetzungen auf eine sachliche Ebene zu führen, aus der dann eine Zusammenarbeit in gegenseitiger Achtung zum Wohle der Versicherten wachsen kann.

Gesetze, Verordnungen und Erlasse

BRITISCHE BESATZUNGSZONE

Betr.: **Sozialversicherungsdirektive Nr. 25 — Freiwilliger Beitritt von Opfern des Nazismus zur Krankenversicherung;** Sozialversicherungsanordnung Nr. 24 des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit vom 22. 10. 1947 — IV 1996/47 —. (Vergl. Arbeitsblatt für die britische Zone 1947 S. 394).

Betr.: **Krankenversicherung der Rentner-Zusatzsterbegeldversicherung geflüchteter Rentner;** Sozialversicherungsanordnung Nr. 25 des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit vom 22. 10. 1947 — IV 2074/47 —. (Vergl. Arbeitsblatt für die britische Zone 1947 S. 394.)

Betr.: **Durchführung der Sozialversicherungsdirektive Nr. 26; Sozialversicherung der verschleppten Personen (Displaced persons) — Anspruch auf Krankengeld (§ 216 RVO Abs. 3);** Sozialversicherungsanordnung Nr. 26 vom 22. 10. 1947 — IV 1999/47. (Vergl. Arbeitsblatt für die britische Zone 1947 S. 394.)

Betr.: **Sozialversicherung von Kriegsgefangenen und Mitgliedern der Dienstgruppen;** Sozialversicherungsanordnung Nr. 27 des Präsidenten des Zentralamtes für Arbeit vom 22. 10. 1947 — IV 1997/47. (Vergl. Arbeitsblatt für die brit. Zone 1947 S. 395).

Betr.: **Spruch- und Beschlußverfahren;** Sozialversicherungsanordnung Nr. 28 des Präsidenten des Zentralamtes für Arbeit vom 22. 10. 1947 — IV 2064/47. (Vergl. Arbeitsblatt für die britische Zone 1947 S. 395.)

Betr.: **Sozialversicherungsbeiträge der als Selbständige tätigen Rentner, die zu dem im § 166 Abs. 1, Ziffer 2, 4 und 5 RVO und dem in § 1 des Gesetzes über die Altersversorgung für das Deutsche Handwerk vom 21. 12. 1938 (RGBl. I. S. 1900) genannten Personenkreis gehören;** Sozialversicherungsanordnung Nr. 29 des Präsidenten des Zentralamtes für Arbeit vom 28. 10. 1947 — IV 2139/47. (Vergl. Zentralblatt für die brit. Zone 1947 S. 395.)

Betr.: **Zusammenschluß der Privatbahn-Berufsgenossenschaft und der Straßen- und Kleinbahn-Berufsgenossenschaft zur Berufsgenossenschaft für Straßen-, Privat- und Kleinbahnen;** Erlaß des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit vom 23. 9. 1947 — IV 1848/47. (Vergl. Arbeitsblatt für die britische Zone 1947 S. 395.)

Betr.: **Verlängerungsscheine bei Krankenhausbehandlung;** Außerkraftsetzung des Erlasses des früh. RAM vom 7. 3. 1942 — IIa 3393/42 — RABl. II S. 168. Erlaß des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit vom 17. 10. 1947 — 2073/47 —. (Vergl. Arbeitsblatt für die britische Zone 1947 S. 395.)

Betr.: **Arbeitslosenversicherung und Kurzarbeiterunterstützung;** Verordnung 111 der britischen Militärregierung. (Vergl. Arbeitsblatt für die britische Zone 1947 S. 382.)

Der Präsident des Zentralamts für Arbeit

Sozialversicherungsanordnung Nr. 30

Lemgo, den 5. Dezember 1947 — IV/2549/47 —

Betr.: Vorläufige Wiedereinführung von einheitlichen zusätzlichen Leistungen der Krankenversicherung in der britischen Zone.

Auf Anordnung der Control Commission for Germany (BE) — Manpower Division — werden die folgenden vorläufigen Bestimmungen über eine einheitliche Gestaltung von zusätzlichen Leistungen der Krankenversicherung, die für alle Krankenkassen und Versicherten gelten, erlassen:

1. Zu § 182 Abs. 1, Ziff. 1, § 187 Ziff. 3 und § 193 Abs. 1 und 2 RVO — Gewährung eines Zuschusses zu größeren Heil- und Hilfsmitteln.

   Zu größeren Heil- und Hilfsmitteln wird ein Zuschuß gewährt, der mindestens dem Betrage entspricht, der als Höchstbetrag für kleinere Heilmittel festgesetzt ist.

2. Zu § 182a und § 205 Abs. 1 und 3 RVO und Erste Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechtes vom 17. 3. 1945 (RGBl. I, S. 41) Art. 11 Abs. 2 — Arzneikostenbeitrag.

   Die Kosten für Arznei und kleinere Heilmittel, die nach § 205 Abs. 1 RVO den Versicherten für ihre Familienangehörigen zustehen, werden von den Krankenkassen in der gleichen Weise und unter den gleichen Bedingungen wie für die Versicherten gewährt. (Vgl. Art. 11 der Verordnung vom 17. 3. 1945 (RGBl. I, S. 41.)

   Die als Rentner für den Fall der Krankheit Versicherten sind von der Verpflichtung, für das Arzneiverordnungsblatt eine Gebühr zu entrichten, befreit.

3. Zu § 194 Ziff. 2 RVO — Taschengeld bei Krankenhauspflege. Versicherte, die keinen Anspruch auf Hausgeld haben, erhalten neben der Krankenhauspflege ein Taschengeld in Höhe von 10 v. H. des Grundlohnes.

4. Zu § 201 und 204 RVO — Mitgliedersterbegeld.

   Das Sterbegeld der Versicherten beträgt mindestens RM 75,—.

5. Zu § 205b RVO — Familiensterbegeld.

   Die Versicherten erhalten beim Tode des Ehegatten oder eines Kindes und sonstiger Angehöriger, die mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebten und überwiegend unterhalten worden sind, Sterbegeld in Höhe des halben Mitgliedersterbegeldes, mindestens jedoch RM 50,—. Es ist um den Betrag des Sterbegeldes zu kürzen, auf das der Verstorbene selbst gesetzlich versichert war.

6. Die unter Ziffer 1 bis 5 aufgeführten Leistungsverbesserungen sind nicht Mehrleistungen im Sinne des § 179 RVO, sondern sie müssen von allen Krankenkassen in der gleichen Weise gewährt werden

7. a) Können Krankenkassen, die sich auf Grund dieser Anordnung ergebenden Mehraufwendungen aus ihren laufenden Einnahmen nicht bestreiten, so sind sie berechtigt, ihr Rücklageguthaben bei der Landesversicherungsanstalt, Abteilung Krankenversicherung, nach § 364c (1) Satz 1 RVO in Anspruch zu nehmen. Ist dieses Guthaben erschöpft, so können sie ein Darlehen aus der Gesamtrücklage nach § 364c (1) Satz 2 RVO erhalten.

   b) Landesversicherungsanstalten, die einen erheblichen Teil der Gesamtrücklage der Krankenkassen in illiquiden Vermögenswerten (z. B. Reichsforderungen) angelegt haben, sind ermächtigt, die Krankenkassen ihres Bereichs, die hierzu in der Lage sind, zu einer Erhöhung ihres Rücklagesolls zu verpflichten. Diese Erhöhung soll zu dem bisherigen Rücklagesoll der Kassen in dem gleichen Verhältnis stehen wie die Summe der illiquiden Vermögenswerte der Gesamtrücklage zum Gesamtbetrag dieser Rücklage. Die Landesversicherungsanstalten können auch die in ihrem Bereich gelegenen Ersatzkassen oder deren Geschäftsstellen zur Bildung einer Rücklage nach § 364 RVO verpflichten. Die Höhe der Rücklage ist nach den Ausgaben zu bemessen, die von den Ersatzkassen für Mitglieder im Bereiche der betreffenden Landesversicherungsanstalt gemacht worden sind.

   c) In allen Fällen, in denen Krankenkassen infolge der Maßnahmen dieser Anordnung ihr Rücklageguthaben angreifen oder ein Darlehen beantragen, erwirkt die Landesversicherungsanstalt bei der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes eine Prüfung, ob der Notstand durch Vereinigung der betreffenden Krankenkasse mit einer anderen behoben werden kann; ist dies möglich, so veranlaßt die genannte Behörde das Erforderliche.

   d) Abgesehen von den vorstehend bezeichneten finanziellen Maßnahmen wird äußerste Sparsamkeit in der Verwaltung aller Krankenkassen die wesentliche Voraussetzung für die Aufrechterhaltung dieser einheitlichen zusätzlichen Leistungen für alle Versicherten sein.

   e) Reichen die unter a) bis d) bezeichneten Maßnahmen nicht aus, so erstattet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes einen Bericht über das regionale Hauptquartier an die Social Insurance Branch der Kontrollkommission (BE) Manpower Division, die weitere Maßnahmen in Erwägung ziehen wird. Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln kommen unter keinen Umständen in Betracht.

8. Zu § 187 Nr. 2 und 4 RVO — Fürsorge für Genesende und Maßnahmen zur Krankheitsverhütung.
   a) Die Krankenkasse kann Fürsorge für Genesende, namentlich durch Unterbringung in einem Genesungsheim, bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe gestatten.
   b) Die Krankenkasse kann auch Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen einzelner Kassenmitglieder versehen.
9. Zu § 205 RVO — Familienhilfe und Familienkrankenhauspflege
   Die in Ziff. 3b der Sozialversicherungsdirektive Nr. 4 vom 14. 10. 1945 — MP/42015/2, Arbeitsblatt f. d. b. Z., 1. Jg. 1947, Heft Nr. 1/2 (Jan./Febr. 47) S. 13 — aufgeführten Mehrleistungen in der Familienhilfe können auch von solchen Krankenkassen gewährt werden, die diese Mehrleistungen bisher noch nicht eingeführt hatten. Entsprechende Satzungsänderungen sind daher zulässig.
10. Diese Vorschriften treten mit dem 1. Januar 1948 in Kraft.
11. Ich bin beauftragt, die Herren Landesminister zu bitten, für weitgehende Bekanntmachung dieser Vorschriften zu sorgen

Im Auftrage:
gez. Dr. Dobbernack

Betr.: **Nichtanwendung der Ziff. 4 der Sozialversicherungsdirektive Nr. 3 auf Pensionsempfänger;** Erlaß des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit vom 15. 11. 1947 — IV 2140/47 —. (Vergl. Arbeitsblatt für die britische Zone 1947 S. 426.)

Betr.: **Zuständigkeitsabgrenzung zwischen den Bau-Berufsgenossenschaften und den übrigen gewerblichen Berufsgenossenschaften;** Erlaß des Präsidenten des Zentralamts für Arbeit vom 22. 10. 1947 — IV/1589/47 —. (Vergl. Arbeitsblatt für die britische Zone 1947 S. 426.)

AMERIKANISCHE BESATZUNGSZONE

I. Land Bayern

Betr.: **Beitragseinzug;** Erlaß des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Soziale Fürsorge vom 21. 11. 1947 — IV/4721/105/47. Nach diesem Erlaß kann den Krankenkassen von ihrer Aufsichtsbehörde von Fall zu Fall vorübergehend ein zweimonatiger Beitragseinzug gestattet werden. (Vergl. Amtsblatt des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Soziale Fürsorge Nr. 17/47 S. 149.)

Betr.: **Änderung der Einheitsmuster für die Krankenversicherung;** Erlaß des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Soziale Fürsorge vom 18. 11. 1947 — IV 4721/101/47. Durch diesen Erlaß treten wegen der gegenwärtig außerordentlich ungünstigen Lage auf dem Papiermarkt an Stelle der bisherigen Einheitsmuster verkleinerte und geänderte Einheitsmuster für Auszahlungsscheine, Krankenscheine, An- und Abmeldungen, Anträge auf Krankenhausaufnahme sowie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. (Vergl. Amtsblatt des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Soziale Fürsorge Nr. 21/47 S. 149.)

Gesetz Nr. 88 zur Abänderung des Gesetzes Nr. 64 über Leistungen an Körperbeschädigte vom 12. 8. 1947. Durch dieses Gesetz werden die §§ 5 und 11 des Gesetzes über Leistungen an Körperbeschädigte vom 15. 1. 1947 geändert. (Vergl. Bayer. Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 17/47 S. 214.)

Gesetz-Nr. 93 über die Regelung der Ansprüche der Flüchtlinge aus der Sozialversicherung (Flüchtlingsrentengesetz) vom 3. 12. 1947. Das Gesetz regelt die Ansprüche deutscher Flüchtlinge, sowie ihrer Hinterbliebenen aus der Sozialversicherung gegen nicht mehr vorhandene oder nicht mehr erreichbare Versicherungsträger der Unfall-, Invaliden-, Angestellten- (Handwerker-) und Knappschaftsversicherung sowie die Anrechnung der an einen ausländischen Versicherungsträger geleisteten Beiträge. (Vergl. Bayer. Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 17/47 S. 215.)

II. Land Württemberg-Baden

Erhöhtes Wochengeld nach § 195a Abs. 1 Nr. 3 RVO für nichtarbeitende freiwillig Versicherte — Erlaß des Landesversicherungsamts Württemberg-Baden vom 19. 9. 1947 — Nr. II 1041/3. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 19/20 1947 S. 152.)

Bezahlung von Krankenkassenleistungen an Personen, die nach dem Entnazifizierungsgesetz entlassen wurden — Erlaß des Landesversicherungsamts Württemberg-Baden von 19. 9. 1947 — Nr. I 82/6. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 19/20 1947 S. 152.)

Zusatzversicherung beim Wechsel der Kassenzuständigkeit bei den Rentnern — Erlaß des Landesversicherungsamts Württemberg-Baden vom 22. 9. 1947 — Nr. II 511/16. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 19/20 1947 S. 152.)

I. Heranziehung des Arbeitsentgelts für die Berechnung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge unter Berücksichtigung der neuen Steuerbestimmungen;

II. Jahresarbeitsverdienst in der Kranken- und Angestelltenversicherung.
Erlaß des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden vom 28. 11. 47 Nr. III S. 13/19. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 24 1947 S. 200.)

Versicherungszeiten in der Wochenhilfe und Familienwochenhilfe für Flüchtlinge — Erlaß des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden vom 28. 11. 47 — Nr. III M. 1/33. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 24 1947 S. 201.)

Umlagen der Berufsgenossenschaften — Erlaß des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden vom 1. 12. 47 — Nr. III B 2/43. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 24 1947 S. 202.)

Bestimmungen über die Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung während einer Schlechtwetterregelung — Erlaß des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden vom 2. 12. 1947 — Nr. III K 15/40. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 24 1947 S. 202.)

Pflegegeld nach dem KB.-Leistungsgesetz — Erlaß des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden vom 20. 11. 47 Nr. III K 60/182. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 24/1947 S. 202.)

Hinterbliebenenrente nach dem KB.-Leistungsgesetz — Erlaß des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden vom 21. 11. 1947 Nr. III K 60/177. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 24/1947, S. 203.)

Erläuterung des Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 8. 10. 1947 — Erlaß des Landesversicherungsamts Württemberg-Baden vom 12. 12. 1947 Gesch. Z. 7102 A. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 1/48 S. 3.)

Unfallschutz der bei den Schülerspeisungen tätigen Personen — Erlaß des Landesversicherungsamts Württemberg-Baden vom 14. 11. 1947 Nr. III 517/1. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 1/48 S. 11.)

Krankenversicherung der Rentner beim Ruhen einer Rente aus der Rentenversicherung gemäß § 14 Abs. 6 Satz 1 des KB.-Leistungsgesetzes — Erlaß des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden vom 28. 11. 47 — Nr. III K 11/20. (Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 1/48 S. 11.)

Einziehung und Abführung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge — Aufteilung und Verbuchung der Kosten und Gebühren — Erlaß des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden vom 15. 12. 47 Nr. III K 3/32. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 1/48 S. 11.)

Durchführung des KB.-Leistungsgesetzes — Versorgung der Hinterbliebenen von zum Tode verurteilten Wehrmachtsangehörigen — Erlaß des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden vom 8. 12. 1947 Nr. III K 60/193. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 1/48 S. 11.)

Schwerbeschädigtenausweis für erheblich Gehbehinderte mit mindestens 50 % Erwerbsminderung — Erlaß des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden vom 17. 12. 1947 — Nr. III Sch 3c/65. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 1/48 S. 12.)

Sozialunterstützungen für ehemalige Berufs-Militärpersonen, Wehrmachtsbeamte und Hinterbliebene von solchen — Erlaß des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden vom 29. 12. 1947 — Nr. III R 12/96. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 1/48 S. 11.)

Fristverlängerung zur Anmeldung von Leistungsansprüchen nach dem KB.-Leistungsgesetz vom 21. 1. 1947 — Erlaß des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden vom 12. 1. 1948 Nr. III K 60/210. (Vergl. Mitteil. des Arbeitsministeriums Württemberg-Baden Nr. 1/48 S. 13.)

Unsere Mitarbeiter

Heinrich Konrad, geb. 27. 5. 1905 zu Berlin, Frankfurt a. M., Am Lindenbaum 43.

Gottlieb Simstedt, geb. 13. 2. 1901 in Merzweiler/Elsaß-Lothr., Oldenburg, Huntestraße 10.

Dr. Wilhelm Bittner, geb. 12. 1. 1905 in Sternberg/Nordmähren, Utzenbichl 27, Post Albaching, Kr. Wasserburg/Inn.

An unsere Leser!

Infolge Papiermangels ist es uns leider vorerst nicht möglich, die Zeitschrift im bisherigen Umfange erscheinen zu lassen. Wir sind daher gezwungen, ab 1. März 1948 die Zeitschrift auf 4 Seiten zu reduzieren. Am 15. März erscheinen 8 Seiten als Inhaltsverzeichnis für die Jahrgänge 1946/47. Sobald der Papiermangel behoben ist, wird es unser Bestreben sein, die Zeitschrift wieder umfangreicher zu gestalten.

Die Schriftleitung.

Schriftleiter: Oberregierungsrat Ostermayer, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main, Gartenstr. 140. - Verlag: Adolf Rausch Verlag, Heidelberg, Schließfach 403. - Bankkonto: Südwestbank Heidelberg. - Erscheint am 1 und 15. jeden Monats. - Einzelpreis RM —.40, Postbezug vierteljährlich RM 2.— zuzüglich Zustellgebühr. - Druck: Mannheimer Großdruckerei G.m.b.H., Mannheim, R 1, 4-6. - Auflage: 17 000.

Die Sozialversicherung

Zeitschrift für alle Angelegenheiten der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung

Herausgeber: Präsident Stock, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main. — Mitherausgeber: Reg.-Dir Hof, Arbeitsministerium Württemberg, Stuttgart. Direktor Peschel, Vorsitzender der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München. - Verlagsort Mannheim

Nr. 4 | 15. Februar 1948 | 3. Jahrgang

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Auf dem Wege zur neuen Knappschaft. Von Ministerialdirektor Dr. Schieckel, München	25
2.	Die Krankenbehandlung für Kriegsbeschädigte in der britischen Zone. Von Hans Adolf Aye, Essen	26
3.	Beitragsfreiheit bei Arbeitsunfähigkeit in Fällen des § 215 Abs. 2 und 3 ROV. Von Oberinspektor Wilhelm Scheffold, Meßkirch i. B.	27
4.	Die Krankenversicherung der Ostflüchtlinge. Von Hermann Troppenz, Helmstedt	28
5.	Die Feststellung der Beitragsforoderungen und -verpflichtungen zu Kapitel 1 Titel 1 für die Jahresrechnung und die Rechnungsergebnisse der Krankenkenkassen. Von Rudolf Lehmann, AOK Frankfurt a. M.	29
6.	Die Verjährung von Beiträgen zur Sozialversicherung. Von Erich Heyer, Wuppertal	30
7.	Jahresabschlußarbeiten. Von Wilhelm Franke, Detmold	31
8.	Jubiläum	31
9.	Unsere Mitarbeiter	31
10.	Statistik	32

Auf dem Wege zur neuen Knappschaft

Von Ministerialrat Dr. Schieckel, München.

In Ausführung des in Bad Orb am 10. März 1947 auf der Tagung der Arbeitsminister der amerikanischen und britischen Zone gefaßten Beschlusses, hatte der Zonenbeirat der britischen Zone zu einer Konferenz nach Düsseldorf eingeladen. Diese Konferenz hat am 29. November 1947 im Mannesmannhaus in Düsseldorf stattgefunden. Es waren ca. 30 Personen vertreten, in der Hauptsache Vertreter der Knappschaften der britischen und amerikanischen Zone sowie der Arbeitsministerien dieser beiden Zonen, ferner Vertreter der Gewerkschaft.

Nach kurzen Ausführungen von Ministerialrat Dr. Dobbernack (Lemgo) und Vertretern der britischen Knappschaften, welche allgemeine Fragen des Knappschaftswesens behandelten, habe ich unter Bezugnahme auf meine früheren Ausführungen in Bad Orb (vgl. „Die Sozialversicherung" 1947 Nr. 7, S. 67) darauf hingewiesen, daß zwar die Schaffung der zu erstrebenden neuen einheitlichen Knappschaft, zum mindesten für die Westzonen, im Augenblick noch nicht verwirklicht werden könnte, weil das Schicksal des Kontrollratsgesetzes über die Neuordnung der deutschen Sozialversicherung noch immer ungewiß ist und weil die Wahrscheinlichkeit besteht, daß das bizonale Wirtschaftsamt eine Abteilung Arbeit erhält und diese dann zuständig für die Errichtung einer neuen Knappschaft für die Westzonen sein würde, daß es aber notwendig und zweckmäßig wäre, bereits jetzt die sieben Knappschaften der Westzonen (ohne saarländische Knappschaft) zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenzuschließen, die in der Lage wäre. die brennendsten gemeinschaftlichen Probleme auf dem Gebiet des Knappschaftswesens zu überprüfen bzw. zu lösen.

Arbeitsminister Seebohn von Niedersachsen (Hannover) wies darauf hin, daß das bizonale Wirtschaftsamt keine Zentralstelle im Bergbau habe, was bedenklich stimme, und forderte als Ziel die Schaffung eines Reichsministeriums für den Bergbau. Er betonte, daß der Bergmann lohnmäßig und sozialversicherungsrechtlich an der Spitze stehen müsse, daß die Lasten des Bergbaues nicht vom Bergmann allein getragen werden dürften, sondern von der Allgemeinheit getragen werden müßten, infolgedessen auch die Lasten der Sozialversicherung auf die Allgemeinheit umzulegen seien. Er wies ferner darauf hin, daß verhindert werden müsse, daß die besonderen Verhältnisse des Ruhrgebietes etwa dazu führen würden, daß die Ruhrknappschaft dominierend und beherrschend für den übrigen Bergbau und die übrigen Knappschaften werden würde. Infolgedessen forderte er eine größere Selbständigkeit für die einzelnen Knappschaften. Minister Seebohn erklärte ferner, daß er sich seit langem bemüht habe, Neuwahlen für die Organe der Knappschaften und die Ältesten durchzuführen, jedoch hierzu nicht die Genehmigung der Militärregierung erlangt hätte. Es sei notwendig, daß die Militärregierungen gebeten werden, diesen Wahlen zuzustimmen und zwar Wahlen, die nach dem Mehrheitswahlsystem durchgeführt werden, nicht nach dem Verhältniswahlsystem, weil es zur Zeit nur eine einheitliche Gewerkschaft gäbe.

Der Vorsitzende der Ruhrknappschaft, Victor, trat für die einheitliche Regelung der Sozialversicherung der Bergarbeiter, also des Knappschaftswesens ein, wandte sich jedoch gegen den Vorschlag der Einsetzung einer Kommission für die Ausarbeitung von Vorschlägen zur Errichtung der einheitlichen Knappschaft und Ausarbeitung der Sondervorschriften, der Satzung und der Gesetzesänderungsvorschläge, weil er fürchtete, daß hierbei die Bergarbeiter selbst nicht genügend zu Worte kommen würden, er aber der Meinung ist, daß alle diese Vorschläge nur aus den Kreisen der Bergarbeiter kommen dürften.

Dr. Auerbach (Lemgo) befürwortete die Einsetzung eines Ausschusses zur Ausarbeitung von Vorlagen für das bizonale Wirtschaftsamt.

Es wurde dann einstimmig beschlossen, zunächst eine Kommission einzusetzen zur Ausarbeitung von Vorschlägen für die Durchführung der zur Debatte stehenden Fragen.

Die Kommission wurde wie folgt gebildet:

Vorsitz:	Ein Vertreter des Amtes für Arbeit im Wirtschaftsrat,
4 Vertreter	der Länderregierungen (je 2 aus der britischen und amerikanischen Zone),
4 Vertreter	der Knappschaften (je 2 aus den beiden Zonen),
1 Vertreter	der Bergbauberufsgenossenschaften,
3 Vertreter	des Industrieverbandes Bergbau (wobei erwartet wird, daß darunter sich je ein Vertreter der amerikanischen und der britischen Zone und ein Angestellter befinden),
1 Vertreter	der Arbeitgeber,
1 Vertreter	des Länderrates,
1 Vertreter	des Zentralamtes für Arbeit in der britischen Zone in Lemgo,
2 Vertreter	des Kohlenbergbaues,
1 Vertreter	des Verwaltungsamtes für Wirtschaft,
	insgesamt also 19 Vertreter.

Das Aufgabengebiet der Kommission wurde zunächst wie folgt festgelegt:

1. Ausarbeitung eines Vorschlages betreffend Zusammenarbeit der Bezirksknappschaften in der amerikanischen und britischen Zone,
2. Ausarbeitung von Vorschlägen betreffend Aufbringung der Mittel der Knappschaftsversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Beiträge und der Frage der Bildung eines Lastenausgleiches,
3. die Ausarbeitung von Vorschlägen betreffend Wiederherstellung der Selbstverwaltung der Knappschaften auf demokratischer Grundlage.

Einigkeit bestand darüber, daß von dem Zeitpunkt ab, zu welchem eine Abteilung Arbeit beim bizonalen Wirtschaftsamt entsteht, diese in der Kommission die Funktionen der Vertreter des Länderrates und des Zentralamtes für Arbeit in der britischen Zone übernimmt.

Die Konferenz beschloß sodann, sich künftig „Vorbereitende Konferenz für Knappschaftsfragen" zu nennen und wieder zusammenzutreten, sobald die ersten praktischen Ergebnisse der Arbeit der neugebildeten Kommission vorliegen.

Wenn auch die so dringend notwendige Zusammenfassung und Vereinheitlichung der Knappschaften, zum mindesten der Westzonen, hiernach noch nicht erreicht ist, und die Erreichung dieses

Zieles auch noch in verhältnismäßig weiter Ferne zu stehen scheint, sind durch die Aussprachen in Düsseldorf und die daselbst gefaßten Beschlüsse doch wesentliche Vorarbeiten geleistet worden, die einen Schritt weiter auf dem Wege zu einer neuen Knappschaft, zum mindesten der drei Westzonen, bedeuten. Wie groß dieser Schritt ist, zu ermessen, ist im Augenblick noch nicht möglich, sondern erst dann, wenn die Kommission gebildet ist und sie ihre Arbeit aufgenommen haben wird. Dann wird es sich erweisen, wieweit die verschiedenen Interessen und Ziele auseinandergehen, wieweit die Wege zusammenführen. Erweisen wird sich auch, ob der allseitig festgestellte Wille zu einer gemeinschaftlichen einheitlichen neuen Knappschaft als Dachorganisation zu kommen, stark genug ist, die aus den Verhältnissen der Gegenwart und der Zerrissenheit Deutschlands auch auf dem Gebiete der Sozialversicherung begründeten Schwierigkeiten zu überwinden.

Die Krankenbehandlung für Kriegsbeschädigte in der britischen Zone

Von Hans Adolf Aye, Essen

In Nr. 24/1947 dieser Zeitschrift wurde ein Überblick über die den Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen in der britischen Zone zustehenden Leistungen gegeben. Auf Wunsch der Schriftleitung wird der Abschnitt „Krankenbehandlung" durch folgende kurze Ausführungen ergänzt.

Die Krankenbehandlung nach der Sozialversicherungsdirektive (SVD) Nr. 27 wird nur gewährt für Gesundheitsschädigungen, welche der Anspruchsberechtigte durch unmittelbare Kriegseinwirkungen oder anläßlich militärischen oder militärähnlichen Dienstes erlitten hat, oder für die auf diesen Ursachen beruhende Verschlimmerung einer Gesundheitsschädigung. Diese Gesundheitsschädigung und die Verschlimmerung einer solchen wird hier der Kürze halber als „Kriegsbeschädigung" bezeichnet, wie das auch in der Praxis zumeist geschieht.

Auf andere Krankheiten des Kriegsbeschädigten erstreckt sich der Anspruch auf Krankenbehandlung nach der SVD selbstverständlich nicht. Für solche Versicherungsfälle gelten die allgemeinen Vorschriften der Krankenversicherung. Ist also der Kriegsbeschädigte für den Fall der Krankheit versichert, so hat er Anspruch auf Krankenhilfe gegen seine Krankenkasse. Bezieht er eine Rente aus der Rentenversicherung und unterliegt er deshalb der Rentnerkrankenversicherung, so stehen ihm die sich aus dieser ergebenden Sachleistungen der Krankenhilfe zu. Arbeitslose Kriegsbeschädigte, welche Arbeitslosenversicherung erhalten, haben Anspruch auf die aus der Krankenversicherung der Arbeitslosen zustehenden Krankenhilfeleistungen. Wenn kein Anspruch aus einer Krankenversicherung besteht, kann bei fürsorgerechtlicher Bedürftigkeit Antrag an den Fürsorgeverband gestellt werden. Liegt Bedürftigkeit nicht vor, so muß der Kriegsbeschädigte die Kosten der Krankenbehandlung in diesen Fällen selbst tragen. Entsprechendes gilt für die Kriegshinterbliebenen. Sind sie selbst kriegsbeschädigt, so besteht für sie natürlich wegen der Kriegsbeschädigung Anspruch auf Krankenbehandlung nach der SVD Nr. 27.

Die sachliche Zuständigkeit für die Gewährung der Krankenbehandlung bei Kriegsbeschädigungsfolgen ist geteilt. Zuständig sind

a) die Krankenkassen für: Krankenbehandlung, Krankenhauspflege sowie Kranken-, Haus- und Taschengeld,

b) die Landesversicherungsanstalten für: alle übrigen Leistungen, namentlich also für Pflege, Heilanstaltspflege, Badekuren, Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln sowie Beschaffung und Unterhalt von Blindenführhunden.

Hinsichtlich der von den Krankenkassen zu gewährenden Leistungen ist zu unterscheiden zwischen den Kassenmitgliedern, einschließlich der Ausgesteuerten, und den Zugeteilten. Kassenmitglieder sind die Pflicht- und freiwillig Versicherten sowie die beschäftigten Rentner im Sinne der SVD Nr. 20, Zugeteilte sind die Nichtversicherten. Für jene ist „ihre" Krankenkasse zuständig, für die Zugeteilten und die nicht beschäftigten Rentner, auch soweit sie der Rentnerkrankenversicherung unterliegen, ist zuständig die für den ständigen Aufenthaltsort zuständige Allgemeine Ortskrankenkasse oder, wo eine solche nicht besteht, die Landkrankenkasse.

Regelmäßig werden die Krankenkassen die ihnen obliegenden Leistungen erst nach Anerkennung der Kriegsbeschädigung zu gewähren haben. Liegt eine Anerkennung durch die Landesversicherungsanstalt noch nicht vor, bedarf aber der Beschädigte der Krankenbehandlung, so kann die Krankenkasse sie gewähren, wenn ihre Prüfung (zweckmäßig unter Einschaltung des vertrauensärztlichen Dienstes) ergibt, daß eine Kriegsbeschädigung vorliegt. Die Krankenkasse muß dabei gleichzeitig prüfen, daß nicht in der Person des Antragstellers einer der besonderen Leistungsausschließungsgründe vorliegt. Wird eine entschädigungspflichtige Kriegsbeschädigung angenommen, so hat die Krankenkasse vom Antragsteller einen Antrag auf endgültige Feststellung der Leistungen einzuholen und ihn mit den erforderlichen Unterlagen an die Landesversicherungsanstalt weiterzuleiten. Diese kann, wenn eine sofortige endgültige Entscheidung nicht möglich ist, befristete Krankenbehandlung genehmigen. Wird bei der endgültigen Entscheidung eine Kriegsbeschädigung nicht anerkannt, so behält die Krankenkasse für ihre Aufwendungen den Ersatzanspruch bis zum Eingang des Bescheides.

Die Kassenmitglieder, also auch die Ausgesteuerten, werden auf Krankenschein behandelt, so daß die ärztlichen Leistungen aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung zu bezahlen sind. Die Zugeteilten erhalten einen Heilbehandlungsschein; für sie sind die Arztkosten nach den Mindestsätzen der Preugo abzugelten, da der Ärztliche Reichstarif für das Versorgungswesen wohl nicht mehr anzuwenden ist. Von der Arzneikostengebühr sind alle Kriegsbeschädigten im Rahmen der Krankenbehandlung nach der SVD Nr. 27 befreit.

Der Umfang der Krankenbehandlung richtet sich nach den Vorschriften der Unfallversicherung; Kranken-, Haus- und Taschengeld werden jedoch von den Krankenkassen nach den Vorschriften der Krankenversicherung gewährt. Krankenbehandlung und Krankenhauspflege unterliegen keiner zeitlichen Begrenzung, solange sie notwendig und geeignet sind, die Gesundheitsschädigung und die durch diese verursachte Erwerbsunfähigkeit zu beseitigen und eine Verschlimmerung zu verhüten (§ 558a Ziffer 1 RVO). Die Krankenkassen können die Inanspruchnahme eines bestimmten Facharztes anordnen oder den Kriegsbeschädigten in ein bestimmtes Krankenhaus einweisen. Für Tuberkulosefälle gilt die Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 27. 3. 1945, nach welcher die Träger der Rentenversicherung die Kosten der stationären Behandlung der Tuberkulose zu tragen haben.

Für die Barleistungen gilt als Grundlohn bei Kassenmitgliedern der satzungsmäßige Satz, bei Zugeteilten ein Betrag von 5 RM täglich. Nach den vom Verband der Landesversicherungsanstalten aufgestellten Richtlinien soll das Mindestkrankengeld auch für die Kassenmitglieder stets 2,50 RM betragen; ist das Kassenkrankengeld niedriger, so wird die Differenz zwischen dem Kassenkrankengeld und dem Mindestsatz von 2,50 RM zu Lasten der Landesversicherungsanstalt gezahlt. Krankengeld ist allen Kriegsbeschädigten, auch den Zugeteilten, nur für längstens 26 Wochen zu zahlen. Nach Ablauf dieser Frist steht dem arbeitsunfähigen Kriegsbeschädigten die Vollrente zu. Die Krankenkassen können als Vorschuß auf die Rente kalendertäglich $^1/_{30}$ der Vollrente zahlen, wobei eine bereits laufende Teilrente anzurechnen ist. Die Rentenvorschußzahlung wird bis zur Beendigung der Arbeitsunfähigkeit oder bis zur Anzeige der Landesversicherungsanstalt über den Beginn der Rente fortgesetzt, wenn die Landesversicherungsanstalt nicht andere Weisung erteilt. Auch für Taschen- und Hausgeld gilt die 26-Wochen-Frist. Nach Fristablauf erhalten die Kriegsbeschädigten bei Krankenhauspflege ein Tagegeld von täglich 0,50 RM, die Angehörigen außerdem ein Familiengeld in Höhe der Rente, die ihnen beim Tode des Kriegsbeschädigten zustehen würde, also in Höhe der Witwen- oder Waisenrente (§ 559e Abs. 2 RVO). Das Familiengeld steht auch solchen Ehefrauen zu, welche die Voraussetzungen für die Witwenrente nach § 7 I des SVD Nr. 27 nicht erfüllen würden. Auf das Familien- und Tagegeld ist die Rente des Kriegsbeschädigten in voller Höhe anzurechnen.

Doppelzahlungen werden dadurch vermieden, daß die Krankenkasse der Landesversicherungsanstalt in jedem Falle Beginn und Ende einer Arbeitsunfähigkeit sowie Art und Höhe der Geldleistungen, namentlich auch der Rentenvorschüsse, unverzüglich mitzuteilen hat. Gemäß § 559h RVO ermäßigt sich das Krankengeld aus der Krankenversicherung, wenn Kriegsbeschädigtenrente gezahlt wird. Die Krankenkassen müssen eine etwaige Rentenzahlung durch Einsicht in die Rentenbescheide feststellen. Wird keine Rente gewährt, so wird das Krankengeld unverkürzt gezahlt. Andernfalls ist die Anrechnung der Rente auf das Krankengeld nach folgenden Grundsätzen vorzunehmen:

a) Das Krankengeld wird ungekürzt gezahlt, wenn es zusammen mit der Teilrente die Vollrente nicht übersteigt.

b) Übersteigen Krankengeld und Teilrente zusammen die Vollrente, so wird nur die Differenz zwischen Vollrente und Teilrente gezahlt, soweit nicht nach c) zu verfahren ist.

c) Ist das Krankengeld höher als die Vollrente, so wird nur der die Vollrente übersteigende Betrag gezahlt.

Über die buchmäßige Behandlung der Aufwendungen und Erstattungen für die Kriegsbeschädigten sind ins einzelne gehende Ausführungen und Vorschläge enthalten in Heft 4/1947 des „Mitteilungsblatt für die Sozialversicherung", auf die hier verwiesen wird. Nachzutragen ist, daß die nach der Aussteuerung gezahlten Rentenvorschüsse zweckmäßig auf einem besonderen Titel zu Kapitel 17 nachgewiesen werden, da sie nicht aus dem Haushalt der britischen Zone unmittelbar, sondern von der Landesversicherungsanstalt zu erstatten und auch dort anzufordern sind. Die übrigen Aufwendungen für die Kriegsbeschädigten sind mit vierteljährlichen Kostennachweisen, denen für jeden Fall ein Hauptbeleg beizufügen ist, über den zuständigen Krankenkassen-Verband anzufordern. Die Unterbelege brau-

chen nicht mit eingereicht zu werden, sind aber prüffähig bereit zu halten. Es empfiehlt sich dafür die Führung besonderer Personalakten für Kriegsbeschädigte.

Der Vollständigkeit halber sei auch auf die Vorschriften über das Sterbegeld beim Tode von Kriegsbeschädigten hingewiesen. Es ist zu zahlen, wenn der Tod eine Folge der Kriegsbeschädigung ist, und richtet sich nach den Vorschriften über die Krankenversicherung. Zuständig für die Gewährung des Sterbegeldes ist die Krankenkasse. Wegen des Grundlohnes wird auf das bezüglich des Grundlohnes für Kranken-, Haus- und Taschengeld Gesagte verwiesen. Das Sterbegeld beträgt das 20-fache des maßgebenden Grundlohns, mindestens jedoch 75 RM. Für die der Rentnerkrankenversicherung unterliegenden und für die nach der SVD Nr. 20 zu behandelnden Rentner steht nur das Sterbegeld von 75 RM nach der Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. 11. 1941 zu (Zentralamt für Arbeit vom 24. 9. 1947 — MB f. d. SV 1947/128).

Bei Streit über die von den Krankenkassen zu gewährenden Leistungen nach der SVD Nr. 27 ist im Spruchverfahren zu entscheiden. Zuständig in erster Instanz ist also das Versicherungsamt, dessen Entscheidung durch Berufung an das Oberversicherungsamt angefochten werden kann.

Beitragsfreiheit bei Arbeitsunfähigkeit in Fällen des § 215 Abs. 2 und 3 RVO

Von Verw.-Oberinspektor Wilhelm Scheffold, Meßkirch

Die äußerst gespannte Vermögenslage der Ortskrankenkassen hat dazu geführt, daß sehr viele Kassen dazu übergegangen sind, von der Möglichkeit der Leistungsbeschränkung nach § 215 Abs. 2 RVO Gebrauch zu machen. In der französisch besetzten Zone Badens sind es ca. 70 Prozent der bestehenden Ortskrankenkassen, die in ihrer Satzung diese Leistungsbeschränkung eingeführt haben. Der Grund dieser Leistungsbeschränkung ist darauf zurückzuführen, daß die Barleistungen der Krankenhilfe unter allen Umständen nur den Mitgliederkreisen zugeführt werden sollen, die sie am dringendsten bedürfen. Seit Jahren mußte immer und immer wieder die Feststellung gemacht werden, daß gerade der Krankenstand der nicht arbeitenden oder berufstätigen freiwilligen Mitglieder besonders hoch war, und den der Pflichtversicherten bei weitem überschritten hat. Der allgemein schlechte Gesundheitszustand, bedingt durch die äußerst gespannte Ernährungslage, wirkt sich in der Erhöhung der Krankengeldausgaben auf alle Mitgliederkategorien aus, so daß die Zahlung der Krankengelder den größten Posten im Haushaltsplan einer Kasse einnimmt. Aus diesem Grund hat auch der Verband der Ortskrankenkassen für die französische Besatzungszone seinen Mitgliedskassen empfohlen, von der Möglichkeit der Leistungsbeschränkung des § 215 Abs. 2 Gebrauch zu machen. Für die Textfassung der Satzung hat der Verband der Ortskrankenkassen der französischen Besatzungszone dabei auf das vom RdO. aufgestellte Satzungsmuster für Ortskrankenkassen (5. Auflage vom 1. 3. 43, Buchdruckerei Petz, Rink-Verlag) hingewiesen. Er weist dabei auch weiter darauf hin, daß für freiwillige Mitglieder, deren Leistungen nach § 215 Abs. 2 RVO beschränkt wurden, bei eingetretener Arbeitsunfähigkeit nur bei Krankenhauspflege keine Beiträge zu entrichten sind (siehe Erlaß des RAM vom 5. 2. 1943 AN S. II 59).

Über die Auslegung der Satzungsbestimmung hinsichtlich der Leistungsbeschränkung bestand bisher bei den Versicherungsträgern keinerlei Zweifel.

Durch die nachstehend angezogenen Veröffentlichungen in zwei Fachzeitschriften sind aber über die Frage der Beitragsfreiheit bei Arbeitsunfähigkeit in Fällen des § 215 Abs. 2 RVO nun Zweifel entstanden. In der Zeitschrift „Die Sozialversicherung" Heft 4/46 wird unter Bezugnahme auf den unveröffentlichten Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 25. Mai 1944 die Auskunft erteilt, daß die Ansicht der Ortskrankenkassen, wonach die Beitragsbefreiung gemäß § 383 Abs. 1 RVO nur bei Krankenhauspflege eintritt, als irrig widerlegt. Das Mitteilungsblatt für Sozialversicherung Schleswig-Holstein 1. Jahrgang, Oktober 1947, Heft 4, Seite 113 gibt die Auskunft bezüglich der Anwendung des § 383 Abs. 1 RVO für freiwillige Mitglieder, deren Leistungen gemäß § 215 Abs. 2 RVO beschränkt sind, daß Beitragsfreiheit auch während einer Arbeitsunfähigkeit im allgemeinen besteht und schreibt weiter: Die Befreiung tritt nämlich auch dann ein, wenn trotz vorhandener Arbeitsunfähigkeit aus besonderen Gründen nur Anspruch auf Krankenpflege, nicht auch auf Krankengeld besteht. Die Worte „für die Dauer der Krankenhilfe" bedeuten nichts anderes als: solange ein Anspruch auf eine oder mehrere dieser Leistungen, die für den betreffenden Fall als Krankenhilfe in Betracht kommen, nach Gesetz oder Satzung vorhanden ist. Deshalb braucht beispielsweise ein unständig Beschäftigter, der nach der Kassensatzung im Erkrankungsfalle wegen unzureichender Beitragszahlungen keinen Anspruch auf Krankengeld hat (§ 452 Abs. 1), gleichwohl während der Arbeitsunfähigkeit keine Beiträge zu entrichten, solange ihm der Anspruch auf Krankenpflege zusteht (vgl. AN 17/477 = EuM 9/158, AN 32/421 = EuM 32/511).

Zu der Frage der Beitragsfreiheit bei Arbeitsunfähigkeit in Fällen des § 215 Abs. 2 RVO hat auch der frühere Reichsverband der Ortskrankenkassen, Mitteilungsblatt Nr. 3/1943, Stellung genommen. In dieser Stellungnahme des RdO wird auf den Erlaß des RAM vom 5. 2. 1943 Bezug genommen und dabei darauf hingewiesen, daß durch diesen Erlaß die Beitragsfreiheit nach § 383 Abs. 1 grundlegend geändert worden ist. Nach dem Erlaß des RAM vom 5. 2. 1943 sind bei Arbeitsunfähigkeit nur dann keine Beiträge zu entrichten, wenn die Kasse dem Versicherten Krankengeld zu gewähren hat oder Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährt.

