

Leitfaden der deutschen Sozialversicherung

Bearbeitet von Mitgliedern
des Reichsversicherungsamts



1924

Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH

Leitfaden der deutschen Sozialversicherung

Bearbeitet von Mitgliedern
des Reichsversicherungsamts



ISBN 978-3-662-42868-9
DOI 10.1007/978-3-662-43153-5

ISBN 978-3-662-43153-5 (eBook)

Vorwort.

Die wirtschaftliche Entwicklung der Kriegs- und Nachkriegszeit hat auf die deutsche Sozialversicherung so gewaltig eingewirkt, daß zahlreiche Gesetzesänderungen grundlegender Art erforderlich wurden. Dadurch hat sich die Rechtslage von Grund aus geändert. Infolgedessen ist eine Neubearbeitung des seit vielen Jahren verbreiteten „Leitfadens zur Arbeiterversicherung des Deutschen Reichs“, der in mehr als achtzigtausend Stücken im In- und Ausland Aufnahme gefunden hat, am Platze, wenngleich auch zur Zeit die Rechtsentwicklung noch nicht als vollkommen abgeschlossen gelten kann. Sein Umfang ist erweitert durch die Aufnahme der Angestellten- und Knappschaftsversicherung, so daß er jetzt die gesamte Sozialversicherung nach dem Stande der Gesetzgebung am 1. August 1924 umfaßt.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Einleitung: Entwicklung der Sozialversicherung	3
I. Krankenversicherung	6
II. Unfallversicherung	15
III. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung	22
IV. Angestelltenversicherung	33
V. Verfahren	44
Schlußwort: Bedeutung der Sozialversicherung für die Allgemeinheit	49
Anhang:	
I. Beispiele	52
II. Statistik	53
III. Schrifttum	54

Abkürzungen.

ABG. = Angestelltenversicherungsgesetz,

RVG. = Reichsversicherungsordnung.

Paragrafenzahlen ohne Zusatz beziehen sich auf die Reichsversicherungsordnung.

Entwicklung der Sozialversicherung.

Die gewerbliche Entwicklung nach Einführung der Maschine und das Anwachsen der Großbetriebe hatten in Deutschland wie in anderen Kulturstaaten eine Neuschichtung der Bevölkerung zur Folge. Neben die selbständigen Unternehmer und Handwerker trat ein neuer sozialer Stand, die unselbständig beschäftigten gewerblichen Arbeiter.

Dieser neuen Arbeiterschicht fehlte eine ausreichende Sicherung ihrer wirtschaftlichen Daseinsmöglichkeit. Es mangelte an dem notwendigen Schutze gegen Gefahren für Leib und Leben bei der Arbeit. Da die Arbeiter darauf angewiesen waren, durch ihre körperliche Arbeitskraft täglich den Lebensunterhalt zu erwerben, wurden sie bei Beeinträchtigung ihrer körperlichen Arbeitsfähigkeit meist völliger Mittellosigkeit preisgegeben. Die Armenunterstützung gewährte zwar den notdürftigsten Lebensunterhalt. Doch empfanden gerade die besten unter ihnen die Annahme von Almosen als eine Herabsetzung, zumal da der Empfang von Armenunterstützung regelmäßig eine Minderung der staatsbürgerlichen Rechte zur Folge hatte. Freiwillige Vereinigungen zur gegenseitigen Unterstützung führten nur auf wenigen Gebieten und in beschränktem Umfang zu einer Besserung der Lage. Auch das Reichshaftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871, das den durch Betriebsunfälle Verletzten einen privatrechtlichen Schadenersatzanspruch gegen den Unternehmer einräumte, brachte keine ausreichende Unfallfürsorge. Insbesondere verlangte es von dem Verletzten regelmäßig den schwierigen Nachweis, daß den Unternehmer oder seine Leute ein Verschulden traf. Und auch wenn dieser Nachweis gelang, konnte der Schadenersatzanspruch wegen mangelnder Leistungsfähigkeit des Unternehmers oft nicht verwirklicht werden.

Diesen Übelständen suchte man in Deutschland auf einem völlig neuen Wege zu begegnen:

Am 17. November 1881 erging die denkwürdige Botschaft Kaiser Wilhelms des Ersten, die das Friedenswerk der sozialen Reform durch die Schaffung einer umfassenden Versicherungsgesetzgebung einleitete. Sie lautete:

„Wir halten es für Unsere kaiserliche Pflicht, dem Reichstag die Förderung des Wohles der Arbeiter von neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaft seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Bestandes, auf den sie

Anspruch haben, zu hinterlassen. In Unseren darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung aller verbündeten Regierungen gewiß und vertrauen auf die Unterstützung des Reichstages ohne Unterschied der Parteistellungen. In diesem Sinne wird zunächst der Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle vorbereitet. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter oder Invaliddität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zuteil werden können. Für diese Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden, ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben jedes Gemeinwesens, welches auf den sittlichen Fundamenten des christlichen Volkslebens steht. Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutze und staatlicher Förderung werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfang nicht gewachsen sein würde.“

Der hier in großen Zügen dargelegte Plan einer Sicherung der arbeitenden Klassen gegen die durch Krankheit, Unfälle, Alter und Invaliddität herbeigeführten Notlagen wurde durch eine Reihe von Gesetzen verwirklicht, die in rascher Folge ergingen. Zuerst wurde die Krankenversicherung durch das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 geregelt, das durch neue Gesetze vom 5. Mai 1886, 10. April 1892, 30. Juni 1900 und 25. Mai 1903 ergänzt und verbessert wurde. Die Unfallversicherung wurde getrennt für Gewerbe, Land- und Forstwirtschaft, Bauwesen und Seeschifffahrt in den Gesetzen vom 6. Juli 1884, 28. Mai 1885, 5. Mai 1886, 11. und 13. Juli 1887 geordnet und in fünf neuen Gesetzen vom 30. Juni 1900 erweitert und ausgebaut. Die Invaliddversicherung endlich wurde zunächst durch das Invalidditäts- und Altersversicherungsgesetz vom 22. Juni 1889 eingeführt und in dem Invaliddversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899 weitergebildet.

Zwar hatten sich alle diese die Arbeiterversicherung regelnden Gesetze bewährt. Doch war bei dem neuartigen Stoffe, der ohne Vorbild bearbeitet werden mußte, nicht anders zu erwarten, daß sie im einzelnen auch manche Unvollkommenheiten und Mängel zeigten, deren Beseitigung von vielen Seiten angeregt wurde. Diesen Wünschen hat die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 Rechnung getragen. Sie hat die bestehende Arbeiterversicherung nicht nur im einzelnen vielfach verbessert, sondern vor allem den Kreis der versicherten Personen erweitert und die Leistungen erhöht. Sie hat die Fürsorge durch Einführung eines neuen Zweiges, der beim Tode des Ernährers eintretenden Hinterbliebenenversicherung, ergänzt und die gesamte Gesetzgebung auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung zu einem umfassenden Gesetzeswerke vereinigt.

Wenn hiernach auch die in der Kaiserlichen Botschaft ausgesprochenen Gedanken im großen und ganzen in der Reichsversicherungsordnung verwirklicht sind, so durfte dieses Gesetz doch nicht als der Abschluß der sozialen Versicherungsgesetzgebung überhaupt betrachtet werden. Schon kurz nach der Vollendung der Reichsversicherungsordnung, am 20. Dezember 1911, wurde ein neues soziales Gesetz, das Versicherungsgesetz für Angestellte, erlassen. Es brachte für die große Gruppe der Privatbeamten eine der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter ähnliche Fürsorge und dehnte die soziale Versicherung damit auf den Mittelstand aus.

Der Sozialversicherung war es aber versagt, die Früchte der neuen Gesetzgebung in friedlicher Entwicklung heranreifen zu sehen. Der Weltkrieg griff vielmehr auch auf diesem Gebiete vom Sommer 1914 an auf Jahre hinaus mit rauher Hand ein. Es galt die Gesetzeslage durch eine groß angelegte Notgesetzgebung auf den Kriegszustand umzustellen. Dies geschah in zahlreichen Gesetzen und Verordnungen. Dadurch wurde die Sozialversicherung in den Stand gesetzt, trotz der durch den Krieg veränderten Verhältnisse arbeitsfähig zu bleiben und diesen Verhältnissen gerecht zu werden. Als aber im Verlaufe des Krieges und der Nachkriegszeit der Zerfall der deutschen Währung einsetzte und immer bedrohlicheren Umfang annahm, ging es um das Schicksal der ganzen Sozialversicherung. Die Folge war eine Hand in Hand mit dem Sturz der Mark gehende Novellengesetzgebung, die eine Anpassung an den gesunkenen Geldwert versuchte. Erst nach Einführung der Rentenmark konnte auch hier eine auf Stetigkeit aufgebaute Umstellung auf Goldmark erfolgen, die in sämtlichen Zweigen der Sozialversicherung mit Ausnahme der Unfallversicherung nun durchgeführt ist. Damit ist nun auch die Gesetzgebung wieder in ein ruhigeres Fahrwasser eingelenkt. In der Angestelltenversicherung ist infolgedessen das frühere „Versicherungsgesetz für Angestellte“ unter der Bezeichnung „Angestelltenversicherungsgesetz“ am 28. Mai 1924 neu gefaßt und im ersten Teil des Reichsgesetzblattes Seite 563 bekanntgemacht. Als ein weiteres größeres soziales Versicherungsgesetz ist das Reichsknappschaftsgesetz vom 23. Juni 1923 neu hinzugekommen. Es regelt für die bergmännische Bevölkerung die Kranken-, Pensions-, Invaliden- und Angestelltenversicherung, die bisher nicht einheitlich war.

Schließlich hat auch der Vertrag von Versailles in verschiedener Richtung gesetzgeberische Maßnahmen auf dem Gebiete der Sozialversicherung zu seiner Durchführung erforderlich gemacht.

Die Sozialversicherung besteht im wesentlichen in einer allgemeinen Zwangsversicherung auf öffentlichrechtlicher Grundlage. Für ihre Durchführung gelten die Grundsätze der Gegenseitigkeit und Selbstverwaltung unter staatlicher Aufsicht.

Die Beteiligten sind unter Berücksichtigung ihrer örtlichen und beruflichen Gliederung zu rechtsfähigen Körperschaften, den sogenannten „Versicherungsträgern“, zusammengefaßt. Sie werden bezeichnet in der Krankenversicherung als „Krankenkassen“, in der Unfallversicherung

als „Berufsgenossenschaften“, in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung als „Versicherungsanstalten“. In der Angestelltenversicherung ist Versicherungsträger die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und auf dem Gebiete der knappschaftlichen Versicherung der Reichsknappschaftsverein. Den Versicherungsträgern liegt die Durchführung der Sozialversicherung ob. Sie erfüllen diese Aufgabe durch eigene Organe und Angestellte. In den Organen sind die Beteiligten selbst ehrenamtlich tätig, und zwar ohne Unterschied des Geschlechts auf Grund von Wahlen, die nach den Grundsätzen der Verhältniswahl vorgenommen werden.

Der Staat wacht lediglich darüber, daß die Versicherungsträger die ihnen übertragenen Aufgaben erfüllen. Zu diesem Zwecke hat er besondere „Versicherungsbehörden“ geschaffen, denen eine Spruch-, Beschlufs- und Aufsichtstätigkeit obliegt. Sie sind in drei Instanzen gegliedert: in der untersten bestehen Versicherungsämter für den Bezirk einer unteren Verwaltungsbehörde, in der mittleren Oberversicherungsämter für den Bezirk einer höheren Verwaltungsbehörde und in der letzten Instanz das Reichsversicherungsamt als die oberste Versicherungsbehörde der gesamten Arbeiterversicherung für das ganze Deutsche Reich. Für solche Länder, die mindestens 4 Oberversicherungsämter umfassen, können bereits bestehende Landesversicherungsämter erhalten bleiben (zur Zeit in Bayern, Sachsen und Baden). Sie treten regelmäßig an die Stelle des Reichsversicherungsamts, soweit der Bezirk der beteiligten Versicherungsträger nicht über das Gebiet des Landes hinausreicht. Auch bei den Versicherungsbehörden sind neben öffentlichen Beamten Laien im Ehrenamte tätig, die von den beteiligten Arbeitgebern und Arbeitnehmern gewählt werden. Bei den obersten Behörden nehmen auch Mitglieder der ordentlichen Gerichte als Beisitzer an der Rechtspredung teil.