Es wird ohne weiteres dabei zugegeben, daß einem Bescheid des Reichsversicherungsamts, das 1944 bei Herausgabe des unveröffentlichten Bescheides oberste Beschluß- und Spruchbehörde war, eine entscheidendere Bedeutung beizumessen ist, wie der seinerzeitigen Auskunft des RdO im Mitteilungsblatt 3/1943. Trotzdem muß aber der Auskunft des RdO auch gewisse Bedeutung zuerkannt werden, da nach einer Bekanntgabe des RdO derartige Auskünfte stets erst nach Rücksprache mit dem RAM erteilt wurden. Vor allen Dingen ist aber dabei zu beachten, daß ein Bescheid des Reichsversicherungsamts keine Weisung im Zuge des dem Reichsversicherungsamts zustehenden Aufsichtsrechts darstellt und ihm deshalb auch keine bindende Rechtskraft zukommt. Erst dann, wenn eine Entscheidung im Rechtszuge ergangen wäre, würde diese für alle Krankenkassen bindende Rechtskraft erhalten. Den Bescheid vom 25. Mai 1944 können die Kassen allerdings beachten, sind aber nicht dazu verpflichtet.

Die Auffassung des Reichsversicherungsamts stützt sich im wesentlichen auf die Rechtslage im Falle des Ruhens von Krankengeld nach § 216 Abs. 3, die in der grundsätzlichen Entscheidung 5435 vom 28. 5. 41, Grundsatz 2 (AN S. II/2611; Arbeiterversorgung 1941 Seite 326) zum Ausdruck kommt. Zum Zeitpunkt der grundsätzlichen Entscheidung vom 28. 5. 41 lag aber der Erlaß des RAM vom 5. 2. 43 IIa 1475/43 AN S. II 59 als Ergänzung des Erlasses vom 20. 5. 41 betr. Verbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu § 383 Abs. 1 RVO noch nicht vor. Die grundsätzliche Entscheidung vom 28. 5. 1941 kann nach Auffassung der Ortskrankenkassen durch den Ergänzungserlaß des RAM vom 5. 2. 43 als überholt angesehen werden, da in diesem Ergänzungserlaß ausdrücklich darauf hingewiesen wird, daß Betragsbefreiung nur dann eintritt, wenn die Kasse dem Versicherten Krankengeld zu gewähren hat oder Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährt. Mit diesem Erlaß ist grundlegend neues Recht geschaffen worden. Die Beitragsfreiheit im Falle der Arbeitsunfähigkeit ist darin ganz klar an den Anspruch auf Krankengeld oder an die Gewährung von Krankenhauspflege oder Krankengeld gebunden. Es handelt sich bei § 215 Abs. 2 nicht um ein Ruhen des Krankengeldanspruchs, wie dies in der Bestimmung des § 216 Abs 3 RVO dargelegt ist, sondern es ist nach einer Gesetzes- und Satzungsbestimmung ein Anspruch auf Krankengeldzahlung überhaupt nicht gegeben. Aus diesem Grunde wird bei den Ortskrankenkassen der französischen Besatzungszone Badens die Auffassung vertreten, daß dem unveröffentlichten Bescheid des Reichsversicherungsamts erst dann Bedeutung beizumessen ist, wenn er im Zuge einer Entscheidung Rechtskraft erhalten hat.

Neben der Grundsätzlichkeit der Rechtsauslegung muß auch die praktische Seite und die Durchführung der Beitragsbefreiung in verwaltungsmäßiger Hinsicht angesehen werden. Um für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit eine Beitragsbefreiung durchführen zu können, ist es notwendig, daß das erkrankte Kassenmitglied, für das die Leistungen nach § 215 Abs. 2 beschränkt sind, Beginn und Ende der Arbeitsunfähigkeit der Kasse anzeigt. Der Krankheitsfall, der durch Überwachung des Krankenkontrolleurs, Vorladungen zum Vertrauensarzt, Auszahlung der Barleistungen am Schalter nicht laufend verfolgt werden kann, würde eine vermehrte Verwaltungsarbeit mit sich bringen, in dem sehr wahrscheinlich das Ende der Arbeitsunfähigkeit in den wenigsten Fällen durch die Mitglieder angezeigt würde. Wenn die Kasse nicht Gefahr laufen wollte, enorme Teile von Beiträgen zu verlieren, müßte sie das Ende der Arbeitsunfähigkeit dieses Versichertenkreises, bei dem es sich zeitweilig um 30 bis 40 Prozent der freiwilligen Mitglieder handelt, laufend überwachen oder sich durch Rückfragen bei den behandelnden Ärzten immer und immer wieder die Dauer der weiteren Arbeitsunfähigkeit bestätigen lassen. Die Durchführung dieser besonderen Verwaltungsmaßnahmen würde eine bedeutende Mehrbelastung mit sich bringen, die in keinem Verhältnis mehr zu den Einsparungen hinsichtlich der Krankengeldzahlungen stehen. Insbesondere, wenn man dann noch berücksichtigt, daß durch diese Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit der nach § 215 Abs. 2 in ihren Leistungen Beschränkten der Kasse bei der angespannten finanziellen Lage große Teile von Beiträgen entgehen.

Unter Berücksichtigung der aufgeworfenen Rechtslage und auch der praktischen Seite der Angelegenheit hat der Verband der Ortskrankenkassen für die französische Besatzungszone seinen Mitgliedskassen empfohlen, die Beitragsbefreiung nach § 383 Abs. 1 für den erwähnten Personenkreis nur bei Gewährung von Krankenhauspflege oder Wochengeld durchzuführen.

Die Krankenversicherung der Ostflüchtlinge

Von Hermann Troppenz, Helmstedt

Durch den Zustrom von Vertriebenen aus den Ostgebieten sind zahlreiche Fragen aufgeworfen. Es kann nicht davon die Rede sein, daß diese heute schon ihre im allgemeinen befriedigende Lösung gefunden haben. Das ist schon deswegen nicht der Fall, weil noch immer Ausweisungen von Deutschen aus den genannten Gebieten stattfinden und vorderhand gar nicht abzusehen ist, ob und wann die letzten Deutschen ihre angestammten Wohnsitze verlassen müssen. Nicht unerwähnt darf bleiben, daß ein ununterbrochener Strom von Vertriebenen, Evakuierten und anderen Personen zwischen den einzelnen Besatzungszonen hin- und herpendelt, ziellos, ruhelos, nur von den verschiedensten Beweggründen geleitet. Schließlich ist mit der Seßhaftmachung von vertriebenen Familien und ihrer Eingliederung in die Kreise der Alteingesessenen keineswegs der Abschluß gekommen. Die wahllose Hineinnahme in die einzelnen Kreise und Gebiete bringt wiederum neue Schwierigkeiten. Das bedarf keiner Erörterung. Unsere dringendste Aufgabe muß darin bestehen, einem bestimmten Personenkreise, d. h. einer hoffnungslos gewordenen und mit Bitterkeit bis an den Rand angefüllten Bevölkerung die Grundlage einer wirtschaftlichen Existenz zu verschaffen, sowie ihr die Führung eines, wenn auch bescheidenen Haushalts zu ermöglichen. Gewiß sind Anstrengungen nach dieser Richtung hin gemacht. Aber sind bereits alle Möglichkeiten ausgeschöpft? Ich bezweifle es, obschon ich die harte Kritik eines hohen Offiziers einer Besatzungsmacht, die Deutschen ließen bei der Lösung des Flüchtlingsproblems alle Fähigkeiten vermissen und gerade in diesem Punkte erweise sich, wie wenig sie geneigt seien, ihre eigenen Angelegenheiten mutig in ihre Hände zu nehmen und zu ordnen, als Ausdruck der Verkennung einer Gesamtsituation ansprechen möchte. Immerhin haben wir uns in unablässiger Arbeit um die Schaffung erträglicher Zustände zu bemühen. Diese muß von jenen getragen werden, die gemessen an dem Schicksal der Flüchtlinge, oder man sagt wohl besser der Vertriebenen, eine sachliche und moralische Verpflichtung haben. In diesem Zusammenhang ist die vorbehaltlose, vorurteilsfreie, überwiegend von menschlichen Rücksichten getragene und hierin klar erkennbare Arbeit deutscher Behörden sowie politischer und fachlicher Gremien nicht zu entbehren.

Nach diesen einleitenden Betrachtungen wird nunmehr zu untersuchen sein, inwieweit die Träger der Sozialversicherung sich in den Gang der Geschehnisse einzuschalten haben. Es unterliegt wohl die Schaffung eines ausreichenden Versicherungsschutzes für die Ostvertriebenen keinem Zweifel. In der Tat sind die sich nach dieser Richtung hin entwickelten Bemühungen der beteiligten Stellen nicht ohne Erfolg geblieben. Die Rechte wie auch die Pflichten, ihre Abgrenzung und Gestaltung können der gesetzlichen Form nicht ermangeln. Die Folgerung, welche beispielsweise Bayer-Halldorf in seinem in der Nr. 13 dieser Zeitschrift veröffentlichten Aufsatz zieht, nämlich sich nicht an formelle Bedingungen zu klammern, vielmehr zu prüfen, was Recht und Unrecht ist und danach zu entscheiden, führt m. E. genau zu dem Gegenteil der anzuerkennenden Bemühungen, anhand der Praxis aufzuzeigen, wann und wie zu helfen ist. Man muß in allen Dingen, welche das Zusammenleben der Menschen bestimmen, klare Tatbestände und Ordnungen schaffen. Das muß auch dann gelten, wenn wir uns in Deutschland einer politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lage gegenübersehen, für die es in der uns bekannten Geschichte kaum ähnliche Beispiele gegeben hat. Was die Sozialversicherung angeht, so wird ihr Wesen, ihre Zukunft und nicht zuletzt ihr Gesicht bestimmt von Faktoren und Umständen, die als Auswirkungen, nicht jedoch als die nach einheitlichen Gesichtspunkten gestaltete Sachlage anzusprechen sind. An dieser Tatsache können alle noch so gut gemeinten Vorschläge für die ausreichende Betreuung der Ostververtriebenen, etwa auf dem Gebiete der Sozialversicherung, nicht vorübergehen. Die bereits genannten, schweren Erschütterungen unseres gesamten öffentlichen Lebens ziehen in ihrer Breite und Tiefe die Kreise und Ringe, aus denen sich große Gesichtspunkte eben nicht entwickeln können. Aber dieser sowie der sich darauf gründenden Handlungen bedarf es, um aus den gegenwärtigen zweifellos nicht erfreulichen Zuständen herauszukommen. Denn das hier angeschnittene Problem ist ja nicht das letzte und schwierigste. Die Betrachtungen über den derzeitigen Stand der Sozialversicherung in den vier Besatzungszonen sind nach dieser Richtung hin bedeutungsvoll. Immerhin sind die Anforderungen an unsere so betrübliche Gegenwart stark genug, um uns zu realem Denken und den daraus resultierenden Erkenntnissen zu zwingen. Die Folgerungen drücken sich dahin aus, daß wir uns mit Regelungen zu behelfen haben, die sich in Verbindung mit der hier zu behandelnden Materie in der britisch besetzten Zone wie folgt darstellen:

Der Ausgangspunkt des Aufsatzes: „Neubürger-Sozialversicherung" in der Nr. 13/47 dieser Zeitschrift war die Gewährung von Wochenhilfe und Familienwochenhilfe in der Krankenversicherung, wenn die vorgesehenen Wartefristen nicht erfüllt sind. Hier greift nun die Anordnung der britischen Militärregierung vom 7. 1. 1947 wirkungsvoll ein, indem sie die in §§ 195a Abs. 1 und 205a Abs. 1 RVO genannten Zeiträume von 2 und 1 Jahr verlängert. Die Anordnung bezieht sich auf Flüchtlinge und betrifft eine Zeit, die zwischen dem Verlassen ihres bisherigen Wohnsitzes und der Begründung eines neuen Wohnsitzes in der britischen Zone, welcher durch die polizeiliche Anmeldung als angezeigt gilt, liegt. Falls Flüchtlinge aus Gebieten kommen, in denen seit der Besetzung im Jahre 1945 bis zur Evakuierung eine ordnungsmäßige Krankenversicherung nicht durchgeführt ist, verlängern sich die genannten Zeiträume wieder um die Zeit, die zwischen der Besetzung und der Evakuierung liegt. Man sollte meinen, daß diese Regelung dazu angetan ist, nicht nur den beteiligten Krankenkassen eine feste Grundlage bei der Prüfung von Ansprüchen zu geben, sondern den Vertriebenen selbst ihre bereits bei anderen Krankenkassen erworbenen Ansprüche zu sichern. In der Tat hat die praktische Anwendung dieser Anordnung hier in der britischen Zone die Schwierigkeiten beseitigt, die offenbar in den übrigen Westzonen noch vorhanden sind.

Eine weitere Anordnung der Militärregierung vom gleichen Tage regelt unter Hinweis auf die §§ 176, 209a und 313 RVO die freiwillige Weiterversicherung von Flüchtlingen in der britischen Zone. Es ist im Hinblick auf einen angenommenen Ausnahmezustand folgendes bestimmt:

a) Flüchtlinge, die bis zum Verlassen ihres bisherigen Wohnsitzes, oder — wenn sie aus Gebieten kommen, in denen nach der Besetzung im Jahre 1945 eine ordnungsmäßige Krankenversicherung nicht durchgeführt worden ist — bis zur Besetzung ihres Wohngebietes in der reichsgesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, sind zur Fortsetzung der freiwilligen Versicherung berechtigt, wenn sie die in den genannten Paragraphen erforderlichen Voraussetzungen erfüllt haben. Auch die überlebenden oder geschiedenen Ehegatten eines Versicherten haben die gleichen Ansprüche nach dem Erlaß des RAM vom 2. 11. 43 zu § 176 RVO (RABl. II S. 485) und dem § 313a (Abs. 4) in der Fassung des § 7 des Gesetzes über weitere Maßnahmen in der Reichsversicherung aus Anlaß des Krieges vom 15. 1. 1941. Die in § 313 Abs. 2 für die Meldung von freiwilligen Versicherungen gesetzte Frist wurde zunächst für alle Flüchtlinge bis zum 31. 12. 1946 verlängert. Nach der Anordnung beträgt diese Frist ab 1. 1. 1947 zwei Monate, gerechnet von dem Tage, an dem die Flüchtlinge in der britischen Zone ihren neuen Wohnsitz durch polizeiliche Meldung begründet haben. Dabei wird die Zeit des Transportes und des Aufenthaltes in einem Durchgangslager bei der zweimonatigen Frist nicht berücksichtigt.

b) Die Vorschrift des § 313 Abs. 2 Satz 2 findet auf Flüchtlinge keine Anwendung. Diese haben vielmehr vom Tage der Meldung ab Anspruch auf Kassenleistungen. Ebenso sind Beiträge nur vom Tage der Meldung ab zu entrichten.

c) Die Kosten, die den Krankenkassen in den ersten drei Monaten durch Gewährung von Krankengeld, Wochenhilfe und Familienwochenhilfe entstehen, sind gesondert zu verbuchen. Die Frage, auf welche Weise und von welcher Stelle die Rückerstattung geschieht, soll späteren Entscheidungen vorbehalten bleiben.

Schließlich ist in diesem Zusammenhang auf die Anordnung der Kontrollkommission für Deutschland (BE) — Manpower Division — hinzuweisen, nach welcher der Präsident des Zentralamtes für Arbeit in der britischen Zone unter dem 30. 5. 47 eine Anweisung über die Krankenversicherung der Rentner — Zusatzsterbegeldversicherung geflüchteter Rentner — erlassen hat. Hiernach sind Mitglieder der Rentnerkrankenversicherung, die aus den Gebieten östlich der Oder-Neiße-Linie oder aus der Sowjetzone Deutschlands in die britische Besatzungszone gekommen sind und vorher eine Zusatzsterbegeldversicherung gemäß § 13 der Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. 11. 41 (RGBl. I S. 689) abgeschlossen haben, berechtigt, die gleiche Versicherung bei der für die Durchführung ihrer Krankenversicherung in der britischen Zone zuständigen Krankenkasse erneut abzuschließen. Die Zusatzversicherung, deren Beiträge sich nach den Satzungsbestimmungen der Kassen richten, ist für bereits zugewanderte Rentner bis 31. 8. 47, für Rentner, die erst künftig in die britische Zone kommen, innerhalb von drei Monaten nach der durch polizeiliche Anmeldung erwiesenen Begründung eines neuen Wohnsitzes in der britischen Zone zu beantragen. Von Rentnern, die aus der sowjetischen Zone gekommen sind, ist eine Bescheinigung des Versicherungsträgers in der Sowjetzone über den früheren Abschluß einer Zusatzsterbegeldversicherung beizubringen. Soweit dies nicht möglich ist, muß der frühere Abschluß der Zusatzversicherung in anderer geeigneter Weise glaubhaft gemacht werden. Die Anweisung ist mit dem 1. Juni 1947 in Kraft getreten.

Die drei aufgeführten Anordnungen bzw. Anweisungen der Militärregierung der britischen Besatzungszone schaffen m. E. alle Möglichkeiten, um den in dieser Abhandlung genannten Personenkreisen einen sicheren sozialen Schutz in krankenversicherungsrechtlicher Beziehung zu gewährleisten. Man kann, wenn dazu die Notwendigkeit besteht, alle Vertriebenen und damit alle Neubürger erfassen, also auch diejenigen, die aus anderen Gebieten als wie jenseits der Oder und Neiße in die britische Zone einwandern. Hierin sowie in der fortwährenden Sorge um das Los der Vertriebenen und nunmehr als Neubürger zu uns kommenden Menschen liegen die praktischen Lösungen aller Aufgaben der Gegenwart und auch der Zukunft. Die Träger der

gesetzlichen Krankenversicherung oder richtiger der Sozialversicherung überhaupt, haben, jeder an seinem Platze, einen maßgebenden Anteil hieran. Dieser wird ausschließlich bestimmt durch das Ausmaß der Fähigkeiten und der hieraus resultierenden Leistungen. Nachdem es zu den feststehenden Tatsachen gehört, daß die Träger der Sozialversicherung unter den schwierigsten Verhältnissen und Umständen nicht nur ihre Arbeiten und Aufgaben im Interesse der versicherten Bevölkerung durchgeführt haben, sondern auch ihre Leistungsfähigkeit in einem bemerkenswerten Umfange wiederum unter Beweis stellen konnten, kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die deutsche Sozialversicherung in der Gegenwart und erst recht in der Zukunft alle Schwierigkeiten und die oft ausweglos erscheinenden Situationen am Ende doch meistern wird.

Die Feststellung der Beitragsforderungen und -verpflichtungen zu Kapital 1 Titel 1 für die Jahresrechnung und die Rechnungsergebnisse der Krankenkassen

Von Rudolf Lehmann, AOK Frankfurt/Main

Die Ergebnisse der Jahresrechnung und die monatlichen (vierteljährlichen) Rechnungsergebnisse der Krankenkassen werden durch die Höhe der Forderungen und Verpflichtungen weitgehendst beeinflußt. Eine genaue, möglichst den Tatsachen entsprechende Feststellung der Forderungen und Verpflichtungen ist daher für eine ordnungsgemäße Rechnungslegung unerläßlich. Gilt das eben Gesagte für alle Forderungen und Verpflichtungen, so trifft es im gleichen Maße im einzelnen für die Beitragsverpflichtungen und im besonderen für die Beitragsforderungen zu. Vergleicht man die Rechnungsergebnisse mehrerer Kassen, dann kann man immer wieder feststellen, daß besonders die Beitragsforderungen in ihrer Höhe recht unterschiedlich festgesetzt werden. Auch wenn man die Verhältnisse bei den einzelnen Kassen genügend berücksichtigt, dürften sich derartige Unterschiede nicht ergeben. Es besteht daher die Möglichkeit, daß die Beitragsforderungen und auch die Beitragsverpflichtungen von den einzelnen Kassen nicht einheitlich festgestellt werden. Aus diesem Grunde will ich nachstehend den Versuch unternehmen, die Feststellung der Beitragsforderungen und -verpflichtungen zu Kapitel 1 Titel 1 zu erläutern

Die Feststellung der Beitragsforderungen erfolgte bis zur Einführung des Gesamtbeitrages nach einheitlichen Grundsätzen, die sich nicht zuletzt aus der Praxis heraus gebildet hatten und die von den Kassen auch allgemein angewandt wurden.

Nach Inkrafttreten der Zweiten Lohnabzugsverordnung und nach Bekanntwerden des Bescheides des Statistischen Reichsamts Nr. 1942/5 vom 26. 6. 1942 (AN 1942 S. II 421), betreffend die buchmäßige Behandlung der Beiträge für frühere Jahre, traten bei den Kassen die ersten Zweifel über die Art der Feststellung der Beitragsforderungen auf. Auch der am 22. 12. 1942 ergangene Bescheid des Statistischen Reichsamts Nr. 1942/11 (AN 1943 S. II 25), der sich mit der Behandlung der Forderungen und Verpflichtungen aus dem Beitragseinzug für die Sozialversicherung bei Aufstellung der zweimonatigen, vierteljährlichen und jährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen befaßt, konnte nicht für alle Kassen vollkommene Klarheit über die Art der Feststellung der gesamten Beitragsforderungen schaffen. Beide Bescheide führten in Verbindung mit der Zweiten Lohnabzugsverordnung schließlich dazu, daß von einzelnen Kassen angenommen wurde, die Erfassung der Beitragsrückstände zu Beginn des dem Berichtsjahr folgenden Jahres sei nicht mehr notwendig, weil auf diese Beträge (Dezember Soll) bei der Zusammenstellung der Beitragsforderungen nach der Einführung des Gesamtbeitrages aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung verzichtet werden könne. Rechnungsrat Teichmann vertrat diese Ansicht in der Zeitschrift „Die Ortskrankenkasse“ Nr. 2/1943 auf Seite 29 ebenfalls. Für den Praktiker war eine derartige Auslegung der Bescheide des Statistischen Reichsamts, die im Zusammenhang mit der Einführung des Gesamtbeitrages ergangen waren, schwer zu verstehen, weil nicht einzusehen war, daß aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung auf den weitaus größten Teil der Beitragsforderungen verzichtet werden sollte, während auf der anderen Seite alle Verpflichtungen wie bisher in ihrer vollen Höhe zu erfassen waren. Um auch in Zukunft eine einheitliche Feststellung der Beitragsforderungen und -verpflichtungen bei allen Krankenkassen zu gewährleisten, erging am 20. 2. 1943 ein weiterer Bescheid des Statistischen Reichsamts (DOK Nr. 3/43 S. 60), der erneut die Festsetzung der Forderungen und Verpflichtungen aus dem Beitragseinzug für die Sozialversicherung bei Aufstellung der Rechnungsergebnisse der Krankenkassen behandelt. Dieser Bescheid stellt nun in eindeutiger Weise fest, daß auch die nach dem Abrechnungszeitraum bis zum Tage der Abschlußfertigung festgestellten (zum Soll gestellten) Beiträge, Säumniszuschläge, Kosten und Gebühren, die sich noch auf den Abrechnungszeitraum beziehen und auf die Krankenversicherung entfallen, bei Kapitel 1 Titel 1 in der Vermögensübersicht der monatlichen (vierteljährlichen) Rechnungsergebnisse und in der Vermögensnachweisung der Jahresrechnung anzugeben sind. Amtmann Jacob hat in seinen Ausführungen „Abschlußarbeiten zum Jahresschluß“ in der „Ortskrankenkasse“ Nr. 3/1943, Seite 46, die Feststellung der Beitragsforderungen und -verpflichtungen unter Berücksichtigung des zuletzt genannten Bescheides ausführlich dargestellt.

Der Wortlaut des Bescheides des Statistischen Reichsamts vom 20. 2. 1943 und die Ausführungen von Amtmann Jacob zeigen, daß auch nach der Einführung des Gesamtbeitrages die Beitragsrückstände in voller Höhe (einschl. der Dezember-Sollstellungen im Januar des folgenden Jahres) bei der Feststellung der Beitragsforderungen zu erfassen sind. Aus dieser Tatsache ergibt sich für die Krankenkassen zum Zwecke einer richtigen Aufstellung der Jahresrechnung die Notwendigkeit, das in dem ersten Einziehungsabschnitt, der dem Berichtsjahr folgt, zusammengestellte Beitragssoll aufzugliedern und die Beträge, die nicht für das Berichtsjahr, sondern bereits für den ersten Einziehungsabschnitt des folgenden Jahres bestimmt sind, auszusondern. In welcher Weise diese Aussonderung zu geschehen hat, richtet sich nach den Verhältnissen, die bei den einzelnen Krankenkassen bestehen. Amtmann Jacob führt in der bereits angezogenen Abhandlung in der „Ortskrankenkasse“ Nr. 3/1943 auf Seite 47, unten rechts, zwei Beispiele an, aus denen die Art der Aussonderung der Sollbeträge für das neue Jahr zu ersehen ist.

Unter Berücksichtigung der bereits genannten Bescheide ergeben sich die bei Kapitel 1 Titel 1 in den Rechnungsabschluß der Jahresrechnung einzusetzenden Beitragsforderungen aus folgenden Einzelbeträgen:

a) Aus dem Gesamtbeitrag und zwar
   1. aus dem Sollsaldo, wenn sich ein solcher am Ende des letzten Einziehungsabschnitts des Berichtsjahrs in dem Formular „Endabstimmung“ in Spalte 2 (Beiträge zur Krankenversicherung) unten unter der Bezeichnung „Saldo am Ende des laufenden Einziehungabschnitts“ ergeben hat.
   2. aus dem Einnahmsaldo, sofern das Sonderkonto Beitragsüberweisungen an die Krankenkasse einen solchen am Ende des Berichtsjahres aufweist,
   3. aus dem Beitragssoll (Beiträge einschl. Gebühren) für das Berichtsjahr, das im ersten Einziehungsabschnitt des folgenden Jahres festgestellt wird.

b) Aus Beiträgen, die nicht im Gesamtbeitrag enthalten sind (unständig Beschäftigte, Rentner, Zusatzversicherte usw.) und zwar

   aus den Rückständen am 31. 12. des Berichtsjahrs, zuzüglich dem im Januar des folgenden Jahres festgestellten Dezember-Soll.

Sofern der letzte Einziehungsabschnitt des Berichtsjahrs mit einem Sollsaldo abschließt, was meistens der Fall sein dürfte, ergibt sich für die Praxis folgender Arbeitsgang:

Nachdem das Soll des ersten Einziehungsabschnitts des neuen Jahres festgestellt ist, sind die Soll-Beträge, die das neue Jahr betreffen (bereits zum Soll gestellte Januarbeiträge), wie bereits erwähnt, auszusondern. Nach der Aufstellung der Endabstimmung des ersten Einziehungsabschnitts ist von dem Betrag, der sich in dem „Endabstimmungs-Formular“ in Spalte 2 (Beiträge zur Krankenversicherung) unter der Bezeichnung „endgültiges Gesamtsoll“ ergibt, die Summe der ausgesonderten Sollbeträge abzusetzen. Dem verbleibenden Rest ist der Einnahmesaldo des Sonderkontos Beitragsüberweisungen an die Krankenkasse, sofern ein solcher am 31. 12. des Berichtsjahrs bestanden hat, zuzusetzen. Die sich ergebende Summe stellt die Beitragsforderungen aus dem Gesamtbeitrag dar.

Aus den Beiträgen, die nicht unter das Schlüsselverfahren fallen, ist die Summe der Forderungen, wie unter b) aufgezeigt, festzustellen und sodann den Forderungen aus dem Gesamtbeitrag hinzuzurechnen. Der sich ergebende Betrag stellt die Beitragsforderungen dar, die bei Kapitel 1 Titel 1 in den Rechnungsabschluß der Jahresrechnung einzusetzen sind.

Die Feststellung der Verpflichtungen, die bei Kapitel 1 Titel 1 in den Rechnungsabschluß der Jahresrechnung unter Umständen einzusetzen sind, ist weniger schwierig. Als Beitragsverpflichtungen ist bei diesem Titel die Summe der nachstehend angegebenen Einzelbeträge anzugeben:

a) Aus dem Gesamtbeitrag und zwar
   1. der Istsaldo, sofern sich ein solcher aus dem letzten Einziehungsabschnitt des Berichtsjahres in dem Formular „Endabstimmung“ in Spalte 2 (Beiträge zur Krankenversicherung) an Stelle des bei der Feststellung der Forderungen erwähnten Sollsaldos ergeben hat,
   2. der Ausgabesaldo des Sonderkontos Beitragsüberweisungen an die Krankenkasse, sofern sich ein solcher an Stelle des bei der Feststellung der Forderungen erwähnten Einnahmesaldos ergeben hat.

b) Aus den Beiträgen, die nicht im Gesamtbeitrag enthalten sind, können Verpflichtungen für die Krankenkassen praktisch nicht entstehen, denn der Rückstand am 31. 12. des Berichtsjahrs zuzüglich dem im Januar festgestellten Dezember-Soll wird immer ein Sollrückstand sein, der einen Teil der Beitragsforderungen darstellt.

Die vorstehenden Ausführungen über die Feststellung der Beitragsforderungen und -verpflichtungen, die bei Kapitel 1 Titel 1 in den Rechnungsabschluß der Jahresrechnung einzusetzen sind, gelten im übertragenen Sinne auch für die bei diesem Titel in die monatlichen (vierteljährlichen) Rechnungsergeb-

nisse als Forderungen und Verpflichtungen einzusetzenden Beträge.

In die Vermögensnachweisung der Jahresrechnung sind unter A III a als ausstehende Beiträge die in der vorstehend geschilderten Art festgestellten Forderungen zu Kapitel 1 Titel 1 und die gesondert ermittelten Beitragsforderungen zu Kapitel 1 Titel 2 und 3 einzusetzen. Der unter A III a in der Vermögensnachweisung anzugebende Betrag muß unter allen Umständen mit der Summe der im Rechnungsabschluß unter Kapitel 1 angegebenen Forderungen übereinstimmen, da durch die nachstehend beschriebene Art der Verbuchung Beitragsrückstände aus Vorjahren nicht mehr vorhanden sein können.

Die getrennte Verbuchung der eingehenden Beiträge für das laufende Jahr und für frühere Jahre ist durch den bereits eingangs erwähnten Bescheid des Statistischen Reichsamts Nr. 1942/5 vom 26. 6. 1942 weggefallen. Beiträge für das Vorjahr, die nach dem 1 Januar eingehen, sind wie laufende Beiträge bei Kapitel 1 Titel 1, bzw. bei Titel 2 und 3, zu vereinnahmen. Am 28. Februar sind die in der Vermögensnachweisung des Vorjahrs eingesetzten ausstehenden Beiträge in ihrer vollen Höhe bei Kapitel 18 Titel 1 zu vereinnahmen und bei Kapitel 1 Titel 1, 2 und 3 entsprechend zu verausgaben. Durch diesen buchmäßigen Ausgleich können nunmehr nach dem 28. Februar Beitragsrückstände aus Vorjahren im Vermögen der Kasse nicht mehr vorhanden sein, so daß sich die Summe der bei Kapitel 1 im Rechnungsabschluß der Jahresrechnung für das laufende Jahr eingesetzten Beitragsforderungen stets mit den unter A III a in der Vermögensnachweisung angegebenen ausstehenden Beiträgen decken muß.

Hat eine Krankenkasse Beitragsverpflichtungen in der erwähnten Art zu Kapitel 1 Titel 1 und gesondert zu Titel 2 und 3 festgestellt, so ist die Summe dieser Beträge ebenfalls unter B III der Vermögensnachweisung der Jahresrechnung einzusetzen. Zu Beginn des folgenden Jahres ist dann der gleiche Betrag bei Kapitel 18 Titel 3 (laut Bescheid des Statistischen Reichsamts Nr. 1942/2 vom 6. 1. 1942 AN 1942, S. II 35) zu verausgaben und bei Kapitel 1 Titel 1, 2 und 3 entsprechend zu vereinnahmen.

Bei den monatlichen (vierteljährlichen) Rechnungsergebnissen sind die bei Kapitel 1 eingesetzten Beitragsforderungen in der Vermögensübersicht unter A III 1 als ausstehende Beiträge aufzuführen. Auch hier müssen die bei Kapitel 1 eingesetzten Forderungen nach dem 28. Februar die gleiche Höhe aufweisen, wie die ausstehenden Beiträge in der Vermögensübersicht.

Sind von der Krankenkasse Beitragsverpflichtungen zu Kapitel 1 festgestellt, so sind auch diese Beträge unter B III 4 in die Vermögensübersicht der monatlichen (vierteljährlichen) Rechnungsergebnisse einzusetzen.

Zum Schluß sei noch vermerkt, daß die Forderungen und Verpflichtungen, die sich aus der Nichtabführung von Reichsstock-, Invaliden- und Angestelltenversicherungsbeiträgen am Abschlußtage ergeben können, in den vorstehenden Ausführungen nicht behandelt wurden, weil es sich bei diesen nicht um Beitragsforderungen und -verpflichtungen für die Krankenkassen handelt.

Die Verjährung von Beiträgen zur Sozialversicherung

Von Erich Heyer, Wuppertal

Durch die Sozialversicherungsanordnung Nr. 10 d. Präs. d. Zentralamtes f. Arb. vom 24. 6. 1947 wurde in der britischen Zone als Kriegsende der 31. 12. 1946 bestimmt. Dieses hat zur Folge, daß mit dem Ende des jetzigen Kalenderjahres 1947 für viele Beitragsforderungen Verjährung eintreten würde. Die Krankenkassen sind hierdurch gezwungen, wenn sie nicht Gefahr laufen wollen, daß rückständige Beiträge trotz aller Umsicht dennoch der Verjährung anheimfallen, sich mit diesem Thema nach langen Jahren wieder zu befassen. Seit dem Inkrafttreten der 2. Lohnabzugsverordnung vom 24. 4. 1942 ist dieses umsomehr erforderlich, als die Krankenkassen, seitdem sie auch Einziehungsstellen der Beiträge für die Träger der Rentenversicherung sind und diese bei nachgewiesenem schuldhaften Versäumnis das Recht haben, Regreßansprüche zu stellen. Zur Vermeidung derartiger Ansprüche ist daher von den Kassen alles zu tun, um eine Verjährung nicht eintreten zu lassen.

Nach § 29 Abs. 1 RVO verjährt der Anspruch auf Rückstände, soweit sie nicht absichtlich hinterzogen sind, regelmäßig in zwei Jahren nach Ablauf der Fälligkeit. Fällig sind die Beiträge nach § 393 RVO an dem Tage, welcher jeweils von der Kasse in der Satzung festgesetzt wird. Die Zahltage dürfen dabei höchstens einen Monat auseinanderliegen. Die fälligen Beiträge werden rückständig (§§ 28, 29 Abs. 1 RVO), wenn der Zahlungs- bzw. Fälligkeitstag verstrichen ist, ohne daß Zahlung vorgenommen wurde. Ist z. B. ein Beitrag am 30. 9. 1947 fällig gewesen, so beginnt die zweijährige Verjährungsfrist am 1. Januar 1948 und endet mit dem Ablauf des 31. 12. 1949. Würde der 31. 12. 1949 ein Sonntag sein, so würde die Verjährung erst mit dem 2. 1. 1950 eintreten, weil nach der Vorschrift des § 127 Abs. 1 RVO der nächstfolgende Werktag gilt (der 1. Januar ist bekanntlich allgemeiner gesetzlicher Feiertag), wenn der Ablauf einer Frist auf einen Sonn- oder allgemeinen Feiertag fällt, der am Erklärungs- oder Leistungsort staatlich anerkannt ist.

Wichtig ist diese Vorschrift vor allem dann, wenn Beiträge überhaupt erst am 31. 12. fällig werden und dieser Tag dann noch ein Sonn- oder gesetzlicher Feiertag ist. Der Zahlungs-, Fälligkeitstag verschiebt sich dann auf den 2. Januar, denn der 1. Januar ist gesetzlicher Feiertag. Würde, um bei dem obigen Beispiel zu bleiben, der Beitrag für Dezember 1950 nach der Satzung am letzten Tage des Monats, also am 31. 12. 1950 fällig sein, so würde sich der Zahlungs- bzw. Fälligkeitstag auf den 2. Januar 1951 verschieben, weil der 31. 12. 1950 ein Sonntag ist. Das Kalenderjahr der Fälligkeit würde somit das Jahr 1951 sein und diese Beiträge daher erst am 31. 12. 1953 verjähren.

Hinsichtlich der Berücksichtigung der Verjährung hat das Reichsversicherungsamt in seiner Entscheidung vom 7. 11. 1933 zum Ausdruck gebracht, daß die Verjährung von Rückständen gemäß § 29 Abs. 1 RVO im Gegensatz zu der Verjährung im bürgerlichen Recht aus Gründen des öffentlichen Rechts von Amtswegen zu berücksichtigen ist. Ist hiernach die Verjährung eingetreten, so ist die Zwangsvollstreckung unzulässig. (Siehe auch Kautz-Riewald, Kommentar zum Verwaltungszwangsverfahren zur Beitreibung von Geldbeträgen, Anmerk. 9 zu § 1).

Für absichtlich hinterzogene Beiträge gilt die kurze Verjährungsfrist nicht. Nach §§ 532, 533 RVO werden Arbeitgeber bestraft, die vorsätzlich diesen Bestimmungen zuwiderhandeln bzw. der berechtigten Kasse die Beiträge vorsätzlich vorenthalten. Es tritt nun die Frage auf, ob „absichtlich hinterzogen" und „vorsätzlich vorenthalten" begrifflich dasselbe ist bzw. ob nach dem Willen des Gesetzgebers darunter das gleiche zu verstehen ist. Das Amtsgericht Leipzig hat in seinem Urteil vom 1. 6. 1937 — 23 C 380/37 — DOK 1937, Seite 787, hierzu ausgeführt: „Eine vorsätzliche Beitragshinterziehung steht insoweit einer absichtlichen gleich, als sie den Tatbestand der genannten Gesetzesbestimmung erfüllt. Damit kommt aber der § 29 Abs. 1 RVO zum Zuge, der die Verjährungsfrist der absichtlich hinterzogenen Beiträge auf die regelmäßige Zeit von dreißig Jahren festsetzt."

Nach § 218 BGB verjährt ein rechtskräftig festgestellter Anspruch in dreißig Jahren. Das gleiche gilt von dem Anspruch aus einem vollstreckbaren Vergleich oder einer vollstreckbaren Urkunde. Es bleibt nun zu prüfen, ob die nach § 28 Abs. 1 RVO durchgeführte Zwangsvollstreckung einer rechtskräftigen Forderung gleichzustellen ist, weil die erfolgte Vollstreckung einem vollstreckbaren Titel des bürgerlichen Rechts als gleichwertig angesehen werden könnte. Dem ist aber nicht so, denn für die zwangsweise Beitreibung der rückständigen Beiträge ist ein vollstreckbarer Titel nicht erforderlich. Es genügt vielmehr die Feststellung der Krankenkassen, daß der Beitrag rückständig ist und der Antrag an die Vollstreckungsbehörde, diesen Rückstand beizutreiben. Bei einer derartigen Vollstreckung handelt es sich somit um einen einseitigen Verwaltungsakt der Kasse als Gläubigerin, dieses ist jedoch einer rechtskräftigen Feststellung der Forderung nicht gleichzustellen, ebensowenig sind aber auch die in Verfolg eines derartigen Vollstreckungsauftrages eingeleiteten Zwangsmaßnahmen als solche anzusehen. Mit der Einleitung oder auch nach der Durchführung des Zwangsbeitreibungsverfahrens verändern diese Rückstände keinesfalls ihren ursprünglichen Charakter als rückständige Beiträge, vielmehr unterliegen sie in materiell rechtlicher Beziehung auch weiterhin den Vorschriften der RVO.

Das Reichsversicherungsamt hat daher mit Recht in seiner Entscheidung vom 27. 2. 1936 festgehalten, daß Ansprüche auf Rückstände im Sinne des § 28 RVO auch nach Einleitung des Beitreibungsverfahrens der zweijährigen Verjährung unterliegen.

Nach der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 27. 2. 1936 II K 112/35 (AN S. IV 164) kann jedoch ohne weiteres als rechtskräftig festgestellte Forderung angesehen werden, wenn ein Anspruch förmlich durch rechtskräftigen Bescheid oder eine rechtskräftige Entscheidung im Verfahren der Reichsversicherungsordnung festgestellt worden ist sowie die im Konkursverfahren festgestellte Forderung.

Findet nun nach den Bestimmungen der RVO für diese letztgenannten Forderungen die kurze zweijährige Verjährung oder doch die regelmäßige dreißigjährige Frist Anwendung? Man geht hierbei keinesfalls in der Annahme fehl, wenn man unterstellt, daß, da es sich um eine öffentlich rechtliche Forderung handelt, auch nur die Bestimmungen des öffentlichen Rechts anzuwenden sind. Die RVO enthält nun keinerlei Vorschriften darüber, daß für Forderungen, die rechtskräftig festgestellt oder durch rechtskräftige Entscheidung im Verfahren der RVO festgestellt wurden, die dreißigjährige Frist gilt. Vom RVA wurde am 27. 2. 1917 entschieden (zu vergl. Schraeder/Schulte/Brucker), daß, auch wenn die Beitragsforderung rechtskräftig festgestellt ist, nicht eine dreißigjährige, sondern die 2jährige Verjährungsfrist läuft.

Es dürfte daher durchaus richtig sein, wenn die Krankenkassen unterstellen, daß für sämtliche Beitragsforderungen, soweit es sich nicht um absichtlich hinterzogene oder vorsätzlich vorenthaltene Beiträge handelt, die zweijährige Verjährungsfrist anzuwenden ist.

Um nun eine Verjährung nicht eintreten zu lassen, ist es zweckmäßig, alljährlich eine Zwangsvollstreckung oder eine andere geeignete Maßnahme einzuleiten, die zur Unterbrechung der Verjährung dient.

Die RVO enthält nun keine Vorschrift über die Wirkung, Hemmung und Unterbrechung der Verjährung. Das Reichsversicherungsamt hat in seiner ständigen Rechtsprechung entschieden, daß auf die Verjährung die Grundsätze des bürgerlichen Rechts

ergänzend anzuwenden sind. Diese gelten jedoch nach den Ausführungen des RVA erst in zweiter Linie, soweit im öffentlichen Recht nicht eine anderweitige Vorschrift vorhanden oder doch geboten ist (zu vergl. Entsch. des RVA vom 25. 6. 1910 — AN 1910 S. 644, 30. 4. 1921 — AN 1921 S. 331, 12. 11. 1930 — AN 1931 S. 2). Die Beitreibung der Rückstände geschieht nach § 28 RVO wie Gemeindeabgaben. Die Verjährung der Beitragsrückstände wird daher durch dieselben Tatsachen unterbrochen (so auch RVA vom 19. 9. 1910).

In den ehemals zu Preußen gehörenden Landesteilen kommt das preuß. Kommunalabgabengesetz vom 14. 7. 1893 in Betracht. Hier ist im § 88 Abs. 2 die Unterbrechung der Verjährung geregelt. Nach diesem wird die Verjährung unterbrochen:

a) durch eine an den Zahlungspflichtigen erlassene Zahlungsaufforderung;
b) durch Verfügung der Zwangsvollstreckung;
c) durch Stundung.

Die Unterbrechung der Verjährung von Beitragsrückständen ist somit gegenüber den Grundsätzen des BGB wesentlich erleichtert. Zur Unterbrechung genügt schon die an den Pflichtigen erlassene Zahlungsaufforderung. Als solche kann aber auch eine Mahnung der Krankenkasse, die keine eigenen Vollstreckungsbeamten hat, angesehen werden. Zu beachten ist jedoch, daß es sich bei der Mahnung oder Zahlungsaufforderung um eine empfangsbedürftige Willenserklärung handelt. Die Kasse muß daher beweisen können, daß diese dem Beitragsschuldner zugegangen ist. Zu empfehlen wäre daher, die Mahnungen mittels Zustellungsurkunde zuzusenden. In diesem Falle würde die Zustellungsurkunde einen einwandfreien Beweis über den Empfang der Mahnung darstellen.

Die Krankenkassen, die eigene Vollstreckungsbeamte haben, brauchen von einer Zahlungsaufforderung kaum Gebrauch zu machen. Es reicht vollkommen, wenn vor Ablauf der Verjährung eine erneute Zwangsvollstreckung noch vor Ablauf des Jahres durchgeführt wird. Falls jedoch ein Beitragsschuldner inzwischen seinen Wohnort wechselte, ist unter Umständen eine Zahlungsaufforderung, wie vorhin beschrieben, am Platze, weil das Einziehungsersuchen an die in Frage kommende Gemeindeverwaltung der verfügten Zwangsvollstreckung nicht gleichgestellt werden kann.

Jahresabschlußarbeiten

Von Oberinspektor Wilhelm Franke-Detmold

In der Folge Nr. 23/47 dieser Zeitschrift vom 1. 12. 1947 gibt Berufskamerad Rothe, Hamburg, eine kurzgefaßte Übersicht über die Jahresabschlußarbeiten. So wünschenswert diese Ausführungen auch waren, sie können nicht restlos gutgeheißen werden und unwidersprochen bleiben. Seine Abhandlung enthält einige Unrichtigkeiten. Vielleicht sind die Jahresabschlußarbeiten beim Erscheinen dieser Zeilen bereits abgeschlossen. Trotzdem muß eine Richtigstellung vorgenommen werden.