Für die Rechtspredung sind besondere Abteilungen gebildet, die bei den Versicherungsämtern als Spruch- und Beschlufsausschüsse (3 Mitglieder), bei den Oberversicherungsämtern als Spruchkammern (3, früher 5 Mitglieder) und Beschlufskammern (4 Mitglieder), bei dem Reichsversicherungsamt und den Landesversicherungsämtern als Spruchsenate (5, früher 7 Mitglieder) und Beschlufsenate (mindestens 5 Mitglieder) bezeichnet werden. Für die Angestelltenversicherung sind besondere Ausschüsse bei einzelnen dazu bestimmten Versicherungsämtern, besondere Kammern bei einzelnen Oberversicherungsämtern und besondere Senate beim Reichsversicherungsamt gebildet. Für sie sind Laienbeisitzer aus den Kreisen der Angestelltenversicherung vorgesehen.

I. Krankenversicherung.

Ohne Rücksicht auf Lebensalter, Geschlecht oder Familienstand sind gegen Krankheit versichert (§ 165) 1. im allgemeinen alle Personen, die ihre Arbeitskraft in untergeordneter abhängiger Stellung verwerten, also alle Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten und die Mannschaft (außerdem Schiffsführer und Schiffsoffiziere) von Fahrzeugen

der See- und Binnenschifffahrt, bei Seefahrzeugen jedoch nur, soweit für sie im Erkrankungsfalle nicht durch die Seemannsordnung oder das Handelsgesetzbuch bereits anderweit gesorgt ist. 2. Angestellte in gehobener Stellung, wie Betriebsbeamte und Werkmeister, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet, ferner Handlungsgehilfen und -lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken, Bühnenmitglieder und Musiker (überhaupt, anstatt der früher allein berücksichtigten Orchestermitglieder), Lehrer und Erzieher, Angestellte in Berufen der Erziehung, des Unterrichts, der Fürsorge, der Kranken- und Wohlfahrtspflege, die nicht bereits unter die zu 2 Genannten fallen, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf und die Hauptquelle ihrer Einnahmen bildet (durch Gesetz vom 19. Juli 1923 neu aufgenommen) und Schiffsführer; 3. die Hausgewerbetreibenden;

Voraussetzung der Versicherungspflicht ist bei den unter Nr. 1 und 2 Bezeichneten mit Ausnahme der Lehrlinge, daß sie gegen Entgelt, wozu auch freier Unterhalt und Sachbezüge gehören, beschäftigt werden. Bei den unter Nr. 2 Genannten wird die Versicherung ausgeschlossen durch einen regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst, dessen Grenzen jetzt (nach dem Gesetz vom 27. März 1923) der Reichsarbeitsminister festsetzt (3. Zt. 2400 Goldmark jährlich, Verordnung vom 29. Februar 1924), während sie früher in der Reichsversicherungsordnung selbst ziffermäßig bestimmt waren.

Die unter Nr. 3 aufgeführten Hausgewerbetreibenden unterliegen der Versicherungspflicht nur, soweit ihnen nicht ein jährliches Einkommen in dem vom Reichsarbeitsminister festgesetzten Betrage (3. Zt. 2400 Goldmark) sicher ist. Diese (seit dem Gesetz vom 30. April 1922 geltende) Regelung entspricht den ursprünglichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, wonach die Hausgewerbetreibenden mit einem bestimmten Mindesteinkommen kraft Gesetzes dem Versicherungszwang unterworfen waren. Mit der Außerkraftsetzung dieser Vorschriften im Gesetz vom 4. August 1914 war für die Hausgewerbetreibenden vorübergehend statt der gesetzlichen Versicherungspflicht die Einführung des Versicherungszwanges durch Ortsstatut zugelassen gewesen. Gleichzeitig mit der Wiedereinführung des gesetzlichen Versicherungszwanges ist die Durchführung der Versicherung der Hausgewerbetreibenden nach Maßgabe gewisser Richtlinien der ortsstatutarischen Regelung überlassen worden (§§ 166, 466 ff.).

Der Kreis der hiernach versicherungspflichtigen Personen wird durch einige Ausnahmen durchbrochen.

Kraft Gesetzes ist versicherungsfrei, wer nur vorübergehend und in geringem Umfang, insbesondere gelegentlich oder nebenher, beschäftigt ist. Versicherungsfrei sind auch einzelne Personengruppen, hauptsächlich Beamte, denen anderweit eine gleiche Fürsorge gewährleistet ist oder deren Beschäftigung den Übergang zu einer derartig gesicherten Stellung bildet. (§§ 168f., 172).

In weiteren Fällen tritt auf Antrag Befreiung von der Versicherungspflicht ein. So werden Personen, die bei Arbeitslosigkeit

in Arbeiterkolonien oder ähnlichen Wohlfahrtsanstalten beschäftigt werden, und Lehrlinge, die im Betrieb ihrer Eltern arbeiten, auf Antrag ihres Arbeitgebers, Personen, die eine Invalidenrente beziehen oder dauernd invalide im Sinne des Gesetzes sind, auf ihren eigenen Antrag, solange der vorläufig unterstützungspflichtige Armenverband einverstanden ist, von der Versicherungspflicht befreit (§§ 173f.).

Freiwillig können der Versicherung beitreten: 1. die oben unter Nr. 1 und 2 Bezeichneten, wenn sie aus irgendeinem Grunde nicht versicherungspflichtig sind; 2. Familienangehörige des Arbeitgebers, die in dessen Betrieb ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt tätig sind; 3. Gewerbtreibende und andere Betriebsunternehmer mit höchstens 2 Lohnarbeitern (§ 176). Voraussetzung für den freiwilligen Beitrag ist, daß das jährliche Gesamteinkommen den vom Reichsarbeitsminister festgesetzten Betrag (z. Bt. 1800 Goldmark) nicht übersteigt. Eine Altersgrenze für den Beitritt schreibt das Gesetz nicht vor. Die Krankenkassen können sie aber mit Zustimmung des Oberversicherungsamts durch ihre Satzung festsetzen; sie können auch den Gesundheitszustand der Beitretenden prüfen und Erkrankte zurückweisen. Erhöht sich das Gesamteinkommen des freiwillig Versicherten später über die festgesetzte Höchstgrenze oder scheidet er aus der die Versicherungsberechtigung begründenden Tätigkeit aus, so erlischt die Versicherungsberechtigung nicht (§§ 176, 310).