1. Zu I, 3 — Abschreibungen:

In diesem Abschnitt wird gesagt, daß Abschreibungen für Grundstücke vorzunehmen sind. Dieses stimmt nicht. Ich verweise hier auf die Ausführungen in den „Regeln" Seite 62. Der Wert des Grund und Bodens bleibt bei den Abschreibungen außer Betracht.

2. Zu I, 11 — Sonderkonto Gesamtbeitrag:

Nach Ansicht von Rothe sind Ausgabe-Überschüsse bei Kap. 16/1 in Ausgabe zu buchen. Hier ist jedoch der Bescheid des Statistischen Reichsamts vom 22. 12. 1942 (1942/11) AN 1943 S. II 225 zuständig.

3. Zu I, 12 — Abstimmung der Forderungen und Verpflichtungen:

Hier spricht Rothe unter Ziffer 1 von Beitragsforderungen abzüglich Eingänge bei Kap. 18/1. Ein Hinweis auf den Bescheid des Stat. Reichsamts vom 26. 6. 1942 (1942/5) AN S. II 421 scheint hier angebracht zu sein. Das Kapitel 18/1 ist in jedem Falle durch die vorzunehmenden Umbuchungen am 28. 2. j. Js. ausgeglichen. Mögen diese Ausführungen eine Ergänzung derjenigen vom Berufskameraden Rothe sein.

Jubiläum

Am 24. Januar d. J. stand Herr Verwaltungsinspektor Wilhelm Weitzel zu Darmstadt, Frankfurter Straße 66, 50 Jahre im Dienst der Landesversicherungsanstalt Hessen. Als ein pflichtgetreuer Beamter hat Herr Weitzel in diesen Jahren die Wandlungen der deutschen Sozialversicherung nicht nur miterlebt, sondern zu seinem Teile auch bei dieser Entwicklung praktisch mitgearbeitet. Seitens der Landesregierung, seiner Dienststelle und seiner Mitarbeiter wurden ihm im reichen Maße Ehrungen zuteil.

Wir übermitteln dem Jubilar zu seinem Ehrentage ebenfalls unsere herzlichsten Glückwünsche.

Die Schriftleitung.

Unsere Mitarbeiter

1. Verw.-Oberinspektor Ferdinand Silber, geb. 5. 7. 1900 in Knittlingen, Kr. Vaihingen/Enz, Stuttgart, Allgemeine Ortskrankenkasse.
2. Landesgeschäftsführer Heinrich Kühne, geb. 21. 8. 1888 in Hamburg, Hannover, Tiestestraße 22.

Statistik

Rentenstand im Monat November 1947

Land Bayern

Anstalten	Invalidenversicherung: Zahl der eigenen Rentner: Invaliden-Renten	über 65 Jahre	Witwen und Witwer	Waisen (Einzelrenten)	Zahl der Rentner, an die Renten ausgezahlt wurden (einschl. Fremdrenten)	Angestelltenversicherung: Zahl der Rentner, an die Renten ausgezahlt wurden
Landesversicherungsanstalten:						
Oberbayern, München	74 482	51 965	22 166	21 906	107 275	
Niederbayern-Oberpfalz, Landshut	41 254	17 119	13 516	21 536	73 642	
Ober- und Mittelfranken, Bayreuth	84 628	56 966	27 779	32 054	138 401	
Unterfranken, Würzburg	24 572	17 513	9 472	11 787	43 012	
Schwaben, Augsburg	31 821	21 569	9 409	10 840	61 941	
Summe	256 757	165 132	82 342	97 913	424 271	
Sonderanstalt:						
Südd. Knappschaft, München	9 895	1 218	5 639	4 468	13 095	
Insgesamt	266 652	166 350	87 981	102 381	437 366	

Land Hessen

Landesversicherungsanstalt:						
Hessen, Frankfurt/Main	124 676	92 725	44 752	41 277	234 130	54 693
Sonderanstalten:						
Reichsbahn-Vers.-Anstalt f. Hessen	32 741	12 109	12 639	10 652	49 981	—
Hessische Knappschaft	7 259	1 453	4 938	2 350	16 000	—
Insgesamt	164 676	106 287	62 329	54 279	300 111	— 54 693

Land Württemberg (Landesversicherungsanstalt Württemberg in Stuttgart)

Abteilung Invalidenversicherung

	amer. u. franz. Zone
Invalidenrenten	120 444
Witwenrenten	39 424
Waisenrenten (Einzel)	44 928
(davon Stämme)	(26 474)
Insgesamt	**204 796**

Abteilung Angestelltenversicherung (nach Angaben der Post)

Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten	amer. u. franz. Zone	
	27 790	10 610
Insgesamt		**38 400**

Mitglieder- und Krankenstand

a) der hessischen Krankenkassen im Monat Dezember 1947

Gruppe der Kassen	Anzahl der Kassen	Zahl der Mitglieder	Pflicht-versicherte	Freiwillig Versicherte	Rentner	Prozentsatz der Arbeitsunfähigen zur Mitgliederzahl am Ende des Vormonats: (bezogen a.d. Ges.-Mitgl.-Zahl)	Vormonats: (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Ges.-Mitgl. Zahl)	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl)
1. Allgemeine Ortskrankenkassen	40	1 246 659	743 668	215 062	287 929	2,66	4,51	2,57	4,31
2. Betriebskrankenkassen	91	115 874	88 694	27 180	—	4,61	6,04	4,35	7,27
3. Innungskrankenkassen	10	19 231	9 391	9 840	—	2,66	3,57	2,29	4,67
4. Ersatzkrankenkassen (Verwaltungsstellen)	13	163 376	80 526	82 850	—	1,74	3,49	1,69	3,42
Insgesamt:	154	1 545 140	922 279	334 932	287 929	—	—	—	—
AOK Frankfurt/Main		213 780	133 565	32 966	47 249	2,83	4,52	2,72	4,33
AOK Stadt- und Landkreis Offenbach/Main		76 459	47 091	11 340	18 028	2,95	4,81	3,19	5,18
AOK Stadt- und Landkreis Darmstadt		54 527	32 283	9 949	12 295	3,05	5,22	2,59	4,38
AOK Stadt- und Landkreis Gießen		44 976	30 447	6 328	8 201	3,37	5,02	3,33	4,92
AOK Stadt- und Landkreis Kassel		60 950	39 987	6 677	14 286	3,19	4,84	2,97	4,52
AOK Stadt- und Landkreis Hanau		39 766	26 120	6 107	7 539	4,06	6,26	4,07	6,17
AOK Stadt- und Landkreis Fulda		37 378	23 202	5 432	8 744	3,58	4,13	2,41	3,88
AOK Kreis Wolfhagen		9 618	5 193	1 493	2 932	1,81	3,32	1,83	3,59
AOK Kreis Rotenburg/Fulda		13 286	7 896	2 936	2 454	3,18	5,28	2,89	4,87
BKK Adam Opel A.-G. Rüsselsheim		10 266	7 340	2 926	—	5,13	7,26	4,63	6,48
BKK MAN Gustavsburg		4 254	3 423	831	—	4,73	5,84	5,31	6,57
BKK VDM Heddernheimer Kupferwerk, Frankfurt/Main-Heddernheim		1 682	1 207	475	—	5,70	8,06	5,93	9,11
Reichsbahn-Betriebskrankenkasse Frankfurt a. M.		68 446	43 525	4 703	20 218	5,73	8,99	6,68	8,93

b) der württemberg-badischen Krankenkassen am 31. Dezember 1947

Gruppe der Kassen	Anzahl der Kassen	Zahl der Mitglieder	Pflicht-versicherte	Freiwillig Versicherte	Rentner	Prozentsatz d.arbeitsunfäh.Pflichtmitgl. zur Zahl der Pflichtmitgl. am Ende des Vormonats:	Berichtsmonats:
1. Allgemeine Ortskrankenkassen	40	1 197 729	726 251	228 647	242 831	4,68	4,57
2. Betriebskrankenkassen	116	117 533	92 136	25 397	—	5,32	4,92
3. Innungskrankenkassen	10	17 264	13 803	3 461	—	3,89	3,04
4. Angestellten-Ersatzkasse	9	135 727	67 504	68 223	—	2,09	3,14
5. Arbeiter-Ersatzkasse	3	8 566	4 108	4 458	—	4,89	4,45
Insgesamt:	178	1 476 819	903 802	330 186	242 831	4,40	4,47
AOK Stuttgart		185 391	123 430	26 881	35 080	6,21	5,98
AOK Mannheim		111 522	75 310	14 035	22 177	5,68	6,24
AOK Karlsruhe		88 569	50 250	18 032	20 286	5,34	5,11
AOK Heidelberg		76 082	49 060	12 751	14 271	3,37	3,46
AOK Göppingen		59 478	35 569	10 281	13 628	4,12	3,99
AOK Ulm		39 073	23 565	8 617	6 911	4,30	3,71
AOK Pforzheim		39 075	19 613	9 628	9 834	4,84	4,60
AOK Künzelsau		8 500	5 066	1 750	1 684	3,02	2,45
BKK der Stadt Karlsruhe		12 254	8 997	3 257	—	2,96	3,77
BKK der Masch.-Fabrik Hch. Lanz Mannheim		3 590	2 743	847	—	9,04	7,87
BKK der Südd. Zucker A.-G. Waghäusel		4 110	3 562	548	—	3,42	6,94
BKK der Masch.-Fabr. J. M. Voith, Heidenheim		3 339	2 611	728	—	4,20	4,06
BKK der Zellstoff-Fabrik Mannh.-Waldhof		2 878	2 413	465	—	4,65	4,60
BKK der Fa. Spießhofer & Braun, Heubach		2 318	1 642	676	—	2,37	2,68
BKK der Maschinenfabrik Eßlingen		3 314	2 711	603	—	7,35	6,42

c) der bayerischen Krankenkassen im Monat November 1947

Gruppe der Kassen	Pflichtvers. am letzten Tage des Monats	Freiwillig Vers. am letzten Tage des Monats	Rentner für den vorangehenden Monat	Arbeitsunfähige am ersten Tage des Monats	Neue Arbeitsunfähigkeitsfälle während des Monats	Während des Monats beendete Arbeitsunfähigkeitsfälle	Arbeitsunfähige Pflichtmitgl. am letzten Tage des Monats	Prozentsatz der arb. unfähigen Pflichtmitglieder zur Zahl der Pflichtmitglieder
1. Allgem. Ortskrankenkassen	1 613 616	445 190	473 548	58 903	70 893	71 135	58 661	3,64
2. Landkrankenkassen	68 434	19 690	3 893	1 442	1 907	1 835	1 514	2,21
3. Innungskrankenkassen	21 925	8 130	—	679	810	829	660	3,01
4. Betriebskrankenkassen	127 346	27 930	851	6 870	8 714	9 111	6 473	5,08
5. Ersatzkassen für Arbeiter	9 537	5 087	—	403	451	419	435	4,56
6. Ersatzkassen für Angestellte	117 550	109 663	—	3 697	2 456	2 375	3 778	3,21
Alle reichsgesetzlichen Krankenkassen Bayerns	1 958 408	615 690	478 292	71 994	85 231	85 704	71 521	—

Schriftleiter: Oberregierungsrat Ostermayer, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main, Gartenstraße 140
Verlag: Adolf Rausch Verlag, Heidelberg, Schließfach 403. — Bankkonto: Südwestbank, Heidelberg. — Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Einzelpreis RM —.40. Postbezug vierteljährlich RM 2.— zuzügl. Zustellgebühr. — Druck: Mannheimer Großdruckerei GmbH., Mannheim, R 1, 4–6

Die Sozialversicherung

Zeitschrift für alle Angelegenheiten der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung

Herausgeber: Präsident Stock, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main. — Mitherausgeber: Reg.-Dir Hof, Arbeitsministerium Württemberg, Stuttgart. Direktor Peschel, Vorsitzender der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München. - Verlagsort Mannheim

Nr. 3 | 1. Februar 1948 | 3. Jahrgang

Inhaltsverzeichnis Seite

1. Die öffentliche Meinung zur Reform der Sozialversicherung, von Verwaltungsdirektor Heinr. Kühne, Hannover 17
2. Neuregelung der Versorgung der Dienstbeschädigten und Buchungen bei Kapitel 17, von Hermann Ostermann, Essen 19
3. Gesetze, Verordnungen, Erlasse 20
4. Rechtsauskünfte 23
5. Rechtsprechung 24
6. Berichtigung 24

Die öffentliche Meinung zur Reform der Sozialversicherung

Von Verwaltungsdirektor Heinrich Kühne
Verband der Ortskrankenkassen Niedersachsen, Hannover

Die Diskussion über die Reform der Sozialversicherung hat in der Presse und in Versammlungen Formen angenommen, die mehr als unsachlich sind. Von „Fachleuten" und sich berufen fühlenden Kreisen wird zur Reform Stellung bezogen, so daß die Fronten für und gegen den Neubau der Sozialversicherung sich nunmehr klar abzeichnen. Für die Zusammenfassung der Sozialversicherungsträger haben sich die Gewerkschaften und die Verbände der Ortskrankenkassen entschieden, als Gegner treten die privaten Versicherungsgesellschaften einschließlich der Sonder-Krankenkassen, die Vertreter der Heilberufe und eine Anzahl führender Versicherungsfachleute auf, denen sich einige höhere Verwaltungsbeamte angeschlossen haben. Gegen diese Auseinandersetzung ist an sich nichts einzuwenden, solange sie sachlich und von der Verantwortung für die Sicherung der gesamten Sozialversicherung getragen ist. Sie ist sogar nützlich und notwendig, wenn Eigennutz und Voreingenommenheit ausgeschaltet werden. Das ist aber bei den Befürwortern der sogenannten „klassischen" Sozialversicherung leider nicht immer der Fall. Man mag darüber noch hinwegsehen, wenn in öffentlichen Versammlungen, die überwiegend nur von den in der Privatversicherung und bei den Ersatzkrankenkassen beschäftigten Angestellten besucht werden, den Befürwortern der Reform unterstellt wird, daß Machtgelüste und das Streben nach höheren Gehältern für die Leiter der künftigen größeren Anstalten die Ursache für ihre Einstellung seien; wenn aber sogar „Wissenschaftler" die Behauptung aufstellen, daß durch eine Reform der Sozialversicherung im Sinne der Vereinheitlichung der einzelnen Sozialversicherungsträger die Versorgung der Kriegsopfer unmöglich gemacht und die Bekämpfung der Volkskrankheiten (Tuberkulose usw.) gehindert wird, so muß selbst der Laie staunen. Ein „klassisches" Beispiel für die unwissenschaftliche Art der Diskussion über die Reform der Sozialversicherung bietet die Nr. 2 der Zeitschrift „Versicherungswissenschaft und Versicherungspraxis" in ihrem Artikel: „Die öffentliche Meinung zur Reform der Sozialversicherung".

Abgesehen davon, daß diese Zeitschrift fast ausschließlich Stimmen gegen die Zusammenfassung der Versicherungsträger wiedergibt und dabei erklärt, daß Äußerungen von Befürwortern einer Reform nur sehr spärlich vorlägen (Seite 37), wird behauptet, die Anhänger der „klassischen" Versicherung kämpften auf dem Boden wissenschaftlicher Überzeugungen mit realen Gründen für das klassisch und geschichtlich Gewordene. Wie diese realen Gründe aussehen, die die Zeitschrift zitiert, erkennt man z. B. daran, daß von angeblich unabhängigen wirtschaftlichen Stellen geltend gemacht werde, die Sozialversicherung müsse gemäß der wirtschaftlichen Notlage Deutschlands eher eingeschränkt als erweitert werden (Seite 44). Eine unsachliche Zusammenstellung von Meinungen zur Reform ergibt sich aber auch aus der Art der Wiedergabe dieser Meinungen. Nach einer Darstellung der Gestaltung der Sozialversicherung in der Ostzone, bei der die Zeitschrift verschämt einschaltet, die Bedingungen für den Rentenbezug seien dort sogar gegenüber dem bis 1945 geltenden Recht verbessert (Seite 34), obwohl die finanzielle Lage der Sozialversicherung im Zeitpunkt des Zusammenbruchs und kurz darauf unrettbar und auch die ordnungsmäßige Versorgung der Kranken gefährdet schien, schildert sie die Entwicklung der Sozialversicherung in der französischen und in den westlichen Besatzungszonen. Sie kommt dann zur Darstellung der Pläne der Alliierten Kontrollbehörde und widmet dieser Darstellung ganze 3 Seiten. Sie füllt aber 19 Seiten mit Äußerungen von Kirchen, Wissenschaftlern, politischen Parteien und den Beteiligten. Daß bei dieser Art der Zusammenstellung die Regelung in der Ostzone zu kurz kommen muß, ist wohl für jeden, der unvoreingenommen die Sozialversicherung der Ostzone betrachtet, klar, selbst wenn er die Einheitsversicherung in dieser Form ablehnt. Wenn aber dann die Stimmen der Gewerkschaften und der Orskrankenkassen als Befürworter der Reform auf knapp 2 Seiten abgetan werden, dann kann von einem objektiven Bericht über die öffentliche Meinung zur Reform der Sozialversicherung nicht mehr die Rede sein. Diese Art wird aber verständlich durch die Tatsache, daß hinter dieser wissenschaftlichen Zeitschrift in erster Linie die privaten Versicherungsgesellschaften stehen. Die Haltung der Privatversicherung, der Ersatzkrankenkassen einschließlich der Sonderkassen ist verständlich; sie kämpfen um ihre Existenz ohne Rücksicht auf die Belange der Versicherten. Die Privatversicherung, die auf einer ihrer Tagungen das Gesetz der großen Zahl für die Versicherungswirtschaft in Anspruch nahm und erklärte, daß nur große Gesellschaften leistungsfähig sein können, kämpft gegen „Mammutgebilde" in der Sozialversicherung. Sie behauptet, durch die Reform würden der „Versicherungsbürokratie" gewaltige Geldmittel in die Hände gespielt, wodurch der Wille zur Macht gereizt, die Verwaltung an sachlicher Arbeit gehindert und Volksteile unter die Zwangsversicherung gebracht würden, die sie nicht brauche und die sie mit einer ungerechten Sondersteuer belaste. Jeder Fachmann weiß, daß auch ohne „Hitler" das Bestreben der privaten Versicherungsunternehmer zum Zusammenschluß ging, und zwar nicht allein, um im Interesse der Versicherten leistungsfähig zu sein. Wer wollte bestreiten, daß gerade jetzt große Volksteile, die nicht der Sozialversicherung unterstehen, auf staatliche Fürsorge angewiesen sind und froh wären, wenn sie Anspruch auf Leistungen aus der Sozialversicherung hätten. Ja — daß in zahlreichen Fällen von den aus dem Osten Vertriebenen versucht wird, diese Leistungen in Anspruch zu nehmen oder aber sich ihr heute unterstellen wollen, ohne je vorher, als sie noch Haus und Hof hatten, daran gedacht zu haben, Beiträge an sie abzuführen. Es wird behauptet, die klassischen Versicherungen hätten in der Vergangenheit in jeder Beziehung ihre Aufgaben erfüllt. Offenbar weiß man auch nichts davon, daß ein großer Teil der Invalidenrentner von der staatlichen Fürsorge zusätzlich unterstützt werden muß, um ein Existenzminimum zu haben und selbst diese unzulänglichen Renten nur gezahlt werden konnten, nachdem aus Mitteln des Reichsstocks seit Jahren Millionenbeträge dem Rentenversicherungsträger gezahlt wurden. Die Argumente der Privatversicherung gegen eine Reform sind offenbar von der Furcht diktiert, daß ihre Geschäftsinteressen durch eine Reform der Sozialversicherung Schaden erleiden könnten. Die Vertreter der Sonderkassen lassen sich ebenfalls überwiegend von den angeblichen besonderen „Versicherungsbedürfnissen" ihrer Mitglieder leiten und vertreten vielleicht damit Sonderinteressen bestimmter Volksteile. Sie nehmen aber keine Rücksicht auf die Belange der Gesamtheit der Versicherten, ja, sie gefährden dabei den Fortbestand der Sozialversicherungszweige, mindestens aber deren Leistungsfähigkeit. Man denke nur an die zahlreichen Kleinstbetriebskrankenkassen, deren Mitglieder vor dem Nichts ständen, wenn sie nicht im Falle der Zahlungsunfähigkeit ihrer Kassen von den Ortskrankenkassen aufgenommen würden. Viele solcher Kassen haben oft mehr Krankengeld zu zahlen, als sie Beiträge einnehmen. Bei der Übernahme von Betriebskrankenkassen in die einheitlichen Krankenkassen der französischen Zone, aber auch z. B. in Bremerhaven, haben sich nicht nur in verwaltungsmäßiger Hinsicht, sondern auch bezüglich ihrer Finanzlage erschreckende Zustände ergeben. Die Betriebskrankenkassen der Post und der Eisenbahn der französischen Zone hatten bei der Übernahme erhebliche Fehlbeträge. Dabei sind die sonstigen „Vorzüge" der Betriebskrankenkassen nicht berücksichtigt, die in der Vergangenheit und wahrscheinlich auch wieder künftig eine Auslese des Versichertenkreises durchführen.

Und nun die Einwände der Wissenschaft gegen eine Reform der Sozialversicherung. Die Tagung der evangelischen Landes-

kirche in Bergedorf meint, die „totalitäre Einheitsversicherung" stelle die weitestgehende Erhaltung der Entschließungsfreiheit der Menschen in Frage. Die evangelische Akademie erklärt nach der genannten Zeitschrift (Seite 39) in einer Entschließung u. a., es sei wichtiger, Arbeit zu schaffen, als Renten zu gewähren. Diese Auffassung läßt eine völlige Verkennung der Aufgaben der Sozialversicherung erkennen und ruft das Gefühl wach, daß Kreise, die ihre Versorgung durch den Staat als wohlerworbene Rechte betrachten, obschon sie nicht zu den Menschen gehören, die sich nicht aus eigener Kraft helfen können, anderen Volksteilen die Sicherheit ihrer Existenz bei den Wechselfällen des Lebens nicht zubilligen. Hat nicht das Ergebnis des letzten Krieges zur Genüge gezeigt, daß niemand mehr diese Kraft hat? Was hat die „Überschätzung des rein Technischen in der Heilkunst, die zu verhängnisvollen Irrtümern führte" — wie Prof. Koch meint — (S. 39) mit der Reform der Sozialversicherung zu tun? Welche Sorgen machen sich die Ärzte, die von der Reform der Sozialversicherung befürchten, daß Bandagisten und Optiker expropriiert würden und infolge der Errichtung von Ambulatorien Ärzte als Angestellte arbeiten müßten. Die freie Arztwahl werde aufgehoben, denn alle Versicherten wären gezwungen, bestimmte Polikliniken und dort beamtete Ärzte aufzusuchen. Das bedeute, die anonyme Behandlungsfabrik und die kostspieligen, differenzierten Behandlungsmethoden würden der breiten Masse des Volkes vorenthalten (S. 39/40). Kann der einzelne Arzt, der sich oft noch nicht einmal die einfacheren Apparate anschaffen kann, überhaupt den Kranken die kostspieligen Behandlungsmethoden sichern? Die „Behandlungsfabriken" haben wir leider schon lange ohne Reform, nur in anderer Art. Im übrigen hat die Organisation der Sozialversicherung nichts mit den Beziehungen zwischen den Ärzten und den Versicherungsträgern zu tun. Wird man nicht an Zeiten erinnert, in denen die Ärzte ihre Hand nach den Krankenversicherungsträgern ausstreckten, um die Leitung der Krankenkassen in die Finger zu bekommen? Daher auch der Vorschlag von Ärzten, die Finanzgestaltung von der Leistungsgewährung zu trennen. Die Krankenkassen wünschen keinen Kampf zwischen Ärzten und Krankenkassen und beabsichtigen nicht, an der vertraglichen Regelung von 1931 zu rütteln, dagegen deuten alle Anzeichen darauf hin, daß die Ärzte eine Änderung wünschten. Die Ärzteorganisationen wehren sich auch gegen die Wiedereinführung von demokratischen Regelungen, die bis 1933 bestanden haben und die den Krankenkassen die Mitwirkung bei der Zulassung und der Verteilung der Honorare sicherten. Den Ärzten wird die Aufgabe, im Rahmen der Sozialversicherung für die Volksgesundheit zu wirken, stets im vollen Umfang zufallen. Es ist aber Demagogie, wenn die Berliner Ärzte in einer Versammlung am 6. 8. 1947 behaupten, daß die Ärzte keinem Kranken die Errungenschaften der medizinischen Technik vorenthalten, daß aber die VAB vorschriebe, daß das Maß des unbedingt Notwendigen nicht überschritten werden darf (S. 56). Ein Arzt braucht ja nicht den Paragraphen 182 [3] RVO zu kennen, der für die Krankenkassen auch in den Westzonen bindend ist.

Ein Wort sei noch den „Fachleuten" aus der Verwaltung der Sozialversicherung gewidmet, die sich den — übrigens nicht einheitlich ausgerichteten — Gegnern der Reform angeschlossen haben. Wenn Eckert und Grieser sich heute für die Erhaltung der sogenannten „klassischen Sozialversicherung" aussprechen, so darf daran erinnert werden, daß sie früher eine abweichende Meinung vertraten. In der Begründung zum Abschnitt II-Artikel 8 § 3 des Aufbaugesetzes vom 5. 7. 1934 von K r o h n - Z s c h i m m e r - E c k e r t heißt es u. a.:

„Daneben beruhen die Verschiedenheiten (in der Krankenversicherung) aber zu einem recht großen Teil auf sachlich nicht gerechtfertigten Bevorzugungen und Benachteiligungen. — — Die Folge ist, daß die im allgemeinen schlechter Entlohnten die höheren Beiträge und schlechteren Leistungen, die günstiger Gestellten dagegen die niedrigeren Beiträge und besseren Leistungen haben. — — Namentlich ist nach den Erfahrungen, besonders der letzten Jahre, zu befürchten, daß ein Fortbestehen der künstlichen Bevorzugungen gewisser Kassenarten eine dauernde Aushöhlung der Allgemeinen Ortskrankenkassen und damit die Vernichtung ihrer Leistungsfähigkeit bedeuten würde."

Spricht diese Auslassung nicht eindeutig für eine Reform der Sozialversicherung? Aber auch andere Fachleute, deren Wirken für die Sozialversicherung von allen Seiten anerkannt wird, haben sich gegen das Fortbestehen der sogenannten „klassischen" Sozialversicherung ausgesprochen oder mindestens die Mängel der Zersplitterung aufgezeigt. Zu der 10. Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung schreibt K i l i a n - G r ü n e w a l d u. a.: „Es gibt nämlich trotz der durch die vom RAM eingesetzten Kommissare . . . . immer noch viele Krankenkassen, die in demselben Versicherungsamtsbezirk nebeneinander bestehen und nur eine geringe Mitgliederzahl haben. Hierdurch kann ihre Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt werden. Es fehlt ihnen oft die gesunde Risikomischung und der damit verbundene Risikoausgleich."

Ist der Ausspruch Graf von Posadowsky's schon vergessen, der 1902 im Reichstag erklärte: „Würde man heute die sozialpolitische Gesetzgebung neu aufbauen, dann wäre. glaube ich, in diesem Hause auch nicht der geringste Streit darüber, daß eine e i n h e i t l i c h e O r g a n i s a t i o n geschaffen werden müßte. Das würde den Gang des ganzen Werkes sehr vereinfachen, verbessern und seine Kosten bedeutend verringern. Ich glaube also, es muß eine Aufgabe der Zukunft sein, diese drei großen Versicherungsgesellschaften in eine einheitliche Form zusammenzufassen."

Die Zahl der Fachleute, die die Nachteile des geschichtlich Gewordenen erkannten, ließe sich erheblich vermehren.

Bei dem Kampf um die Reform steht eigenartigerweise weniger das Leistungsgebiet im Vordergrund als die organisatorische Form der Sozialversicherung, insbesondere der Krankenversicherung. Die Gestalt der Versicherungsträger ist aber eine Zweckmäßigkeitsfrage und ist abhängig von den Bedürfnissen der zu Betreuenden. Wir leben aber in einer Zeit der größten Umschichtung der Menschen sowohl hinsichtlich ihrer Niederlassung als auch ihrer Beschäftigung. Im Frühjahr 1947 betrug die Gesamtzahl der ausgewiesenen und vertriebenen Deutschen rund 10 Millionen, dazu kommen noch besonders die aus Anlaß des Bombenkrieges in andere Wohnbezirke Evakuierten. Allein in Niedersachsen kamen nach dem Stand vom 1. 9. 1947 auf rund 4 Millionen ständige Einwohner 1½ Millionen Ausgewiesene und Vertriebene, während fast 700 000 Evakuierte auf die Rückkehr in ihren früheren Wohnsitz warten. Unter diesen fast 2¼ Millionen Neubürgern befinden sich zahlreiche Menschen, die ihren Beruf wechseln müssen. Hunderttausende, die früher nicht daran zu denken brauchten, die Sozialversicherung in Anspruch zu nehmen, fallen jetzt der Fürsorge zur Last. Ist es nicht sozialer, solchen Zuständen bzw. deren Folgen dadurch zu begegnen, daß die Sozialversicherung auf alle Erwerbstätigen ausgedehnt wird, statt sie der Fürsorge zu überlassen. Was nun die Form der sozialen Versicherung betrifft, ist nur ein Blick in die Statistik erforderlich, um zu erkennen, daß eine Zusammenfassung der Krankenversicherungsträger ohne Nachteil für die Versicherten zweckmäßig, ja notwendig ist. Von den 306 Krankenkassen Niedersachsens waren

72 Ortskrankenkassen
42 Landkrankenkassen
159 Betriebskrankenkassen
28 Innungskrankenkassen
5 Sonderkassen.

Von den insgesamt 1 467 000 Versicherten erfaßten die Ortskrankenkassen fast 852 000 = 58 %, die Landkrankenkassen 346 000, die Betriebskrankenkassen 127 000, die Innungskrankenkassen 53 000, die Ersatzkassen 47 000, die Knappschaft 33 000 und die Betriebskrankenkasse der Reichspost nur 9000.

Von 159 Krankenkassen mit unter 1000 Versicherten kommen nur Betriebs- und Innungskrankenkassen in Betracht. Zu einem Drittel hatten die Betriebskrankenkassen (53) sogar weniger als 150 Mitglieder, sie liegen damit unter der Mindestzahl, die die RVO für das Bestehen von Betriebskrankenkassen vorsieht. Es liegt demnach kein Anlaß zu der Befürchtung vor, daß infolge der Zusammenlegung der Krankenkassen die Nähe des Versicherten zu seiner Kasse beeinträchtigt wird. Die Bildung von Einheitskassen für jeden politischen Kreis würde für jede Kasse 15 400 Mitglieder und einschließlich der Rentner 25 000 Versicherte ergeben. Mitgliederkassen von 20 000 bis 30 000 Versicherten lassen sich erfahrungsgemäß organisatorisch gut gestalten und geben einen besseren Risikoausgleich.

Es ist auch n i c h t richtig, daß die Sonderkassen mit ihren Leistungen über denen der Ortskrankenkassen liegen. Die vom Niedersächsischen Amt für Landesplanung und Statistik veröffentlichten Zahlen ergeben, daß die Ortskrankenkassen trotz der Benachteiligung durch die einseitige Zusammensetzung von den Einnahmen pro Kopf in Höhe von **RM 98,41,** für Versicherungsleistungen RM 84,67 und für Verwaltungskosten RM 6,65 ausgaben. Die Vergleichszahlen betragen für die

	Beitrag	Leistungen	Verw.-Kosten
Innungskrankenkassen . . .	84,36	73,24	7,99
Ersatzkrankenkassen	109,93	70,55	13,97

Die Ersatzkassen haben danach von dem Beitrag in Höhe von RM 110,— nur RM 70,55 = 64 % den Versicherten wieder zugeführt, die Ortskrankenkassen dagegen 86 %. Es kann also keine Rede davon sein, daß die angeblich bürokratisch geleiteten Ortskrankenkassen leistungsunfähiger seien.

Die Verbindung der Versicherten zu ihren Kassen drückt sich am augenfälligsten in der Selbstverwaltung aus. Wo in aller Welt kann von einer wirklichen Selbstverwaltung bei den Betriebskrankenkassen, geschweige denn bei den Ersatzkrankenkassen oder der Rentenversicherung die Rede sein. Die Ortskrankenkassen hatten nicht nur bis 1933 eine intensive Teilnahme der Versicherten an der Verwaltung ihrer Kassen in einem Ausmaß, daß sie gerade aus diesem Grunde die Gegnerschaft aller reaktionären Kräfte fanden; sie haben auch nach 1945 trotz der heute noch bestehenden entgegenstehenden Bestimmungen aus der Hitlerzeit die Einflußnahme der Versicherten und der Arbeitgeber sichergestellt. Offenbar sind auch jetzt wieder die gleichen Motive ausschlaggebend, wenn gegen Mammutgebilde Sturm gelaufen wird, die — wie man behauptet — aus der Zusammenfassung der Krankenkassen zu einheitlichen Kassen entstehen sollen. Kein Wort hört man gegen die Großkassen unter den Ersatzkrankenkassen oder bei der privaten Krankenversicherung. In einer Denkschrift über die Pläne zur Verstaatlichung der privaten Krankenversicherung heißt es: „Das einzige Gebiet, wo vielleicht eine Reform erwünscht wäre, ist die Verringerung der Zahl der Unternehmungen." Und das, obwohl „nur 74 Unternehmungen mehr als 90 % der Versicherten in ihrem Schutz haben". Wenn die privaten Krankenversicherungsgesellschaften solche Zusammenfassung als erwünscht ansehen, dann sollten sie der staatlichen Sozialversicherung das

gleiche nicht verwehren oder bei ihr als nachteilig bezeichnen. Von einer wissenschaftlichen Zeitschrift muß aber erwartet werden, daß sie die Erörterung von Fragen der Organisationsform der Sozialversicherung frei von Eigeninteressen der Privatversicherung führt. Es müßte doch sonst mal gefragt werden, ob in einer Zeit, in der zahlreiche Krankenkassen wegen Papiermangels kaum noch Krankenscheine ausgeben können, solche Zeitschriften erforderlich sind. Für jeden in der Krankenversicherung Tätigen ist es jedenfalls eine Binsenweisheit, daß die Beseitigung der Zersplitterung in der Krankenversicherung nicht nur ein Fortschritt ist, sondern im Interesse aller Versicherten und der Arbeitgeber liegt.

Für den Versicherten müßte es gleichgültig sein, ob er in der Landwirtschaft, im Handwerk oder in der Industrie als Arbeiter oder Angestellter beschäftigt ist; ein Kassenwechsel braucht auch nicht erforderlich sein, wenn ein Versicherter den Beschäftigungsort ändert. Mindestens dürften damit keine nachteiligen Folgen für ihn verbunden sein.

Es ist mit diesen Zeilen nicht beabsichtigt, die Notwendigkeit der Reform der Sozialversicherung zu begründen. Das ist im Rahmen eines Zeitschriftenartikels überhaupt nicht möglich. Es ist aber nützlich, die Auseinandersetzungen über die Reform auf eine sachliche Ebene zurückzuführen, die von den meisten Gegnern der Reform verlassen ist.

Die innere Unwahrhaftigkeit der Argumente der Vertreter der Privatversicherung erkennt man an einem Artikel des „Handelsblattes", das zur Reform der Privatversicherung am 19. XII. 1946 folgendes schrieb:

„In erster Linie ist bei der kommenden Reform notwendig, die jetzt in der Versicherungswirtschaft bestehende Zersplitterung radikal zu beseitigen. Schon vor dem Kriege war man sich in einsichtigen Kreisen darüber klar, daß eine erhebliche Übersetzung in der Versicherungswirtschaft bestand. Was für das größere Deutschland mit einer auf vollen Touren laufenden Wirtschaft umstritten sein konnte, ist heute infolge der Gebietsverkleinerung mit der darniederliegenden Wirtschaft unzweifelhaft. Es gilt daher zunächst, die Vielzahl der Gesellschaften zu beseitigen — — —."

Dieser Stellungnahme eines Fachmannes der Privatversicherung braucht kein Wort hinzugefügt zu werden.

Neuregelung der Versorgung der Dienstbeschädigten und Buchungen bei Kapitel 17

Von Hermann Ostermann, Essen

Grundvoraussetzung für die Sicherheit in der Verwaltung einerseits und die Sicherstellung eines reibungslosen Geschäftsverkehrs andererseits ist immer die Zweckmäßigkeit der Organisation. Je nach der Kassengröße und den örtlichen Verhältnissen wird ihre Form verschieden sein. Eine gut geleitete Krankenkasse wird auch den Ersatzansprüchen stets größte Aufmerksamkeit schenken müssen, handelt es sich doch hierbei um eine nicht unwesentliche Einnahmequelle.

Von der Grundforderung ausgehend, daß die Ausgaben ersatzpflichtiger Aufwendungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen wieder hereinkommen müssen, ist bei der die Sicherheit zu gewährleistenden Methode auszugehen, die dieses Ziel erreichen soll. Bei den Ersatzansprüchen nach §§ 219, 220, 313b, 1509, 1542 RVO u. a. wird die Führung von Vorersatzleistungsbüchern bzw. des Unfallkontrollbuches die Anmeldung der Forderung sicherstellen; mit der Eintragung in das Ersatzleistungsbuch wird der Eingang der der Höhe nach geltend gemachten Ersatzforderung überwacht.

Durch die für die gesamte britische Zone ab 1. August 1947 in Kraft getretene Sozialversicherungs-Direktive Nr. 27 sind die Versorgungsansprüche für Dienstbeschädigte im hier verstandenen Sinne neu geregelt worden. Nur in diesem Rahmen soll die Buchung und Überwachung der Erstattungsansprüche für Ausgaben behandelt werden, die die Krankenkassen auftragsgemäß gewissermaßen vorschüssig zu leisten haben. Bei den Aufwendungen für Dienstbeschädigte handelt es sich teilweise um einen kassenfremden Personenkreis, teilweise um Kassenmitglieder und anspruchsberechtigte Familienangehörige, die für das Dienstbeschädigungsleiden keinen Anspruch auf Kassenleistungen, sondern einen Anspruch ausschließlich nach der Sozialversicherungs-Direktive Nr. 27 haben. Praktisch ist die Betreuung dieses Personenkreises so, daß die Kasse eine Geschäftsführung im Auftrage eines Dritten wahrnimmt, ohne daß hierdurch die die Beziehungen der Versicherungsträger untereinander regelnden Vorschriften der RVO berührt werden.

Das ehem. Statistische Reichsamt hat dieser schon nach dem alten Versorgungsrecht bestehenden Sachlage Rechnung getragen und in seinem Bescheid 3602/3 vom 13. 4. 1940 (vergl. AN 1940 S. 180) folgendes angeordnet:

„Laufend sind unter Kapitel 17 alle Leistungsaufwendungen und alle Erstattungen einschließlich etwaiger Vorauszahlungen zu buchen für Zugeteilte (RVG, WFVG, RADVG und auf diese bezugnehmenden Gesetze), Mitglieder der Seekrankenkasse sowie Personen, für die die Krankenkasse auf Grund des § 363a RVO Krankenpflege oder Krankenhilfe gewährt, soweit diese Personen nicht auf Grund von Bestimmungen des RAM gem. § 363a Abs. 3 RVO als Mitglieder der Kasse gelten."

Die für dienstbeschädigte Nichtversicherte sowie Kassenmitglieder und Familienangehörige verausgabten Beträge und die Erstattungsbeträge müßten in analoger Anwendung der für die Schaffung des Kap. 17 vorherrschend gewesenen Gründe ebenfalls bei Kap. 17 gebucht werden. Es wäre zu begrüßen, wenn ein entsprechender Buchungsbescheid erteilt würde, damit die Einheitlichkeit in der Buchführung gewahrt wird. Nach dem Zusammenbruch sind Buchungsbescheide kaum erteilt worden. Es entspricht den Bedürfnissen der Praxis, wenn auch auf diesem Gebiete bald ein befriedigender Zustand eintritt.

In den Regeln ist für die Aufstellung der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der reichsgesetzlichen Krankenversicherung neben der Buchung auch die Abstimmung des Kap. 17 vorgeschrieben. Es wird empfohlen, Ersatzansprüche für den in Frage kommenden Personenkreis von den übrigen Ersatzansprüchen in besonderen Teilbänden, besonderen Listen oder dergl. zu führen.

Bei den meisten Krankenkassen wird die Bearbeitung der Leistungsfälle für Dienstbeschädigte von einem eigens hierfür bestimmten Sachbearbeiter erfolgen. Diese Notwendigkeit dürfte sich allein schon aus dem besonderen Recht der Sozialversicherungs-Direktive Nr. 27 sowie aus den übrigen den Krankenkassen übertragenen Aufgaben (beispielsweise Entgegennahme von Anträgen auf Anerkennung der Beschädigung) ergeben. Wollte man aber die Buchungen für Zugeteilte im weiteren Sinne bei Kap. 17 und die für dienstbeschädigte Kassenmitglieder und Familienangehörige bei den jeweils zuständigen Sachkonten der erfolgswirksamen Ausgaben vornehmen, so würden die Verwaltungsarbeiten nur noch erschwert, zumal die Aufwendungen für dienstbeschädigte Kassenmitglieder und Familienangehörige ohnehin für die Geltendmachung der Ersatzansprüche in geeigneter Weise festgehalten werden müßten. Werden jedoch unterschiedslos alle Aufwendungen für Dienstbeschädigte — mit Ausnahme der pauschalmäßig abgegoltenen — bei Kap. 17 gebucht, so können sie ohne weiteres, spätestens mit dem Kostennachweis abgestimmt werden, wenn nicht ein monatlicher Vergleich tunlich sein wird. Um die für Kassenmitglieder und Familienangehörige gemachten Aufwendungen besonders herauszustellen, dürfte die Schaffung von Unterkonten zu empfehlen sein.

Die monatliche Abstimmung dürfte wohl für alle Kassen in Frage kommen, bei denen infolge des Umfangs des zu betreuenden Personenkreises die Abstimmung des Kostennachweises mit Kap. 17 auf zu große Schwierigkeiten stößt. Jahrelange Erfahrungen haben gezeigt, daß sich hieraus eine nennenswerte Mehrarbeit nicht ergibt. Dabei wurde Bedacht darauf genommen, daß die zur Abstimmung notwendigen Auftragungen auf besondere Leistungskarten zur Erleichterung bei Erstattung des Kostennachweises beitragen und damit einen Ausgleich für die Abstimmungsarbeiten herstellen. Im einzelnen kann dies in folgender Weise geschehen:

Beim Sachbearbeiter für Dienstbeschädigte werden besondere Leistungskarten geführt, auf der außer den pauschalmäßig abgegoltenen Aufwendungen alle in voller Höhe zu erstattenden Aufwendungen bei Prüfung der Rechnungen aufgetragen werden. Aufwendungen für wiederkehrende Geldleistungen sind beim Abschluß des Falles, spätestens jedoch monatlich, auf die Leistungskarten zu übernehmen. In einer Zusammenstellungsliste werden jeweils die Monatssalden übernommen; das Gesamtergebnis wird den Buchungen bei Kap. 17 gegenübergestellt. Evtl. Unstimmigkeiten sind aufzuklären und zu bereinigen. Die pauschalmäßig abgegoltenen, zunächst bei den Sachkonten der erfolgswirksamen gebuchten Aufwendungen, werden in Höhe des Pauschalgesamtbetrages auf Kap. 17 umgebucht. Alsdann müßte der Ausgleich mit dem Kostennachweis hergestellt sein.

Bei beanstandeten Beträgen ist zu unterscheiden, ob

a) wegen Fehlens von Unterlagen eine erneute Berücksichtigung im nächsten Kostennachweis erfolgen kann,

b) ein sonstiger entschädigungspflichtiger Dritter in Frage kommt,

c) zu Unrecht angeforderte Beträge abgesetzt werden können.

Zu a) und b) erledigen sich die nicht erstatteten Beträge durch erneute Anforderung. Zu c) wird — soweit es sich nicht um Rechenfehler oder sonstige offensichtliche Unrichtigkeiten handelt — buchungsmäßige Absetzung und Übernahme in die Niederschlagungsliste veranlaßt.

Ungeachtet der bestehenden Vorschrift des ehemaligen Statistischen Reichsamts ist es für eine verantwortungsvolle Geschäftsführung geradezu selbstverständlich, sich in geeigneter Weise zu vergewissern, ob diejenigen Aufwendungen erstattet werden, die nachweisbar für fremde Stellen ausgegeben worden sind. Welcher Methode sie sich dabei bedienen, ist reine Zweckmäßigkeitsfrage. Wenn diese Ausführungen so verstanden werden, werden sie ihre Zielsetzung wahrscheinlich nicht verfehlen.