Der Kreis der Versicherungsberechtigten wird dadurch noch wesentlich erweitert, daß jeder Versicherte nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht die Versicherung freiwillig fortsetzen kann, sofern er nur in dem Jahre vorher 26 Wochen oder unmittelbar vorher 6 Wochen versichert war. Dabei darf die freiwillige Fortsetzung der Versicherung weder von einem bestimmten Lebensalter noch von dem Nachweis der Gesundheit abhängig gemacht werden. (§ 313).

Die Leistungen der Krankenversicherung zerfallen in Regelleistungen, welche die Kasse regelmäßig gewähren muß, und Mehrleistungen, die sie kraft ausdrücklicher gesetzlicher Erlaubnis freiwillig durch ihre Satzung übernimmt (§ 179).

Soweit die Leistungen in bar zu gewähren sind, werden sie nach einem Grundlohn bemessen. Diesen setzt der Kassenvorstand (bis zum Gesetz vom 27. März 1923 die Satzung) nach dem innerhalb des jeweiligen Lohnzahlungsabschnitts durchschnittlich auf den Kalendertag entfallenden Arbeitsentgelt der Versicherten stufenweise fest. Dabei ist der Entgelt zu berücksichtigen, soweit er für den Kalendertag den Betrag von 5 Goldmark nicht übersteigt. Bei der Bemessung der Lohnstufen ist auf die Lohnklassen der Invalidenversicherung Rücksicht zu nehmen. Statt der Festsetzung des Grundlohns nach Lohnstufen kann aber auch durch die Satzung der wirkliche Arbeitsentgelt der einzelnen Versicherten als Grundlohn bestimmt werden. Ferner kann die Bestimmung des Grundlohns satzungsmäßig in der Weise erfolgen, daß die Versicherten (z. B. nach ihrer Stellung im Betriebe) in Klassen eingeteilt werden und der durchschnittliche

Tagesentgelt für die einzelnen Klassen als Grundlohn festgesetzt wird. Die Festsetzung des Grundlohns nach Lohnstufen oder Lohnklassen bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts, während bei Zugrundelegung des wirklichen Arbeitsverdienstes eine behördliche Mitwirkung, abgesehen von der Genehmigung der Satzung, nicht vorgesehen ist (§ 180).

Die Regelleistungen bei Krankheit sind Krankenpflege und Krankengeld (zusammengefaßt Krankenhilfe genannt).

Die Krankenpflege beginnt mit der Erkrankung. Sie umfaßt für alle Versicherten gleichmäßig die erforderliche Behandlung durch die von der Kasse bestimmten staatlich anerkannten Ärzte und Versorgung mit Arznei, Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln (§ 182 Nr. 1). Die Satzung der Kasse kann auch noch andere als kleinere Heilmittel, insbesondere Krankenkost oder einen Zuschuß hierfür, sowie Hilfsmittel gegen Verkrüppelung, z. B. Krücken, zubilligen (§§ 193, 187 Nr. 3). Über die den Erkrankten ausgehändigten Arzneibehältnisse darf die Krankenkasse verfügen (§ 187 a). Das Krankengeld wird regelmäßig erst vom 4. Krankheitstag an gezahlt. Es soll den entgehenden Arbeitsverdienst ersetzen und wird deshalb nur bei Arbeitsunfähigkeit gewährt, dem Arbeitsunfähigen ist es jedoch (nach dem Gesetz vom 27. März 1923) für jeden Kalendertag zu zahlen, auch wenn er an dem betreffenden Tage nicht gearbeitet haben würde. Das Krankengeld hat regelmäßig nur die Höhe des halben Grundlohns (§ 182 Nr. 2); es kann aber durch die Satzung bis auf $\frac{3}{4}$ dieses Betrages erhöht werden (§ 191). Für etwaigen weiteren Schaden kann sich der Versicherte durch Privatversicherung decken. In diesem Falle hat die Kasse jedoch ihre eigene Leistung so weit zu kürzen, daß das gesamte Krankengeld den Durchschnittsbetrag des täglichen Arbeitsverdienstes nicht übersteigt (§ 189).

An Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes kann die Krankenkasse nach freiem Ermessen Kur und Verpflegung in einem von ihr zu bestimmenden Krankenhause gewähren. Hat der Kranke einen eigenen Haushalt oder ist er Mitglied des Haushalts seiner Familie, so ist hierzu regelmäßig seine Zustimmung erforderlich (§ 184). Neben der Krankenhauspfl ege erhalten Versicherte, die bisher Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten haben, ein Hausgeld, das dem halben Krankengelde gleichkommt, aber durch die Satzung bis auf dessen vollen Betrag erhöht werden kann (§§ 186, 194 Nr. 1). Ist die Krankenhauspfl ege nicht durchführbar, so kann die Kasse den Versicherten auch durch Stellung von Krankenpflegern, Krankenschwestern und anderen Pflegern unterstützen und dafür, wenn es die Satzung gestattet, bis zu $\frac{1}{4}$ des Krankengeldes abziehen (§ 185).

Die Krankenhilfe dauert, wenn sie nicht mit dem Aufhören ihrer Notwendigkeit eher endet, regelmäßig ein halbes Jahr. Diese Frist beginnt aber erst mit dem Bezuge des Krankengeldes. Außerdem werden Zeiten, in denen nur Krankenpflege gewährt wird, auf die Unterstützungsdauer bis zu 13 Wochen nicht angerechnet (§ 183). Die Satzung kann die Dauer

der Krankenhilfe bis auf ein Jahr verlängern und außerdem Fürsorge für Genesende, namentlich durch Unterbringung in Genesungsheimen, bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe gestatten (§ 187 Nr. 1, 2). Eine Herabsetzung der Unterstützungsdauer bis auf 13 Wochen ist nur für solche Versicherte zulässig, die binnen 12 Monaten bereits für 26 Wochen Krankengeld bezogen haben und im Laufe der nächsten 12 Monate an der gleichen nicht gehobenen Krankheitsursache erkranken (§ 188).