Gesetze, Verordnungen und Erlasse

BRITISCHE BESATZUNGSZONE

Der Präsident des Zentralamts für Arbeit
Sozialversicherungsanordnung Nr. 16
— IV/1354/47 —

Lemgo, den 2. August 1947

Betr. Beitragszahlung der selbständigen Handwerker zur gesetzlichen Rentenversicherung.

Die Control Commission for Germany (BE) — Manpower Division — hat die folgende Anweisung erlassen:

1. Auf Grund der erhobenen Vorstellungen ist entschieden worden, daß — vorbehaltlich des Erlasses des Gesetzentwurfes der Alliierten Kontrollbehörde über die soziale Pflichtversicherung in Deutschland — bis auf weiteres nicht mehr die vollen Beiträge zur Rentenversicherung von denjenigen selbständigen Handwerkern eingezogen werden müssen, die die Voraussetzungen der vollen Versicherungsfreiheit oder der Halbversicherung nach den Vorschriften des Gesetzes über die Altersversorgung für das deutsche Handwerk vom 21. 12. 1938 (RGBl. I S. 1900) erfüllen. Im Falle der vollen Versicherungsfreiheit brauchen keine, im Falle der Halbversicherung nur die halben Versicherungsbeiträge zur Rentenversicherung entrichtet werden. Die Handwerker können jedoch die volle Beitragszahlung fortsetzen, wenn sie es wünschen.
2. Diese Anordnung soll in keiner Weise die Rechtmäßigkeit der Entscheidung in Nr. 4 der Sozialversicherungsdirektive Nr. 3 präjudizieren, sondern gilt lediglich als eine vorläufige Verwaltungsmaßnahme für die Landesversicherungsanstalten.
3. Soweit die bezeichneten Handwerker inzwischen bereits Beiträge an die Rentenversicherung gezahlt haben, werden diese Beiträge nicht zurückerstattet.
4. Ich bitte, die Ihnen unterstehenden Landesversicherungsanstalten und irgendwelche andere interessierten Organisationen (z. B. Handwerkskammern) zu unterrichten und für jede notwendige Veröffentlichung zu sorgen.

Im Auftrage:
Dr. Dobbernack

Der Präsident des Zentralamts für Arbeit
Sozialversicherungsanordnung Nr. 17
— IV/1379/47 —

Lemgo, den 6. August 1947

Betr.: Verbesserung der Leistungen in der Sozialversicherung.

Im Auftrage der Control Commission for Germany (BE) — Manpower Division — bestimme ich zur Aufhebung von Leistungseinschränkungen und Kriegsmaßnahmen in der Sozialversicherung folgendes:

1. Auf die Renten der Unfallversicherung sind die Bestimmungen in der Sozialversicherungsdirektive Nr. 12 vom 16. Januar 1946 (MP/42002) — unbeschadet der nachfolgenden Nr. 2 —nicht mehr anzuwenden.
2. a) Für die Berechnung der Renten der Unfallversicherung ist höchstens ein Jahresarbeitsverdienst von RM 7 200.— zu Grunde zu legen.
   b) Die Kinderzulagen (Kinderzuschüsse) und Waisenrenten der Unfallversicherung und der Rentenversicherung werden bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres gewährt, jedoch im Falle einer die volle Zeit in Anspruch nehmenden Schulausbildung bis zu dem Zeitpunkt, an dem diese Ausbildung endet, längstens aber bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
3. Für das Zusammentreffen mehrerer Renten der Rentenversicherung sowie für das Zusammentreffen von Renten der Rentenversicherung mit Renten der Unfallversicherung gelten wieder die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung.
4. Die Bestimmungen des Artikels 29 der Ersten Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts in der Sozialversicherung vom 17. 3. 1945 (RGBl. I S. 41) werden aufgehoben.
5. Die Bestimmungen in
   a) der Sozialversicherungsdirektive Nr. 1 vom 28. August 1945 (MP/42 048/1) Abschnitt 3 Abs. f, Abschnitt 5 Abs. b und Abschnitt 6 Abs. b;
   b) der Sozialversicherungsdirektive Nr. 3 vom 14. Oktober 1945 (MP/42 001) Abschnitt 3;
   c) der Sozialversicherungsdirektive Nr. 13 vom 26. Januar 1946 (MP/42 043/5) Abschnitt 3;
   d) meinem Erlaß vom 5. Februar 1947, Sozialversicherungsanordnung Nr. 2 — IV/186/47 — Abschn. 2a) und b);
   e) dem § 1274 Abs. 3 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung sind nicht mehr anzuwenden.
6. Die vorstehenden Bestimmungen treten mit dem 1. September 1947 in Kraft und gelten auch für bereits vor dem Inkrafttreten dieser Anordnung eingetretene Versicherungsfälle. Nachzahlungen für die Zeit vor dem Inkrafttreten dieser Anordnung finden nicht statt.
7. Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder in der britischen Zone sind für die Durchführung dieser Anordnung verantwortlich und haben sie weitgehend öffentlich bekanntzugeben.

Scheuble

Der Präsident des Zentralamts für Arbeit
Sozialversicherungsanordnung Nr. 18
— IV/1380/47 —

Lemgo, den 6. August 1947

Betr.: Sozialversicherungsdirektive Nr. 27 (Leistungen an Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene nach den Grundsätzen der Unfallversicherung).

Die Control Commission for Germany (BE) — Manpower Division — hat entschieden, daß Nr. 6 Abs. V der Sozialversicherungsdirektive Nr. 27 mit Wirkung vom 1. August 1947 geändert wird und nunmehr folgenden Wortlaut hat:

„Die Kinderzulagen werden bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres gewahrt, jedoch im Falle einer die volle Zeit in Anspruch nehmenden Schulausbildung bis zu dem Zeitpunkt, an dem diese Ausbildung endet, längstens aber bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres."

Ich bitte, die Träger der Rentenversicherung unverzüglich von dieser Änderung in Kenntnis zu setzen, damit keine unnötigen Änderungen in der Rentenfeststellung erforderlich werden.

Scheuble

Der Präsident des Zentralamts für Arbeit
— IV/1381/47 —

Lemgo, den 9. August 1947

Betr.: Nr. 35 der Sozialversicherungsanordnung Nr. 11 — Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten bei der Leistungsgewährung an Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene.

Die Träger der Rentenversicherung haben auf Grund von Nr. 35 der Sozialversicherungsanordnung Nr. 11 vom 5. Juli 1947 — — IV/1131/47 — mit meiner Zustimmung folgende Vereinbarung über die Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten bei der Leistungsgewährung an Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene geschlossen:

1. Eine Sonderanstalt ist für die Durchführung der Sozialversicherungsdirektive Nr. 27 zuständig,
   a) wenn der Beschäftigte die letzten Beiträge zur Rentenversicherung an sie entrichtet hat,
   b) wenn sie für den Beschädigten eine Rente der Rentenversicherung festgesetzt hat,
   c) wenn sie für die Hinterbliebenen eines Beschädigten eine Rente aus der Rentenversicherung festgesetzt hat.
2. Die bei einem anderen Rentenversicherungsträger begründete Zuständigkeit geht auf die Sonderanstalt über, wenn
   a) der Beschädigte Versicherter dieser Sonderanstalt wird, oder
   b) von ihr eine Rente der Rentenversicherung für den Beschädigten oder seine Hinterbliebenen festgesetzt wird.
   Das gilt im umgekehrten Fall entsprechend.

Jede entgegen den Ziff. 1 und 2 festgesetzte Rente ist auf Anfordern an die zuständigen Rentenversicherungsträger abzugeben.

Eine für einen Reichsbahnbeamten festgesetzte Rente ist der Reichsbahnversicherungsanstalt auf Anfordern zuständigkeitshalber abzugeben.

Im Auftrage:
Dr. Dobbernack

Der Präsident des Zentralamts für Arbeit
Sozialversicherungsanordnung Nr. 21
— IV/1455/47 —

Lemgo, den 15. August 1947

Betr.: Versicherung von Mitgliedern der Denazifizierungsausschüsse.

Auf Anordnung der Control Commisson for Germany (BE) — Manpower Division — wird folgendes bestimmt:

1. Haben Mitglieder von Denazifizierungsausschüssen, die in dieser Eigenschaft hauptberuflich tätig sind und dafür ein Honorar beziehen, vorher in einem Beschäftigungsverhältnis gestanden, auf Grund dessen sie in der Kranken- und Rentenversicherung oder in einem dieser Versicherungszweige versicherungspflichtig waren, und sind sie wegen ihrer Ernennung zum Mitglied eines Denazifizierungsausschusses aus der bisherigen versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden oder beurlaubt worden, so können sie beantragen, daß das bisherige Pflichtversicherungsverhältnis für die Zeit ihrer Tätigkeit als Mitglied des Denazifizierungsausschusses erhalten bleibt.
2. Die Höhe der Beiträge richtet sich in diesen Fällen nach dem Lohn oder Gehalt, das sie in dem bisherigen Beschäftigungsverhältnis bezogen haben. Die honorarzahlende Stelle behält die Arbeitnehmeranteile von diesem Honorar ein, sie trägt auch die Arbeitgeberanteile und führt die gesamten Beiträge an die für das bisherige Beschäftigungsverhältnis zuständige Krankenkasse ab.
3. Anträge gem. Ziffer 1 sind an die für das bisherige Beschäftigungsverhältnis zuständige Krankenkasse zu richten, und zwar von den bei Inkrafttreten dieser Anordnung schon ernannten Mitgliedern bis zum 30. 9. 1947. In künftigen Fällen sind die entsprechenden Anträge innerhalb eines Monats nach dem Ausscheiden oder nach der Beurlaubung aus dem bisherigen Beschäftigungsverhältnis zu stellen.
4. Diese Anordnung tritt mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Im Auftrage:
Dr. Dobbernack

Der Präsident des Zentralamts für Arbeit
Sozialversicherungsanordnung Nr. 19
— IV/1446/47 —

Lemgo, den 12. August 1947

Betr.: Ergänzung der Sozialversicherungsanordnung Nr. 14 — Nachversicherung beim Ausscheiden aus einer versicherungsfreien Beschäftigung —.

Auf Anordnung der Control Commission for Germany (BE) — Manpower Division — wird bestimmt, daß die Nr. 3 der Sozialversicherungsanordnung Nr. 14 vom 19. 7. 1947 — IV/1233/47 — nicht auf Personen anzuwenden ist, die als „Hauptschuldige" oder „Belastete" in die Gruppe 1 oder 2 nach der Direktive Nr. 38 des Kontrollrats vom 12. Oktober 1946 eingereiht worden sind.

Im Auftrage:
Dr. Dobbernack

Der Präsident des Zentralamts für Arbeit
Sozialversicherungsanordnung Nr. 20
— IV/1073/47 —

Lemgo, den 13. August 1947

Betr.: Durchführung der Krankenversicherung im Baubetrieb Beschäftigter.

Auf Anordnung der Control Commission for Germany (BE) — Manpower Division — wird folgende Anweisung erlassen:
Für die Durchführung der Krankenversicherung der in Baubetrieben Beschäftigten ist, soweit es bisher nicht schon geschehen ist, der Erlaß des früheren Reichsarbeitsministers vom 18. Februar 1942 — IIa/2098/42 — (RGBl. II S. 148) in der britischen Zone anzuwenden.

Im Auftrage:
Dr. Dobbernack

Der Präsident des Zentralamts für Arbeit
— IV/1188/47 —

Lemgo, den 15. Juli 1947

Betr.: Anwendung der Sozialversicherungsdirektive Nr. 25 (Behandlung der Opfer des Nazismus) auf den Knappschaftssold der knappschaftlichen Rentenversicherung.

Mit Zustimmung der Control Commission for Germany (BE) — Manpower Division — wird folgendes bestimmt:
Als Wartezeit im Sinne der Sozialversicherungsdirektive Nr. 25 Abs. 5 Satz 1 gelten auch die im § 9 der Verordnung über die Neuregelung der Rentenversicherung im Bergbau vom 4. Oktober 1942 (RGBl. I S. 569) für die Gewährung des Knappschaftssoldes vorgeschriebenen Vorversicherungszeiten von 300 und 180 Beitragsmonaten, jedoch letztere nur, wenn unmittelbar vor den anzurechnenden Zeiten der Einkerkerung, Inhaftierung, Arbeitslosigkeit und des erzwungenen Auslandsaufenthaltes wesentlich bergmännische Arbeiten verrichtet wurden.

Im Auftrage:
Dr. Dobbernack

FRANZÖSISCHE BESATZUNGSZONE

Badisches Ministerium der Wirtschaft und Arbeit
— Direktion Arbeit —
Gesch.-Z.: 3442 — Nr. 64 —

Freiburg/Br., den 4. November 1947

Betr.: Verluste im Postscheckverkehr.
Vorgang: Runderlaß vom 24. 3. 1947 — 3442 —.

Nach Anweisung der Französischen Militärregierung wird nunmehr für Einzahlungen aus der Vorbesetzungszeit, die vor der Auszahlung an den Empfänger oder vor der Gutschrift auf dessen Postscheckkonto in Verlust geraten sind, auf Grund eines Doppels Ersatz geleistet, wenn die erste Nachfrage vor dem 30. 11. 1946 gestellt worden ist. Voraussetzung ist, daß die notwendigen Feststellungen bei den Aufgabe- und Bestimmungspostämtern noch getroffen werden können. Nachforschungsanträge nach Einzahlungen aus der Vorbesetzungszeit, die zum erstenmal nach dem 30. 11. 1946 gestellt wurden, dürfen dagegen von den Postanstalten nicht mehr bearbeitet werden. In Fällen, in denen die notwendigen Ermittlungen nicht angestellt werden können, z. B. bei Einzahlungen nach Orten, die jetzt unter nichtdeutscher Verwaltung stehen, wird kein Ersatz geleistet.
Nach unseren Feststellungen fallen unter Einzahlungen in diesem Sinne auch Postscheckzahlungen (Postbarschecke), die dem Postscheckkonto des Absenders zur Last gebucht worden sind, aber ihren Empfänger nicht mehr erreicht haben.
Wir bitten, die Fälle, für die die erwähnten Voraussetzungen zutreffen, erneut aufzugreifen und bei den zuständigen Aufgabepostanstalten Jhre Ansprüche geltend zu machen.

In Vertretung:
gez. Dr. Rappenecker

Badisches Ministerium der Wirtschaft und Arbeit
— Direktion Arbeit — Nr. 61

Freiburg/Br., den 24. Oktober 1947

Betr.: Abwicklung der Dienstverhältnisse der zivilen Belegschaft der ehem. Wehrmacht und der wehrmachtähnlichen Organisationen in der französisch besetzten Zone Südbadens.

Die Abwicklung der Dienstverhältnisse der zivilen Belegschaft der ehem. Wehrmacht hat insofern zu Schwierigkeiten geführt, als im Bereich unseres Landes keine Abwicklungsstellen vorhanden sind. Für das amerikanisch besetzte Gebiet Württemberg und Baden besteht die Abwicklungsstelle Württemberg-Baden für Arbeitnehmer der ehem. Wehrmacht in Stuttgart-S., Alexanderstraße 12, Fernsprecher 90 529.
Um die arbeits- und sozialrechtlichen Belange der Arbeitnehmer der ehem. Wehrmacht, die ihren Wohnsitz in Südbaden haben, zu wahren, haben wir der vorgenannten Abwicklungsstelle unsere Zustimmung erteilt, ihre Tätigkeit auch auf den Bereich unseres Landes auszudehnen. Die Rechte der Arbeitnehmer in der Sozialversicherung, insbesondere der Invalidenversicherung, sind nur zugesichert, wenn die Dauer der Beschäftigung, der während der Beschäftigungsdauer erzielte tatsächliche Lohn, die hieraus abgeführten Sozialversicherungsbeiträge und die Stelle, an die die Beiträge geleistet wurden, vorschriftsmäßig nachgewiesen und bescheinigt sind. Die Abwicklungsstelle, die sich auch der Regelung dieser Fragen annimmt, besitzt nach ihren Angaben das meiste einschlägige Aktenmaterial.
Wir bitten um Bekanntgabe an Ihre nachgeordneten Dienststellen.

Martzloff

AMERIKANISCHE BESATZUNGSZONE

I. Land Hessen

Unfallversicherung des Deutschen Minenräum-Dienstpersonals

Nach einer Mitteilung des Präsidenten des Zentralamtes für Arbeit in der britischen Zone vom 11. Juni 1947 — IV 930/47 — ist beabsichtigt, die Unfallversicherung des Deutschen Minenräum-Dienstpersonals, der am 1. April 1947 errichteten Ausführungsbehörde für Unfallversicherung in der britischen Zone zu übertragen, die nach Übernahme der genannten Aufgabe die Versorgung der in Hessen wohnenden, im Minenräum-Dienst Verunglückten oder deren Hinterbliebenen übernimmt.
Gegen das Eintreten eines Hessischen Versicherungsträgers im Wege der vorläufigen Fürsorge nach § 1735 werden keine Bedenken erhoben.

Es ergeht deshalb folgende

Verfügung:

Bis zum Inkrafttreten einer Verordnung, die den endgültig verpflichteten Träger für die Betreuung der Unfallgeschädigten des Deutschen Minenräum-Dienstpersonals bestimmt, übernimmt die Hessische Ausführungsbehörde für Unfallversicherung die vorläufige Fürsorge für die Berechtigten gemäß § 1735.
Die Leistungen sind von der Hessischen Ausführungsbehörde für Unfallversicherung festzustellen; den Anspruchsberechtigten ist vorläufiger Bescheid zu erteilen. Abschrift des Bescheides ist dem Präsidenten des Zentralamtes für Arbeit in der britischen Zone Lemgo/Lippe zuzustellen.

Der Minister für Arbeit und Wohlfahrt
— II — 5016/47 — 22. 7. 1947

Erlaß betr. Änderung des Erlasses des Hessischen Ministers für Arbeit und Wohlfahrt — II — 1012 47 vom 15. 3. 1947.

Betr.: Aufhebung von Erlassen des ehemaligen Reichsarbeitsministers

Für die unter Ziffer 1 und 2 des Erlasses II — 1012/47 — des Hessischen Ministers für Arbeit und Wohlfahrt vom 15. 3. 1947 aufgeführten Erlasse des ehemaligen RAM

II a 12154/39 vom 4. 9. 39 (AN 39/II/452) betr. Anwendung des § 209 b RVO für die Wehrmacht und
II a 16014/39 vom 27. 11. 39 (AN 39/IV/532) betr. Anwendung der §§ 209a und 209b RVO

wird der Termin der Aufhebung auf den 1. 5. 1945 festgesetzt.
Im übrigen gilt als Aufhebungstermin weiterhin der 1. 1. 1946.

Wiesbaden, den 17. September 1947.

Der Minister für Arbeit und Wohlfahrt — II — 1023/47
gez. Josef Arndgen

Grundsätzliche Stellungnahme

Betr.: Anwendung des § 214 RVO in Verbindung mit dem § 209 a RVO bei freiwilligen Mitgliedern

Nach § 209 a RVO Abs. 1 dürfen Zeiten militärischer Dienstleistungen nicht zum Nachteil solcher Versicherter angerechnet werden, die wegen Eintritts in die Wehrmacht oder den RAD aus der Versicherung ausscheiden. Insoweit also ist keine Unterscheidung zwischen Pflicht- oder freiwilliger Mitgliedschaft gemacht; der Versicherte wird so gestellt, als ob seine Versicherungszeit nicht unterbrochen worden wäre.
Der § 214 RVO hingegen setzt voraus, daß der Versicherte wegen Erwerbslosigkeit ausgeschieden ist; er muß also notwendig vorher in einem Arbeitsverhältnis gestanden haben. Somit hat ein freiwillig Versicherter, dessen Versicherung nur gem. § 209 a RVO unterbrochen war, ebenso wie er vor der Unterbrechung keinen Anspruch gem. § 214 RVO haben konnte, natürlich auch dann keinen, wenn er nach seiner Entlassung wieder in seine alten Rechte eingesetzt wird. Die Entstehung des Anspruchs aus § 214 RVO ist neben den allgemeinen Voraussetzungen (Erwerbslosigkeit und Versicherungsdauer) noch an die besonderen geknüpft, daß der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden eintreten muß. Auf die grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts Nr. 3435 (AN 1929 S. 215), wonach einem Versicherten, der wegen Erwerbslosigkeit ausgeschieden ist, in der ersten Woche jedoch seine Weiterversicherung angezeigt hat, auch wenn er innerhalb dreier Wochen nach dem Ausscheiden erkrankt, nicht die Ansprüche nach § 214

RVO, sondern ausschließliche Kassenleistungen auf Grund der freiwilligen Weiterversicherung zustehen, wird verwiesen. Ein in der 2. oder 3. Woche Erkrankter jedoch, der die Weiterversicherungsanzeige erst in einer dieser Wochen macht, hat für diese Erkrankung Anspruch auf Kassenleistungen nur nach § 214 RVO, nicht auf Grund des § 313 (AN 1916 S. 567). Lediglich für Arbeitslose, die aus der Krankenversicherung ausscheiden, weil sie keinen Anspruch auf Hauptunterstützung mehr haben, behalten Anspruch nach § 214 RVO, werden also behandelt, als ob sie wegen Erwerbslosigkeit ausgeschieden wären (§ 113 AVAVG). Dazu hat das Reichsversicherungsamt in seiner grundsätzlichen Entscheidung vom 11. 10. 1929 Stellung genommen.
Darüber hinaus ist ein Anspruch aus § 214 RVO in keinem Falle gegeben.

Wiesbaden, den 5. November 1947.

Der Minister für Arbeit und Wohlfahrt — II — 7010/47

Betr.: Verlegung der Hauptverwaltung der Binnenschiffahrt von Windelsbleiche nach Offenbach

Die Hauptverwaltung der Binnenschiffahrt des amerikanischen und britischen Besatzungsgebietes verlegt mit Wirkung vom 20. November 1947 ihren Dienstsitz von Windelsbleiche bei Bielefeld nach Offenbach (Main) in das Ledermuseum.

Neue Anschrift:

Hauptverwaltung der Binnenschiffahrt des amerikanischen und britischen Besatzungsgebietes (16) Offenbach/Main, Ledermuseum.
Postfernspruchanschluß: Frankfurt 80 121 (Sammelnummer)
Basa-Anschluß: Frankfurt 621-625.

Für den Schriftwechsel mit der Hauptverwaltung der Binnenschiffahrt bitten wir ab 20. November d. J. die neue Anschrift zu wählen.

Die bisherigen Arbeitsgebiete:

Allgemeine Fragen des Aufbaues und der Wirtschaftlichkeit der Verwaltung: Ministerialdirektor Schumacher;
Planungen, Brücken, Stahlbeton- und Betonbau, technisches Entwicklungswesen: Dr. Ing. Hampe;
Karten- und Vermessungswesen, Grundstücksangelegenheiten, Plankammer: Ministerialrat Witt;
Wasserwirtschaftliche Generalplanung, hydrologischer und hydrographischer Dienst, Hochwassermeldedienst: Prof. Dr. Schroeder;
Wassernutzung, Reinhaltung der Gewässer, Abwässerbeseitigung: Dr. Imhoff

verbleiben zunächst als Restgruppe unter der Leitung von Ministerialdirektor Schumacher in Windelsbleiche und behalten ihre bisherige Anschrift.

Änderungen werden rechtzeitig bekanntgegeben.

Windelsbleiche/Bielefeld, den 13. November 1947.

Hauptverwaltung der Binnenschiffahrt des britischen und amerikanischen Besatzungsgebietes:
— V 32/1130 gez.: von Freeden.

II. Land Bayern

IV. 4490/112/47.

An die Vereinigten Berufsgenossenschaften der keramischen und Glasindustrie (13a) Kulmbach.

Betr.: Zusammenlegung von Berufsgenossenschaften.
Bezug: Dort. Schreiben vom 5. Juni 1947.

Der übereinstimmende Beschluß der Leiter der Berufsgenossenschaft der keramischen Industrie und der Glas-Berufsgenossenschaft auf Zusammenlegung beider Berufsgenossenschaften mit Wirkung vom 1. Januar 1947 wird hiermit gemäß § 636 Absatz 3 der Reichsversicherungsordnung genehmigt.

I. A. gez.: Dr. Schieckel, Ministerialrat

Office of Military Governement for Bavaria Manpower Division 25. Juli 1947

Betr.: Freigabe von beschlagnahmten Vermögen zur Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen

An den bayerischen Ministerpräsidenten, München, Prinzregentenstraße 7, zu Händen des Ministers für Arbeit und Soziale Fürsorge in Bayern, des Leiters der Abteilung IV.

1. Es wird auf den Brief des Ministeriums vom 17. April 1947 mit obigem Betreff Bezug genommen.
2. Die Frage, ob die durch Kontrollratsgesetz Nr. 2 beschlagnahmten Vermögen zur Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen durch die betreffenden Arbeitgeber für Zeiträume vor der Besetzung freigegeben werden können, ist von der Militärregierung neuerdings geprüft worden.
3. Die Rechtsabteilung und die Finanzabteilung von OMGUS haben entschieden, daß Sozialversicherungsbeiträge, die die Arbeitgeber von den Löhnen ihrer Angestellten in Abzug gebracht haben, anvertraute Gelder sind und durch das Kontrollratsgesetz Nr. 2 nicht beschlagnahmt wurden. Deshalb sollten diejenigen Beträge aus der gesamten Sozialversicherungsbeitragsschuld der betreffenden Arbeitgeber, die nach deutschem Gesetz von den Löhnen ihrer Angestellten abgezogen wurden, an die zuständigen Sozialversicherungsanstalten bezahlt werden und sind unter dem bestehenden Gesetz frei.
4. Indessen wird derjenige Sozialversicherungsbeitragsteil, der vom Arbeitgeber zu zahlen ist, als ein ihm verbliebenes Eigentum angesehen, weshalb es durch das Kontrollratsgesetz Nr. 2 beschlagnahmt wurde. Dieser Teil der Gesamtbeiträge, den der Arbeitgeber auf Grund deutschen Gesetzes an die Sozialversicherungsanstalten zu überweisen gezwungen war, kann nicht freigegeben werden. Infolge der Tatsache, daß die Beiträge zur Krankenversicherung bei den einzelnen Ortskrankenkassen verschieden waren, muß der Prozntsatz der ganzen Sozialversicherungsschuld eines Arbeitgebers, der freigegeben werden kann, in jedem Falle einzeln bestimmt werden, sollte aber in den Büchern des Arbeitgebers ohne weiteres zu ersehen sein.
5. Es wird ersucht, daß das Ministerium obige Entscheidung den betreffenden bayerischen Anstalten übermittelt.

Für den Direktor:
CLARENCE M. BOLDS

III. Land Württemberg-Baden

Sozialversicherung der polnischen Wachen und der DP's in Sammellagern

Erlaß des AM Württemberg-Baden
Nr. III S. 11/31 Stuttgart, den 20. Juli 1947.

An die Versicherungsbehörden und Versicherungsträger in der amerikanischen Besatzungszone Württemberg-Badens.

In meinem Erlaß vom 25. 2. 1946 — Nr. III S. 1/82 —*) habe ich das Memorandum der Militärregierung Württemberg-Baden-Land Nr. 12 vom 8. 2. 1946 bekanntgegeben. Danach haben u. a. umgesiedelte Personen, welche in der amerikanischen Zone Deutschlands voll beschäftigt sind, dieselben Abzüge für Sozialversicherung zu bezahlen wie deutsche Zivilpersonen. Deutsche Stellen, die Löhne an umgesiedelte Personen zahlen, welche für amerikanische Streitkräfte arbeiten, haben danach die Pflichten des Arbeitgebers zu erfüllen.
Ich habe zu diesem Memorandum erläuternd festgestellt, daß es sich bei den „umgesiedelten Personen" um ausländische Arbeiter handelt. Die Militärregierung Württemberg-Baden-Land hat diese Rechtslage nunmehr nochmals in einem Schreiben vom 2. 6. 1947, das in der Übersetzung folgenden Wortlaut hat, bestätigt.

„1. Sie werden hiermit benachrichtigt, daß die zivilen Wachmannschaften und DP's, die von Streitkräften der Vereinigten Staaten beschäftigt sind, aber aus deutschem Haushalt bezahlt werden, und die DP's, die innerhalb Sammellagern arbeiten und direkt aus dem deutschen Haushalt bezahlt werden, regelmäßigen Lohnabzügen für die Sozialversicherung unterliegen. Jedoch jeder Anteil an dem Lohn eines zivilen Wachmannes, der aus Fonds bezahlt wird, die durch die Vereinigten Staaten versorgt werden, ist von Sozialversicherungssteuerabzügen zu befreien. Angehörige der Vereinten Nationen, die von Streitkräften der Vereinigten Staaten oder solchen der Vereinten Nationen beschäftigt sind und aus Fonds bezahlt werden, die die Vereinigten Staaten oder Vereinten Nationen versorgen, sind gleichfalls zu befreien.
2. Sozialversicherungssteuerabzüge, wie oben angegeben, werden mit dem 1. 6. 1947 in Kraft treten, jedoch soll keinerlei Abzug für die Sozialversicherung rückwirkend durchgeführt werden."

Schon nach dem Memorandum Nr. 12 konnte kein Zweifel bestehen, daß die bei den amerikanischen Streitkräften beschäftigten Ausländer (umgesiedelte Personen, polnische Wachmannschaften, DP's) nur dann der Sozialversicherung unterliegen, wenn sie aus deutschem Haushalt bezahlt werden.
Die Anordnung über den Abzug der Arbeitnehmeranteile haben diejenigen Dienststellen zu beachten, welche die Löhne auszahlen. Die Beitragspflicht dieser Dienststellen in ihrer Eigenschaft als Arbeitgeber im Sinne des § 393 RVO wird durch die Anweisung der Militärregierung über den Abzug der Arbeitnehmeranteile nicht berührt.

Im Auftrag
gez. Hof

*) Veröffentlicht in den „Mitteilungen des A. M.", 1. Jahrgang, Heft 1 v. 1. 7. 46 S. 13.

Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes und der Krankenversicherungspflicht bei unregelmäßiger Arbeitszeit von Angestellten
Erlaß des Landesversicherungsamts Württemberg-Baden
Nr. II 491

Stuttgart, den 16. August 1947.

An sämtliche Träger der Krankenversicherung in Württemberg-Baden.

Bei der Senkung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von 48 Stunden auf eine geringere Stundenzahl sind zum Teil Monatsgehälter der Angestellten herabgesetzt worden. Dadurch kann sich in Grenzfällen ein Jahresarbeitsverdienst, der bisher über 3 600,— RM lag, unter diese Summe senken und für die Zukunft Krankenversicherungspflicht des betreffenden Angestellten gegeben sein.

Mit Rücksicht auf die nicht vorauszusehende Entwicklung der Wirtschaftslage und die meist nicht zu übersehende Dauer der Kurzarbeit halten wir es für notwendig, in derartigen Grenzfällen etwa halbjährlich die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes festzustellen. Hierbei sind sämtliche für die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes maßgebenden Tatsachen (Kurzarbeit, Nebeneinnahmen usw.) zu berücksichtigen.

Die halbjährliche Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes kann die Versicherungspflicht bzw. Versicherungsfreiheit nur für die Zukunft begründen, für die Vergangenheit verbleibt es bei der einmal getroffenen Entscheidung, auch wenn der Jahresarbeitsverdienst unter oder über 3 600,— RM sinkt bzw. steigt.

gez. Elwert

Aufhebung und Änderung von Vorschriften der Sozialversicherung

Gesetz Nr. 709 der Regierung des Landes Württemberg-Baden vom 31. 7. 1947*)

Auf Grund der Art. II und III der Proklamation Nr. 4 der Amerikanischen Militärregierung vom 1. 3. 1947 in Verbindung mit der Proklamation Nr. 2 der Amerikanischen Militärregierung vom 19. 9. 1945 wird das folgende vom Länderrat am 15. 4. 1947 beschlossene Gesetz verkündet:

§ 1

Der § 1293 Abs. 2 RVO wird mit folgender Fassung wieder in Kraft gesetzt:

„Bis zum 31. 7. 1948 ist die Entziehung einer Invaliden- oder Witwenrente auch ohne Feststellung einer wesentlichen Änderung in den Verhältnissen der Berechtigten zulässig, wenn eine erneute Prüfung ergibt, daß er nicht invalide ist; dieses gilt nicht für Berechtigte, die am 1. 1. 1947 das 60. Lebensjahr vollendet hatten. Das Arbeitsministerium kann diese Vorschrift schon früher außer Kraft setzen."

§ 2

Beitragserstattungen gemäß § 1309a RVO und §§ 46 und 47/AVG erfolgen bis auf weiteres nicht.

§ 3

Es werden aufgehoben:

1. das Gesetz über versicherungsrechtliche Stellung der im Dienst der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei Beschäftigten vom 4. 3. 1943 (RGBl. I S. 131),
2. §§ 17 Abs. 1, 21 und 24 des Gesetzes über weitere Maßnahmen der Reichsversicherung aus Anlaß des Krieges vom 15. 1. 1941 (RGBl. I S. 34),
3. § 1242 b RVO und folgende Verordnungen:
   a) Über die Nachversicherung von freiwillig länger dienenden Soldaten der Wehrmacht und Angehörigen des Reichsarbeitsdienstes vom 21. 7. 1939 (RGBl. I S. 1314),
   b) über die Festsetzung von Durchschnittsbeträgen für die Berechnung der Nachversicherung bei den Angehörigen des Reichsarbeitsdienstes vom 8. 8. 1939 (RGBl. I S. 1370) und vom 5. 2. 1941 (RGBl. I S. 82),
   c) über die Nachversicherung von freiwillig länger dienenden Soldaten der Wehrmacht und Angehörigen des Reichsarbeitsdienstes vom 19. 12. 1933 (RGBl. I S. 2477),
   d) über die Festsetzung von Durchschnittsbeträgen für die Berechnung der Nachversicherung bei den Angehörigen der Waffen-SS vom 18. 3. 1940 (RGBl. I S. 512),
   e) über die Nachversicherung der länger dienenden planmäßigen Unterführer und Mannschaften der Motorsportschule des Nationalsozialistischen Kraftfahrkorps vom 31. 10. 1940 (RGBl. I S. 1462), sowie die Ergänzungsverordnung hierzu vom 9. 6. 1941 (RGBl. I S. 367).

§ 4

Soweit nach diesem Gesetz Renten entzogen werden, findet § 1296 RVO Anwendung.

§ 5

Dieses Gesetz tritt am 1. 8. 1947 in Kraft.

Stuttgart, den 31. Juli 1947.

Die Regierung des Landes Württemberg-Baden

Dr. Reinhold Maier — J. Beyerle — Fr. Ulrich
Dr. Veit — Kohl — Kamm
Otto Steinmayer

*) Reg.-Blatt d. Reg. Württ.-Baden 1947 S. 77.

Sozialversicherung der Beschäftigten in Privateinrichtungen der amerikanischen Besatzungsarmee und in Privathaushalten der Besatzungstruppen

Erlaß des AM Württemberg-Baden
Nr. III S. 11/35 Stuttgart, den 5. November 1947

Die Militärregierung hat mir mitgeteilt, daß ihr über Unklarheiten hinsichtlich der Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge für Beschäftigte bei amerikanischen Privatpersonen, lizenzierten Firmen und Einrichtungen der Besatzungstruppe (Klubs usw.) berichtet worden sei. Hierzu hat die Militärregierung festgestellt, daß die Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen für solche Personen von den deutschen Behörden zu bezahlen seien, auch wenn die Entlohnung nicht aus deutschem Haushalt erfolgt.

Die Krankenkassen können hiernach die Gesamtsozialversicherungsbeiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile) für die Beschäftigten bei den vorstehend genannten Personen und Einrichtungen bei den nach dem Beschäftigungsort zuständigen Besatzungskostenämtern zum Einzug bringen. Diese haben die Pflichten des Arbeitgebers im Sinne des § 393 RVO zu erfüllen. Auf den Erlaß des Landesversicherungsamts Württemberg-Baden vom 13. 11. 1946, der dies hinsichtlich der Beschäftigten bei amerikanischen Klubs bereits klargestellt hat, weise ich hin. Das Finanzministerium Württemberg-Baden — Besatzungskostenstelle — hat mir mitgeteilt, daß die Besatzungskostenämter entsprechend unterrichtet sind.

Im Auftrag
gez. Hof

Rechtsauskünfte

Anfrage:

Auf der am 7. 7. eingegangenen Beitragsnachweisung für den wirklichen Arbeitsverdienst führte der Bauunternehmer B. einen Maurer S. mit auf, für den keine Anmeldung vorlag. B. wurde aufgefordert, die Anmeldung nachzuholen. Am 25. 7. bat S. um Überweisung von Krankengeld, da er seit dem 26. 6. arbeitsunfähig erkrankt wäre. Ihm wurde geantwortet, daß ihm Krankengeld erst ab 25. 7. (§ 216 RVO) zustände, die Höhe des Krankengeldes auch nicht festliege, da der Arbeitgeber weder eine Lohnbescheinigung noch eine Anmeldung eingereicht habe. Die Lohnbescheinigung ging dann am 5. 8., die Anmeldung am 15. 8. nach wiederholter Aufforderung ein. Durch die Anmeldung wurde festgestellt, daß S. 1877 geboren, wahrscheinlich also Rentenbezieher war. Unter Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen über die Sozialversicherung der Rentenbezieher wurde bei B. rückgefragt, ob der Beschäftigte S. eine Rente aus der I.-V. beziehe und um Einsendung des Rentenbescheides gebeten, dabei auf das Rundschreiben der Kasse hingewiesen, das im März d. J. an alle Arbeitgeber versandt worden war und diese auf die Bestimmungen auf Grund des Erlasses des Präsidenten des Zentralamtes für Arbeit in der britischen Zone vom 28. 2. 47 — IV/277/47 hinwies. Am 20. 8. 47 sandte B. den Rentenbescheid ein. Erst jetzt konnte die Kasse endgültig und einwandfrei feststellen, daß S. Rentenbezieher war und demzufolge keinen Anspruch auf Krankengeld hatte, da ja auch kein Antrag auf Zusatzversicherung vorlag. Die dem S. von B. für die Zeit vom 30. 5. — dem Tage des Eintritts in die Beschäftigung — bis zum 25. 6. abgezogenen Arbeitnehmeranteile zur Gesamtsozialversicherung, die bereits überwiesen waren, wurden zurückvergütet. Am 25. 8. wurde dem S. mitgeteilt, daß nach nunmehriger Klärung seines Versicherungsverhältnisses der Antrag auf Zahlung von Krankengeld abgelehnt werden müsse, da Rentenbezieher keinen Anspruch darauf hätten und eine Zusatzversicherung nicht beantragt worden wäre. S. gab sich mit dem Bescheid nicht zufrieden und beantragte Entscheidung des Versicherungsamtes. In der Vorentscheidung des Versicherungsamtes wurde der Antrag abgelehnt. S. hat Antrag auf mündliche Verhandlung gestellt. Es wird behauptet, daß Arbeitgeber sowohl als Arbeitnehmer von der Sonderregelung der Sozialversicherung für Rentenbezieher nichts gewußt haben, trotz Rundschreiben der Kasse und Bekanntmachung in den Tageszeitungen. Gerade weil dem Arbeitnehmer auch seine Anteile zur Gesamtsozialversicherung abgezogen wurden, mußte dieser annehmen, daß seine Versicherung bei der Krankenkasse mit vollen Rechten weiter liefe; er könnte schließlich nicht für die Nachlässigkeit des Arbeitgebers Schaden erleiden. Wären die Beiträge unberechtigt abgezogen, so müßten sie doch für die Zusatzversicherung gelten. Die Kasse hätte sie ja auch angenommen und erst später zurücküberwiesen. Das VA neigt jetzt zu der gleichen Auffassung. Nach Ansicht der Kasse kann aus der Tatsache, daß dem S. irrtümlich und in Unkenntnis oder Nachlässigkeit die Beitragsteile abgezogen wurden, nun kein Rechtsanspruch auf Krankengeld hergeleitet werden. Zum anderen können Beitragsteile nicht gegen Beiträge zur Zusatzversicherung aufgerechnet werden, die ja gar nicht beantragt war, noch beantragt werden konnte, da die Dreiwochenfrist bei Klärung des Versicherungsverhältnisses bereits überschritten war.

Auskunft:

Nach § 313 Abs. 2 Satz 3 RVO steht der Anzeige der freiwilligen Weiterversicherung gleich, wenn in der für die Weiterversicherung vorgesehenen Frist die satzungsmäßigen Beiträge voll gezahlt werden. Eine solche Vorschrift fehlt aber in bezug auf die Zusatzversicherung nach § 13 der Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. 11. 41; sie fehlt auch in der Anweisung des Präsidenten des Zentralamtes für Arbeit vom 28. 2. 1947 — IV 277/47 —. In dieser ist unter Ziffer 7 lediglich bestimmt, daß der Antrag auf Zusatzversicherung binnen 3 Wochen nach Aufnahme der versicherungspflichtigen Beschäftigung gestellt werden muß. Der Antrag auf Zusatzversicherung unterblieb offenbar deshalb, weil sowohl S. als auch der Arbeitgeber B. der Auffassung waren, daß Krankenversicherungspflicht nach § 165 RVO besteht, denn sonst wäre zweifellos ein Beitragsabzug vom Lohn und ebenso eine Überweisung der Beiträge an die Kasse nicht erfolgt. Die zu Unrecht erfolgte Abführung von Pflichtbeiträgen vermag jedoch auf Grund des oben Gesagten die erforderliche Anmeldung für die Zusatzversicherung nach Nr. 7 der Anweisung des Zentralamtes für Arbeit nicht zu ersetzen, erst recht nicht, wenn, wie in der Anfrage aufgeführt wird, die Kasse durch ein Rundschreiben an alle Arbeitgeber auf die Bestimmungen der Anweisung hingewiesen hat. In der Sozialversicherungsdirektive Nr. 20 der britischen Militär-Regierung vom 1. 10. 1946 — MP S. I 4204/3 — betreffend Sozialversicherung und Entrichtung von Beiträgen, wird unter Nr. 4 bestimmt, daß für Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben, aber nicht zum Bezug einer Rente der Sozialversicherung berechtigt sind, die Beiträge zu den vollen gesetzlichen Sätzen (sowohl Anteil des Beschäftigten als auch Anteil des Arbeitgebers) zur Krankenversicherung, Rentenversicherung der Arbeiter oder Angestellten und Arbeitslosenversicherung zu entrichten sind. Daß der Arbeitgeber B. in Unkenntnis der Sozialversicherungsdirektive Nr. 20 Beiträge für S. an die Kasse abführte und daß S., dem zweifellos ebenfalls der Inhalt der Direktive unbekannt war, in Unkenntnis der

Anweisung des Zentralamtes die Anmeldung zur Zusatzversicherung unterließ, kann nicht gegen die Kasse wirken. Die Abführung der Beiträge kann aber auch trotz nachträglich vorgenommener Anmeldung eine Formalversicherung nach § 213 RVO nicht begründen. Voraussetzung für die Annahme einer solchen ist, daß die Kasse nach vorschriftsmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung 3 Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen hat.
Nach Lage des Falles ist die Kasse nicht verpflichtet, an S. Krankengeld zu zahlen. Indessen bleibt zu erwägen, ob man S. nicht etwa, vorbehaltlich der Zustimmung des Versicherungsamtes als Aufsichtsbehörde, das Krankengeld für den eingetretenen Versicherungsfall aus Billigkeitsgründen zahlen sollte, wenn tatsächlich ein ernstliches Beschäftigungsverhältnis vorgelegen hat und er den Zusatzversicherungsbeitrag nachentrichtet. Bei der heute oft vielfach mangelnden Möglichkeit, die Publikation irgendwelcher Verordnungen, Erlasse usw. nachzulesen, ist die Gefahr groß, daß eine Veröffentlichung dem einen oder anderen unbekannt bleibt. Es sollte nicht übersehen werden, daß eine „zusätzliche" Versicherung tatsächlich gewollt war, wenn dabei auch der Weg über die teuerere Pflichtversicherung anstatt über die für S. billigere Zusatzversicherung gewählt wurde.

Rechtsprechung

Der gesetzliche Vertreter eines Minderjährigen haftet nicht für dessen Beitragsrückstand der Ersatzkasse gegenüber
(§ 113 BGB)

Entsch. des Versicherungsamtes Hamburg vom 13.8. 1947
— AZ 521a — 15/46 —.

Die minderjährige Tochter des Klägers ist im April 1944 in versicherungspflichtige Beschäftigung getreten. Sie hat die Mitgliedschaft bei der Beklagten erworben, und zwar hat sie der Beklagten den Versicherungsantrag mit der durch Unterschrift vollzogenen Genehmigung des Klägers vorgelegt, worauf die Aufnahme der Tochter schriftlich bestätigt und diese damit Mitglied wurde. Die Tochter des Klägers geriet in Beitragsrückstände, so daß sie schließlich von der Beklagten ausgeschlosesn wurde. Für den Beitragsrückstand nimmt die Beklagte nicht die Tochter als Mitglied, sondern den Kläger in Anspruch auf Grund des § 1 Abs. 2 Satz 1 und 2 ihrer Versicherungsbedingungen, welcher lautet:

> „Alle Antragsteller haben einen von der Kasse zu liefernden Antragsvordruck sorgfältig auszufüllen und eigenhändig zu unterschreiben. Bei Minderjährigen ist die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich, der damit gleichzeitig die Gesamtschuldnerschaft für die Forderungen der Kasse aus dem Vertrage übernimmt."

Die Beklagte hat Zwangsvollstreckungsmaßnahmen angedroht. Der Kläger hat bestritten, dem Versicherungsantrag seiner minderjährigen Tochter zugestimmt und den Antrag unterschrieben zu haben, er habe auch niemanden beauftragt, den Antrag zu unterschreiben. Ein gültiger Versicherungsvertrag sei demnach überhaupt nicht zustande gekommen und Beitragspflicht nicht entstanden. Auf alle Fälle sei aber er (Kläger) nicht beitragspflichtig. Nach § 113 BGB könne auch ein Minderjähriger wirksam Verträge abschließen und auf alle Fälle verpflichte ein Minderjähriger nur sich selbst, nicht aber seinen gesetzlichen Vertreter. Der Kläger hat demgemäß die von ihm verlangte Zahlung abgelehnt, und da die Beklagte auf ihrem Zahlungsverlangen bestehen geblieben ist, Klage erhoben und den Antrag gestellt, festzustellen, daß er nicht Beitragsschuldner der Beklagten sei.

Die Beklagte hat Klageabweisung beantragt. Sie hat geltend gemacht, es müsse nach den Erfahrungen des täglichen Lebens davon ausgegangen werden, daß in Fällen, wie dem vorliegenden, die geleisteten Unterschriften auch tatsächlich von den bezeichneten Personen herrühren. Der Antrag der Tochter trage aber die Unterschrift des Klägers. Jedenfalls sei es ihr ganz unmöglich, sie auch nicht dazu verpflichtet, insoweit weitere Nachforschungen anzustellen. Im übrigen beruhe die Heranziehung des Klägers zur Zahlung der Beiträge auf der Satzung. Die Beteiligten (Beklagte, Kläger, Tochter des Klägers und der Geschäftsführer der in Frage kommenden Verwaltungsstelle der Beklagten) sind durch das zuständige Versicherungsamt vernommen worden.

Der Spruchausschuß hatte zunächst seine Zuständigkeit zu prüfen. Die Entscheidung dieser Frage wird dadurch erschwert, daß der Standpunkt des Klägers unter verschiedenen Gesichtspunkten verstanden werden kann. Abgesehen von dem grundsätzlichen Einwand, daß er überhaupt eine Unterschrift nicht geleistet habe, scheint der Kläger zunächst geltend zu machen, daß die Beklagte eine Forderung im Verwaltungszwangsverfahren (VZV) verfolge, die ihrer Art nach überhaupt nicht der Beitreibung im VZV unterliegt. Diesen Einwand kann er nicht im Spruchverfahren, sondern nur im Beschwerdeverfahren bei der der Beklagten vorgesetzten Stelle geltend machen (§ 2 Abs. 2 der VO vom 15. 11. 1899). Auf der anderen Seite bestreitet er die Berechtigung der Beklagten, ihn (Kläger) als Dritten, d. h. nicht als Versicherten und Mitglied der Beklagten, für Beiträge in Anspruch zu nehmen. Die Berechtigung dieses Einwands wäre grundsätzlich nur im Verfahren vor den ordentlichen Gerichten zu prüfen, so daß an sich der Antrag des Klägers, falls er so zu verstehen ist, wegen Unzuständigkeit abzuweisen wäre. Er kann im Spruchverfahren schon deshalb nicht geprüft werden, weil die Voraussetzungen des § 405 Abs. 2 RVO (Streit zwischen einem Versicherten oder bisher Versicherten einerseits und der Kasse andererseits) nicht vorliegen. Nun hat aber die Beklagte die Beitragspflicht des Klägers in der Satzung festgelegt und sie durch Gestaltung einer gesamtschuldnerischen Haftung der Beitragspflicht des Mitgliedes rechtlich gleichgestellt (vergl. § 421 BGB). Der Spruchausschuß hält sich danach für berechtigt, und es angesichts der Sachlage und der rechtlichen Bedenken gegen die von der Beklagten aufgenommene Satzungsvorschrift, auf die im folgenden näher eingegangen wird, auch für geboten, in der Sache selbst Entscheidung zu treffen. Eindeutige Feststellungen darüber, ob die Behauptung des Klägers, er habe die auf dem Antrag seiner Tochter befindliche, als seine bezeichnete Unterschrift nicht geleistet, zutreffend ist, konnten ebensowenig getroffen werden, wie die Feststellung, daß der Kläger die Unterschrift tatsächlich geleistet habe. Dieser Umstand ist jedoch für die Frage, ob die Beklagte den Kläger mit Recht oder Unrecht in Anspruch nimmt, ohne Bedeutung. Seit der Umgestaltung des Ersatzkassenrechts beruhen die Beziehungen zwischen Ersatzkasse und ihren Mitgliedern nicht mehr auf einem zivilrechtlich zu beurteilenden Versicherungsvertrag, sondern stellen ein Rechtsverhältnis öffentlich-rechtlicher Natur dar (vergl. RVA vom 21. 4. 39, II K 77/38 — abgedruckt in Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung 1939, Sp. 421 ff.). Dieses Versicherungsverhältnis unterscheidet sich nicht grundsätzlich, sondern nur in einzelnen Teilen seines Inhalts, insbesondere hinsichtlich der Frage der Entstehung und Beendigung, von dem Versicherungsverhältnis der gesetzlichen Krankenkassen zu ihren Mitgliedern. Die Mitgliedschaft zu einer Ersatzkasse kommt danach nicht durch einen bürgerlichen Vertrag (Angebot und Annahme), sondern durch die einseitige Beitrittserklärung zustande. Die Satzung der Beklagten bestimmt, daß ein Minderjähriger für den Antrag (richtiger: die Beitrittserklärung) der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters bedarf. Wenn man die Rechtsgedanken der bürgerlich-rechtlichen Regelung der Geschäftsfähigkeit auch für das öffentliche Recht gelten läßt, so ergibt sich, daß die geforderte Zustimmung des gesetzlichen Vertreters zur rechtlichen Wirksamkeit des Antrages oder des Beitritts, wenn, wie im vorliegenden Fall, im übrigen die Voraussetzungen des § 113 BGB vorliegen, richtiger Ansicht nach zwar nicht erforderlich (vergl. Staudinger § 113 BGB, Anm. 4; Stier-Somlo, Kommentar zur RVO § 175 Anm. 2a, § 310 Anm. 4; Entscheidung des Versicherungsamtes Hamburg vom 17. 3. 1939; 521 IIIa 133/38) aber immerhin auch nicht unzulässig ist. Dies kann aber nicht für die Bestimmung gelten, daß der gesetzliche Vertreter „damit" (d. h. mit seiner Zustimmung) die gesamtschuldnerische Haftung für die Forderung der Kasse übernimmt. Mit dieser Bestimmung verläßt die Beklagte in mehrfacher Beziehung den Rahmen der ihr gestatteten autonomen Regelung ihrer Angelegenheit. Der § 113 BGB kennt keine Haftung des gesetzlichen Vertreters für die Verbindlichkeiten des Minderjährigen aus dem genehmigten Geschäft lediglich unter dem Gesichtspunkt der erteilten Genehmigung bzw. Zustimmung. Es erscheint daher unzulässig, eine solche im öffentlichen und privaten Recht abgelehnte Haftung durch Satzungsbestimmung einzuführen. Diese Unzulässigkeit ergibt sich insbesondere auch daraus, daß die Satzung und die Regelung einer Angelegenheit durch die Satzung nur Bedeutung hat für das Verhältnis des Mitgliedes zur Kasse und umgekehrt. Die erwähnte Satzungsbestimmung geht aber über diesen Rahmen hinaus und zieht einen unbeteiligten Dritten in ihren Kreis, für den die Satzung überhaupt nicht gilt. Das erscheint dem Versicherungsamt als unzulässig. Diese Bestimmung ist zwar von der Aufsichtsbehörde genehmigt, das berührt jedoch nicht das Recht und die Pflicht des Spruchausschusses, diese Bestimmung selbständig auf ihre Gültigkeit zu prüfen. Ist somit satzungsmäßig der Kläger nicht zur Zahlung der Beiträge für seine Tochter verpflichtet, so entsteht die Frage, ob etwa aus sonstigen Gesichtspunkten eine solche Verpflichtung herzuleiten ist. Diese Gesichtspunkte könnten, da sie außerhalb der öffentlich-rechtlichen Beziehungen zwischen Mitglied und Kasse stehen, nur rein vertraglicher und privatrechtlicher Natur sein und für die Entscheidung dieser Frage wäre nicht das Spruchverfahren, sondern die ordentlichen Gerichte zuständig. Es erübrigt sich daher, im vorliegenden Streit in eine Prüfung dieser Frage einzutreten. Der gegen den Kläger gerichtete Anspruch der Beklagten erweist sich danach als ungerechtfertigt, so daß der Klage stattzugeben und zu erkennen war, wie geschehen. Die Beteiligten können gegen dieses Urteil binnen einem Monat nach der Zustellung Berufung an das Oberversicherungsamt einlegen.

Berichtigung

In der Nr. 24 der Zeitschrift vom 15. 12. 1947 ist auf Seite 206 oben rechts in der 7. Zeile ein Druckfehler unterlaufen.
Es muß dort richtig heißen: „und beim Kapitel 1 Titel 2 zu verausgaben."

Schriftleiter: Oberregierungsrat Ostermayer, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main, Gartenstraße 140
Verlag: Adolf Rausch Verlag Heidelberg Schließfach 403. — Bankkonto: Südwestbank, Heidelberg. — Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Einzelpreis RM —.40. Postbezug vierteljährlich RM 2.— zuzügl. Zustellgebühr. — Druck: Mannheimer Großdruckerei GmbH., Mannheim, R 1, 4-6

Die Sozialversicherung

Zeitschrift für alle Angelegenheiten der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung

Herausgeber: Präsident Stock, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main. — Mitherausgeber: Reg.-Dir. Hof, Arbeitsministerium Württemberg, Stuttgart. Direktor Peschel, Vorsitzender der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München. - Verlagsort Mannheim

Nr. 2 | 15. Januar 1948 | 3. Jahrgang

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Ein Arzt über die Krankenversicherung nach dem Zusammenbruch. Von Dr. med. W. Bittner, Utzenbiehl	9
2.	Die Leistungen und Ersatzansprüche der Krankenkassen nach der Sozialversicherungsdirektive 27. Von Landesverwaltungsrat Simstedt, Oldenburg	11
3.	Das Lochkartenverfahren im Dienst des Beitragswesens der Krankenkassen. Von Verw.-Oberinspektor F. Silber und Karl Meck, AOK Stuttgart	12
4.	Zu § 1542 RVO: Schadenshaftung der Ärzte. Von Franz Dömkes, Bielefeld	13
5.	Rechtsanspruch auf Gehalt? Von E. Wolko, Recklinghausen	14
6.	Bekanntmachung	15
7.	Institut für Sozialpolitik und Arbeitsrecht München	16
8.	Bücher und Zeitschriften	16
9.	Unsere Mitarbeiter	16
10.	Statistik	16

Ein Arzt über die Krankenversicherung nach dem Zusammenbruch

Von Dr. med. W. Bittner, Utzenbiehl

Der Verfasser dieses Aufsatzes, der als Amtsarzt in der Sozialversicherung tätig war, mußte 1938 dortselbst ausscheiden. Jetzt, nach seiner Rückkehr aus Gefangenschaft, hatte er erstmals wieder die Möglichkeit, Einblick in die Sozialversicherung, insonderheit in die Krankenversicherung in Bayern, zu nehmen. Wenn der Einblick auch nur vom Rande her möglich war, so sind doch einige Feststellungen gemacht worden, die für die Aerzte und Kassenverwaltungen sowie für den vertrauensärztlichen Dienst von Interesse sein dürften. Die Schriftleitung.

Wer wie ich aus einem industrialisierten Lande in die bayerische Provinz kommt, hat zunächst den Eindruck, daß ein Teil der Landbevölkerung die Krankenversicherung immer noch als eine Art Übel ansieht. Es ist mir eine schöne Erinnerung, irgendwo tätig gewesen zu sein, wo ein Unterschied zwischen Privat- und Kassenpatienten nicht existierte, sondern eben nur Kranke, die ohne Rücksicht auf grüne, gelbe oder gar keine Scheine eine nach ärztlichen Prinzipien richtige Behandlung bekamen. Es gibt auch hier viele Ärzte, die ebenso vorgehen; die Zeit der Kompensationsgeschäfte geht aber an keinem Beruf spurlos vorüber. Die Kranken, die unbedingt als Privatpatienten behandelt werden wollen, obwohl sie Kassenansprüche haben, erwarten für sich daraus eine besonders gute Behandlung. Sie sind gar nicht selten und stellen meist ein sehr empfindsames Krankengut dar. Es soll aber auch keine individuelle und keine generelle Krankenbehandlung geben, sondern nur eine einzige Behandlung nach medizinisch und psychologisch richtig erkannten Grundsätzen.

So bestehen öfter Spannungen zwischen Ärzten und Kassenverwaltungen, obwohl die beiden Teile sich so notwendig haben, daß sie heute einer ohne den andern nicht sein können. Es ist dabei interessant, daß der Tenor der ärztlichen Beschwerden fast immer auf dem Gebiete der Honorierung, eventuell auch einmal der zu starken büromäßigen Belastung liegt, und von seiten der Kassen dagegen auf der Forderung nach einer guten, zweckvollen und nicht luxuriösen Behandlung. Beide Teile haben zweifellos ihre Gründe. Das übervölkerte Land braucht Industrie, wenn alle leben wollen, und mit ihr wird die Krankenversicherung überall den ihr gebührenden Platz bekommen.

Die Art der ärztlichen Krankenbehandlung erscheint nach dem Kriege wesentlich uneinheitlicher als vorher. Wirkliche Erfahrungen aus dem Kriege und der Gefangenschaft neben oft recht flüchtig erworbenen Lesekenntnissen aus Zeitschriften, die nicht immer streng wissenschaftlichen Charakter tragen, nach einem gedrängten Studium und die ärztliche Tätigkeit im Krieg prägen sich hier aus. Im Zeichen des Andrangs zum ärztlichen Beruf muß man beliebt sein oder werden. Der Weg über gute und sachliche Arbeit führt ziemlich langsam zum Ziel, wäre aber für weiterhin das beste und tragbarste Fundament. Es gibt aber noch andere Hilfen, die ein Odium spenden, das dem echten Ruf etwas ähnlich sieht. Dazu gehört auch die Einstellung zu leichter Krankmeldung.

Jeder Arzt wünscht heute jedem Arbeiter eine Erholung bei guter Verpflegung und in wohltuender Umgebung. Die Krankenversicherung kann solches heute leider nicht leisten. Ihre Mittel (bei nicht niedrigen Beitragsätzen) reichen zur Not aus, schwer Erkrankte mit dem Notdürftigsten zu versehen. Die zunehmende Not, die furchtbare Unterernährung und mancherlei Gründe auf ethischem Gebiet machen es dem sozial denkenden Arzt heute noch mehr als früher zur Pflicht, das wenige so zu verteilen, daß das Notwendigste getan wird, um größere Schäden zu vermeiden. Leider trifft man gerade als Vertrauensarzt oft Patienten, die nach klarsten Erläuterungen unbelehrbar bleiben, und leider auch Ärzte, die eine größere Sicht zugunsten „ihres" Patienten allzu leicht verlieren.

Bei dem Streben nach einer zweckmäßigen Behandlung der Patienten ohne Luxus erscheinen einige besondere Punkte in Diagnostik und Therapie wichtig und erwähnenswert.

Es fällt auf, daß Herz- und Gefäßkrankheiten heute außerordentlich häufig die Ursache zu Krankmeldungen abgeben. Dieses ist

1. ein Zeichen der Überalterung des arbeitenden Volkes,
2. als Folge ungewöhnlicher seelischer Beanspruchung der letzten Jahre verständlich,
3. eine Folge zu vieler und nicht immer sehr gewiegter Begutachter des EKG's,
4. eine Folge nervöser Erschöpfung mit oder ohne Neigung zu hypochondrischen Vorstellungen, und
5. wird zunehmend der Tabakeigenbau auch hier seine Rolle spielen.

Ad 1. Ich erinnere mich einer großen statistischen Arbeit aus der Zwischenkriegszeit, die klar nachwies, daß die Erkrankungszahl und Sterblichkeitsziffer an Herz- und Gefäßleiden im Zeitalter der Technisierung und des getriebenen Lebens ziemlich steil emporsteigt. Ein besonderes Kontingent stellen die Menschen dar, die in höherem Lebensalter nach bisher leichter Arbeit jetzt gezwungen sind, schwer zu arbeiten. Der Körper hat in dieser Zeit oft schon die Anpassungsfähigkeit so weit verloren, daß er das Gleichgewicht verliert. Hier erwachsen den Vertrauensärzten der Arbeitsämter besondere Aufgaben.

Ad 2. Der Krieg und noch mehr die Nachkriegszeit haben ad oculos demonstriert, daß nicht nur im Märchen Prinzen an gebrochenem Herzen sterben, sondern daß seelische Erschütterungen, besonders wenn sie lange andauern, immer zuerst einen funktionellen und später einen organisch fixierten Schaden am Herzkreislaufsystem verursachen. In Zeiten der Begeisterung herrscht Hochdruck, jetzt Depression, Niederdruck und Erschlaffung. Es bleiben nur die Hochdruckler übrig, bei denen die Anlage sehr stark ist (wie bei weiten Schichten der einheimischen Landbevölkerung), oder solche, bei denen der Hochdruck keine nervöse Steuerungsstörung mehr ist, sondern in den Gefäßen oder Nieren seit längerer Zeit anatomisch festliegt. Gefäßkrämpfe sind besonders am Herzen heute außerordentlich häufige Erscheinungen und brauchen nicht übersollen aber auch nicht unterschätzt werden. Die Beurteilungen sind oft schwierig und gehen oft recht auseinander.

Ad 3. EKG-Diagnostik muß ganz gründlich gelernt sein. So willkommen jede Erweiterung unserer diagnostischen Mittel ist, so dringend notwendig erscheint, daß die EKG-Untersuchungen in den Händen auserlesener Spezialisten bleiben die den Befund richtig deuten, nichts übersehen und auch nichts zu viel finden. Beides wäre schädlich. Es ist bekannt, daß schwere Herzschäden ohne nennenswerte Veränderung der Kurve einhergehen können, und daß andererseits manche imponierende Zacke nicht viel bedeuten muß. Es gibt wohl auch keine Begutachter mehr, die nur auf Grund des EKG's, ohne Kenntnis des physikalischen Befundes, des Blutdruckes und der vorhergehenden Medikation ihr Gutachten abgeben.

Ad 4. Jeder Herzkranke und viele Herzgesunde neigen — und dies besonders bei spendablen EKG-Befunden, die nicht verstanden werden — zu neurotischen Reaktionen mit Bezug auf das Herz. Gewiß ist die Grenze zwischen ausgeglichenem Kreislauf und einer beginnenden Insuffizienz oft nur durch feinste Zeichen angedeutet, und das Auge des gut ausgebildeten Praktikers sieht oft mehr, als mechanische Funktionsprüfungen aussagen können, obwohl diese scheinbar schwarz auf weiß arbeiten. Man möge sich immer vor Augen halten, daß zu ausführliches Erzählen von einer „Kreislaufstörung" jedem Kranken irgendwie zusetzt.

Ad 5. Auf den Eigenbautabak in seinen verschiedenen Zubereitungen und dem oft recht großen Genuß wurde verschiedentlich mit Recht in der Tagespresse und in der Fachliteratur hingewiesen. Aus den Jahren nach dem ersten Krieg weiß man, daß gerade die Wirkung auf Kreislauf und Sehnerv von großer Allgemeinbedeutung ist.

Die Häufigkeit der Herzdiagnosen bei Arbeitsunfähigkeitsmeldungen führte bei manchen Kassen zu der sachlich nicht verständlichen Anordnung, daß Patienten mit derartigen Diagnosen möglichst bald dem Vertrauensarzt vorzustellen sind. Vom Standpunkt des Arztes gesehen erscheint es zunächst unsinnig, wenn sich jetzt die armen Kranken mit den geschwollenen Beinen und dem kurzen Atem zur Nachuntersuchung daherschleppen, in praxi aber hat der Kassenleiter als ärztlicher Laie recht, denn es erscheinen immer eine Reihe Herzinsuffizienzen ohne Insuffienzzeichen, und der kleinere Teil der wirklich ernstlich Kranken ist entschuldigt.

Dem ärztlichen Handeln ist heute in puncto Ernährung sehr bald eine Grenze gesetzt. Man sieht nicht selten, daß Patienten mit der klaren Diagnose „Unterernährung" die kompliziertesten Untersuchungen mitmachen, die doch eigentlich den Kern der Sache nicht treffen können. Die jetzt häufig genug durchgeführten „ambulanten" Grundumsatzbestimmungen mit einer Erhöhung des Grundumsatzes bis um 20 %, die nach einer Bahnfahrt nach München von 40—80 km durchgeführt werden, erlauben ohne weiteres nicht eine Abänderung der Diagnose in Richtung Hyperthyreose, wenn auch vor der Untersuchung eine gewisse Ruhepause eingeschaltet wurde.

Zu wenig, weil scheinbar nicht genügend bekannt, wird von Röntgentiefenbestrahlungen bei deformierenden Arthrosen Gebrauch gemacht. Dieses Verfahren ist vielen arbeitsunfähigen Kranken, die sich vor der Krankmeldung oft schon Jahre hindurch mit geringeren Beschwerden dahinschleppten, ein wirklicher Trost und kann zweifellos die Invalidisierung in manchen Fällen hinausschieben oder auch die Arbeitsfähigkeit wenigstens bei Änderung des Arbeitsplatzes wieder herstellen. Die Wirkung ist oft recht anhaltend. Es ist freilich kostspielig, es verkürzt aber manchen Krankenstand, und auf der Gegenseite sind die nicht immer sehr geringen Kosten verschiedenster wirkungsloser Behandlungen zu setzen.

Ein außerordentlich schwieriges Kapitel stellen oft die Magenkranken dar. Die Gastritiker gehören in das Gebiet der organfixierten Neurotiker. Ausnahmen gibt es, aber sie sind selten. Gastritis und die Ulcuskrankheit sind sozusagen der richtige Ausdruck unserer gehetzten Tage, deren Zerrissenheit und Unrast die seelischen Grundlagen vieler Menschen bis zum Rande erschöpft. Man erkennt den Typus des Gastritikers oder Ulcuskranken oft schon zu Zeiten, wo gar keine Magenbeschwerden bestehen. Zeiten und Menschen können wir von heute auf morgen nicht ändern. Es gelang der Medizin wohl, ganz allgemein gesehen, im Laufe von Jahrzehnten die Sterblichkeit herabzusetzen, aber nicht die allgemeine Morbidität zu senken. Diese ist im Gegenteil stark angestiegen. Die ärztliche Richtschnur „primum non nocere" gilt besonders bei der Behandlung der Magenkranken. Schon eine ungenaue Führung einer Ulcuskur, ein Weiterwursteln, „wie es heute eben möglich ist", ist bestimmt schädlich. Gewiß treten immer wieder namhafte Kliniker dafür ein, daß man eine Ulcuskur auch ohne besondere Diät durchführen kann. Ein Erfolg tritt ein, wenn es gelingt, den Kranken auch ohne Diät in ein neues Milieu mit starker Beeinflussung in Richtung „Gesundheit" zu bringen. Da solche Möglichkeiten im großen sehr selten vorhanden sind, wird die Behandlung der meisten Magenkranken auf Diät und eine Schonbehandlung nicht verzichten können. Wer aber kann bei den heutigen Verhältnissen daheim eine richtige Diätkur durchführen? Bei vertrauensärztlichen Untersuchungen nehme ich mir immer die Zeit zur Aufnahme einer genauen Krankheitsgeschichte. Sie besagt oft mehr als Röntgenbefunde von Nichtröntgenologen und hat mir dieses Jahr in fast allen Fällen gezeigt, daß eine richtige Ulcuskur daheim nicht durchgeführt werden kann. Daher die Forderung, sichere frische oder neu recidivierende Geschwüre beizeiten am besten einer intern fachärztlich geleiteten Abteilung zur Behandlung zuzuführen. Die Belastung der Kasse ist nur scheinbar, weil der Krankenstand meistens stark verkürzt wird. Außerdem kann man sich der Hoffnung hingeben, daß viel öfter als bei häuslicher Behandlung Dauerheilungen vorkommen. Ganz schlecht wirken auf die Gastritikerpsyche ungenaue Äußerungen des Arztes und unklare Röntgenbefunde. Ich bin mir dabei der diagnostischen Schwierigkeiten in manchen Fällen durchaus bewußt; wir dürfen aber nicht vergessen, daß wir solche Schwierigkeiten mit uns ausmachen müssen und nicht im Bewußtsein des Neurotikers, der damit nicht fertig werden kann. Wenn z. B. im März ein Magengeschwür festgestellt wurde und dann nach monatelangem Krankenstand im August ein sich nun endlich schließendes Zwölffingerdarmgeschwür, so verursacht dies im Bewußtsein des Kranken eine große Unsicherheit. Es ist ferner bekannt, daß Ulcuskranke während ihres langen Krankseins oft mehrere Ärzte aufsuchen. Da genügen schon oft verschiedene Ausdrücke für dieselben Zustände, um den Mann aus dem Gleichgewicht zu bringen. Wenn dagegen der Fachröntgenologe sagt, daß ein Ulcus nicht nachweisbar ist, weiß der Arzt zumindest, daß schwere und ausgedehntere Veränderungen nicht vorliegen, und den Patienten kann man dann von der Vorstellung des Geschwüres überhaupt befreien.

Den Tuberkulosekranken wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Als Arzt sieht man bei den jetzigen Wohnverhältnissen die Unzulänglichkeit der Asylierungsmöglichkeiten, die oft recht lange Zeit bis zur Einweisung in die Heilstätten und den bestimmt oft viel zu großen Zulauf zu den Sprechtagen. Durch genaue Voruntersuchungen könnte die Zahl der Durchleuchtungen verringert werden und dem Untersucher wäre mehr Zeit für den Einzelfall gegeben.

Ein schwierig zu handhabendes und heute nicht zu übersehendes Phänomen stellen die Depressionen dar, die verständlicherweise an Zahl recht zunehmen. Bei leichteren Fällen ist es bestimmt oft gut, wenn solche Menschen im Betrieb bleiben und mitgerissen werden. Es hängt dann viel von den Mitarbeitern und der ganzen Umgebung ab, die oft auch durch allzu brüske Begegnungen auch ausgesprochen schlecht wirken können. Wenn es gelänge, in allen Ämtern nur ideale Beamte im Personenverkehr zu beschäftigen, wäre manches besser. Viele Ämter sind für den großen Personenverkehr nicht eingerichtet und haben seit zwei Jahren nichts getan, um die Verhältnisse zu bessern. Halbe Tage lang hängen die Menschen oft wie die Trauben vor Arbeitsämtern, vor dem Flüchtlings- oder Wohnungsamt wegen einer kleinen Auskunft oder einer Unterschrift, nur weil kein Schalterdienst, wie er in der Krankenversicherung seit Jahrzehnten eingerichtet ist, da ist, oder auch keine organisatorische Steuerung des Zuflusses. Wenn Frauen bei solchen Gelegenheiten ganze Strümpfe stricken, ist das ein gutes Abreagieren der negativen Gefühle und Affekte, die sich meistens aber entweder in einem Schimpfen Ausbruch verschaffen oder in Menschen wie kleine Würmer nagen, bis es zu einem Versagen der seelischen Regulationen kommt. Der Depressive gehört oft in die Gruppe der cycloiden Typen, von denen man weiß, daß sie oft recht wertvolle Menschen sind. Sie haben den Nachteil der größeren Empfindlichkeit den Widerwärtigkeiten des Alltags gegenüber. Bei schweren Fällen von Depression und bei den Fällen, wo man schon von echter Psychose sprechen muß, besteht gar nicht selten eine Selbstmordneigung. Neben bewährten Mitteln, die aber immer nur einen kleinen Teil der Behandlung ausmachen können, ist es hier vor allem die Persönlichkeit des Arztes, die den armen Menschen hilft. Die vertrauensärztliche Begutachtung ist oft sehr schwer, weil eine kurze Untersuchung nicht genügt und die Kenntnis der Lebens- und Schicksalsbedingungen zunächst fehlt. Andererseits muß man aber wegen Zunahme wirklich arbeitsscheuer Menschen, die auf diesem Weg reisen, doch genau sein und immer den Weg zu einer genauen Beurteilung suchen.

Die Anämiediagnose aus dem abgezogenen Unterlid genügt nicht. Anämie ohne ein zweites Wort ist keine diagnostische Einheit, die therapeutische Schlüsse zuließe. Bei Unterlassung dieser Klärung gehen oft Mengen kostbarer Medikamente zwecklos verloren. In manchen Fällen hilft eben nur zweiwertiges Eisen, in anderen Leber, in vielen heutigen Fällen eine bessere Ernährung und fast immer, wenn auch oft nur vorübergehend, die richtig durchgeführte Transfusion. Es werden immer noch große Summen für Tonica und möglichst komplizierte Eisenpräparate ausgegeben, die zwar recht bunt angepriesen werden, dafür aber kaum eine greifbare Wirkung haben.

Damit ist der Übergang zu einem nicht minder wichtigen Kapitel gefunden, das aber so weitläufig ist, daß es eine gesonderte Bearbeitung verdiente. Der Vertrauensarzt in der heute üblichen Dienstverwendung ist auch nicht in der Lage, das ganze Gebiet völlig zu überschauen. Es gibt auch auf dem Gebiet der Medikamentenversorgung einen schwarzen Markt. Es passiert uns, daß wir manchmal bei einem Kranken die auserlesensten Kostbarkeiten vorgesetzt bekommen, ohne daß sie ihm eigentlich richtig nützlich sein können, nur weil er sie durch seine Verbindungen verschaffen kann und seine Umgebung und schließlich auch er dieselben für gut hält. Ein anderer armer Kranker braucht dringend ein Medikament und es ist nicht möglich, ihm dieses zu beschaffen.

Es hat sich eine neue pharmazeutische Industrie allmählich entwickelt, die es nicht für notwendig hält, über die Zusammensetzung ihrer Präparate oder über Prozentgehalt der wirksamen Stoffe etwas auszusagen. Es wird ja alles mit einer wahren Kaufwut zusammengekauft, und niemand weiß eigentlich recht, was er kaufte und was er seinen Patienten anpries. Eine womöglich staatliche Prüfstelle für Medikamente tut dringend not. Es sollte kein Heilmittel freigegeben werden, von dem man nicht weiß, was es enthält und wieviel von wirksamen Stoffen. Sonst verlieren wir uns in eine Quacksalberei, die des ärztlichen Standes nicht würdig ist und den Kranken nur zum Schaden gereichen kann. Es werden fast nur Spezialitäten aufgeschrieben. Früher gab es einmal eine Anleitung zur wirtschaftlichen Verschreibweise. Manches darin war kleinlich, vieles gut. Ich weiß nicht, ob sich die Apotheker wohler fühlen, wenn sie nur Verkäufer oder auch Hersteller von Präparaten sind. Im großen und ganzen hat man das Gefühl, daß heute mehr „ut aliquid fieri videatur" aufgeschrieben wird als je zuvor. Man konnte niemals den Wert dieser Größe richtig abschätzen und kann es jetzt weniger als früher, weil man fast nur mit unbekannten Größen operiert. Der Kriegsarzt hat oft sein Interesse an der Pharmakologie weitgehend eingebüßt. Man sollte aber Kenntnisse in Pharmakologie nicht unterschätzen. Sie gerieten zu Gunsten der geraden chirurgischen Richtung während des letzten Dezenniums allzu sehr ins Hintertreffen. Dabei steigen die Kosten für Medikamente so stark an, daß dieser Posten immer deutlicher ins Gewicht fällt. Und doch hat fast jeder Patient das Gefühl, daß er nichts Rechtes bekam.

Die Leistungen und Ersatzansprüche der Krankenkassen nach der Sozialversicherungsdirektive 27

Von Landesverwaltungsrat Simstedt, Oldenburg

I.

Im Gegensatz zu den Sozialversicherungsdirektiven Nr. 11 vom 16. Januar 1946 und Nr. 19 vom 6. August 1946 enthält die Sozialversicherungsdirektive Nr. 27 selbst keine direkte Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen den Landesversicherungsanstalten und den Trägern der Krankenversicherung. Die Aufgaben der Krankenversicherungsträger bei der Durchführung der Leistungen an Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene ergeben sich aus dem § 38 der Sozialversicherungsanordnung Nr. 11.

II. Leistungen

Bei der Überprüfung der Direktive Nr. 27 und der Sozialversicherungsanordnung Nr. 11 haben sich viele Zweifelsfragen ergeben, die auf einer Konferenz der Verbände der Ortskrankenkassen der britischen Zone am 18. 8. 47 in Düsseldorf durchgesprochen und mit dem Zentralamt für Arbeit beraten wurden. Auf Grund der hierbei erfolgten Auslegungen kann zunächst bei der praktischen Durchführung der Heilbehandlung Kriegsbeschädigter und der Geltendmachung von Ersatzansprüchen der Krankenversicherungsträger von folgenden Gesichtspunkten ausgegangen werden:

A.

Kriegsbeschädigte Kassenmitglieder, Ausgesteuerte und beschäftigte Rentner erhalten die Leistungen nach der Direktive Nr. 27 und der Anordnung Nr. 11 von der für ihr Versicherungsverhältnis zuständigen Krankenkasse. Dasselbe gilt für weiterversicherte Rentner, deren Betreuung durch die Kasse erfolgt, bei welcher die Weiterversicherung abgeschlossen wurde.

Da die auf Grund der früheren Vorschriften zu zahlenden Renten nach dem Inkrafttreten der Direktive Nr. 27 so lange weitergezahlt werden, bis die Renten nach der Direktive festgestellt worden sind, endet die Versicherung der Kriegsbeschädigten auf Grund der 2. Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. 11. 41 erst mit dem Ablauf des Monats, für den letzmalig die bisherige Rente ausgezahlt wird,

Versehrte haben danach so lange an ihre Kasse Ansprüche wegen der Behandlung von KB-Leiden auf Grund der Rentnerkrankenversicherung zu stellen, bis ihnen ein neuer Rentenbescheid zugestellt wird. Bis zu diesem Zeitpunkt zählen sie als Kassenmitglieder und sind dementsprechend bei einer KB-Erkrankung zu betreuen.

B.

Zugeteilte sowie nichtbeschäftigte Rentner sind von der für ihren Aufenthaltsort zuständigen Ortskrankenkasse oder — wo eine solche nicht vorhanden ist, von der Landkrankenkasse zu betreuen.

C.

Berechtigte Familienmitglieder eines gesetzlich Versicherten, die Anspruch auf Heilbehandlung als Zugeteilte haben, erhalten Leistungen von der Krankenkasse des gesetzlich Versicherten.

D.

Vor der Gewährung von Leistungen muß in jedem Falle zunächst die Zugehörigkeit des Antragstellers zu dem Kreis der anspruchsberechtigten Personen festgestellt und der ursächliche Zusammenhang der Körperbeschädigung oder des Todes mit einer Kriegseinwirkung, militärischem oder militärähnlichem Dienst nachgewiesen werden. Falls ein einwandfreier Nachweis geführt werden kann, muß sich die weitere Prüfung der Krankenkasse darauf erstrecken, ob das von dem Beschädigten der Kasse, dem Arzt usw. gegenüber vorgebrachte und festgestellte Leiden der Beschädigung entspricht, welches durch den Rentenbescheid, den Heilfürsorgeausweis usw. nachgewiesen wird, oder ob es sich um eine Verschlimmerung einer bereits bestehenden und anerkannten Gesundheitsschädigung handelt. Ist noch keine Entscheidung über den Leistungsanspruch des Kriegsbeschädigten ergangen, so kann nach § 25 der Anordnung Nr. 11 die Krankenkasse die beantragten und erforderlichen Leistungen gewähren, wenn die Nachprüfung ergibt, daß eine Gesundheitsschädigung im Sinne des § 4 der Direktive Nr. 27 anzunehmen ist. Zur Aufnahme der hierfür vorgeschriebenen Anträge auf endgültige Fesstellung der Leistungen verwendet die Krankenkasse zweckmäßigerweise die von den Außenstellen der Landesversicherungsanstalten eingeführten Vordrucke. Der Antrag ist mit den weiteren Unterlagen (ärztliches Gutachten, eidesstattliche Erklärung usw.) unverzüglich an die Außenstelle zur Entscheidung weiterzuleiten. Erst dann, wenn diese nicht sofort eine endgültige Entscheidung treffen kann, hat die Krankenkasse das Recht zur Gewährung befristeter Krankenbehandlung. Zur Beschleunigung des Verfahrens ist es zweckmäßig, im Einverständnis mit den Außenstellen diese Anträge den ärztlichen Gutachtern der Rentenversicherungsträger zuzuleiten, da es sich in den meisten Fällen um eine sozialmedizinische Frage handelt. Das wird insbesondere an den Orten geschehen müssen, an denen keine Verwaltungsstellen, wohl aber Untersuchungsstellen eingerichtet sind.

E.

Die Krankenversicherungsträger haben Krankenbehandlung nach den Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung, Barleistungen jedoch in jedem Falle (bei Kassenmitgliedern, Ausgesteuerten und Zugeteilten) nach dem 2. Buch der Reichsversicherungsordnung zu gewähren. Dabei erhalten die Kassenmitglieder alle Barleistungen, d. h. Kranken-, Haus- und Sterbegeld stets im Rahmen der Satzung nach dem für ihr Versicherungsverhältnis maßgeblichen Grundlohn, während der Grundlohn der Zugeteilten einheitlich auf RM 5,— täglich festgesetzt ist. Für die Zugeteilten ist ein einheitliches Krankengeld von RM 2,50, ein Hausgeld von RM 1,25 täglich und ein Sterbegeld in Höhe von RM 100,— (20 × 5) zu gewähren.

Die Bestimmung des § 183 RVO gilt gleichmäßig für alle Versehrten, d. h. Kassenmitglieder und Zugeteilte können Barleistungen nur für eine Gesamtdauer von 26 Wochen erhalten. Nach der Aussteuerung haben die Versehrten (Kassenmitglieder und Zugeteilte) bei Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit nur Anspruch auf die Vollrente. Um die rechtzeitige Anweisung der Vollrente in diesen Fällen sicherzustellen, ist es erforderlich, daß die Krankenversicherungsträger den Landesversicherungsanstalten schon vor Eintritt der Aussteuerung Mitteilung machen.

F.

Die Krankenpflege wird von den Krankenkassen im Rahmen ihrer Satzung geleistet. Dabei ist aber nach § 14 der Anordnung Nr. 11 die Arzneikostengebühr nicht zu entrichten. Die Krankenkasse kann nach § 12 a. a. O. die Inanspruchnahme eines bestimmten Facharztes anordnen, wenn die Art des Leidens oder die Aussicht auf die Verhütung einer Verschlimmerung oder die Verringerung oder Beseitigung des Grades der Erwerbsminderung dies erfordert.

G.

Kassenmitglieder haben vor der Inanspruchnahme eines Arztes einen Krankenschein zu lösen. Nur in dringenden Fällen kann dieser Schein nachträglich beigebracht werden. Die Behandlung Ausgesteuerter erfolgt auf Grund eines Krankenscheines und nicht Heilbehandlungsscheines, solange dieser Versehrte auf Grund seiner Versicherung einen Anspruch auf Krankenpflege hat. Erst dann, wenn seine Ansprüche auf Grund der bestandenen Krankenversicherung aufgehört haben, ist ihm bei Fortdauer der Notwendigkeit von Heilbehandlung ein Heilbehandlungsschein auszustellen.

Bei den Zugeteilten erfolgt die Behandlung auf Grund eines vor Beginn der Heilbehandlung ausgestellten Heilbehandlungsscheines. Auch hier sind Ausnahmen nur in dringenden Fällen statthaft.

H.

Die Krankenkassen müssen den Landesversicherungsanstalten den Beginn der Arbeitsunfähigkeit sowie Art und Höhe der Geldleistungen mitteilen. Bei Beendigung der Arbeitsunfähigkeit muß sie mitteilen, daß der Versehrte von .... bis ...., arbeitsunfähig war und für die Zeit von .... bis .... ein Krankengeld oder Hausgeld in Höhe von insgesamt .... RM erhalten hat. Beide Meldungen haben unverzüglich nach Beginn bzw. Beendigung der Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen.

III. Erstattung aus den zonalen Staatseinnahmen

A.

Grundsätzlich werden den Krankenkassen alle Aufwendungen erstattet, welche sie an Versehrte gewährt haben. Hierzu gehören m. E. auch Ausgaben für sogenannte Besatzungsschäden, soweit sie die Zeit vor dem 1. August 1945 betreffen (siehe Ziffer A 1 der finanztechnischen Anweisung Nr. 99).

B.

Soweit in der Anordnung Nr. 11 keine Pauschalierung vorgesehen ist, erfolgt die Erstattung in der tatsächlichen (nachgewiesenen) Höhe. Das gilt insbesondere für die Barleistungen, die Kosten der Krankenhausbehandlung, Transportkosten sowie Heilmittel, Arztkosten und Fahrgelder für Zugeteilte.

Wenn in den Verpflegungssätzen einzelner Krankenhäuser Kosten für ärztliche Behandlung und Arznei nicht enthalten sind, können als Ersatz für diese die in der Verordnung vom 2. November 1943 (Amtliche Nachrichten II S. 487, Abschnitt III) festgelegten Pauschalsätze von 0,25 RM für Arznei- und Heilmittel und 0,75 RM für ärztliche Behandlung, insgesamt 1,— RM täglich für Krankenpflege eingesetzt werden.

C.

Abweichend von dem Grundsatz der Kostenerstattung in der tatsächlich entstandenen Höhe, werden die Kosten der Krankenbehandlung für Kassenmitglieder, Ausgesteuerte und beschäftigte Rentner durch einen Pauschalbetrag in Höhe von RM 1,25 für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit abgegolten. Für die nicht mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Fälle erfolgt kein Ersatz für die Kosten der Krankenbehandlung. Als Tage der Arbeitsunfähigkeit sind hier nur Zeiten der ambulanten Behandlung zu zählen. Für die Dauer der Krankenhauspflege darf der Pauschbetrag von RM 1,25 nicht eingesetzt werden (siehe oben).

D.

Alle Aufwendungen für Arzneien und Verbandsmittel der versehrten Zugeteilten und nicht beschäftigten Rentner werden durch einen Pauschbetrag von RM 3,— je Kalendervierteljahr abgegolten. Dieser Pauschbetrag umfaßt im Gegensatz zu dem Pauschbetrag von RM 1,25 (siehe oben) die Aufwendungen für Heilmittel nicht. Diese RM 3,— sind für jeden Zugeteilten und nicht beschäftigten Rentner, der im Laufe eines Kalendervierteljahres wegen seines KB-Leidens behandelt wird, anzusetzen.

E.

Die Erstattung der Verwaltungskosten erfolgt nach dem Erlaß des Reichsarbeitsministers betreffend Berechnung des Verwaltungskostenanteils für Zugeteilte vom 25. September 1929. Die Pauschalberechnung der Verwaltungskosten geht von den Gesamtausgaben der Krankenkasse für das letzte Geschäftsjahr aus und stellt diese den in ihnen enthaltenen Verwaltungskosten gegenüber. Die Gesamtausgaben umfassen die Reinausgaben für Mitglieder und Angehörige, die Verwaltungskosten sowie die sonstigen Aufwendungen. Nicht berücksichtigt werden die sogenannten erfolgsunwirksamen Ausgaben. Zu dem Verwaltungskostenanteil tritt bei allen Krankenkassen ein Zuschlag von 10 v. H. Dieser Zuschlag wird bei denjenigen Krankenkassen, welche für die Abfertigung der Zugeteilten besondere Angestellte voll beschäftigen müssen, um 20 bis 60 v. H. erhöht. Die Errechnung des Verwaltungskostenanteils und die Zahl der vollbeschäftigten Angestellten müssen von dem Versicherungsamt bestätigt werden.