Außer der Krankenhilfe gewähren die Krankenkassen ihren weiblichen Mitgliedern im Falle der Niederkunft Wochenhilfe, deren Pflichtleistungen während des Weltkrieges im Anschluß an die Einführung der Kriegswochenhilfe für die Ehefrauen der Kriegsteilnehmer und die von Kriegsteilnehmern geschwängerten unverheirateten Personen und an die spätere Ausdehnung dieser Fürsorge erheblich erweitert sind. Während früher nur Wochengeld gewährt werden mußte, bestehen jetzt die Pflichtleistungen der Krankenkassen an Wochenhilfe, abgesehen vom Wochengelde, in der Gewährung ärztlicher Hilfe bei Entbindungen oder Schwangerschaftsbeschwerden, einem Beitrag zu den Kosten der Entbindung oder der Schwangerschaftsbeschwerden und dem Stillgelde. Um eine zu starke Belastung der Kasse zu verhüten, ist die Gewährung dieser Leistungen davon abhängig gemacht, daß die Wöchnerin in den letzten 2 Jahren vor der Niederkunft mindestens 10 Monate hindurch, im letzten Jahre vor der Niederkunft aber — was früher allein verlangt wurde — mindestens 6 Monate hindurch gegen Krankheit versichert war. Der Beitrag zu den Kosten der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden beträgt 25 Goldmark, der zu den Kosten der Schwangerschaft ohne Entbindung 6 Goldmark. Das Wochengeld hat die Höhe des Krankengeldes, das Stillgeld beträgt die Hälfte davon. Als Wochengeld sind jedoch mindestens 50 und als Stillgeld mindestens 25 Goldpfennig täglich zu gewähren. Das Wochengeld wird für 4 Wochen vor und 6 zusammenhängende Wochen unmittelbar nach der Niederkunft gewährt, das Stillgeld bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft. Neben dem Wochengeld wird für die Zeit nach der Entbindung Krankengeld nicht gezahlt. Arbeitet die Wöchnerin nach der Entbindung gegen Entgelt, so wird insoweit nur das halbe Krankengeld gewährt (§ 195 a). An Stelle des Wochengeldes kann mit Zustimmung der Wöchnerin Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim oder Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen treten (§ 196). Außerdem kann die Säkung als Mehrleistung die Dauer des Wochengeldbezugs bis auf 26 Wochen erweitern sowie mit Zustimmung des Oberversicherungsamts das Wochengeld höher als das Krankengeld bis zur Höchstgrenze von $\frac{3}{4}$ des Grundlohns bemessen (§ 195 b).

Als Pflichtleistung erhalten jetzt auch die Ehefrauen sowie solche Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, welche mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, Wochenhilfe (Familienwochenhilfe), wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und ihnen ein Anspruch auf Wochenhilfe nicht schon anderweit zusteht. Bedingung ist je-

doch, daß die Versicherten die für den Erwerb von Wochenhilfeansprüchen vorausgesetzte Zeit hindurch der Versicherung angehört haben. Bei der Familienwochenhilfe beträgt das Wochengeld nur 50 Goldpfennig und das Stillgeld 25 Goldpfennig täglich, beide Beträge können aber satzungsmäßig bis je auf die Hälfte des Krankengeldes erhöht werden (§ 205 a).

Beim Tode eines Versicherten gewähren alle Krankenkassen ein Sterbegeld, das zur Deckung der Begräbniskosten bestimmt ist. Es hat regelmäßig die Höhe des zwanzigfachen Grundlohns. Die Satzung kann es bis zum vierzigfachen Grundlohn erhöhen und den Mindestbetrag bis zu 50 Goldmark festsetzen. (§§ 201 ff.).

Schließlich können die Krankenkassen ihre Fürsorge über den Kreis der genannten Personen hinaus erstrecken, indem sie durch ihre Satzung Krankenpflege für solche Familienangehörigen der Versicherten, welche darauf nicht anderweit nach der Reichsversicherungsordnung Anspruch haben, und Sterbegeld beim Tode des Ehegatten oder eines Kindes eines Versicherten zubilligen (§ 205 b). Sie können für diese Mehrleistungen an Familienhilfe von Versicherten mit Familienangehörigen besondere Zusatzbeiträge erheben (§ 384 Abs. 2).

Die Regelleistungen der Familienwochenhilfe werden der Kasse durch das Reich zur Hälfte erstattet (§ 205 d).

Die oben erwähnte Kriegswochenhilfe war durch das Gesetz vom 26. September 1919 zur Wochenfürsorge erweitert worden, indem den Krankenkassen die Gewährung der Leistungen der Wochenhilfe nunmehr solchen minderbemittelten weiblichen Personen gegenüber auferlegt wurde, welche nach den bisherigen Vorschriften Wochenhilfe nicht zu beanspruchen hatten. Durch die Verordnung über Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924 ist die Wochenfürsorge unter Aufhebung der für sie geltenden früheren Vorschriften in den Kreis der von den Landesfürsorgeverbänden und den Bezirksfürsorgeverbänden zu erfüllenden öffentlichrechtlichen Fürsorgeaufgaben einbezogen worden. Voraussetzung, Art und Maß der zu gewährenden Wochenfürsorge bestimmt im Rahmen der reichsrechtlichen Vorschriften jetzt das Land.

Zur Durchführung der Krankenversicherung sind die Versicherten in Krankenkassen zusammengefaßt, die teils auf örtlicher, teils auf beruflicher Grundlage errichtet werden. Da der Zweck der Krankenversicherung ein rasches Eingreifen in zahlreichen, oft nur kurzen Unterstützungsfällen fordert, mußte von einer so weitgehenden Zusammenfassung wie bei den anderen Versicherungsträgern abgesehen werden. Einer zu großen Zersplitterung des Kassenwesens hat die Reichsversicherungsordnung möglichst vorgebeugt.