IV. Abrechnungsverfahren

Die Nachweisungen der Krankenkassen sind getrennt nach
a) Zugeteilten und nicht beschäftigten Rentnern,
b) Kassenmitgliedern, Ausgesteuerten und beschäftigten Rentnern

aufzustellen und bis zum 15. des 2. Vierteljahrs-Monats für das abgelaufene Kalendervierteljahr bei dem Kassenverband einzureichen. Die Verbände müssen zur Zeit noch die Beifügung aller Unterbelege fordern. Die erstmalige Abrechnung der nach der Sozialversicherungsdirektive Nr. 27 und der Sozialversicherungsanordnung Nr. 11 von den Krankenkassen getätigten Ausgaben erfolgt für die Monate August und September 1947. Gleichzeitig mit dieser Abrechnung hat die Anforderung der Kosten für den Monat Juli 1947 zu erfolgen. Wie aus Abschnitt XV/47 der Anordnung Nr. 11 hervorgeht, müssen die Juli-Ausgaben 1947 nach den Sozialversicherungsdirektiven Nr. 19 und 24 sowie den dazu ergangenen Anordnungen der Länderministerien abgerechnet werden.

Das Lochkartenverfahren im Dienste des Beitragswesens der Krankenkassen

Von Verw.-Oberinspektor F. Silber und Karl Meck AOK Stuttgart

In der Praxis finden wir bei der Beitragsberechnung im allgemeinen bei allen Kassen zwei Arten: die Berechnung nach dem wirklichen Arbeitsverdienst und nach Lohnstufen.

Bei der Berechnung nach dem wirklichen Arbeitsverdienst, die hauptsächlich für größere Betriebe mit kaufmännisch geführten Lohnbuchhaltungen in Betracht kommt, hat der Gesetzgeber dem Arbeitgeber die Aufgaben der Beitragsberechnung und der Krankenkasse die ordnungsmäßige Buchung und Verteilung der Sozialversicherungsbeiträge übertragen. Diese Regelung bedeutet für beide Teile eine wesentliche Geschäftsvereinfachung. Der Arbeitgeber berechnet mit den Gehältern und Löhnen in einem Arbeitsgang die Beiträge, weist sie — nach Beitragsgruppen ausgeschieden — der Krankenkasse nach und führt dieselben am Lohnzahlungstag an die Krankenkasse ab. Die Krankenkasse erhält so auf dem kürzesten Wege ihre Forderung beglichen, kann also dadurch ihre Betriebsmittel auf ein Mindestmaß herabsetzen und spart außerdem an Verwaltungskosten.

Anders verhält es sich bei der Berechnung nach Lohnstufen, die aus bekannten Gründen keine Kasse entbehren kann. Bei dieser Berechnungsart, die in der Regel für Arbeitgeber mit weniger als 10 Versicherten in Betracht kommt, liefert der Arbeitgeber nur die zum richtigen Beitragsansatz notwendigen Unterlagen (An- und Abmeldungen, Lohnveränderungsanzeigen). Von Kassenseite werden außerdem die beitragsfreien Zeiten — das sind die Zeiten des Bezugs von Kranken- und Wochengeld bzw. deren Ersatzleistungen — berücksichtigt, und sodann die Beiträge selbst berechnet.

Bei den Großkassen bildet diese Art von Beitragsberechnung auch heute noch ein schwieriges Problem in der Verwaltung und verursacht Arbeitgebern und Kasse manchen Ärger. Bekanntlich sind die Krankenkassen nur verpflichtet, eine Rechnung über den Gesamtbeitrag des Einziehungsabschnitts auszustellen, die, was erschwerend wirkt, den Rückstand oder ein etwaiges Guthaben ausweisen muß. Der Grund für diese vereinfachte Rechnungsstellung ist darin zu suchen, daß für die Ausstellung einer spezifizierten Beitragsrechnung den Kassen eine umfangreiche Verwaltungsarbeit erwachsen würde. Das Fehlen einer spezifizierten Beitragsrechnung aber, aus der der Beitragsansatz für jeden einzelnen Versicherten nach Art, Höhe und Umfang ersichtlich ist, ist gerade der Umstand, der den Arbeitgebern häufig berechtigten Grund dafür bot, in der Öffentlichkeit darüber Klage zu führen, daß die Großkassen der inneren Organisation für diese Arbeiten nicht die genügende Beachtung geschenkt hätten und deshalb nicht die zweckmäßigen und anzustrebenden Einrichtungen in der Sozialversicherung seien. Dieses Bedürfnis nach einer spezifizierten Rechnung ist nach Inkrafttreten der Zweiten Lohnabzugsverordnung vom 24. 4. 1942/15. 6. 1942, nach welcher die Krankenkassen die gesamten Sozialversicherungsbeiträge zu berechnen, einzuziehen und an die einzelnen Sozialversicherungsträger abzuführen haben, noch dringender geworden, als es vordem schon der Fall war. Die Ausstellung einer solchen spezifizierten Rechnung liegt nicht zuletzt auch im Interesse des Versicherten und der beteiligten Sozialversicherungsträger. Der Arbeitgeber als zahlender Faktor hat aber unbestreitbar Anspruch auf eine solche Rechnung und dadurch die Möglichkeit und die Pflicht zu prüfen, ob der einzelne Versicherte der richtigen Beitragsgruppe und -stufe zugeteilt ist, und ob alle Änderungsmeldungen erstattet bzw. richtig berücksichtigt worden sind. Die Folge davon ist, daß einerseits Beitragsforderungen für verspätet abgemeldete Versicherte und andererseits die Gesuche um Beitragsverzicht nach § 397 Abs. 4 RVO auf ein Mindestmaß herabgesetzt werden. Diesem Bedürfnis Rechnung tragend, sind die meisten Kassen schon früher dazu übergegangen, den Arbeitgebern von einer bestimmten Versichertenzahl an neben der Gesamtrechnung eine Beitragsliste (Doppel der Hebeliste) zur Verfügung zu stellen, die — allmonatlich ergänzt — zwischen Kasse und Arbeitgeber pendelt, um am Jahresschluß dem Arbeitgeber überlassen zu bleiben. Diese Art von Rechnungsstellung, die gegenüber dem jetzigen Verfahren nur als Hilfsmaßnahme anzusprechen ist, erfordert aber sehr umfangreiche und zeitraubende Verwaltungsarbeit, ohne daß damit jedem Arbeitgeber sein berechtigter Wunsch erfüllt werden kann.

Durch den Ausfall der Buchungsmaschinen bei den meisten Großkassen infolge Kriegseinwirkung oder durch die Unmöglichkeit einer Ersatzbeschaffung verbrauchter Maschinen infolge Demontage der Fabriken, mußten viele Kassen zum manuellen Buchungsverfahren und damit auch zum manuellen Ausschreiben der Beitragsrechnungen zurückkehren. Was dies für die Verwaltung einer Großkasse bedeutet, kann nur der Fachmann ermessen, der den ganzen Umfang der Verordnung über Rechnungsführung und die Bestimmungen der zweiten Lohnabzugsverordnung mit ihrer Notwendigkeit der Ermittlung des Gruppensolls kennt. Erschwerend kommt hinzu, daß durch das Säuberungsgesetz den Krankenkassen ein großer Teil ihrer Fachkräfte nicht mehr zur Verfügung steht.

Alle diese Umstände stellten auch die Allgemeine Ortskrankenkasse Stuttgart vor unüberwindlich scheinende Aufgaben. Hier mußte Wandel geschaffen und ein gangbarer Weg gefunden werden. Was lag da näher, als die bei der Rüstungsindustrie und der früheren Wehrmacht frei gewordenen Hollerithmaschinen in den Dienst der Sache zu stellen und den schon lange vorher gehegten Plan einer solchen Lochkarten-Organisation nunmehr in die Tat umzusetzen. Es ist eine bekannte Tatsache, daß jeder Arbeitgeber seine Krankenkasse nach der Tätigkeit ihrer Beitragsabteilung beurteilt. Viele anerkennende Äußerungen von seiten der Arbeitgeber und unsere eigenen Wahrnehmungen am Schalter für Beitragsanstände sind uns ein Beweis dafür, daß unseren Bemühungen der Erfolg nicht versagt geblieben ist, und wir den richtigen Weg gegangen sind. Wir möchten daher nicht versäumen, den interessierten Kreisen von dieser Umstellung Kenntnis zu geben.

Folgende Gesichtspunkte waren uns bei Verfolgung unseres Zieles richtunggebend:

1. Anlehnung an das bisherige Berechnungs-, Buchungs- und Einzugsverfahren, sowie schrittweise Umstellung auf das neue Verfahren unter Beachtung der größtmöglichen Vereinfachung.
2. Im Zuge der Umstellung verwaltungsmäßige Neuorganisation der Beitragsabteilung, die zum Zusammenschluß der bisherigen Dienststellen Beitragsberechnung Kleinbetriebe, Beitragsberechnung Großbetriebe, Beitragsbuchhaltung und Hollerith-Anlage zu einer Abteilung mit der Bezeichnung „Beitragsbuchhaltung" geführt hat.
3. Anpassung an die amtlich vorgeschriebenen Muster im Vordruckwesen.
4. Schaffung
   a) einer Mitglieder-Lochkarte, die sowohl den Erfordernissen der Beitragsberechnung und einer umfassenden Mitgliederstatistik, als auch den Kontrollmöglichkeiten des Lochkartenverfahrens entspricht und die Ausschreibung einer spezifizierten Beitragsrechnung ermöglicht;
   b) einer Buchungslochkarte, die der Mitgliederlochkarte angepaßt ist und diese bezüglich der Rechnungsschreibung (alte Schuld oder Guthaben) ergänzt;
   c) einer guten Grundlage für die Betriebsprüfer.
5. Festlegung eines gut durchdachten Systems von sprechenden Schlüsselzahlen, das sich leicht in das Gedächtnis der Sachbearbeiter einprägt.
6. Fristgerechte Erledigung der anfallenden Arbeiten innerhalb des Einziehungsmonats.

Diese Arbeiten gliedern sich etwa wie folgt auf:

I. Kleinbetriebe (Lohnstufenversicherte)

a) Abstimmen der Buchungskarten nach Buchungsarten — Sollstellungen, Rückzahlungen, Kosten, Einnahmen, Sollberichtigungen — und Listen derselben nach Arbeitgebern geordnet;
b) Zusammensortieren dieser Karten nach Arbeitgeber und Schreiben der Buchungslisten (Grundbuch der Beitragsbuchhaltung);

e) Buchen mit gleichzeitiger Gewinnung der Saldenkarten;
d) Abstimmen der Salden und Schreiben der Saldenliste (Saldenkontrolle);
e) Anlage der Lochkarten für die Berechnungskartei auf Grund der Änderungsmeldungen;
f) Bewerten dieser Lochkarten mit Hilfe von Matrizenkarten durch den Rechenlocher;
g) Sortieren der Beitragsberechnungskarten und Schreiben des Grundbuchs über den Beitragsansatz mit Ermittlung des Gesamtsolls;
h) Einsortieren der Umsatz- und Saldenkarten in die Beitragsberechnungskartei sowie Ausschreiben der spezifizierten Beitragsrechnungen unter gleichzeitiger Anfertigung eines Durchschlags für den Betriebsprüfer und automatischer Anlage einer Sollbuchungskarte sowie einer vorbereiteten Ist-Buchungskarte für den zu zahlenden Betrag, gleichzeitig als Rechnungsbeleg für die Kasse;
i) Ausschreiben der Mahnungen.

II. Großbetriebe (Versicherte nach wirklichem Arbeitsverdienst)

a) Ablochen der Beitragsnachweisungen bezüglich des Gesamtsolls und des Arbeitnehmeranteils des Gruppensolls;
b) Errechnen des Gruppensolls durch den Rechenlocher;
c) Durchführen der Null-Kontrolle durch Saldierung der Summe der Gruppenkarten mit dem Betrag der Gesamtsollkarte;
d) Ermittlung des Gesamtsolls und des Gruppensolls für den Einziehungsabschnitt;
e) Durchführung der gleichen Arbeiten wie bei Kleinbetrieben oben Ziff. I a—d;
f) Schreiben der Kontoauszüge für die Arbeitgeber mit Durchschlägen für die Betriebsprüfer.

III. Endabstimmung und Verteilung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge

Die oben Ziff. Ia gefertigten Listen sind gleichzeitig ein Bestandteil der Monatsabschlußkarten. Auf die Monatsabschlußkarte selbst brauchen nur noch die Monatsergebnisse übertragen werden. Dadurch werden die Abschlußarbeiten wesentlich vereinfacht.

Diese nur stichwortartig gemachten Ausführungen zeigen schon die überaus großen Möglichkeiten und Vorteile des Hollerithverfahrens auf dem Gebiet des Beitragswesens der Sozialversicherung. Es ist hier nicht der Raum, den Ablauf der einzelnen Arbeitsgänge näher zu erläutern, aber es kann ohne Übertreibung gesagt werden, daß nach fehlerfreier Anlage der Mitgliederlochkarte vom Beitragsansatz bis zur Verbuchung der Beitragseinnahme nahezu alle Arbeiten wie ein Uhrwerk automatisch ablaufen.

Die Beitragsrechnung enthält neben der Arbeitgebernummer den Zahlungsweg und die Banknummer sowie die Mitgliedsnummer, das Geschlecht und den Geburtstag des Versicherten. An Hand dieser Angaben kann der Arbeitgeber ohne Schwierigkeit feststellen, um welchen Versicherten es sich handelt. Die weiteren Spalten: Grund für Teilberechnung, Zahl der Tage, Beitragsgruppe und -stufe und Betrag unterrichten ihn an Hand der Erläuterung der Schlüsselzahlen, die auf jeder Rechnung abgedruckt ist, über den Beitragsansatz.

Der Kontoauszug für die Arbeitgeber, die nach wirklichem Arbeitsverdienst abrechnen, ist hauptsächlich dort von Bedeutung, wo die Arbeitgeber nach jedem Lohnzahlungstag, also nicht nur monatlich einmal, mit der Kasse abrechnen. Durch den Versand der Kontenauszüge werden Unstimmigkeiten in der Verbuchung schon bei ihrer Entstehung entdeckt und beseitigt. Außerdem gibt die Kasse dem Arbeitgeber damit gleich die Bestätigung dafür, daß seine Beiträge verbucht wurden. Das Vertrauen zur Kasse kann dadurch nur erhöht werden. Ein verbindlicher Text weist den Arbeitgeber außerdem noch auf ausstehende Nachweisungen bzw. Zahlungen hin.

Die Saldenkontrolle ist das A und O jeder Buchhaltung. Welche Schwierigkeiten diese Kontrolle in einer Beitragsbuchhaltung mit 18 000 bewegten Arbeitgeberkonten bereitet, weiß jeder Buchhalter. Wegen ihrer verblüffenden Einfachheit und unbedingten Sicherheit möchten wir auf diese nochmals besonders hinweisen. Beim Buchen der Arbeitgeberkonten wird der Schlußsaldo über den Summenlocher auf die Saldenlochkarte automatisch übertragen. Diese Saldenlochkarte wird bei der nächsten Buchung als Saldovortrag verwendet, sodaß Unstimmigkeiten ausgeschlossen sind.

Die Tatsache, daß sich in der Praxis nur etwa ein Fünftel bis ein Viertel aller Lohnstufenversicherten durch Änderungsmeldungen bewegt, also mindestens drei Viertel der Lochkarten unverändert bleiben, begründet schon die Zweckmäßigkeit des maschinellen Beitragsansatzes, ganz abgesehen von den übrigen Vorteilen des Lochkartenverfahrens, von denen nur noch die einwandfreie und schnelle Ermittlung des Gruppensolls nochmals erwähnt werden soll.

Die Frage der Verwendung der Hollerithmaschinen konnte naturgemäß nicht überwiegend von der Seite beurteilt und entschieden werden, ob dadurch eine bedeutende Einsparung von Arbeitskräften gegenüber dem handschriftlichen Verfahren erzielt werden kann. Die Vorteile des Hollerithverfahrens bei den Großkassen liegen genau wie in der Industrie hauptsächlich in dem sicheren und sauberen Ergebnis, wie es beim handschriftlichen Verfahren überhaupt nicht zu erreichen ist. Unter Würdigung all dieser Tatsachen ist die Rentabilität unserer Hollerithanlage gegeben. Sie besteht z. Zt. aus folgenden Maschinen:

2 Tabelliermaschinen mit
2 Summenlochern
1 Sortiermaschine
1 Rechenlocher
1 Motorlocher
2 Motor-Wiederholungslochern
2 Prüfmaschinen.

Diese kurze Darstellung unserer Lochkartenorganisation soll dazu dienen, den anderen Kassen, die sich mit den gleichen Fragen befassen, das Vorgehen zu erleichtern, nachdem wir nunmehr nachgewiesen haben, daß die maschinelle Beitragsberechnung für die Großkrankenkassen heute kein Problem mehr darstellt. Der nächste Schritt, den die AOK Stuttgart im Ausbau ihrer Verwaltung gehen wird, ist die Anlage einer Mitgliederlochkartei für die Großbetriebe (Versicherte nach wirklichem Arbeitsverdienst). Damit wird die Lochkartei der versicherungspflichtigen Mitglieder vervollständigt werden. Die Kasse wird dadurch in die Lage versetzt, ihren Mitgliederbestand über den vorgeschriebenen Umfang hinaus regelmäßig nach verschiedenen Gesichtspunkten auszuzählen und sich damit die Grundlage für eine wirklich brauchbare Statistik zu schaffen. Ohne diese Statistik ist die Leistungs- und Krankheitsstatistik einseitig und unvollkommen. Erst dann können nämlich wertvolle Schlüsse aus der Gesamtstatistik gezogen werden, wenn die Leistungsfälle nach den gleichen Gesichtspunkten (z. B. Geschlecht, Altersgruppen, Berufsgruppen, Wohnbezirken, Betrieben usw.) wie die Mitglieder ausgezählt und die entsprechenden Zahlen zu einander in Verbindung gebracht werden.

Als weiteres Arbeitsgebiet ist die Ermittlung des Solls, die Abstimmung und Buchung der Beiträge der freiwilligen Mitglieder ins Auge gefaßt. Diese wichtige und umfangreiche aber einfache Verwaltungsarbeit kann mit Hilfe des Lochkartenverfahrens einer zweckentsprechenden Lösung entgegengeführt werden.

Zu § 1542 RVO: Schadenshaftung der Ärzte

Von Franz Dömkes, Bielefeld

Aus dem Gesichtspunkte der unerlaubten Handlung sowie der Vertragshaftung kann der Arzt auf Grund der §§ 276, 278, 823 BGB ersatzpflichtig gemacht werden, wenn Schäden infolge eines begangenen Kunstfehlers oder infolge von Fahrlässigkeit entstehen; liegt ein unglücklicher Zufall vor, so besteht Schadenshaftung nicht.

Ein Arzt verordnete für ein einige Monate altes Kind ein Mittel gegen Würmer und gab als Einnahmemenge die Dosis für einen Erwachsenen an. Das Kind starb. — Der Arzt beging einen K u n s t f e h l e r ! — —

F a h r l ä s s i g handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht läßt. Fahrlässigkeit ist ein Mangel an Vorsicht oder ein Mangel an V o r a u s s i c h t. Fahrlässigkeit liegt vor, wenn ein Arzt die allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft nicht beachtet oder das im besonderen Falle Gebotene unterläßt. Denn ein besonderes Maß von Sorgfaltspflicht wird von bestimmten Berufen (Ärzten, Hebammen, Kraftwagenlenkern, Erziehern) verlangt, weil ihnen im Interesse derer, die sich ihnen anvertrauen, eine erhöhte Pflicht zur Aufmerksamkeit zufällt. (Als Fahrlässigkeit kommt u. a. in Betracht: Unachtsamkeit, unentschuldbarer Irrtum der Diagnose, Unterlassung notwendiger Untersuchung, Nichtanwendung gebotener Vorsichtsmaßregeln und Mittel; auch Verweigerung weiterer ärztlicher Hilfe trotz Gefahr.)

In einem Vortrag über die Grenzen der chirurgischen Verantwortlichkeit erklärt Prof. Gulecke, daß die Rechtsprechung in dem ärztlichen Haftpflichtverfahren die unverkennbar vorhandene Neigung der Gerichte, die Anforderung an die ärztliche Sorgfaltspflicht und an die ärztlichen Leistungen bis an die äußerste Grenze des eben möglichen zu stellen, immer wieder beweist (Band 89 S. 359 des Archivs für klinische Chirurgie). Wie streng tatsächlich die Gerichte den Begriff der Fahrlässigkeit bei den Ärzten nehmen, geht daraus hervor, daß sie in einzelnen Fällen selbst dort auf Fahrlässigkeit erkannt haben, wo der ärztliche Gutachter des Gerichts jedes Verschulden verneinte.

Die Zeitschrift für das Krankenpflege-, Bade- und Massagewesen (Heft 5/1935) berichtet über einen Fall, in dem ein Arzt wegen fahrlässiger Zurücklassung einer Mullbinde in einer Operationswunde (Blinddarmoperation) zu einer Schadenersatzleistung in Höhe von 9000.— RM verurteilt worden ist (RG.-Entsch. vom 16. 1. 34 — III/181/33. —). Das Zurücklassen der Mullbinde in der Wunde hätte nicht geschehen können, wenn das Operationsmaterial — vor und nach der Operation — gezählt worden wäre.

Die 10. Zivilkammer des Landgerichts in Essen sprach am 25. 10. 37 ein Urteil Akt.Z.: 10 0 16/36) zur Schadenersatzleistung gemäß §§ 276, 278 BGB wegen Fahrlässigkeit aus, weil während der Nachbehandlung der Resektionswunde nach einer Operation (Entfernung der 9. Rippe links) ein Drainrohr (welches dem Flüssigkeitsablauf aus der eiternden Wunde gedient hatte) im Brustkorb zurückverblieben war und später in den hinteren

Pleuraraum rutschte und sich zwischen Brustraum und linken Unterlappen einklemmte. Ein ähnlicher Fall: Im Jahre 1928 wurde ein Patient wegen eitriger Rippenfellentzündung in einer Klinik stationär behandelt. Nach der Entlassung stellten sich allmählich Beschwerden ein wie Lungenbluten, Blutauswurf, Gewichtsabnahme, Mattigkeit usw., so daß der Patient von Tag zu Tag weniger imstande war, seinem erlernten Beruf nachzugehen. Im Jahre 1937 erhielt der Patient anläßlich des Invalidenrentenverfahrens erstmalig Gewißheit darüber, daß die Ursache seiner Krankheit ein Drainrohr war, welches bei der Operation im Jahre 1928 im Brustkorb zurückblieb. Dieses Drainrohr hatte sich dann in der Lunge des Patienten festgesetzt. Eine operative Entfernung des Drainrohrs war nach der Ansicht maßgeblicher Chirurgen unstreitig mit Lebensgefahr verbunden und wurde deshalb verweigert. Das Landgericht in Wuppertal sprach im Urteil vom 21. 7. 38 (Gesch.Nr. 5 0. 1/38) die Schadenshaftung des Arztes wegen Fahrlässigkeit aus. Die Versicherungsgesellschaft wurde zu folgenden Leistungen verurteilt: 16 000,— RM für entgangenen Arbeitsverdienst für die rückliegende Zeit; 16 000,— RM als Abfindung an Stelle einer Unterhaltsrente; 3000,— RM Schmerzensgeld und die Befriedigung der Ersatzforderung der beteiligten Krankenkasse in Höhe von 1673,02 RM.

Fahrlässigkeit kann auch die Ursache von Verbrennungen durch Röntgenstrahlen, Diathermie, Heißluft usw. sein. Hierfür ein Beispiel: Ein Patient erhielt im Jahre 1945 von einem Röntgenfacharzt in dessen Institut wegen „Bartflechte" eine Röntgenbestrahlung. Einige Tage später mußte sich der Patient wegen „Bartflechte mit sehr starker Reaktion nach Röntgenbestrahlung" in stationäre Krankenbehandlung begeben. Es trat eine Entzündung der Schleimhäute hinzu. — Nach einigem Widerstreben anerkannte die Versicherungsgesellschaft die Schadenshaftung wegen Fahrlässigkeit; auf Verlangen der leistenden Krankenkasse gab der Arzt dann auch noch eine grundsätzliche Anerkennung seiner Ersatzpflicht. (Dies letztere wurde deshalb gefordert, weil die Versicherungsgesellschaft es nicht auf ein Gerichtsverfahren hatte ankommen lassen und daher für die Kasse ein Gerichtsurteil fehlte!) — Der Patient ist noch in dauernder Behandlung. — —

Wie bereits gesagt, besteht Schadenshaftung nicht, wenn ein „unglücklicher Zufall" vorliegt. Hierzu einige Beispiele: Einem Zahnarzt brach bei Vornahme einer Leistungsanästhesie die Kanüle ab, das Nadelstück blieb im Kiefer zurück. Die Entfernung des Nadelstückes war erst in der Westdeutschen Kiefernklinik durch eine schwierige Operation möglich. — Ein Chirurg nahm eine Operation an inneren Bauchorganen vor. Er rutschte mit dem Messer bei einem Schnitt aus und trennte die Blase auf. Ergebnis: Patient starb. Eine Schadenshaftung ist in solchen Fällen nicht gegeben, weil trotz aller Sorgfalt und trotz gewissenhaftester Berufsausübung sich solche Fehler (die nicht Kunstfehler sind!) nie ganz vermeiden lassen. Treffend hierzu heißt es in einem Urteil des Reichsgerichts aus dem Jahre 1912, daß „auch der geschickteste Arzt nicht mit der Sicherheit einer Maschine arbeitet und daß trotz aller Fähigkeit und Sorgfalt des Operateurs ein Griff, ein Schnitt oder ein Stich mißlingen kann, der dem Arzt vordem regelmäßig gelang." — — Haftbar sind bei freipraktizierenden Ärzten selbstverständlich diese, bei Anstaltsärzten und Vertrauensärzten haften die Anstalten bzw. die LVA, Abt. Krankenversicherung.

Schadenersatzansprüche gegen Ärzte sind — auch von Versicherungsträgern — nur im ordentlichen Rechtsweg geltend zu machen. (Über „Schadenersatzansprüche der Versicherungsträger gegen Ärzte" siehe auch Dr. Schieckel in „Deutsche Invaliden-Versicherung" Nummer 8/1937.)

Rechtsanspruch auf Gehalt?

Von E. Wolko, Recklinghausen

Für jeden Exponenten des Dreiecks — Versicherter — Krankenkasse — Arbeitgeber — ist in gleicher Weise bedeutsam, was das Gesetz im Falle der Weiterzahlung von Gehalt bei Arbeitsverhinderung durch ein unverschuldetes Unglück bestimmt. Der Begriff des „Unglücks" wird in einer Entscheidung des Reichsarbeitsgerichts als ein Ereignis, das den Menschen abweichend von dem normalen Verlauf des Lebensganges unerwartet und hart trifft, definiert. Daß Krankheit als ein solches „Unglück" im Sinne des arbeitsgerichtlichen Grundsatzes zu gelten hat, geht ebenso eindeutig aus dem bürgerlichen wie sozialen Recht hervor. BGB § 616 lautet:

„1. Der zur Dienstleistung Verpflichtete wird des Anspruchs auf die Vergütung nicht dadurch verlustig, daß er für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird.

2. Der Anspruch eines Angestellten (§ 1 Abs. 1, 2 AVG) auf Vergütung kann für den Krankheitsfall nicht durch Vertrag ausgeschlossen werden. Hierbei gilt als verhältnismäßig nicht erheblich eine Zeit von 6 Wochen, wenn nicht durch Tarifvertrag eine andere Dauer bestimmt ist."

§ 189 Abs. 1 RVO:

„Der Anspruch auf Kranken- und Hausgeld ruht, wenn und solange der Versicherte während der Krankheit Arbeitsentgelt erhält."

Analog zu den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches haben die des HGB (§ 63) sowie der GewO (§ 133c) zu gelten.

Wenn nun das bürgerliche Recht beim Vorliegen des Verschuldens keinen Anspruch auf die Weitergewährung des Gehaltes gelten läßt, so darf daraus nicht schlechthin gefolgert werden, daß jedes Eigenverschulden einer Dienstverhinderung „bestraft" wird. Die Weiterzahlung des Entgeltes wurde vielmehr vom Landesarbeitsgericht Dortmund am 24. 6. 1938 auch bei selbstverschuldetem Verkehrsunfall bejaht. Das LAG stand auf dem Standpunkt, daß „auch der Vorsichtigste einmal gegen die Reichsstraßen-Verkehrsordnung verstoßen könne." Lediglich bei grober Fahrlässigkeit, z. B. zu schnell gefahren, stark angetrunken usw. wurde ein Anspruch aus § 616 BGB verneint.

Ob auch die uneheliche Schwangerschaft ein „Unglück" im obigen Sinne darstellt, hat Rechtsprechung und Schrifttum viele Jahre hindurch im Widerstreit beschäftigt. Negativ war die Auslassung des RAG in seiner Entscheidung vom 27. 7. 1932 (Arbeitsrechts-Sammlung Bd. 15 S. 586). Dieser Standpunkt wurde auch in der Entscheidung vom 21. 6. 1937 (Bd. 30 S. 297) nicht verlassen mit der Begründung, daß ein „unverschuldetes Unglück" im Sinne der Gesetzesbestimmungen in der außerehelichen Schwangerschaft nicht zu erblicken sei, solange sie keine krankhaften Erscheinungen zeige. Diese Auffassung hat das Reichsarbeitsgericht später geändert. In seiner Entscheidung vom 29. 7. 1941 (RAG 78/1941) wird dieser Wandel u. a. damit begründet, daß „eine Arbeitsverhinderung infolge außerehelicher Schwangerschaft nicht als schuldhaft anzusehen sei. Die Pflicht zur Fortzahlung des Lohnes nach § 63 HGB entfällt nur, wenn das Verhalten des Gefolgschaftsmitgliedes, das die Arbeitsverhinderung verursacht hat, zugleich eine Verletzung der Treupflicht enthält, oder so verwerflich ist, daß das Gefolgschaftsmitglied ein Einstehen der Gemeinschaft, eine Erfüllung ihrer Fürsorgepflicht, nicht verlangen kann."

Ein nicht minder bedeutsamer Konflikt kann sich für die Gehaltszahlung bei den sog. chronisch Kranken ergeben. Die entscheidende Frage ist hier die nach der scheinbaren oder tatsächlichen Arbeitsfähigkeit. In einem grunds. Urteil vom 28. 10. 1936 (RAG 120/36 u. Gross, ZRR 1937 Heft 5) formulierte das Reichsarbeitsgericht diese Begriffe dahin, daß „eine wiederholte akute Erkrankung, auch an dem gleichen Leiden, nach Ausheilung des früheren Krankheitsfalles als selbständiger „neuer Unglücksfall" zu betrachten ist und daher auch den Anspruch auf weitere 6 Wochen Gehalt erneut auslöst, dies auch dann, wenn es sich um verschiedene akute Erkrankungen auf Grund des gleichen Leidens handelt. Es ist aber für einen neuen Anspruch stets notwendig, daß der frühere Krankheitsfall ausgeheilt war. Ist die Krankheit zwar gebessert, aber nicht ausgeheilt, also nur eine scheinbare Arbeitsfähigkeit des Angestellten eingetreten, und verschlimmert sie sich in der Folge wieder durch irgendwelche Anlässe, so liegen nicht mehrere Erkrankungen vor, vielmehr handelt es sich um eine fortgesetzte Erkrankung mit der Rechtsfolge, daß der Sechswochenanspruch nur einmal gegeben ist."

Eine besondere Aktualität hat die Frage der Rechtsgültigkeit des Anspruchs auf Gehalt erlangt für den Fall, daß die Tätigkeit nach der Entlassung aus dem Wehrdienst (Kriegsgefangenschaft) wegen Arbeitsunfähigkeit nicht aufgenommen wurde. Diese Fälle sind nicht selten. Sie haben ebenso Gültigkeit für den Lehrling, der sein Lehrverhältnis zum Abschluß bringen soll und will, als auch für den Angestellten selbst. Bereits in früheren Jahren wurde dieser Anspruch hinsichtlich einer während des Wehrdienstes aufgetretenen Erkrankung und über den Zeitpunkt der Entlassung hinaus dauernden Arbeitsunfähigkeit bejaht (E. d. LAG Frankfurt/Main v. 25. 4. 1938 — VZ 38 S. 312). Die offen gebliebene Zweifelsfrage, ob der Gehaltsanspruch für 6 Wochen auch dann besteht, wenn die Beschäftigung nach der Entlassung aus dem Wehrdienst deshalb nicht aufgenommen wird, weil die Arbeitsunfähigkeit wegen einer Erkrankung eintritt, die nicht Folge des Wehrdienstes ist, beschäftigte das RAG am 18. 3. 1941 (VZ 1943 S. 39). In seinem Urteil hat es diese Frage zwar bejaht, jedoch zu dem o. a. angeführten Urteil des LAG Frankfurt grundsätzlich keine Stellung genommen. Schon daß die Dienstversäumnis eine Folge der Erkrankung sei, rechtfertigte den Anspruch auf die Weitergewährung der Vergütung für die Dauer von 6 Wochen.

Die angeführten Grundsätze bilden auch den Gegenstand von Ausführungen in der Zeitschrift „Deutsches Recht" 1943 Heft 18/19. Wegen ihrer Bedeutung, die dieselben gerade auch für die Jetztzeit besitzen, folgen sie im Auszug:

„Die beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Arbeitsverhältnis leben mit dem Augenblick der Entlassung des zur Dienstleistung im Wehrdienst einberufenen Gefolgsmanns von selbst, ohne zuvorige Meldung zur Aufnahme der Arbeit und Wiedereingliederung in den Betrieb, wieder auf. Ein während der Dienstleistung beim Wehrdienst eingetretenes unverschuldetes Unglück (Erkrankung), das den Gefolgsmann nach seiner Entlassung an der Verrichtung seiner Dienste in seinem Arbeitsverhältnis hindert, begründet den Anspruch auf Gewährung des Gehalts oder Lohnes gemäß den gesetzlichen Bestimmungen (§ 616 BGB, § 63 HGB und 133c GewO), und zwar auch dann, wenn das Unglück mit dem Wehrdienst in ursächlichem Zusammenhang steht.

Die schuldhafte Unterlassung oder Verzögerung der Meldung zur Aufnahme der Arbeit steht diesem Anspruch nicht entgegen; doch kann sie einen Anspruch des Arbeitgebers auf Schadensersatz gegen ihn begründen.

Bezüge, die dem entlassenen Wehrdienstpflichtigen auf Grund des RFVG (§§ 71 ff.) zufließen, sind auf den Anspruch nicht anzurechnen. Die Absetzung eines Versehrtengeldes nach § 84 WFVG und einer Versehrtengeldzulage nach §§ 2 und 7 EWFVG von diesem Anspruch nach § 84 Abs. 2 WFVG ausgeschlossen."

Entgegengesetzt schien sich die bisherige Rechtsgrundlage zu entwickeln, nachdem die brit. Mil.-Reg. mit Anordnung vom 14. 1. 1946 — 307/Mp/650/2 die Einstellung gewisser arbeitsrechtlicher Vorschriften verfügte. Zu diesen gehörte die VO zur Abänderung und Ergänzung von Vorschriften auf dem Gebiete des Arbeitsrechts vom 1. 9. 1939 (RGBl. I S. 1683):

„Der Ministerrat für die Reichsverteidigung verordnet mit Gesetzeskraft: Fortbestehen des Arbeitsverhältnisses im Falle der Einberufung zum Wehrdienst:

§ 1. Durch die Einberufung zu einer Dienstleistung im Wehrdienst wird ein bestehendes Beschäftigungsverhältnis (Arbeits-, Lehrverhältnis) nicht gelöst. Die beiderseitigen Rechte und Pflichten ruhen für die Dauer der Einberufung. Die Abmachungen über die Gewährung einer Werkswohnung, die von dem Dienstverpflichteten oder seinen Familienangehörigen weiter benötigt wird, bleiben bestehen.

§ 2. Das Recht des Gefolgschaftsmitgliedes auf Kündigung des Beschäftigungsverhältnisses bleibt im Falle der Einberufung zu einer Dienstleistung im Wehrdienst unberührt. Der Unternehmer kann das Beschäftigungsverhältnis nicht kündigen; der Reichstreuhänder der Arbeit kann Ausnahmen zulassen."

Einer Rundverfügung des Präs. LAA Westf.-Lippe vom 2. 7. 1946 — 141/46 — an die unterstellten Arbeitsämter ist zu entnehmen, daß die Neuregelung verschiedener Vorschriften des Arbeitsrechts — u. a. auch der vorerwähnten VO v. 1. 9. 1939 — einer Viermächte-Besprechung vorbehalten bleibt. Damit gilt also bis auf weiteres der Rechtsstatus vom 1. 9. 1939. Die gleiche Auffassung gibt der Oberpräs. Westf., Generalreferat Arbeit (VI) Hauptabt. B (Soz.-Vers.) in seinen Erlassen vom 7. 8. und 25. 9. 1946 wieder.

Die derzeitige Rechtslage für den Gehaltsanspruch unserer Heimkehrer, die infolge Arbeitsunfähigkeit ihren Dienst noch nicht wieder aufnehmen können, ist mithin geklärt. Gleichgültig, ob es sich um Folge einer WDB handelt oder nicht, ist ihnen die Fortzahlung der Bezüge auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen gesichert. Das gilt in gleicher Weise für den Angestellten wie für den Lehrling.

Bekanntmachung

Neuregelung der Arbeitslosenversicherung und Kurzarbeiterunterstützung

Der Hessische Ministerpräsident hat am 18. Oktober 1947 das vom Länderrat beschlossene „Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung" erlassen. Das Gesetz ist rückwirkend ab 1. 10. 1947 in Kraft getreten und im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen 1947 Nr. 15/16 auf Seite 83 verkündet.

Das Gesetz bringt u. a. eine Erweiterung des arbeitslosenversicherungspflichtigen Personenkreises durch Beseitigung der Versicherungsfreiheit der Binnenfischerei einschl. der Teichwirtschaft und der Küstenfischerei, sowie der Partenfischerei, ferner der Versicherungsfreiheit der Hausgehilfinnen. Eine grundlegende Änderung hat die Versicherungsfreiheit in der Land- und Forstwirtschaft erfahren. Während es bisher ohne Rücksicht auf die Art der Arbeit nur darauf ankam, daß die Beschäftigung in einem land- oder forstwirtschaftlichen Betrieb stattfand, wird nunmehr eine „land- oder forstwirtschaftliche Beschäftigung", d. h. eine ihrem beruflichen Wesen nach zur Land- oder Forstwirtschaft gehörige Arbeit, gefordert. Außerdem muß der Arbeitnehmer folgende Voraussetzungen erfüllen:

er muß in die häusliche Gemeinschaft des Arbeitgebers aufgenommen sein, d. h. Kost und Wohnung vom Arbeitgeber erhalten (ländliches Gesinde) oder
er muß in dem landwirtschaftlichen Betrieb wohnen und überwiegend mit Sachbezügen (Deputaten) entlohnt werden oder
er muß selbst land- oder forstwirtschaftliche Grundstücke von solcher Größe bewirtschaften, daß er und seine Familie in der Hauptsache davon leben kann; außerdem darf er üblicherweise nur weniger als die Hälfte des Jahres als Arbeitnehmer tätig sein (sogenannte Heuerlinge oder Heuerleute). Auch Ehegatten oder Abkömmlinge von Heuerlingen, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unter den vorstehenden Voraussetzungen arbeitslosenversicherungsfrei. Bis zum Erlaß neuer Richtlinien durch den Arbeitsminister sind als Richtsätze für die Arbeitslosenversicherungsfreiheit von Heuerlingen folgende Mindestgrößen des bewirtschafteten landwirtschaftlichen Grundbesitzes anzusehen:

3—4	preußische Morgen	der	Ertragswertklasse		6—10
4—5	„	„	„	„	11—15
5—7	„	„	„	„	16—21

Alle übrigen nicht unter vorstehende drei Gruppen fallenden land- und forstwirtschaftlichen Arbeitnehmer sind nunmehr arbeitslosenversicherungspflichtig. Es können deshalb nunmehr solche Arbeitskräfte, die keine ausgesprochenen land- oder forstwirtschaftlichen Arbeiten verrichten (Handwerker, Büro- und Verwaltungskräfte, Hausgehilfinnen usw.) nicht mehr befreit werden. Dagegen wird die Versicherungsfreiheit bis auf weiteres nicht dadurch ausgeschlossen, daß der Arbeitnehmer nicht berufsmäßig der Land- oder Forstwirtschaft angehört, sondern als Berufsfremder mit land- oder forstwirtschaftlichen Arbeiten in einem land- oder forstwirtschaftlichen Betrieb beschäftigt wird.

Nach der neuen Regelung liegt ein land- oder forstwirtschaftlicher Betrieb im Sinne der Befreiungsbestimmungen nur noch dann vor, wenn zu dem Betrieb Grund und Boden gehört, der zum Zwecke der erwerbsmäßigen Gewinnung organischer Naturprodukte bearbeitet wird (Erzeugerbetrieb, der Urproduktion betreibt). Nur unter diesen Voraussetzungen gehören Ackerbau, Garten-, Obst- und Weinbau sowie die Wiesen- und Weidewirtschaft zu den landwirtschaftlichen Betrieben. Nicht auf Erwerb eingestellte Betriebe der öffentlichen Hand, also die öffentliche Parkpflege, die staatlichen oder kommunalen Gärtnereien und Friedhofsgärtnereien, die Lehr-, Versuchs- und Forschungsanstalten, botanische Gärten und ähnliche öffentliche Einrichtungen aller Art gehören nicht zu den unter die Befreiungsbestimmungen fallenden Betrieben.

Durch die Beschränkung der Versicherungsfreiheit auf ausgesprochene Erzeugerbetriebe wird nunmehr auch das bisher befreite Personal von landwirtschaftlichen Genossenschaften und Verbänden und sonstigen Zusammenschlüssen aller Art ausnahmslos arbeitslosenversicherungspflichtig.

Auch land- oder forstwirtschaftliche Hilfs- und Nebenbetriebe von gewerblichen oder anderen Betrieben und Einrichtungen, die dem Zwecke des Hauptbetriebs dienen, sind arbeitslosenversicherungspflichtig.

Die Tatbestandsmerkmale der Versicherungsfreiheit sind den Krankenkassen zu melden. Nähere Auskunft erteilen die Krankenkassen und das Landesarbeitsamt.

Die Versicherungsfreiheit von Lehrlingen, Praktikanten und Anlernlingen auf Grund eines schriftlichen Lehr- oder Anlernvertrags ist unverändert beibehalten worden. Umschüler sind versicherungspflichtig.

Die Grenze für geringfügige Beschäftigungen (§ 75a des Gesetzes) ist von 30 auf 24 Wochenstunden herabgesetzt. Dahingegen wurden die bisherigen Entgeltsgrenzen von 10,— RM wöchentlich oder 45,— RM monatlich beibehalten. Hauptberuflich ausgeübte Beschäftigungen geistiger oder künstlerischer Art werden in keinem Falle mehr als geringfügige Beschäftigungen anerkannt, auch wenn die Wochengrenze von 24 Arbeitsstunden unterschritten wird.

Zur Vermeidung der mit der Nacherhebung von Beiträgen verbundenen Weiterungen sind die Krankenkassen ermächtigt, allgemein auf die Einziehung der Beiträge für den Monat Oktober 1947 zu verzichten.

Auf dem Gebiete der Leistungen ist eine Erhöhung der Unterstützungssätze und eine Abkürzung der Wartezeit eingetreten. Neu ist der gänzliche Wegfall von Ortsklassen und Lohnklassen und die Bemessung der Unterstützung nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt. Die Unterstützungssätze schwanken zwischen 30 und 70 Prozent des Arbeitsverdienstes. Eine Anrechnung von Renten- und Pensionsbezügen auf die Unterstützung wird nicht mehr vorgenommen.

Auch die Kurzarbeiterunterstützung ist mit Wirkung vom 1. Oktober 1947 neu geregelt worden. Die betreffende Verordnung wurde am 30. Oktober 1947 erlassen und ist im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen 1947 Nr. 15/16 auf Seite 90 verkündet. Nach der neuen Verordnung werden nunmehr sowohl Kurzarbeiter als auch Personen, die von einer vorübergehenden Betriebsstillegung infolge Mangels an Strom, Gas oder Kohle als Betriebsstoffen betroffen werden, im Rahmen einer einheitlichen Kurzarbeiterfürsorge unterstützt. Neu ist die Unvermeidbarkeit der Kurzarbeit, d. h. ein Anspruch auf Kurzarbeiterunterstützung besteht nur dann, wenn der Betrieb die Kurzarbeit nicht durch innerbetriebliche Maßnahmen abwenden oder wenn das Arbeitsamt einen Ausgleich nicht durch anderweitige Verwendung der Arbeitskräfte herbeiführen kann. Ferner wird Kurzarbeiterunterstützung nur dann gezahlt, wenn das Arbeitsamt die Einführung von Kurzarbeit oder die völlige Betriebsstillegung förmlich anerkannt hat.

Für die Berechnung der Kurzarbeiterunterstützung gelten im wesentlichen dieselben Grundlagen wie bei der Arbeitslosenunterstützung.

Ausländer und Staatenlose erhalten die gleichen Leistungen aus der Arbeitslosen- und Kurzarbeiterunterstützung wie deutsche Versicherte.

Alles Nähere ist aus den bei den Arbeitsämtern erhältlichen Merkblättern zu ersehen.