Die Versicherung erfolgt im Regelfalle bei allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen. Beide Kassenarten werden durch den Gemeindeverband für örtliche Bezirke, in der Regel innerhalb des Bezirkes eines Versicherungsamts, errichtet. Die Ortskrankenkassen sind hauptsächlich für gewerblich Beschäftigte, die Landkrankenkassen für land- und

forstwirtschaftlich Beschäftigte und Wandergewerbetreibende sowie Dienstboten (früher außerdem auch für die hausgewerblichen Versicherungspflichtigen) bestimmt. Grundsätzlich bestehen überall beide Kassenarten nebeneinander; ausnahmsweise, namentlich bei zu geringer Mitgliederzahl, kann aber die Errichtung der einen oder der anderen der beiden Kassenarten unterbleiben. Auch kann durch die Landesgesetzgebung für das Gebiet oder für Gebietsteile eines Landes die Errichtung von Landkrankenassen ausgeschlossen werden (§§ 226 ff.).

Die Landkrankenassen können sich den besonderen Verhältnissen der in ihnen vereinigten Berufsgruppen durch eine Sonderregelung ihrer Leistungen anpassen. Insbesondere können sie für Dienstboten statt der Krankenpflege und des Krankengeldes die Krankenhauspflege als regelmäßige Pflichtleistung einführen (sogenannte erweiterte Krankenpflege). Das gleiche galt früher auch für landwirtschaftlich Beschäftigte, jedoch ist für diese die Neueinführung einer erweiterten Krankenpflege nach dem Gesetz vom 19. Juli 1923 jetzt nicht mehr zulässig (§§ 420 ff., 435).

Neben den allgemeinen Orts- und Landkrankenassen sieht die Reichsversicherungsordnung als Versicherungsträger besondere Ortskrankenassen sowie Betriebskrankenassen und Innungskrankenassen vor. Diese Sonderassen sind aber nur zulässig, wenn ihre Leistungen denen der Orts- oder Landkrankenassen gleichwertig sind, wenn ihre Leistungsfähigkeit für die Dauer sicher ist und sie, von den Innungskrankenassen abgesehen, eine bestimmte Mindestzahl von Mitgliedern haben.

Besondere Ortskrankenassen umfassen nur einzelne oder mehrere Erwerbszweige oder Berufsarten oder Versicherte eines Geschlechts. Sie konnten nicht mehr neu errichtet, aber, soweit sie bereits vorhanden waren, neben den allgemeinen Ortskrankenassen zugelassen werden (§§ 239 ff.).

Betriebskrankenassen umfassen die in einem Betriebe oder in mehreren Betrieben eines Arbeitgebers beschäftigten Personen. Sie müssen, soweit es sich um landwirtschaftliche Betriebe oder um Binnenschiffahrtsbetriebe handelt, mindestens 50, sonst mindestens 150 versicherungspflichtige Mitglieder haben. Die Errichtung erfolgt durch den Arbeitgeber nach freiem Belieben. Ein behördlicher Zwang zur Errichtung kann nur bei vorübergehenden größeren Baubetrieben ausgeübt werden (§§ 245 ff.).

Innungskrankenassen können von Innungen für die in den Betrieben ihrer Mitglieder beschäftigten Personen errichtet werden (§§ 250 ff.).

Die Neuerrichtung von Betriebs- und Innungskrankenassen setzt außerdem voraus, daß sie den Bestand der allgemeinen Orts- oder Landkrankenassen nicht gefährden (§§ 248, 251). Betriebskrankenassen für landwirtschaftliche Betriebe dürfen bis auf weiteres nicht neu errichtet werden (Verordnung vom 3. Februar 1919).

Die genannten reichsgesetzlichen Krankenassen können sich zu räumlich begrenzten Kassenverbänden oder zu freien Kassenvereinigun-

gen zusammenschließen (§§ 406 ff.). Andererseits ist auch die Errichtung von Sektionen innerhalb der einzelnen Kassen zulässig (§ 415 und Verordnung vom 13. Februar 1924).

Die Versicherung der in knappschaftlichen Betrieben beschäftigten Arbeitnehmer ist jetzt im Reichsknappschaftsgesetz geregelt. Danach wird für diese die Reichsversicherung im Auftrage des Reichsknappschaftsvereins durch die Bezirksknappschaftsvereine und etwaige innerhalb dieser Vereine errichtete besondere Krankenkassen gewährt (§§ 11 f. des Reichsknappschaftsgesetzes).

An sich unterliegen der Versicherungspflicht auch solche versicherungspflichtig Beschäftigten, welche als Mitglieder von Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit privatrechtlich bereits versichert sind. Sind aber solche Versicherungsvereine als „Ersatzklassen“ zugelassen, so haben ihre versicherungspflichtigen Mitglieder jetzt (nach dem Gesetz vom 27. September 1923) das Recht auf Befreiung von der Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse. Die Ausübung dieses Rechts führt zum Erlöschen der Mitgliedschaft bei der Pflichtkasse. Ein auf Antrag des Versicherungspflichtigen eintretendes bloßes Ruhen seiner Rechte und Pflichten bei der Pflichtkasse, wie nach bisherigem Recht, ist nicht mehr vorgesehen (§§ 503 ff.).

Die Krankenkassen werden auf Grund einer Satzung durch Vorstand und Ausschuß verwaltet (§§ 320 ff.). Diese bestehen entsprechend der Verteilung der Beitragslast zu $\frac{1}{3}$ aus Vertretern der Arbeitgeber und zu $\frac{2}{3}$ aus Vertretern der Versicherten. Bei Innungskrankenkassen kann die Satzung ausnahmsweise bestimmen, daß die Arbeitgeber und die Versicherten je die Hälfte der Beiträge zu tragen haben. Alsdann stellt jede Gruppe auch die Hälfte der Ausschuß- und Vorstandsmitglieder. Die Ausschußmitglieder werden von den Arbeitgebern und Versicherten selbst, die Vorstandsmitglieder vom Ausschuß nach den Grundsätzen der Verhältniswahl auf je 4 Jahre gewählt. Sie sind ehrenamtlich tätig. Bei den Betriebskrankenkassen gehört der Arbeitgeber den Organen ohne weiteres mit $\frac{1}{3}$ der Stimmen an, trägt aber auch die Kosten der Kassenverwaltung (§§ 327 ff.).