In Zweifelsfragen wird durch die Arbeitsämter Auskunft erteilt.

Frankfurt/M., den 5. Dezember 1947.

Der Präsident des Landesarbeitsamts Hessen
gez. Sauer

Institut für Sozialpolitik und Arbeitsrecht München

In München wurde ein Institut für Sozialpolitik und Arbeitsrecht errichtet. Das Institut setzt sich aus namhaften Vertretern der Wissenschaft und der Praxis auf den Gebieten der Sozialpolitik und des Arbeitsrechts zusammen und bezweckt eine Synthese von Wissenschaft und Praxis durch Behandlung aktueller Probleme auf den Gebieten der Sozialpolitik und des Arbeitsrechts unter Hinzuziehung der Studenten und Hörer der Universität und Technischen Hochschule in München.

Das Institut wurde am 26. November 1947 mit einem grundlegenden Referat seines Vorsitzenden, Ministerialrat Dr. Schieckel, über „Wesen und Weg der Sozialpolitik" eröffnet. Einer weiteren Veranstaltung lag ein Referat des bekannten Arbeitsrechtlers Professor Hueck, München, über „Probleme des modernen Arbeitsvertragsrechtes" zugrunde. Die Referate des Instituts sollen in einer vierteljährlich erscheinenden Schriftenreihe veröffentlicht werden.

Bücher und Zeitschriften

„Mitteilungen" der Direktion Arbeit im Badischen Ministerium der Wirtschaft und Arbeit (Freiburg i. Br., Wilhelmstraße 20a) erscheinen ab November 1947 monatlich (Bezug vierteljährlich durch die Post zu RM 1.50). Sie informieren offiziell über Gesetze, Verordnungen und Verfügungen der Arbeits- und Sozialverwaltung Badens, franz. besetzes Gebiet (Sozialversicherung / Versorgung der Kriegsbeschädigten und -hinterbliebenen / Arbeitsrecht, Tarif- und Schlichtungswesen / Wohnraumbewirtschaftung und Siedlungswesen / Gewerbeaufsicht / Sozialärztlicher Dienst / Arbeitsvermittlung, Berufsberatung und Arbeitslosenversicherung).

Entsprechende Notizen geben Kommentare und aktuelle Hinweise.

Unsere Mitarbeiter

1. Erich Heyer, Wuppertal-E., geb. am 4. 6. 1898 zu Ronsdorf.
2. Hermann Ostermann, Essen-Borbeck, geb. am 13. 6. 1912 zu Essen-Borbeck.

Statistik

Mitglieder- und Krankenstand

der württemberg-badischen Krankenkassen am 30. November 1947

(Amerikanische Zone)

Gruppe der Kassen	Anzahl der Kassen	Zahl der Mitglieder	Pflicht-versicherte	Freiwillig Versicherte	Rentner	Prozentsatz d. arbeitsunfäh. Pflichtmitgl. zur Zahl der Pflichtmitgl. am Ende des Vormonats:	Berichtsmonats:
1. Allgemeine Ortskrankenkassen	40	1 201 841	725 592	230 217	246 032	4,22	4,68
2. Betriebskrankenkassen	114	120 578	95 083	25 495	—	5 32	4,78
3. Innungskrankenkassen	10	17 169	13 714	3 455	—	3,86	3,89
4. Angestellten-Ersatzkasse	9	175 022	108 060	66 962	—	3,28	2,09
5. Arbeiter-Ersatzkasse	3	8 574	4 091	4 483	—	4,23	4,89
Insgesamt:	176	1 523 184	946 540	330 612	246 032	4,26	4,40
AOK Stuttgart		185 850	150 720	27 031	35 130	6,11	6,21
AOK Mannheim		111 931	75 685	14 070	22 176	6,12	5,68
AOK Karlsruhe		88 865	50 500	18 088	20 277	5,40	5,34
AOK Heidelberg		77 060	49 002	12 761	15 297	3,43	3,37
AOK Göppingen		59 083	35 125	10 335	13 623	3,85	4,12
AOK Ulm		39 387	23 838	8 632	6 917	4,35	4,30
AOK Pforzheim		39 372	19 859	9 678	9 835	5,11	4,84
AOK Künzelsau		8 420	4 930	1 806	1 684	2,81	3,02
BKK der Stadt Karlsruhe		12 592	9 335	3 257	—	3,10	2,96
BKK der Masch.-Fabrik Hch. Lanz Mannheim		3 622	2 755	877	—	6,32	9,04
BKK der Südd. Zucker A.-G. Waghäusel		6 547	6 167	380	—	2,39	3,42
BKK der Masch.-Fabr. J. M. Voith, Heidenheim		3 329	2 595	734	—	4,65	4,20
BKK der Zellstoff-Fabrik Mannh.-Waldhof		2 859	2 387	472	—	6,74	4,65
BKK der Fa. Spießhofer & Braun, Heubach		2 297	1 606	691	—	3,00	2,37
BKK der Maschinenfabrik Eßlingen		3 329	2 721	608	—	6,47	7,35

Rentenstand im Monat Oktober 1947

Land Hessen

Anstalten	Invalidenversicherung: Zahl der eigenen Rentner: Invaliden-Renten	über 65 Jahre	Witwen und Witwer	Waisen (Einzelrenten)	Zahl der Rentner, an die Renten ausgezahlt wurden (einschl. Fremdrenten)	Angestelltenversicherung: Zahl der Rentner, an die Renten ausgezahlt wurden
Landesversicherungsanstalt:						
Hessen, Frankfurt/Main	123 874	92 690	44 582	41 077	232 351	53 954
Sonderanstalten:						
Reichsbahn-Vers.-Anstalt f. Hessen	12 841	3 328	4 222	2 231	16 932	—
Hessische Knappschaft	7 192	1 417	4 915	2 341	14 448	—
Insgesamt	143 907	97 435	53 719	45 649	263 731	53 954

Land Württemberg (Landesversicherungsanstalt Württemberg in Stuttgart)

Abteilung Invalidenversicherung

	amer. u. franz. Zone
Invalidenrenten	119 396
Witwenrenten	39 317
Waisenrenten (Einzel)	45 536
davon Stämme	(26 812)
Insgesamt	204 249

Abteilung Angestelltenversicherung (nach Angaben der Post)

Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten	amer. u. franz. Zone	
	28 055	10 497
Insgesamt	38 552	

Schriftleiter: Oberregierungsrat Ostermayer, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main, Gartenstraße 140
Verlag: Adolf Rausch Verlag, Heidelberg, Schließfach 403. — Bankkonto: Südwestbank, Heidelberg. — Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Einzelpreis RM —.40. Postbezug vierteljährlich RM 2.— zuzügl. Zustellgebühr. — Druck: Mannheimer Großdruckerei GmbH., Mannheim, R 1, 4-6

Die Sozialversicherung

Zeitschrift für alle Angelegenheiten der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung

Herausgeber: Präsident Stock, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main. — Mitherausgeber: Reg.-Dir. Hof, Arbeitsministerium Württemberg, Stuttgart. Direktor Peschel, Vorsitzender der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München

Verlagsort Mannheim.

Nr. 1 | 1. Januar 1948 | 3. Jahrgang

ZUM JAHRESWECHSEL

In dem vergangenen Jahr waren bei der Herausgabe und Gestaltung der Zeitschrift große Schwierigkeiten zu überwinden, in dem mit der vorliegenden Nummer beginnenden neuen Jahrgang werden uns weitere wichtige Probleme zur Lösung aufgegeben werden, denn das Jahr 1948 wird voraussichtlich für die gesamte Sozialversicherung ein entscheidendes Jahr werden. Unser vordringlichster Wunsch ist dabei, wieder zu einem einheitlichen Sozialversicherungsrecht zu kommen. „Die Sozialversicherung" war die erste Fachzeitschrift in Deutschland, die nach dem Zusammenbruch erschien. Sie hat richtungweisende Arbeit geleistet und in allen Leserkreisen Anerkennung gefunden. Leider wird die Entfaltungsmöglichkeit der Zeitschrift durch die außerordentliche Papierknappheit und sonstige aus den Zeitverhältnissen zu erklärende Schwierigkeiten sehr gehemmt.

Es liegt eine solche Fülle von Material vor, die ein regelmäßiges Erscheinen in einem Umfang von 2 × 16 Seiten im Monat erforderlich machen würde. Infolge der Papierknappheit ist es nicht anders möglich, als mit 2 × 8 Seiten monatlich dem dringendsten Bedürfnis Rechnung zu tragen. Wir hoffen aber zuversichtlich, daß wir im Jahre 1948 die Wünsche unserer Leser, die auch unsere Wünsche sind, weitgehendst erfüllen können.

„Die Sozialversicherung" ist eine ausgesprochene Fachzeitschrift. Sie dient allen an der Sozialversicherung interessierten Kreisen zur Unterrichtung über die großen Probleme und vor allem den mit der Durchführung betrauten Dienststellen und Personen als Werkzeug zur Erfüllung ihrer großen und schweren Aufgaben.

Allen, die an der Bearbeitung der Zeitschrift 1947 mitgewirkt haben, sagen wir unseren besten Dank und verbinden dabei die Bitte, daß auch im Jahre 1948 ein großer Mitarbeiterstab an dem Ausbau derselben sich zur Verfügung stellt.

Wir wünschen allen Mitarbeitern und Lesern ein gesegnetes neues Jahr!

HERAUSGEBER / SCHRIFTLEITUNG / VERLAG

Die deutschen Landesversicherungsanstalten

I.

Deutschland ist nach dem Zusammenbruch in vier verschiedene Besatzungszonen — zu denen noch die besondere Zone des Stadtstaates Berlin hinzukommt — aufgeteilt worden. Es mag vermessen erscheinen, unter solchen Aspekten von einem globalen Begriff „Deutsche Landesversicherungsanstalten" zu sprechen Denn aus der Not der Zeit ist im Stadtstaat Berlin an die Stelle der Landesversicherungsanstalt eine allumfassende Sozialversicherungsanstalt getreten; in der Ostzone hat auf Befehl des Obersten Chefs der sowjetischen Militärverwaltung eine Neuordnung der Sozialversicherung stattgefunden die die Einheits-Sozialversicherungsanstalt an die Stelle der Landesversicherungsanstalten setzte; auch im Saargebiet hat die Landesversicherungsanstalt die Aufgaben aller saarländischen Versicherungsträger übernommen. In allen anderen Teilen des Reichs aber bestehen noch die Landesversicherungsanstalten in ihrer alten — wenn auch modifizierten — Rechtsnatur; von ihnen soll hier die Rede sein.

Die Landesversicherungsanstalten sind heute Mittelpunkt des sozialen Wirkens eines Landes für die schutzbedürftigen Bevölkerungskreise. Ihnen obliegt — als ihr ureigenstes Gebiet — die Durchführung der Rentenversicherung der Arbeiter („Invalidenversicherung" nach dem Vierten Buch der Reichsversicherungsordnung); sie haben die treuhänderische Verwaltung der Rentenversicherung der Angestellten („Angestelltenversicherung" nach dem Angestelltenversicherungsgesetz) übernommen und führen bestimmte Aufgaben der Krankenversicherung (Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung) durch, wobei sie durch das ihrem Leiter zustehende Ernennungsrecht der Ortskrankenkassen-Leiter und durch die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen und das Weisungsrecht an die Versicherungsämter als Aufsichtsbehörden über die Krankenkassen oft einen großen Teil der Sorgen und der Verantwortung um den reibungslosen Ablauf der Krankenversicherung überhaupt tragen müssen. Diese tätige Verbindung mit der Krankenversicherung ist dadurch noch weiter gespannt, als die Krankenkassen (einschließlich der Ersatzkassen) seit dem Jahre 1941 die Beiträge für die Rentenversicherung entgegennehmen und — die Ortskrankenkassen — in der Krankenversicherung der Rentner einen großen Versicherungszweig durch die Landesversicherungsanstalten zugewiesen bekamen. Sie sind nun seit dem Frühjahr 1947 auch Ausführungsbehörde für die gesetzlichen Leistungen an Körperbeschädigte geworden und übernahmen damit das große Aufgabengebiet, das bisher den Reichsversorgungsbehörden oblag; daraus ergaben sich weitere Berührungspunkte mit den Krankenkassen. Schließlich stehen sie auch in Verwaltungsgemeinschaft mit einem Unfallversicherungsträger, den Gemeindeunfallversicherungsverbänden.

Niemand hat den Landesversicherungsanstalten an ihrer Wiege gesungen, daß sie einmal eine solche Stellung als Mittelpunkt des sozialen Geschehens einnehmen werden. Sie sind als Schlußstein der Bismarck'schen sozialpolitischen Gesetzgebung im Jahre 1891 als regional gegliederte, aber fachlich eng begrenzte Versicherungsträger errichtet worden und sie haben

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Zum Jahreswechsel	1
2. Die deutschen Landesversicherungsanstalten	1
3. Ein kleiner, aber interessanter Vorgang in der Behörden-Organisation, von Reg.-Dir. Dr. Schieren, Arnsberg	4
4. Ein verunglücktes Gesetz, von Reg.-Direktor Max Peschel, München	4
5. Die Versicherungsfreiheit in der Arbeitslosenversicherung nach den Aenderungen auf Grund des Gesetzes zur Aenderung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, von Dr. E. Strauß, Stuttgart	5
6. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft der Landesversicherungsanstalten	7
7. Bücher und Zeitschriften	8
8. Unsere Mitarbeiter	8
9. Statistik	8

es übernehmen müssen, sozialpolitischen Gedanken zur Wirklichkeit zu verhelfen, die damals den Schritt in sozialpolitisches Neuland darstellten. Es ging darum, auf dem Gedanken der organisierten Selbsthilfe von Arbeitern und Arbeitnehmern aufbauend, eine durch den Staat geförderte und von ihm unterstützte Einrichtung zu errichten, die dem Arbeiter nach Verlassen des Lebenskreises der in Arbeit Stehenden einen Rechtsanspruch auf eine soziale Hilfe sichert, die er sich zum erheblichen Teil im Laufe seines Arbeitslebens selbst zu erwerben hatte und zu einem geringeren Teil als Leistung der Gemeinschaft aus Steuermitteln erhält. Der Personenkreis, der durch das Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juli 1889, ab 1. Januar 1900 abgelöst durch das Invalidenversicherungsgesetz unter einen sozialen Schutz gestellt wurde, ist damals gewollt eng umrissen worden. Einmal sollte ja diese neue Einrichtung eine S o z i a l versicherung — und damit die Grenzen des Notwendigen nicht überschreitender Schutz — sein für jene Bevölkerungskreise, deren eigene Kraft bei aller Genügsamkeit nicht ausreicht, die Folgen aus den Wechselfällen des Lebens zu tragen, so daß nur eine auf breiter Grundlage organisierte Selbsthilfeeinrichtung und darüber hinaus eine Versorgung mit Rentenmindestleistungen ihnen rechtliche Stütze geben konnte; zum andern wollte ja der Staat seine materielle Beteiligung an dieser Einrichtung nur einem Personenkreis zukommen lassen, der einer solchen staatlichen Beihilfe bedurfte.

In diesem ihnen durch das Gesetz zugewiesenen Rahmen haben die Landesversicherungsanstalten Jahrzehnte hindurch gearbeitet. Es war eine glückliche Konzeption des Gesetzgebers, den Landesversicherungsanstalten die Durchführung ihrer Aufgaben im Rahmen der Selbstverwaltung zu überlassen. Dadurch haben sich früh die lebendigen Kräfte regen können, die die Blickrichtung von der Rentengewährung als Errichtungszweck zu den vorbeugenden und heilenden Maßnahmen lenken konnten, so daß der Gesetzgeber — wie dies bei jeder auf gesundem Boden wachsenden Gesetzgebung der Fall ist — nur noch das gesetzlich zu verankern braucht, was in der Praxis schon gewachsen war. Die Sozialversicherung — und insbesondere die Landesversicherungsanstalten — hatte begonnen, den organischen Zusammenhang der Krankheit mit der Umwelt des Versicherten zu sehen. Das war und ist ihr unbestrittenes Verdienst und da sie sich mühte, diese Erkenntnis nutzbringend anzuwenden und allen berechtigten Anforderungen gerecht zu werden, wuchs aus den anfänglich schüchternen Bemühungen um eine vorbeugende Gesundheitsfürsorge das große Werk der Heilverfahren und der Bekämpfung der Volkskrankheiten, abgerundet durch das fast den Rahmen einer Rentenversicherung sprengende große Tuberkuloseversorgungswerk vom Jahre 1941. Der für den Rentner nahezu kostenlose Krankenversicherungsschutz, der durch die Rentner-Krankenversicherung im Jahre 1941 eingeführt wurde, stellte eine großzügige Ergänzung der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge und der Heilverfahren durch einen globalen Schutz für Krankheitsfolgen dar. Auch die Förderung des Klein-Wohnungsbaus — weniger eine Maßnahme der Vermögensanlegung als eine Einflußnahme auf die Wohnkultur und damit der Volkshygiene — hatten sich die Landesversicherungsanstalten als eine großzügige Förderung der Volksgesundheit schon früher angelegen sein lassen. Es waren die lebendigen Kräfte der Selbstverwaltung, die nicht nur verwalteten, sondern auch planten, die neue Wege und Erkenntnisse suchten und fanden.

II.

Alle Neuordnungen müssen unter Schwierigkeiten gefunden und verwirklicht werden. So hat es auch im Leben der Landesversicherungsanstalten manche große Sorgen und manche Krisenzeiten gegeben. Die sich den wirtschaftlichen Gegebenheiten anpassende sozialpolitische Gesetzgebung der nun bald durchlaufenen sechs Jahrzehnte in der Rentenversicherung hat oft erhebliche Reformen der Verwaltung erforderlich gemacht. Im Jahre 1911 wurde die Reichsversicherungsordnung verkündet; sie brachte die Hinterbliebenenversicherung. Im gleichen Jahre gelangte das Reichsgesetz über die Angestelltenversicherung zur Annahme und brachte eine fühlbare Einschränkung des Personenkreises auf die hauptsächlich mit körperlichen Arbeiten Beschäftigten. Der erste Weltkrieg drohte die Fundamente der Versicherung zu erschüttern; die darauf folgende Inflation ließ das Vermögen dahinschwinden und die zehn Jahre später einsetzende wirtschaftliche Krise hat trotz drastischer Ausgaben-Drosselung manche Landesversicherungsanstalt mit Sorgen in die Zukunft sehen lassen. Die unter dem Eindruck der politischen und wirtschaftlichen Entwicklung der Jahre nach 1933 einsetzende politische Gesetzgebung war von großzügiger Konzeption (sie brachte zunächst Reformen, die schon lange Jahre zuvor spruchreif waren und artete zuletzt aus in dem Grundsatz: „Geld spielt keine Rolle") und brachte eine weitere Stärkung des Gedankens, in die Rentenleistungen einen erheblichen Beitrag der öffentlichen Hand einzuschließen. So haben sich die Landesversicherungsanstalten ständig an die im Fluß befindliche Gesetzgebung anpassen müssen. Das geschah oft unter großen Schwierigkeiten und mit der Dauer des zweiten Weltkrieges wuchsen diese in immer steigendem Maße.

Alles dies ist aber nicht vergleichbar mit den Nöten, in denen sich die Landesversicherungsanstalten nach dem Zusammenbruch im Mai 1945 befanden. Das Reich als Garantieträger und das Reichsversicherungsamt als Abrechnungsstelle war nicht mehr; das auf gesetzlichen Zwang hin in Reichstiteln angelegte Vermögen war unerreichbar und eingefroren. Die Verwaltungsgebäude der Landesversicherungsanstalten lagen vielfach in Schutt und Asche. Die Versicherungsunterlagen waren günstigenfalls verlagert, die Rentenauszahlungsunterlagen bei den Postämtern vielfach vernichtet. Die meisten der eingearbeiteten Beamten und Angestellten waren — soweit sie nicht gefallen waren oder sich in Kriegsgefangenschaft befanden — durch die Maßnahmen der Militärregierung zur Entnazifizierung entlassen. Der Postverkehr ruhte und kam nur zögernd in Gang. Die Beitragsentrichtung stockte. Aus militärischen Gründen gezogene Zonengrenzen zerschnitten die Gebiete einzelner Landesversicherungsanstalten und daraus entstanden Fragen und wuchsen Versuche nach zonenmäßiger Spaltung solcher Anstaltsbereiche. Im Lande aber warteten Hunderttausende, Millionen von Rentnern auf ihre Renten, deren sie zur Führung eines notdürftigen Lebens nicht entraten konnten. Waren schon gegen Ende des Krieges die Arbeitsrückstände aus begreiflichen Gründen erheblich angewachsen, so kamen jetzt hinzu die hunderttausende neuer Anträge von Evakuierten, Flüchtlingen und sonstigen Personen.

Wenn man sich diese Lage, wie sie damals im Sommer 1945 war, heute nochmals vor Augen hält, dann vermag man erst zu ermessen, was die wenigen beherzten Männer und Frauen geleistet haben, die damals in die Bresche sprangen. Sie haben schwer gearbeitet, trotz eigener Not und trotz aller Lähmung um sie herum. Und es hat sich in dieser Notzeit wieder aufs Neue bewährt der Wert einer lebendigen Selbstverwaltung: ehe staatliche Stellen ihre finanzielle Hilfe anbieten konnten, waren die Rentenauszahlungen wieder in Fluß. Irgendwie war eine provisorische Verwaltung neu aufgebaut, waren Schulungseinrichtungen für die neuen Mitarbeiter geschaffen, wurde um das Vertrauen der Besatzungsmacht gerungen und auch erreicht, wurden die Heilstätten wieder in Betrieb genommen und die Verbindung mit den Versicherten gesucht und gefunden. Ja, es wurde sogar das Problem gelöst und geordnet, was mit den Versicherten der früheren Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zu geschehen hatte: Die Landesversicherungsanstalten übernahmen die treuhänderische Verwaltung, errichteten ein gemeinsames Büro in Berlin, das die Versicherungsunterlagen der früheren Reichsversicherungsanstalt für Angestellte bearbeitete und gewährte den Versicherten dieser Anstalt die ihnen zustehende Leistungen so, als sei es nie anders gewesen. Auch den Trägern der Krankenversicherung — den Krankenkassen — sprangen die Landesversicherungsanstalten bei, liehen ihnen oft materielle Hilfe und halfen ihnen bei der Lösung verwaltungsmäßiger Nöte.

Das alles hat sich inzwischen fortschreitend konsolidiert. Es kam zwar im Frühjahr 1947 ein neuer Schock: Die durch Kriegsfolgen Körperbeschädigten sollten nunmehr von den Landesversicherungsanstalten betreut werden und das bedeutete die Übernahme einer Aufgabe, die umfangmäßig und haushaltmäßig größer ist als der bisherige Aufgabenkreis der Landesversicherungsanstalten. Vielfach waren auch das Personal und die Verwaltungseinrichtungen der früheren Hauptversorgungs- und Versorgungsämter zu übernehmen und diese an die staatlich-bürokratischen Verwaltungsformen der früheren Reichsversorgungsbehörden gewöhnten neuen Mitarbeiter brachten oft Grundsätze und Auffassungen mit, die sich mit den viel beweglicheren Einrichtungen der Selbstverwaltungskörper nicht sofort in Einklang bringen lassen wollten. Millionen von Renten sind neu festzusetzen und — durch ein von den Schöpfern selbst als unzulänglich bezeichnetes Gesetz veranlaßt — ständig zu überprüfen und neu zu berechnen. Ein neuer sozialmedizinischer Dienst war aus dem Boden zu stampfen, das Ineinandergreifen der Heilbehandlungsmaßnahmen zu sichern. Daneben waren Versuche abzuwehren, das ohnehin schon durch nationalsozialistische Diktatur stark eingeschränkte Selbstverwaltungsrecht der Landesversicherungsanstalten noch weiter zu beschneiden, Versuche, die oft genug nicht aus bösem Willen, sondern durch mangelnde Kenntnis in der Materie zustande kamen.

Aber alle diese Übergangsschwierigkeiten werden — soweit sie nicht schon behoben sind — überschattet von dem ungelösten Problem der Finanzierungsfrage der Invalidenversicherung.

III.

Die Invalidenversicherung war schon von Anbeginn an keine finanzielle Veranstaltung der Arbeiter und ihrer Arbeitgeber allein, sondern hat wegen der Erzielung von Rentenmindestleistungen eine Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln in der Weise erfahren, daß ein bestimmter Grundbetrag der Renten von der Volksgesamtheit aufzubringen war, der übrige Teil der Renten dagegen aus Mitteln echter Versicherung. Dem Äquivalenz-Prinzip echter Versicherung war also von Anbeginn an beigeordnet der Versorgungsgedanke, der in der Zahlung eines Grundbetrages zu jeder Rente aus allgemeinen Steuermitteln zum Ausdruck kommt.

Diese Mischung von echter Versicherung und Versorgungsprinzip machte schon immer das Wesen der Invalidenversicherung aus. Alle Umgestaltungsmaßnahmen in der Gesetzgebung der Invalidenversicherung in den nun hinter uns liegenden sechs Jahrzehnten betrafen im geringsten Umfang Organisation und Versicherungspflicht; Gegenstand aller Gesetzgebung war vielmehr fast ausschließlich immer das Maß der Versicherung, damit die Neugestaltung der Finanzierung. Es ging dabei um die Frage, wie groß die Leistung aus allgemeinen Steuermitteln zu

sein habe und wie bei Wahrung des Äquivalenz-Prinzips echter Versicherung eine höchstmögliche Leistung erreicht werden könne. Daneben spielten die großen Fragen der Vermögensansammlung eine Rolle. Dem Kapital-Deckungsverfahren (Vermögensansammlung in Höhe der Barwerte der bereits bewilligten Renten) folgte das Anwartschaftsdeckungsverfahren und nach dem Vermögensschwund in der Inflationszeit das bedenkliche Umlageverfahren (Deckung der Aufwendungen innerhalb eines kurzen Zeitabschnitts durch Beiträge); dieses Umlageverfahren wurde 1933 durch das — versicherungsmathematisch allein richtige — Anwartschaftsdeckungsverfahren (Vermögensansammlung in Höhe der Barwerte aller Renten, auch der künftig fällig werdenden, unter Abzug des Barwerts künftiger Beiträge) wieder abgelöst.

Alle diese Spielarten der Finanzierung haben aber nichts an dem Wesen der Invalidenversicherung geändert, nämlich daran, daß sie eine Synthese ist zwischen echter Versicherung und Versorgung. Die Reichsversicherungsordnung hatte das ursprünglich auch klar durch die Formulierung des § 1284 zum Ausdruck gebracht, in dem festgestellt wurde, daß „die Versicherungsleistungen bestehen aus einem festen Reichszuschuß und einem Anteil der Versicherungsanstalt". Absatz 2 des § 1387 RVO brachte diese Synthese zwischen Versicherung und Versorgung auch auf dem Gebiete der Mittelaufbringung zum Ausdruck.

Betrachtet man die Zusammensetzung einer Invalidenversicherungsrente im Spiegel der Jahrzehnte, so zeigt sich, daß die Leistung des Reiches aus dem Versorgungsgedanken heraus gegenüber den Versicherungsleistungen nie erheblich war. Geändert hat sich das erst stark seit dem Jahre 1941, als der durch das Reich zu tragende Teil einer Invalidenversicherung von jährlich 72.— RM auf jährlich 156.— RM erhöht wurde.

Neben den auf dem Versorgungsgedanken beruhenden Leistungen des Reichs aber wurden aus allgemeinen Steuermitteln seit dem Jahre 1925 echte Zuschüsse des Reichs zu jenem Teil der Invalidenversicherungsrenten geleistet, den wir als auf dem „Äquivalenz-Prinzip echter Versicherung" beruhend bezeichneten. Es handelt sich dabei um die Bezuschussung jenes Teils der Leistungen der Landesversicherungsanstalten, die aus eigenen Mitteln (also echter Versicherung) aufzubringen sind, deren Aufbringung aber deshalb nicht möglich war, weil die Inflation das nach dem Kapitaldeckungsverfahren angesammelte Vermögen der Rentenversicherungsträger zu $^9/_{10}$ vernichtet hatte. Zunächst wurden aus Zolleinnahmen jährlich 40 Millionen Reichsmark für Zwecke der Invalidenversicherung abgezweigt (Gesetz vom 17. 8. 1925), dann wurden Teile der Steigerungsbeträge für Beiträge vor dem 30. 9. 1921 vom Reich getragen (Gesetz vom 8. 4. 1927 und 29. 3. 1928), und es wurde schließlich der Reichsbeitrag in einer festen Summe pauschaliert (Gesetz vom 29. 6. 1929). Über Variationen hinweg kam es dann schließlich zu einem festen Reichsbeitrag von jährlich rund 220 Millionen Reichsmark (Gesetz vom 7. 12. 1933) und zu der Übernahme bestimmter Zuschüsse zu Steigerungsbeiträgen für Zeiten des Einsatzes zu Gunsten des Reichs und für Zeiten, die außerhalb des Reichs zurückgelegt wurden.

Die Rentenleistungen der Invalidenversicherung teilen sich also — und das ist das Fazit, das wir hier zu ziehen haben — in eine Last der Versicherungsgemeinschaft (Arbeitnehmer und Arbeitgeber) und in eine Last, die von der Gesamtheit (aus allgemeinen Steuermitteln) aufzubringen ist. Man kann darüber diskutieren, ob künftig die eine Last größer und die andere kleiner — oder umgekehrt — zu sein hat. Man wird auch darüber sprechen müssen, ob der Beitrag der Arbeitnehmer und Arbeitgeber kalkuliert sein soll auf der Basis eines Umlagebeitrags oder nach den Grundsätzen des Anwartschaftsdeckungsverfahrens, so daß jeder Beitrag neben dem Teil, der zur Deckung der laufenden Renten erforderlich ist, noch einen Sparbeitrag für die künftig fällig werdenden Leistungen enthält.

Es ist aber kein Raum für eine Diskussion darüber, daß die Belastung der Gesamtheit (aus allgemeinen Steuermitteln) gänzlich beseitigt wird. Es ist eingangs schon darauf hingewiesen worden, daß der Staat zur Erzielung einer Mindestrente sich zu einer materiellen Beteiligung an der Invalidenversicherung entschlossen hatte. Warum er das tat, hat die Kaiserliche Botschaft vom Jahre 1881 und die sozialpolitische Gesetzgebung unter der Bismarck'schen Ära klar beantwortet. Auch bei allen Modifikationen des Rentenversicherungsrechts im Laufe der letzten fünfzig Jahre ist immer wieder erneut die Frage der Beteiligung des Staates an den Rentenmindestleistungen gestellt und beantwortet worden. Der Staat ist nun einmal das größte soziale Gebilde in der menschlichen Gesellschaft und er hat Ursache, seinen Bürgern ein soziales Verhalten vorzuleben, wenn er eine soziale Haltung seiner Bürger erwarten will. Man kann es sich deshalb nicht denken, daß der jetzt unter Geburtswehen hervorgehende neue demokratische Staat es plötzlich ablehnen will, unsozial dort zu handeln, wo vor ihm Monarchie, Demokratie und Diktatur ein solches Handeln für notwendig hielten. Und wollte selbst der Staat seine soziale Mission leugnen, weil er seinen eigenen Nutzen voranstellen will, so würde ihm dieser Nutzen nicht werden: Die Senkung der Renten auf das dem Äquivalenz-Prinzip echter Versicherung entsprechende Maß würde bedeuten, daß fast jeder Rentner seine Zuflucht zu den Fürsorgeträgern nehmen müßte und die Allgemeinheit trägt dann die Lasten, die sie den Rentenversicherungsträgern nicht zur Verteilung geben will, in Form erhöhter Fürsorgelasten.

Es ist notwendig, diese Fragen zu stellen und diese Überlegungen zu treffen, denn die Finanzministerien der Länder haben eine in der letzten Zeit sich immer mehr versteifende Haltung eingenommen, wonach sie den Landesversicherungsanstalten lediglich den Fehlbetrag aus allgemeinen Steuermitteln ersetzen wollen, der sich aus dem Unterschied zwischen Einnahmen und Ausgaben innerhalb eines Rechnungsjahres ergibt. Den Länderparlamenten wird dabei erklärt, daß die Rentenversicherungsträger notleidend geworden seien und daß sie auf Bezuschussung aus Landesmitteln angewiesen sind. Übersehen wird bei einer solchen Stellungnahme, daß die Landesversicherungsanstalten gar nicht notleidend werden können, wenn der gleichermaßen wie der Arbeitnehmer und Arbeitgeber zur Beitragszahlung verpflichtete Staat seine ihm durch das Gesetz auferlegten Pflichten zur Zahlung des Grundbetrags und der auf ihn entfallenden Steigerungsbeträge leistet. Denn wir haben vorhin festgestellt, daß der Finanzierungsplan der Invalidenversicherung seit dem Jahre 1933 gründet auf dem Anwartschaftsdeckungsverfahren. Die von den Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu leistenden Beiträge sind deshalb mit Rücksicht auf dieses Anwartschaftsdeckungsverfahren höher bemessen, als sie etwa zur Abdeckung der Leistungen innerhalb eines kurzen Zeitabschnittes benötigt werden, denn es müssen ja aus den Versicherungsbeiträgen nicht nur die laufenden Renten abgedeckt (Risiko-Prämie) und die laufenden Verwaltungskosten bestritten werden (Verwaltungskostenzuschlag zur Netto-Prämie), sondern es ist ja im Beitrag auch ein Beitragsteil (Sparprämie) enthalten, aus dem das Vermögen angesammelt wird, das zur Abdeckung der künftig fällig werdenden Versicherungsleistungen erforderlich ist. Diese nicht sofort benötigten Beitragsteile (Sparprämien) sind also auch heute noch vorhanden, da ja die Beitragsberechnung inzwischen nicht von Anwartschaftsdeckungsverfahren auf das Umlageverfahren umgestellt wurde. Es müßten also die Landesversicherungsanstalten jährlich erhebliche Überschüsse erzielen, die sie zur Anreicherung ihres Vermögens verwenden könnten. Da aber die Finanzministerien der Länder sich auf den nicht zutreffenden Standpunkt stellen, daß sie nur den Unterschied zwischen den Einnahmen und Ausgaben zu ersetzen hätten (wobei teilweise sogar die Forderung erhoben wird, es seien auch Vermögensrückflüsse als Einnahmen zu verbuchen, obwohl dies keine Einnahmen sind, sondern nur eine Umschichtung von Vermögensanlagen in Bargeld), entstehen statt der zu erwartenden Überschüsse erhebliche Defizite. Diese Defizite aber tragen — trotz der Deckung durch die Länder — die schutzbedürftigen Versicherten, denn der in ihrem Beitrag enthaltene Teil, den wir „Sparprämie" nannten und der zur Vermögensbildung bestimmt ist, wird jetzt laufend verbraucht, weil der Beitrag aus Steuermitteln nicht oder nur noch zu einem Teil gewährt wird. Wenn man diese Tatsache klar erkennt, so hat man wirklich Ursache zu fragen, ob eine solche Benachteiligung der schutzbedürftigen Bevölkerung auf die Dauer hingenommen werden darf. Verschärft wird die Lage noch dadurch, daß zum Teil verlangt wird, die Überschüsse aus der Angestelltenversicherung sollten mit zur Defizitabdeckung in der Invalidenversicherung herangezogen werden. Das ist einmal rechtlich nicht haltbar, weil die Aufgaben der Angestelltenversicherung nur treuhänderisch von den Landesversicherungsanstalten wahrgenommen werden und weil zum andern die „Überschüsse" aus der Durchführung der Angestelltenversicherung nichts anderes darstellen, als die aus dem Anwartschaftsdeckungsverfahren selbstverständlich frei werdenden Sparprämien, die in den Deckungsstock (Vermögen) gehören.

Diese finanziellen Sorgen der Landesversicherungsanstalten sind nicht zu unterschätzen. Zwar stehen die Anstalten nicht vor der Entscheidung, etwa ihre Aufgaben wegen Geldmangel einstellen zu müssen: So viel Barmittel stellt ihnen der Staat immer noch, daß sie ihre Aufgaben durchführen können. Aber die Landesversicherungsanstalten sehen, daß sie Monat für Monat Sparprämien ihrer Versicherten mit „in den großen Topf" werfen müssen, da zwar Arbeitnehmer und Arbeitgeber ihre Beiträge in gesetzmäßiger Höhe entrichten, nicht aber der Staat seine ihm durch das heute noch bestehende Gesetz obliegenden Pflichten erfüllt. Und es schmelzen die geringen liquiden Vermögensteile, die den Anstalten noch verblieben sind, rasch dahin.

Es könnte durchaus möglich sein, daß die zu erwartende Währungsreform das Vermögen der Sozialversicherungsträger besonders schont. Die Versicherten werden dann mit Recht die Leiter ihrer Versicherungseinrichtungen fragen, weshalb sie es zuließen, daß ihr aus Arbeitsverdienst sauer angespartes Vermögen — nämlich der Teil des Beitrags, der die Sparprämie darstellt — nicht sorgfältig verwaltet, sondern für die laufenden Ausgaben verwendet wurde. Das werden insbesondere die Angestellten fragen, deren aus Beiträgen zusammenkommende Sparbeiträge heute zur Abdeckung von angeblichen Defiziten in der Invalidenversicherung verwendet werden. Man wird zu solchen Fragen später betreten schweigen müssen.

IV.

Es ist in den letzten drei Jahren — das sei hier nochmals betont — von den Landesversicherungsanstalten außerordentlich viel geleistet worden. Ihr Blick geht heute schon über die Tagessorgen hinaus und sie mühen sich, zu einem zunächst zonalen engen Zusammenarbeiten zu kommen, um die sie gemeinsam berührenden Probleme auch gemeinsam zu lösen. Es gilt aus dem heute uneinheitlichen zonalen Versicherungsrecht wieder einen tragfähigen Rechtsboden zu schaffen. Das ist oft schwer,

weil sich oft genug nicht einmal die ländermäßigen Auffassungen decken, ganz zu schweigen davon, daß in den ländermäßig orientierten Arbeitsministerien die Last der Ministerialarbeit für die Sozialversicherung oft auf einer einzigen Schulter lastet, und somit viel davon abhängt, ob nun dieses Ein-Mann-Referat sich dem einen oder anderen Zweig der Sozialversicherung besonders zugetan zeigt.

Aber auch in den Anstalten selbst ist man auf der Suche nach neuen Erkenntnissen. Viel hängt davon ab, daß es zu ordnungsgemäßen Kollegialbeschlüssen des Vorstandes in grundsätzlichen Fragen kommt, damit der Zusammenhang und Zusammenklang der Dinge in einer so weit verzweigten Anstalt gewährleistet ist und die einheitliche sozialpolitische Linie gegeben ist. Gerade die um ein Mehrfaches vergrößerte Verwaltung der einzelnen Anstalt wird auch den Ruf nach einer zonalen oder überzonalen Prüfstelle bald laut werden lassen; die Verantwortung, die der Vorstand einer einzelnen Anstalt heute trägt, ist so groß, daß er dem sachverständigen Rat eines über den Dingen stehenden Prüfers auf die Dauer nicht entraten kann. Darüber hinaus aber wird der Blick gerichtet sein müssen auf eine überzonale Zusammenarbeit der Landesversicherungsanstalten, da ja der Gedanke der Rentenversicherung nur leben kann in einem größeren Rahmen, so etwa, wie die deutsche Wirtschaft sich nur zu erholen vermag in einem durch Zonengrenzen nicht mehr behinderten Deutschland.

A. O. F.

Ein kleiner, aber interessanter Vorgang in der Behörden-Organisation

Von Regierungsdirektor Dr. Schieren in Arnsberg

Das „Zentralblatt für Sozialversicherung" Heft 9 vom 1. 11. 1947 Seite 95 veröffentlicht nachstehenden Erlaß des Arbeitsministers der Landesregierung Rheinland-Pfalz vom 12. 9. 1947:

„Verwaltungsanordnung über die Behörden der Sozialversicherung.

Betr.: Zuständigkeit der Oberversicherungsämter.

I.

Im Einvernehmen mit dem Herrn Minister des Innern wird folgendes bestimmt:

1. An Stelle der bisher in Rheinland-Pfalz bestehenden Oberversicherungsämter werden gemäß § 64 der Reichsversicherungsordnung zwei Oberversicherungsämter als selbständige Landesbehörden mit den Sitzen in Koblenz und Speyer errichtet und der unmittelbaren Aufsicht des Arbeitsministers unterstellt.
2. Die Oberversicherungsämter nehmen nach den Vorschriften der Sozialversicherungsgesetze die Geschäfte der Sozialversicherung als höhere Spruch-, Beschluß- und Aufsichtsbehörden wahr.
3. Die gebietliche Zuständigkeit des Oberversicherungsamtes Koblenz erstreckt sich auf die Regierungsbezirke Koblenz, Trier, Montabaur, die des Oberversicherungsamtes Speyer auf die Pfalz und den Regierungsbezirk Mainz.

II.

Die Verwaltungsanordnung tritt mit Wirkung vom 1. Oktober 1947 ab in Kraft."

Damit wird für den Nordteil der französischen Besatzungszone eine Frage bereinigt, die auch anderwärts mehr oder weniger akut ist. Bekanntlich kann nach § 64 RVO die „oberste Verwaltungsbehörde" (d. h. — nach der Terminologie der RVO — der Länder) die Oberversicherungsämter an höhere Reichs- oder Landesbehörden angliedern oder sie als selbständige Landesbehörden errichten. Im ersteren Falle ist nach § 67 RVO der Leiter der höheren Reichs- oder Landesbehörde der Vorsitzende des OVA und der Direktor des OVA, über den die §§ 67, 69, 70 das Nähere bestimmen, dessen ständiger Stellvertreter. Im letzteren Falle dagegen ist der Direktor zugleich der Vorsitzende des OVA und damit unmittelbar dem zuständigen Landesminister unterstellt Als zum 1. 7 1912 im alten Reich die OVÄ errichtet wurden, gingen die Landesregierungen verschiedene Wege. In den süddeutschen Ländern (außer Bayern), in Sachsen, Thüringen, Mecklenburg, kurz in fast allen nichtpreußischen Staaten, wurden selbständige OVÄ errichtet. Preußen dagegen gliederte die OVÄ den Bezirksregierungen an, Bayern den Kreisregierungen. Allerdings kann der Grad der Angliederung sehr verschieden sein; in Preußen war und ist sie viel straffer als in Bayern. Auf die Gründe einzugehen, würde zu weit führen. Es war das preußische System, das damals mehr noch als heute die sog. „Einheit der Verwaltung" und den Vorrang der allgemeinen und inneren Verwaltung besonders betonte. In dem neuen Lande Rheinland-Pfalz, das aus vormals preußischen (den rheinischen Regierungsbezirken Koblenz und Trier und dem nassauischen Regierungsbezirk Montabaur) aus bayerischen (Pfalz mit Speyer) und aus hessischen (Rheinhessen mit Worms und Mainz) Gebieten zusammengesetzt ist, verlangte diese Verschiedenheit offenbar schon deshalb eine Neuregelung, weil das OVA in Speyer für die bayerische Pfalz von München und der hessische Gebietsteil von dem selbständigen OVA in Darmstadt durch die Zonengrenzen abgeschnitten worden sind Es ist nun interessant, welches System bei der Neuorganisation im Lande Rheinland-Pfalz den Sieg davongetragen hat, das preußische oder das andere. Es ergibt sich, daß die dortige Landesregierung (Arbeits- und Innenminister) dem preußischen System eine Absage erteilt hat, indem sie selbständige und dem Arbeitsminister unmittelbar und ausschließlich unterstellte Oberversicherungsämter in Koblenz und Speyer errichtet hat. Daß diese Regelung den Vorzug verdient, und daß selbständige Oberversicherungsämter besser arbeiten als angegliederte, hat kein geringerer als der langjährige Präsident des Reichsversicherungsamts, Schaeffer, der doch wirklich einen Überblick über das ganze Reichsgebiet hatte, schon 1930 gesagt; ich verweise auf mein Zitat seiner Äußerung Seite 4 in Nr. 9 dieser Zeitschrift 1. Jahrgang vom 1. 12. 1946 Wenn die Landesregierung Rheinland-Pfalz ferner gemäß § 62 RVO die Zahl der Oberversicherungsämter auf zwei (Koblenz und Speyer) beschränkt hat und damit das Oberversicherungsamt in Trier und auch wohl in Mainz hat wegfallen lassen, so ist auch das zweifellos richtig — vergl. Zitat Schaeffer —. Eine solche, von mir schon vor Jahrzehnten empfohlene Konzentration der Kräfte kann anderen Landern nur zur Nachahmung empfohlen werden. Im übrigen ergibt sich, daß die Angliederung der Oberversicherungsämter an höhere Verwaltungsbehörden jetzt in deutschen Landen, nachdem die Oberversicherungsämter in der Sowjetzone ganz beseitigt sind, nur noch in den drei Ländern der britischen Zone (Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein) und bei den vormals preußischen Regierungen Kassel und Wiesbaden in der US-Zone fortbesteht, daß dagegen das Prinzip der Selbständigkeit der OVÄ durch den Koblenzer Vorgang wesentlich gestärkt worden ist. Schließlich sei mir gestattet, hierzu auf meinen Aufsatz im „Arbeitsblatt für die britische Zone" Heft Nr. 10 vom Oktober 1947 Seite 368-372 zu verweisen, wo zur Frage der Überführung der Rechtsprechung der Sozialversicherungsbehörden auf die Arbeitsgerichte nähere Ausführungen gemacht worden sind.