Die Krankenkassen sind rechtsfähige Selbstverwaltungskörper. Sie haben eigene Angestellte, eine selbständige Vermögensverwaltung und regeln ihr Verhältnis zu Ärzten, Krankenhäusern und Apothekern nach freiem Ermessen. Die staatliche Aufsicht, die das Versicherungsamt ausübt, beschränkt sich auf die Beobachtung des Gesetzes und der Satzung (§§ 4, 30, 377, 349 ff.).

Mitglieder der Krankenkassen sind die Versicherungspflichtigen ohne weiteres, die Versicherungsberechtigten auf Grund ihrer Beitrittserklärung (§§ 306, 310). Bei den unständig Beschäftigten (früher auch bei den Hausgewerbetreibenden) beginnt die Mitgliedschaft ausnahmsweise erst mit der Eintragung in ein von der Kasse geführtes Verzeichnis (§ 442 Abs. 3). Mit der Mitgliedschaft entsteht regelmäßig auch der Anspruch auf Kassenleistungen. Die Satzung kann jedoch für freiwillig beitretende Mit-

glieder eine Wartezeit von höchstens 6 Wochen und für den Anspruch auf freiwillige Mehrleistungen allgemein eine solche von höchstens 6 Monaten einführen. (§§ 206 bis 208.) Die Erhebung von Eintrittsgeldern ist nach der Reichsversicherungsordnung nicht mehr zulässig.

Die Mitgliedschaft erlischt, sobald der Versicherte Mitglied einer anderen reichsgesetzlichen Krankenkasse oder des ReichsKnappschaftsvereins wird (§ 312). Schließt sich an das Ausscheiden des Versicherten eine Zeit der Erwerbslosigkeit an, so verbleibt ihm der Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit binnen 3 Wochen nach dem Ausscheiden eintritt. Voraussetzung ist jedoch, daß der Versicherte in den vergangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert war (§ 214).

Die Mittel für die Krankenversicherung werden durch Beiträge aufgebracht, welche die Arbeitgeber zu $\frac{1}{3}$, die Versicherungspflichtigen zu $\frac{2}{3}$, die freiwillig Versicherten allein tragen (§§ 380, 381). Die Beiträge werden in der Regel nur nach dem Grundlohn abgestuft; die Satzung kann sie aber auch nach Erwerbszweigen und Betriebsarten bemessen und für einzelne Betriebe mit erheblich gesteigerter Erkrankungsgefahr eine Erhöhung des Arbeitgeberanteils zulassen (§§ 384, 385). Eine Abstufung der Beiträge für die einzelnen Mitglieder nach ihrem Gesundheitszustande, Geschlecht oder Alter ist unzulässig.

Die Beiträge sind so zu berechnen, daß sie die zulässigen Ausgaben der Kasse decken. $7\frac{1}{2}$ (früher $4\frac{1}{2}$) v. H. des Grundlohns dürfen sie nur dann übersteigen, wenn es zur Deckung der Regelleistungen erforderlich ist, oder wenn es die Arbeitgeber und die Versicherten im Ausschuß übereinstimmend beschließen. Eine Erhöhung über 10 (früher 6) v. H. ist nur bei Ortskrankenkassen und auch bei ihnen nur auf übereinstimmenden Beschluß der Arbeitgeber und Versicherten im Ausschuß zulässig. Kommt ein solcher Beschluß nicht zustande, so wird die Kasse mit anderen Ortskrankenkassen vereinigt. Ist das nicht möglich oder reichen trotz der Vereinigung die Beiträge für die Regelleistungen nicht aus, so hat der Gemeindeverband einzutreten. Reichen bei Land-, Betriebs- oder Innungskrankenkassen 10 (früher 6) v. H. nicht aus, so treten bei Landkrankenkassen der Gemeindeverband, bei Betriebskrankenkassen der Arbeitgeber und bei Innungskrankenkassen die Innung ein (§§ 385 ff.).

Die Zahlung der Beiträge geschieht in der Weise, daß der Arbeitgeber an bestimmten Zahltagen die gesamten Beiträge einzahlt und den Versicherungspflichtigen ihren Anteil bei der Lohnzahlung vom Barlohn abzieht. Unterbliebene Abzüge dürfen nur bei der nächsten Lohnzahlung nachgeholt werden (§§ 393 ff.). Zur leichteren Überwachung haben die Arbeitgeber ihre Versicherungspflichtigen bei der Kasse an- und abzumelden und dabei zugleich die für die Erhebung der Beiträge erforderlichen Angaben zu machen (§§ 317 ff.). Unterlassen sie es, so kann ihnen, abgesehen von Strafe und Nachzahlung, die Zahlung des Ein- bis Fünf-

fachen der rückständigen Beiträge auferlegt werden (§§ 530, 531). Bei Streit über die Beitragsleistung entscheiden das Versicherungsamt und das Oberversicherungsamt (§ 405).

Besonders geregelt ist die Beitragsleistung für unständig Beschäftigte und Hausgewerbetreibende. Bei den unständig Beschäftigten zahlt der Gemeindeverband vierteljährlich der Kasse die gesamten Beitragsteile für die Arbeitgeber und kann sie dann auf die Einwohner des Kassenbezirkes umlegen (§§ 453 ff.). Bei den Hausgewerbetreibenden ist die Auferlegung einer Zuschuſspflicht für die Auftraggeber durch das Statut zulässig. Auch kann statutarisch der Ortslohn als Grundlohn festgesetzt werden, wenn dieser durchschnittlich niedriger ist als der Ortslohn. Für Hausgewerbetreibende, deren Entgelt geringer ist als der halbe Grundlohn der niedrigsten Lohnstufe bei ihrer Kasse, können die Beiträge entsprechend ermäßigt werden (§§ 473, 475)

II. Unfallversicherung.

Die Unfallversicherung knüpft an die frühere Haftpflicht der Unternehmer bei Betriebsunfällen an. Sie hat die Haftpflicht aber nicht nur erheblich erweitert und ausgebaut, sondern vor allem die Entschädigungspflicht von dem einzelnen ersatzpflichtigen Unternehmer auf die genossenschaftlich gebildete Gesamtheit aller Unternehmer, die Berufsgenossenschaft, übertragen. Die hierdurch bewirkte Verteilung der Gefahr und die Schaffung wirtschaftlich leistungsfähiger Schuldner hat zur Folge, daß die Entschädigungsansprüche der Verletzten in allen Fällen verwirklicht werden können.