Ein verunglücktes Gesetz

Von Regierungsdirektor Max Peschel, München

Die Landesversicherungsanstalten haben schon vor langer Zeit die Landesregierungen darauf aufmerksam gemacht, daß eine Reihe gesetzlicher Bestimmungen, die das nationalsozialistische System hinterlassen hat, dringend der Aenderung oder Aufhebung bedürfen, daß die Ordnung dieser Bestimmungen nicht bis zum Zeitpunkt der zu erwartenden Reform der Deutschen Sozialversicherung verschoben werden dürfe, wenn nicht große Schäden für die Sozialversicherten entstehen sollen.

Zu den vordringlichsten Aufgaben einer solchen einstweiligen „Flurbereinigung" oder „Entnazifizierung" der Sozialversicherung gehören die Frage der Regelung der Beitragserstattungen gemäß § 1309a RVO und §§ 46, 47 AVG sowie der Bestimmung des § 17 des Gesetzes vom 15. Januar 1941.

Die Arbeitsgemeinschaft der Landesversicherungsanstalten in der US-Zone hat daher die Regierungen der beteiligten Länder gebeten, das Erforderliche zu veranlassen.

Das ist inzwischen in Bayern durch Erlaß des Gesetzes Nr. 68 vom 21. Juli 1947 geschehen. Die Fassung des Gesetzes ist aber wenig befriedigend sowie wenig zweckmäßig, da die beklagten Mängel nur zum Teil behoben sind, und andererseits wieder neue Schwierigkeiten und Unklarheiten auftreten, die gerade durch das notwendig gewordene Gesetz behoben werden sollten; man kann daher mit Recht von einem verunglückten Gesetz sprechen.

Das Unglück besteht in der Fassung des § 2 des genannten Gesetzes, der folgenden Wortlaut hat:

> „Beitragserstattungen gemäß § 1309a RVO usw. **erfolgen bis auf weiteres nicht".**
>
> Nach § 9 tritt das Gesetz am 1. August 1947 in Kraft. Eine Bestimmung über die Regelung der rechtshängigen Fälle fehlt. Eine Rückwirkung des Gesetzes ist nicht vorgesehen.

Rechtlich ist also die Sachlage so, daß mit dem 31. Juli 1947 die letzten Beitragserstattungen erfolgen konnten, daß alle Erstattungsanträge, die an diesem Tage noch nicht erledigt waren, nicht mehr vollzogen werden können und daß weiterhin Erstattungsanträge von den Versicherten gestellt und angenommen

werden müssen, weil im Hinblick auf den Wortlaut „Erstattungen erfolgen bis auf weiteres nicht“ die Annahme gerechtfertigt ist, daß gegebenenfalls Erstattungen wieder erfolgen werden, der Anspruchsberechtigte daher gut tut, mit Rücksicht auf die mögliche Verjährung den vielleicht wieder möglichen Anspruch zu erheben. Die Behörden haben dabei die wenig dankbare Aufgabe, die Versicherten darüber zu belehren, daß die Geltendmachung eines Beitragserstattungsanspruches zweckmäßig ist, daß aber „bis auf weiteres“ über den Anspruch nicht entschieden werden könne, so daß eigentlich ein Geldbetrag, der dem Versicherten gesetzlich noch zusteht, „bis auf weiteres“ vorenthalten wird.

Das ist die e i n e Seite des genannten Unglücks, die zweite Seite ist jedoch noch ernster und nicht nur formell unerwünscht, wie sich dies durch die Erhebung eines zeitweise nicht erzwingbaren Anspruchs ergibt.

Nach ständiger Rechtssprechung des Reichsversicherungsamtes entsteht in der Sozialversicherung der Versicherungsanspruch mit dem Eintritt des Versicherungsfalles. Wie in der Krankenversicherung der Versicherungsfall mit dem Beginn der Krankheit, in der Unfallversicherung der Versicherungsfall mit dem „Unfallereignis“ übereinstimmt, so ist in der Rentenversicherung der Beitragserstattungsanspruch mit dem Tage der Eheschließung als Versicherungsfall entstanden.

Diese Rechtslage ist in dem Gesetz überhaupt nicht gewürdigt worden; so, wie das Gesetz erlassen wurde, stellt dasselbe einen eklatanten Verstoß gegenüber allen bisher geltenden Rechtsprinzipien dar. Es ist ein in der deutschen Rechtsanwendung fundamentaler Grundsatz verletzt worden, der besagt: „Gesetze haben keine rückwirkende Kraft“ Dieser Rechtssatz hat seinerzeit bei Schaffung des Bürgerlichen Gesetzbuches seine höchste Bedeutung erlangt und hat seitdem nicht an Bedeutung verloren. In allen Kommentaren zum Bürgerlichen Gesetzbuch und auch in sonstigen Gesetzgebungswerken stößt man auf den „unausgesprochenen Grundsatz: Gesetze haben keine rückwirkende Kraft“. Diesen bedeutsamen Rechtssatz hat auch das Reichsversicherungsamt in seinen grundsätzlichen Entscheidungen wiederholt betont, wenn es ausspricht:

> „da sich das Gesetz selbst somit keine rückwirkende Kraft beigelegt hat und auch nach seinem sonstigen Inhalt eine Rückwirkung nicht angenommen werden kann, ist nach der ständigen Rechtssprechung des Reichsversicherungsamtes davon auszugehen, daß Versicherungsansprüche grundsätzlich nach dem Recht zur Zeit ihrer Entstehung zu beurteilen sind und durch spätere Gesetzesänderungen weder zum Vorteil noch zum Nachteil des Versicherten geändert werden können. (Rev. E. 2794, 3012, 3156, A. N. 1924 A. 114, — 1927 S. 20 A. N. f. R. V. 1928 S. 150).

Neben dieser sehr ernsten juristischen Unstimmigkeit ist das „verunglückte Gesetz“ aber auch sachlich vollkommen daneben geraten.

Von manchen angeblichen Sachkennern wird die Aufhebung der Beitragserstattungen mit dem Hinweis auf die gespannte Finanzlage der Rentenversicherung gefordert. Nichts ist irriger als eine solche Ueberlegung. Die Aufhebung des Beitragserstattungsanspruches liegt ausschließlich im wohlverstandenen Interesse der Versicherten.

Bereits im Jahre 1911 wurde bei der Schaffung der Reichsversicherungsordnung, die seinerzeit erfolgte Aufhebung der Beitragserstattung in der Invalidenversicherung wie folgt begründet:

> „Mit dem Empfang der meist geringfügigen Erstattungsbeträge verlieren die Versicherten die bei weitem wertvollere Anwartschaft auf die Fürsorge für die eigene Person und für die Hinterbliebenen. Die Beitragserstattung hat den Interessen der Beteiligten schon im allgemeinen nicht entsprochen, in Zukunft würde sie ihnen geradzu schaden.“

Besonders auch im Hinblick auf die gegenwärtig ungeklärten Verhältnisse in der Währungsfrage, erscheint die damalige Formulierung „in Zukunft würde sie ihnen geradezu schaden“ beinahe prophetisch.

Daß der Verfasser dieses Artikels als vormaliger Arbeitersekretär bei einer der größten deutschen Rechtsberatungsstellen damit eine Auffassung vertritt, die vom Interessenstandpunkt der Versicherten allein vertretbar ist, ergibt sich auch aus einem Bericht von August Müller über die Deutschen Arbeiter-Sekretariate und die Arbeiter-Versicherung in Deutschland aus dem Jahre 1900 Dort ist zu lesen: „Die Arbeitersekretäre raten stets von der Zurückforderung der Beiträge ab und empfehlen die Selbstversicherung“.

Wenn die nationalsozialistischen Machthaber seinerzeit im Zuge der Bestrebungen „zur Belebung der Bevölkerungspolitik“, im Zusammenhang mit dem System der Ehestandsdarlehen und dergl. den Versicherten auch ihre wohl erworbenen Versicherungsansprüche „abkauften“, so wäre es jetzt endlich an der Zeit die wirklichen Interessen der Versicherten klar und ausdrücklich zu sichern durch die notwendige Aufhebung einer Bestimmung, „die schon bisher den Interessen der Versicherten nicht entsprochen hat.“

Weil diese zeitgemäße Forderung nicht erfüllt wurde, weil man „bis auf weiteres“ ausgewichen ist, eine zwingende Konsequenz, die politisch und wirtschaftlich gleich gerechtfertigt ist, nicht gezogen hat, darum muß man von einem verunglückten Gesetz sprechen. Hoffen wir, daß das Unglück wieder geheilt wird. Die Voraussetzungen hiefür sind gelegentlich einer Beratung im sozialpolitischen Unterausschuß des Länderrates bereits aufgezeigt worden.

Die Versicherungsfreiheit in der Arbeitslosenversicherung nach den Aenderungen auf Grund des Gesetzes zur Aenderung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung

Von Dr. E. S t r a u s s, Stuttgart

Rückwirkend vom 1. Oktober 1947 tritt in den Ländern der amerikanischen Besatzungszone das Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung in Kraft, das der Länderrat nach Anhörung des Parlamentarischen Rates am 9. September 1947 beschlossen hat und das nach der am 1. Oktober 1947 von der amerikanischen Militärregierung (OMGUS) erteilten Zustimmung von den Landesregierungen erlassen wird. Die Landesregierung Württemberg-Baden hat dieses Gesetz am 8. Oktober 1947 erlassen. In den übrigen Ländern — Bayern, Hessen und Bremen — steht der Erlaß unmittelbar bevor. Dieses Gesetz enthält einschneidende Änderungen des bisherigen Umfangs der Arbeitslosenversicherung Die Versicherungsfreiheit der Beschäftigung in der Binnenfischerei einschließlich der Teichwirtschaft und in der Küstenfischerei (§ 70 Abs. 1 alter Fassung), die Versicherungsfreiheit in der Seefischerei (§ 71 bisheriger Fassung), die Versicherungsfreiheit der Beschäftigung als Hausgehilfin (§ 72a), die Versicherungsfreiheit der Partenfischerei (§ 73), die Versicherungsfreiheit von Hilfsbedürftigen im Rahmen der Arbeitsfürsorge (§ 75d) und der sogenannte Zeißparagraph (§ 80) sind ab 1. Oktober 1947 weggefallen. Die §§ 74a und 76 bis 79 bleiben weiter außer Kraft. Die §§ 74b, 74c, 75, 75b und 75c gelten weiter, die beiden letzten mit der Maßgabe, daß das Recht zu Anordnungen über die Versicherungspflicht den Arbeitsministern eingeräumt wird. Die §§ 70 bis 72, 74 und 75a sind neu gefaßt oder geändert worden. Sie lauten nun folgendermaßen:

§ 70

(1) Versicherungsfrei ist eine land- oder fortwirtschaftliche Beschäftigung in einem land- oder forstwirtschaftlichen Betriebe, wenn der Arbeitnehmer

a) in die häusliche Gemeinschaft des land- oder forstwirtschaftlichen Unternehmers oder seines Stellvertreters (Betriebsleiters, Verwalters) aufgenommen ist, oder
b) in dem land- oder forstwirtschaftlichen Betriebe wohnt und überwiegend mit Sachbezügen entlohnt wird, oder
c) selbst land- oder forstwirtschaftliche Grundstücke bewirtschaftet, durch deren Ertrag sein und seiner Familie Lebensunterhalt überwiegend gewährleistet ist, und als Arbeitnehmer üblicherweise weniger als die Hälfte des Jahres tätig ist, oder
d) Ehegatte oder Abkömmling einer in Abs. 1 Buchst. c genannten Person ist und mit dieser in häuslicher Gemeinschaft lebt.

(2) Der Arbeitsminister kann nach Anhörung der wirtschaftlichen Vereinigungen der land- und forstwirtschaftlichen Arbeitnehmer und Arbeitgeber bestimmen, daß die Befreiung nach Abs. 1 Buchst. c nur bei einer bestimmten Mindestgröße und einem bestimmten Mindestertrag eintritt. Er kann diese Befugnis auf den Präsidenten des Landesarbeitsamts übertragen, der seine Anordnungen nach Anhörung des beratenden Ausschusses trifft.

§ 71

(1) Als land- oder forstwirtschaftliche Beschäftigung im Sinne des § 70 gilt die Beschäftigung eines Angestellten oder Arbeiters, die inrer Art nach unmittelbar der Gewinnung land- oder forstwirtschaftlicher Naturprodukte in einem land- oder forstwirtschaftlichen Betriebe dient. Eine nur mittelbar der Land- oder Forstwirtschaft dienende Beschäftigung nicht landwirtschaftlicher Art, insbesondere eine solche verarbeitender, handwerklicher oder kaufmännischer Art, ist auch dann nicht gemäß § 70 versicherungsfrei, wenn sie in einem land- oder forstwirtschaftlichen Betriebe ausgeübt wird.

(2) Die Beschäftigung von Arbeitnehmern, die nicht berufsmäßig der Land- oder Forstwirtschaft angehören, aber vorübergehend im Rahmen des § 70 Abs. 1 Buchst. a und b beschäftigt werden, ist versicherungspflichtig, wenn es der Arbeitsminister nach Anhörung der wirtschaftlichen Vereinigungen der land- und forstwirtschaftlichen Arbeitnehmer und Arbeitgeber anordnet.

§ 72

(1) Als land- oder forstwirtschaftlicher Betrieb im Sinne des § 70 ist eine unmittelbar auf die erwerbsmäßige Gewinnung land- oder forstwirtschaftlicher Naturprodukte durch Bewirtschaftung eigenen, gepachteten oder auf andere Weise überlassenen Grund und Bodens gerichtete Wirtschaft anzusehen.
(2) Unter den Voraussetzungen des Abs. 1 gehören neben dem Ackerbau auch Garten-, Obst- und Weinbau sowie Wiesen- und Weidewirtschaft zu den landwirtschaftlichen Betrieben.
(3) Nicht zur Land- und Forstwirtschaft im Sinne des § 70 gehören:

a) Hilfs- und Nebenbetriebe von land- oder forstwirtschaftlichen Betrieben, die nicht unmittelbar den land- oder forstwirtschaftlichen Zwecken des Hauptbetriebs, sondern der Be- oder Verarbeitung sowie dem Absatz land- oder forstwirtschaftlicher Erzeugnisse oder anderen gewerblichen Zwecken dienen,
b) land- oder forstwirtschaftliche Hilfs- und Nebenbetriebe von gewerblichen oder anderen Betrieben und Einrichtungen, sofern sie dem Zwecke des Hauptbetriebs dienen,
c) Zusammenschlüsse land- oder forstwirtschaftlicher Betriebe, insbesondere öffentlich-rechtlicher oder genossenschaftlicher Art, die nach ihrem Umfange und ihrem Betriebszweck über den Rahmen einer bäuerlichen Wirtschaft hinausgehen oder deren Tätigkeit nur mittelbar der Land- oder Forstwirtschaft dient.

§ 74

(1) Versicherungsfrei ist die Beschäftigung auf Grund eines schriftlichen Lehrvertrags. Dem schriftlichen Lehrvertrag steht die schriftliche Anzeige an die Handwerkskammer nach § 126b Abs. 3 der Gewerbeordnung in der Fassung des Gesetzes vom 30. Mai 1908 (RGBl. S. 356) gleich.
(2) Versicherungsfrei ist die Beschäftigung von

a) Praktikanten, die auf Grund einer schriftlichen Praktikantenvereinbarung,
b) Anlernlingen, die in einem anerkannten Anlernberuf auf Grund eines schriftlichen Anlernvertrags

ausgebildet werden.

§ 75a

(1) Geringfügige Beschäftigungen sind versicherungsfrei.
(2) Geringfügig im Sinne dieses Gesetzes ist eine Beschäftigung, wenn sie auf nicht mehr als 24 Arbeitsstunden in einer Kalenderwoche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist oder wenn für sie kein höheres wöchentliches Arbeitsentgelt als 10 Reichsmark oder kein höheres monatliches Arbeitsentgelt als 45 Reichsmark vereinbart oder ortsüblich ist. Eine Beschäftigung, die nur deswegen unter diesen Grenzen bleibt, weil durch Gesetz oder behördliche Anordnung eine kürzere Arbeitszeit vorgeschrieben ist oder weil der Arbeitnehmer in einer Kalenderwoche infolge Arbeitsmangels die in seiner Arbeitsstätte übliche Zahl von Arbeitsstunden nicht erreicht (Kurzarbeit), ist nicht als geringfügig anzusehen.
(3) Abs. 2 gilt nicht für Beschäftigungen geistiger oder künstlerischer Art, die hauptberuflich ausgeübt werden.

Zur Erläuterung der neu gefaßten oder geänderten Bestimmungen wird folgendes bemerkt:

Zu § 70:

Weggefallen ist die Versicherungsfreiheit von Beschäftigungen in der Binnenfischerei einschließlich der Teichwirtschaft und in der Küstenfischerei.

Die Versicherungsfreiheit tritt nach der geänderten Fassung des § 70 nur ein, wenn folgende drei Merkmale zusammentreffen:

1. eine Beschäftigung land- oder forstwirtschaftlicher Art,
2. die Ausübung einer Beschäftigung nach Ziffer 1 in einem land- oder forstwirtschaftlichen Betrieb und
3. die Zugehörigkeit des Arbeitnehmers zu einer der in § 70 Abs. 1 Buchst. a bis d genannten Personengruppen.

Den Begriff der land- oder forstwirtschaftlichen Beschäftigung umschreibt § 71 Abs. 1 und den Begriff des land- oder forstwirtschaftlichen Betriebs § 72 Abs. 1.

Der Aufnahme in die häusliche Gemeinschaft steht es gleich, wenn der Arbeitnehmer in dem land- oder forstwirtschaftlichen Betriebe wohnt und überwiegend mit Sachbezügen entlohnt wird. Eine Wohnung im Betrieb kann nur dann noch angenommen werden, wenn sie in einem zum Betriebe gehörigen Gebäude liegt. Die Entlohnung in Sachbezügen überwiegt, wenn der Wert der Sachbezüge den Barlohn übersteigt. Die Bewertung der Sachbezüge erfolgt nach den Festsetzungen zu § 160 RVO. Zum Wert der Sachbezüge gehört auch die freie Wohnung, wenn sie als Sachleistung vereinbart ist. Sachbezüge, die der Arbeitnehmer für seine Familie erhält, werden mitangerechnet, es sei denn, daß es sich um den Gegenwert von Leistungen der Familienangehörigen handelt.

Für die Anwendung des Abs. 1 Buchst. c ist die Bewirtschaftung land- oder forstwirtschaftlicher Grundstücke erforderlich. Es kommt dabei auf die Tatsache der eigenen Bewirtschaftung an, gleichgültig, ob sie auf Grund des Eigentums oder von Besitzrechten (Pacht, Nießbrauch oder ähnlichen Rechtsverhältnissen) erfolgt.

Ob es sich um Ehegatten oder Abkömmlinge handelt, bestimmt sich nach dem Verhältnis zu den in Abs. 1 Buchst. c genannten Personen und auf Grund der familienrechtlichen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Die Eigenschaft als Ehegatte geht mit der rechtskräftigen Scheidung verloren. Infolge der Beschränkung auf die Abkömmlinge sind Eltern und Voreltern sowie Schwiegerkinder von Abs. 1 Buchst. d ausgeschlossen. Sie können jedoch bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen nach Abs. 1 Buchst. a oder b versicherungsfrei werden. Bei der Feststellung, von welcher Mindestgröße und von welchem Mindestertrag ab der Familienunterhalt überwiegend gewährleistet ist, ist nicht allein die Grundstücksgröße, sondern auch der Ertragswert zu berücksichtigen. Das Ablieferungssoll kann dafür ebenfalls Anhaltspunkte bieten.

Die Versicherungsfreiheit nach Abs. 1 Buchst. a, b und d kann bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen auch von Personen beansprucht werden, die nicht berufsmäßig der Land- oder Forstwirtschaft angehören. Werden sie vorübergehend im Rahmen des § 70 Abs. 1 Buchst. a und b beschäftigt, so kann ihre Beschäftigung nach näherer Anordnung des Arbeitsministers gemäß § 71 Abs. 2 versicherungspflichtig werden.

Zu § 71:

Für die Versicherungsfreiheit nach § 70 genügt nicht die Tatsache, daß eine Beschäftigung irgendeiner Art in einem landwirtschaftlichen Betriebe (Haupt-, Hilfs- oder Nebenbetrieb) oder in einem forstwirtschaftlichen Betriebe ausgeübt wird. Diese Beschäftigung muß vielmehr selbst eine land- oder forstwirtschaftliche sein. Als land- oder forstwirtschaftlich ist nur eine Beschäftigung anzusehen, die die Begriffsmerkmale des § 71 Abs. 1 erfüllt. Nicht zu den land- oder forstwirtschaftlichen Beschäftigungen in diesem Sinne gehören beispielsweise die Beschäftigungen der Gutshandwerker, des Personals für die Hausarbeiten in einem bäuerlichen oder Gutsbetrieb, der Diener in einem Gutshause, der Büro- und Buchhaltungskräfte in einem landwirtschaftlichen Betrieb, des Personals staatlicher Forstkassen, der Jagdaufseher, der Verkäuferinnen in einem Gartenbaubetrieb, des Zuchtwarts eines Tierzuchtverbandes u. ä. Sind Arbeitnehmer auf Grund eines einheitlichen Beschäftigungsverhältnisses zum Teil in einem land- oder forstwirtschaftlichen Betriebe, zum Teil in einem gewerblichen Betriebe beschäftigt, so kommt es für die Versicherungsfreiheit außer den sonstigen Voraussetzungen des § 70 jeweils darauf an, in welchem Betrieb sie beschäftigt sind und welche Beschäftigung sie dort ausüben.

Zu § 72:

Die Bestimmung umschreibt den Begriff des land- oder forstwirtschaftlichen Betriebs im Sinne des § 70. Sie stellt klar, daß als land- oder forstwirtschaftlicher Betrieb in diesem Sinne nur eine Wirtschaft anzusehen ist, die unmittelbar auf die erwerbsmäßige Gewinnung land- oder forstwirtschaftlicher Naturprodukte durch Bewirtschaftung eigenen, gepachteten oder auf andere Weise überlassenen Grund und Bodens gerichtet ist. Nur unter dieser Voraussetzung gehören Ackerbau, Garten-, Obst- und Weinbau sowie Wiesen- und Weidewirtschaft zu den landwirtschaftlichen Betrieben. Sie sind dagegen ausgenommen, wenn sie keine geschlossenen Erzeugerbetriebe mit selbständiger Betriebsform darstellen. Auf die Rechtsform kommt es für den land- oder forstwirtschaftlichen Charakter des Betriebs nicht an. Auch Betriebe der öffentlichen Hand können darunter fallen, soweit sie reine Erzeugerbetriebe mit selbständiger Betriebsform und Betriebsorganisation sind, z. B. Stadtgüter, städtische Weingüter.

Unter Berücksichtigung vorstehender Begriffsmerkmale gehören beispielsweise u. a. nicht nur Land- oder Forstwirtschaft im Sinne des § 70 Parkanlagen, Friedhofsanlagen, städtische Gartenbetriebe, Lehr- und Forschungsanstalten, botanische Gärten der Hochschulen und Universitäten, Friedhofsgärtnereien, Landschaftsgärtnereien, Blumenzüchtereien, Blumen- und Kranzbindereien, Blumengeschäfte, reine Handelsgärtnereien, Gartenverwaltungen und Güterverwaltungen.

Die Aufzucht von Tieren im Rahmen eines landwirtschaftlichen Betriebs ist versicherungsfrei. Die von der Gemeinde oder in ihrem Auftrag als Aufgabe der Verwaltung betriebene Tierhaltung ist versicherungspflichtig.

Es wird noch besonders auf die in Abs. 3 bestimmten gesetzlichen Ausnahmen von der Land- und Forstwirtschaft im Sinne des § 70 hingewiesen. Damit steht fest, daß Beschäftigungen bei Zusammenschlüssen land- oder forstwirtschaftlicher Betriebe, z. B. Getreidelagerhäusern, landwirtschaftlichen Bezugs- und Absatzgenossenschaften, Molkereigenossenschaften, Genossenschaftsbrauereien, Milch- und Fettwirtschaftsverbänden und ähnlichen übergeordneten Betrieben versicherungspflichtig sind.

Zu § 74:

Die Beschäftigung von Lehrlingen, Praktikanten und Anlernlingen in einem anerkannten Anlernberuf ist ohne Rücksicht auf die Dauer versicherungsfrei, wenn der Ausbildung schriftliche Verträge zugrunde liegen. Anstelle des schriftlichen Vertrages genügt die schriftliche Anzeige an die Handwerkskammer, wenn es sich um handwerkliche Lehrverhältnisse zwischen Eltern und Kindern handelt (§ 126b Abs. 3 Gewerbeordnung), oder die schriftliche Anzeige an die Industrie- und Handelskammer, wenn es sich um außerhandwerkliche gewerbliche Lehrverhältnisse zwischen Eltern und Kinder handelt (Rund-

erlaß des ehemaligen Generalbevollmächtigten für den Arbeitseinsatz vom 21. 7. 1941 — Vb 7114/308 — ARG 686/41). Sie muß Angaben über das Bestehen des Lehrvernältnisses, den Beginn, die Dauer und den Ausbildungszweig enthalten. Für die kaufmännischen Ausbildungsverhältnisse ist der schriftliche Abschluß von Ausbildungsverträgen auch zwischen Eltern und Kinder Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit nach § 74. Entscheidend ist natürlich, daß es sich stets um geregelte Ausbildungsverhältnisse handelt. Diese Frage ist bei Praktikanten und Anlernlingen besonders sorgfältig zu prüfen. Maßgebend ist der Ausbildungszweck und die Gestaltung des Ausbildungsverhältnisses. Umschüler und Personen, die zur Erlangung besonderer Fertigkeiten kurzfristig und formlos angelernt oder eingearbeitet werden, fallen nicht unter § 74 und sind versicherungspflichtig.

Zu § 75a:

Die Arbeitszeitgrenze ist von 30 auf 24 Stunden in einer Kalenderwoche herabgesetzt worden. Demnach werden Beschäftigungsverhältnisse, die nur wegen der bisherigen höheren Arbeitszeitgrenze im Rahmen von mehr als 24 bis 30 Arbeitsstunden versicherungsfrei waren, versicherungspflichtig. Es bedarf einer Nachprüfung aller bisherigen versicherungsfreien geringfügigen Beschäftigungen. Sie werden vom 1. Oktober 1947 ab versicherungspflichtig, wenn die Voraussetzungen nach der geänderten Fassung nicht mehr gegeben sind. Nach Absatz 2 sind beispielsweise hauptberuflich beschäftigte Lehrkräfte, wissenschaftliche Mitarbeiter oder Hilfsarbeiter, Musiker, Chorsänger und andere versicherungspflichtig, auch wenn sie in den Arbeitszeit- oder Verdienstgrenzen des Abs. 1 beschäftigt werden.

Zu § 75b:

Die Befugnis zu Anordnungen über die Arbeitslosenversicherungspflicht unständiger Beschäftigungen ist dem Arbeitsminister eingeräumt worden. Die bisher geltende Verordnung über die Arbeitslosenversicherung unständig beschäftigter Hafenarbeiter vom 23. Oktober 1930 (Reichsarbeitsbl. S. I 228) mit den Änderungen nach dem Erlaß vom 10. November 1932 (Reichsarbeitsbl. S. I 254) ist weiter anzuwenden.

Zu § 75c:

Für Anordnungen gemäß Abs. 2 ist der Arbeitsminister für zuständig erklärt worden. Bis er nähere Anordnungen erläßt gelten die Verordnungen über die Arbeitslosenversicherung von Hausgewerbetreibenden und Heimarbeitern vom 18. Oktober 1930 (Reichsarbeitsbl. S. I 227) und vom 19. März 1932.

Zu § 80:

Diese Bestimmung war bisher vor allem auch von Bedeutung für die Posthalter und Postagenten. Soweit sie bisher arbeitslosenversicherungsfrei waren, bleiben sie es vom 1. Oktober 1947 ab nur, wenn ihre Beschäftigung geringfügig im Sinne des § 75a Abs. 1 ist, sonst werden sie versicherungspflichtig. Alle Beschäftigungsverhältnisse dieses Personenkreises sind daher unter diesen Gesichtspunkten zu überprüfen.

Zu dem Verfahren bei der Feststellung der Versicherungsfreiheit wird bemerkt, daß nicht daran gedacht ist, die Anzeigen über die Versicherungsfreiheit wieder einzuführen. Die Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit müssen daher auf Grund der Beschäftigungsmerkmale nachgeprüft werden, die in den Krankenkassenmeldungen und den Arbeitsbuchanzeigen der Arbeitsämter enthalten sind. Veränderungsanzeigen sind auch dann zu erstatten, wenn sich der Versicherungscharakter des Beschäftigungsverhältnisses ändert.

Notwendig ist, sofort alle Versicherungsverhältnisse nach den geänderten Vorschriften zu überprüfen und für die Beschäftigungen, deren Versicherungsfreiheit vom 1. Oktober 1947 ab weggefallen ist, von diesem Zeitpunkt ab Beiträge zur Arbeitslosenversicherung zu erheben.

Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft der Landesversicherungsanstalten am 16./17. Dezember 1947 in Stuttgart

Am 16./17. 12. tagte im Sitzungssaal des Gemeinderats der Stadt Stuttgart die Arbeitsgemeinschaft der Landesversicherungsanstalten. Die Tagung stand unter der Leitung ihres stellvertretenden Vorsitzenden, Vizepräsident Ostermayer, Frankfurt a. M. Er betonte bei seiner Begrüßungsansprache, daß nur Gegenwartsfragen der Sozialversicherung zur Behandlung stünden. Die Arbeitsgemeinschaft betrachtete es aber als ihre vornehmste Aufgabe, die einheitliche Durchführung der deutschen Sozialversicherung in den einzelnen Ländern mit allen Mitteln anzustreben und möglichst auch sicher zu stellen. Dies gilt besonders auch für das Körperbeschädigten-Leistungsgesetz. Hier hatte eine Kommission in den vergangenen Monaten in zwei Sitzungen wertvolle Vorarbeit für dringend notwendige Durchführungsbestimmungen geleistet, mit deren Erlaß durch die Länderregierungen bald gerechnet werden kann, sobald die noch ausstehende Genehmigung der Militärregierung dazu erteilt ist. Als zwingend notwendig wird auf diesem Gebiet angesehen, daß die Bestimmungen, nach denen eine Rente der deutschen Sozialversicherung bei dem Zusammentreffen mit einer KB-Rente wegen der gleichen Ursache ruht, unbedingt fallen müssen. Es muß zu erreichen versucht werden, daß neben der KB-Rente wenigstens die Steigerungsbeträge aus der Beitragsleistung für den Rentenberechtigten gewährt werden, da das derzeitig vorgeschriebene Ruhen dieser Rente fast einem Versicherungsbetrug gleichkommt. Es wird deshalb als Pflicht angesehen, eine Einheitlichkeit in den Westzonen zu erstreben.

Oberverwaltungsrat Flechsenhar referierte über Zweifelsfragen auf dem Gebiet der Rentengewährung. Dabei wurde man sich dahingehend schlüssig, daß für die Behandlung der Rentenanträge und Zahlung der Renten stets die Landesversicherungsanstalt zuständig sein soll, in deren Bezirk der Empfangsberechtigte wohnt. Zu der Frage der Krankenversicherung der Rentner, deren Rente ruht, sollen die Anstalten zunächst noch einmal selbst der Arbeitsgemeinschaft gegenüber Stellung nehmen, wie dies in Garmisch-Partenkirchen bereits beschlossen worden war. Dieses Material wird dann von der bereits für diese Frage eingesetzten Kommission durchgearbeitet und von dieser in der nächsten Arbeitstagung zur Beschlußfassung vorgelegt. Die gleiche Kommission soll sich auch eingehend mit der statistischen Behandlung dieser ruhenden Renten wie überhaupt mit allen z. Z. auftauchenden Zweifelsfragen auf diesem Gebiet beschäftigen und zur nächsten Arbeitstagung Vorschläge wegen der einheitlichen Handhabung der diesbezüglichen Bestimmungen machen. Insbesondere trifft dies weiter für die Behandlung von Flüchtlingsrenten, von Rentenzahlungen an Hinterbliebene von Vermißten und an ehemalige Staatsangehörige der Tschechoslowakei zu. Ueber die letztere Frage referierte Herr Regierungsdirektor Dr. Hartrath, Düsseldorf, der als früheres Mitglied des Reichsversicherungsamts und vorübergehender Angehöriger einer Landesversicherungsanstalt des Sudetenlandes mit dieser Materie besonders vertraut ist. Bei ihnen handelt es sich zu einem wesentlichen Teil um Renten oder Teile davon, die sich auf Verbesserungen der gesetzlichen Leistungsbestimmungen während des Krieges stützen, die die damalige Regierung als Beruhigungspillen gegeben hatte, und die aber über das hinausgehen, was dem deutschen Versicherten zusteht.

Ministerpräsident Stock, Hessen, der es sich als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft trotz seiner starken Arbeitsbelastung nicht nehmen ließ, einige Zeit an den Verhandlungen teilzunehmen, warnte davor, daß die Versicherungsträger Leistungen übernehmen, die sie nichts angehen. Die Versicherungsträger wissen heute noch nicht, wie sie mit ihrem Vermögen aus der kommenden Währungsreform hervorgehen.

Ein weiterer Beratungspunkt war die Frage des Lastenausgleichs zwischen den einzelnen Landesversicherungsanstalten. Nach § 1386 RVO werden die Rentenausgaben eines Kalenderjahres, soweit sie nicht das Reich aufzubringen hat, von sämtlichen Versicherungsträgern nach Maßgabe ihrer Beitragseinnahmen des gleichen Kalenderjahres getragen. Dieser Lastenausgleich wurde vor dem Zusammenbruch von dem damaligen Reichsversicherungsamt vorgenommen. Dies ist heute zunächst nicht möglich. Deshalb war seitens der Arbeitsgemeinschaft in gedrängter Form eine Berechnung in dieser Hinsicht vorgenommen worden, die einen Ueberblick hierüber als Grundlage für eine Aussprache und weitere Behandlung dieser Frage geben sollte.

Es soll hier mit den Länderregierungen verhandelt und bei ihnen zu erreichen versucht werden, daß die Rententeile, die auf Grund der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen vom Reich zu tragen waren, künftig von den Ländern aufgebracht werden.

Ministerpräsident Stock verweist hierzu ausdrücklich auf die Tatsache, daß kein Reich mehr bestehe und günstigenfalls nur erreicht werden kann, daß die Länderregierungen entsprechende Beschlüsse fassen, nach denen die Finanzierung der Renten in Zukunft so vor sich gehen soll wie dies früher geschehen ist.

Eine eingehende Aussprache entspann sich am zweiten Verhandlungstag über die Durchführung der Erlasse des ehemaligen Reichsarbeitsministers vom 30. 6. 1944 und 27. 3. 1945 über die Abgrenzung der Zuständigkeit der Rentenversicherung und der Krankenversicherung auf dem Gebiet der Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten, Gewährung von Zuschüssen von Zahnersatz usw. Es besteht Einmütigkeit darüber, daß insbesondere der letztere Erlaß, der nach dem Einrücken der fremden Truppen in unser Gebiet in Berlin veröffentlicht wurde, dementsprechend hier nicht gilt und nur Geltung erlangen kann, wenn durch die Länderregierungen ein entsprechender Erlaß herausgegeben wird. Da sich aber mit dieser Frage auch noch der sozialpolitische Unterausschuß des Länderrats befassen wird, soll versucht werden, den Standpunkt der Rentenversicherungsträger hierzu dort zu vertreten.

Den weiteren Verhandlungspunkt bildete die Regelung der Dienstverhältnisse der von den Landesversicherungsanstalten beschäftigten Vertrauensärzte für die verschiedenen Gebiete der Sozialversicherung einschließlich der der KB-Vorsorgung. Auch diese Frage soll einer nochmaligen eingehenden Kommissionsberatung vorbehalten sein.

Das gleiche gilt für die Prüfung der für die als Nachweis der geleisteten Rentenversicherungsbeiträge ausgestellten Entgeltbescheinigungen nach der Zweiten Lohnabzugsverordnung. In dieser Hinsicht drohen sonst Mißstände, die nicht mehr gutgemacht werden können. Es darf dabei nicht übersehen werden, daß diese Entgeltsbescheinigungen die Grundlage für die Berechnung der Renten bilden, solange nicht zu dem alt bewährten Verfahren der Beitragsmarkenverwendung zurückgekehrt wird.

Die hierfür bestimmte Kommission soll gemeinsam mit Vertretern der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen beraten, da die Krankenkassen den Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge zu besorgen haben.

Ferner wurde darüber gesprochen, wie die Prüfung der Geschäfts- und Rechnungsführung der Landesversicherungsanstalten am zweckmäßigsten durchgeführt wird.

Es wurde empfohlen, eine besondere Einrichtung hierfür zu schaffen, die der früheren bei der Gemeinschaftsstelle der Landesversicherungsanstalten gebildeten entspricht. Die Prüfung muß von bewährten Fachkräften, die über die notwendigen Erfahrungen verfügen, ausgeführt werden.

Das gleiche gilt bezüglich des Ausbaues der Arbeitsgemeinschaft selbst, der aus der Versammlung heraus angeregt worden war. Neben den von Zeit zu Zeit stattfindenden Arbeitstagungen wird dabei an die Bildung einer Art ständigen Ausschusses gedacht, wie er bei dem ehemaligen Reichsverband Deutscher Rentenversicherungsträger bestand. Dieser ständige Ausschuß wurde auch alsbald gebildet. Er setzt sich aus den Vorstandsvorsitzenden sämtlicher der Arbeitsgemeinschaft angeschlossenen Anstalten zusammen. Er wird bereits im Januar 1948 zusammentreten, um diese Frage des Ausbaues und andere dringlich gewordenen Fragen zu beraten.

Die arbeitsreiche und anregend verlaufene Tagung wurde am zweiten Verhandlungstag um 13,30 Uhr geschlossen.

Bücher und Zeitschriften

Gerhard Neuenkirch „Zeitfragen deutscher Sozialpolitik, Verlag für Wirtschaft und Sozialpolitik" Hamburg. Der verantwortungsbewußte Sozialpolitiker hat in erster Linie den Eintritt sozialer Notstände durch vorbeugende Maßnahmen zu vermeiden. Es ergibt sich hieraus zwingend die Forderung, sich in einer Zeit größter wirtschaftlicher Not mit einer Verbesserung der Sozialpolitik zu beschäftigen. Der Verfasser setzt sich mit den verschiedenen Vorschlägen für eine Reform der SV auseinander und bricht mit der nicht ganz berechtigten Überheblichkeit mancher Kreise, die Organisation der deutschen Sozialversicherung als vorbildlich zu bezeichnen. Der Versuch, die Bemühungen um eine Umgestaltung der Sozialversicherung dadurch zu diskreditieren, daß man darauf verweist, die Nationalsozialisten hätten auch schon eine Vereinheitlichung der SV angestrebt, wird als unsachliche Polemik erkannt, die auf die Urheber zurückschlägt, denn „schließlich haben die Gegner des Vereinheitlichungsgedankens sich unter dem Nationalsozialismus durchsetzen können. Sie haben also, rückschauend betrachtet, bei den Machthabern des Dritten Reiches das größere Verständnis gefunden" Wer sich ernsthaft mit den Plänen um eine sinnvolle Gestaltung der deutschen Sozialversicherung beschäftigt, wird an der kleinen, 70 Seiten starken Broschüre nicht vorübergehen können.

Unsere Mitarbeiter

1. Regierungsrat Dr. Erich Strauß, Stuttgart, geboren am 2. 5. 1903 zu Landau/Pfalz.
2. Landesprüfer Alfred Rothe, geboren am 18. 8. 1892 in Hainichen, wohnhaft Hamburg-Hummelsbüttel, Hamburger Str. 43.

Statistik

Mitglieder- und Krankenstand

a) der hessischen Krankenkassen im Monat November 1947

Gruppe der Kassen	Anzahl der Kassen	Zahl der Mitglieder	Pflichtversicherte	Freiwillig Versicherte	Rentner	Prozentsatz der Arbeitsunfähigen zur Mitgliederzahl am Ende des Vormonats (bezogen a.d. Ges.-Mitgl.-Zahl)	Vormonats (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Ges.-Mitgl. Zahl)	Berichtsmonats: (bezogen a.d. Pflicht-Mitgl.-Zahl)
1. Allgemeine Ortskrankenkassen	40	1 246 362	745 690	215 204	285 468	2,76	4,58	2,66	4,51
2 Betriebskrankenkassen	91	115 475	88 066	27 409	—	4,67	6,13	4,61	6,04
3. Innungskrankenkassen	9	19 221	14 329	4 892	—	2,99	4,03	2,66	3,57
4. Ersatzkrankenkassen (Verwaltungsstellen)	13	162 731	81 016	81 715	—	—	—	1,74	3,49
Insgesamt:	153	1 543 789	929 101	329 220	285 468	—	—	—	—
AOK Frankfurt/Main		213 228	133 619	33 098	46 511	3,54	4,45	2,83	4,52
AOK Stadt- und Landkreis Offenbach/Main		76 545	47 036	11 343	18 166	5,24	6,52	2,95	4,81
AOK Stadt- und Landkreis Darmstadt		54 637	32 008	9 962	12 667	4,13	5,42	3,05	5,22
AOK Stadt- und Landkreis Gießen		44 988	30 303	6 462	8 223	3,88	4,75	3,37	5,02
AOK Stadt- und Landkreis Kassel		61 015	40 146	6 068	14 201	4,40	5,14	3,19	4,84
AOK Stadt- und Landkreis Hanau		39 819	25 806	6 271	7 742	5,31	6,72	4,06	6,26
AOK Stadt- und Landkreis Fulda		37 617	23 496	5 440	8 681	3,32	4,08	3,58	4,13
AOK Kreis Wolfhagen		9 693	5 276	1 525	2 892	2,48	3,19	1,81	3,32
AOK Kreis Rotenburg/Fulda		13 273	7 984	2 986	2 303	4,01	5,51	3,18	5,28
BKK Adam Opel A.-G. Rüsselsheim		10 175	7 181	2 994	—	5,58	7,99	5,13	7,26
BKK MAN Gustavsburg		4 298	3 467	831	—	5,18	6,41	4,73	5,84
BKK VDM Heddernheimer Kupferwerk, Frankfurt/Main-Heddernheim		1 685	1 190	495	—	6,22	8,78	5,70	8,06
Reichsbahn-Betriebskrankenkasse Frankfurt a. M.		68 524	43 729	4 690	20 105	5,33	7,87	5,73	8,99

b) der bayerischen Krankenkassen im Monat Oktober 1947

Gruppe der Kassen	Pflichtvers am letzten Tage des Monats	Freiwillig Vers. am letzten Tage des Monats	Rentner für den vorangehenden Monat	Arbeitsunfähige am ersten Tage des Monats	Neue Arbeitsunfähigkeitsfälle während des Monats	Während des Monats beendete Arbeitsunfähigkeitsfälle	Arbeitsunfähige am letzten Tage des Monats	Prozentsatz der arb. unfähigen Pflichtmitglieder zur Zahl der Pflichtmitglieder
1. Allgem. Ortskrankenkassen	1 603 505	433 225	468 626	59 079	79 567	79 743	58 903	3,67
2. Landkrankenkassen	69 898	19 610	3 829	1 604	1 993	2 155	1 442	2,06
3. Innungskrankenkassen	21 733	8 128	—	729	929	979	679	3,12
4. Betriebskrankenkassen	126 403	28 068	—	6 584	9 796	9 502	6 878	5,44
5. Ersatzkassen für Arbeiter	9 259	4 939	—	426	416	456	386	4,17
6. Ersatzkassen für Angestellte	116 186	109 713	—	3 921	2 337	2 561	3 697	3,18
Alle reichsgesetzlichen Krankenkassen Bayerns	1 946 985	603 683	472 455	72 343	95 038	95 396	21 985	—

Schriftleiter: Oberregierungsrat Ostermayer, Landesversicherungsanstalt Hessen, Frankfurt/Main, Gartenstraße 140
Verlag: Adolf Rausch Verlag Heidelberg, Schließfach 403. — Bankkonto: Südwestbank, Heidelberg. — Erscheint am 1. und 15. jeden Monats. Einzelpreis RM —.40. Postbezug vierteljährlich RM 2.— zuzügl. Zustellgebühr. — Druck: Mannheimer Großdruckerei GmbH., Mannheim, R 1, 4-6