Die Unfallversicherung umfaßt Personen, die in bestimmten, meist gewerbsmäßigen Betrieben oder bei gewissen nicht gewerbsmäßigen Tätigkeiten beschäftigt sind (§§ 537 ff., 915 ff., 1046 ff.).

Als Betriebe, die der Unfallversicherung unterstehen, kommen einmal gewerbliche in Betracht, ferner der Betrieb der gesamten Land- und Forstwirtschaft und endlich die Seeschifffahrt. Die gewerblichen Betriebe unterstehen der Unfallversicherung aber nur dann, wenn sie entweder fabrikmäßig unterhalten werden oder bestimmte vom Gesetz aufgezählte Berrichtungen zum Gegenstande haben (z. B. Bauwesen, Hüttenwesen, Transportgewerbe). Die Tätigkeiten, die als solche der Unfallversicherung unterliegen, sind die nicht gewerbsmäßigen Bauarbeiten (also namentlich die Regiebauarbeiten) sowie die Tätigkeiten bei nicht gewerbsmäßigem Halten von Fahrzeugen und Reittieren. Von den in diesen Betrieben und bei diesen Tätigkeiten beschäftigten Personen sind alle Arbeiter und Betriebsbeamten ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Jahresarbeitsverdienstes (letztere bisher nur, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst eine bestimmte Grenze nicht überschritt) sowie die Seeleute zwangsweise versichert, während die Unternehmer regelmäßig nur zur freiwilligen Versicherung zugelassen sind. Durch die Satzung einer Berufsgenossenschaft kann indessen die Versicherungspflicht der Unter-

nehmer bestimmt werden. Einige Personengruppen, hauptsächlich Beamte, Offiziere und andere Militärpersonen sowie Angehörige der Schutzpolizei, denen anderweit eine gleiche Fürsorge gewährleistet ist, sind versicherungsfrei.

Die Unfallversicherung bezweckt eine Sicherung gegen Betriebsunfälle, d. h. Unfälle, die mit dem Betrieb oder der Tätigkeit in ursächlichem Zusammenhange stehen. Verbotwidriges Handeln schließt die Annahme eines Betriebsunfalls nicht aus. Dagegen sind Unfälle auf dem Hinweg zur Arbeit oder auf dem Rückweg von der Arbeit regelmäßig nicht als Betriebsunfälle anzusehen. Die Versicherung erstreckt sich auch auf solche Unfälle, die ein hauptsächlich im Betrieb oder bei einer versicherten Tätigkeit Beschäftigter bei Verrichtung häuslicher oder anderer Dienste erleidet, zu denen er vom Unternehmer oder dessen Beauftragten herangezogen wird, sowie auf Unfälle von Seeleuten beim Retten oder Bergen von Menschen oder Sachen. Die Reichsregierung kann ferner mit Zustimmung des Reichsrats die Versicherung auf einzelne gewerbliche Berufskrankheiten ausdehnen. Vorsätzliche, nicht aber fahrlässige Herbeiführung des Unfalls durch den Verletzten schließt die Gewährung einer Entschädigung aus. Hat sich der Verletzte den Unfall bei Begehung eines Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens zugezogen, so kann die Entschädigung ihm ganz oder teilweise versagt werden; sie kann seinen im Inland wohnenden Angehörigen überwiesen werden. (§§ 544, 546, 547, 548, 550, 554, 556, 557, 923, 924, 925, 927, 929, 930, 1046 ff., 1065.)

Gegenstand der Versicherung ist Ersatz des Schadens, der durch Körperverletzung oder Tötung entsteht (§§ 555 ff., 930 ff., 1065 ff.).

Bei Körperverletzungen beginnt die Entschädigung regelmäßig mit der 14. Woche nach dem Unfall und umfaßt Krankenbehandlung und Rente. Wenn das nach den Vorschriften über die Krankenversicherung zu zahlende Krankengeld aber bereits vor Ablauf der 13. Woche weggefallen ist und die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit die 13. Woche überdauert, so beginnt die Zahlung der Unfallrente bereits mit dem Wegfall des Krankengeldes.

Die Krankenbehandlung umfaßt ärztliche Behandlung, Arznei und andere Heilmittel sowie Hilfsmittel, die erforderlich sind, um den Erfolg des Heilverfahrens zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern (Krücken, Stützvorrichtungen u. dgl.). Die Auswahl des behandelnden Arztes steht der Berufsgenossenschaft zu. Die Rente besteht in regelmäßigen, monatlich, bei kleineren Renten jedoch nach näherer Bestimmung des Reichsversicherungsamts vierteljährlich im voraus zu zahlenden Geldleistungen. Landwirtschaftlichen Arbeitern, die nach Ortsgebrauch ganz oder teilweise nicht in bar, sondern in Sachen gelohnt werden, kann die Rente mit ihrem Einverständnis bis zu $\frac{2}{3}$ in Sachleistungen gewährt werden. Die Höhe der Rente richtet sich nach dem Grade der durch den Unfall erlittenen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und der Höhe des von dem Verletzten im letzten Jahre vor dem Unfall bezogenen

Arbeitsverdienstes. Bei völligem Verluste der Erwerbsfähigkeit erhält der Verletzte die Vollrente. Diese beträgt $\frac{2}{3}$ seines Jahresarbeitsverdienstes. Ist der Verletzte infolge des Unfalls teilweise erwerbsunfähig geworden, so erhält er den Teil der Vollrente, welcher der Einbuße an seiner Erwerbsfähigkeit entspricht. Ist der Verletzte so hilflos, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann, so ist die Rente dem Grade der Hilflosigkeit entsprechend bis zum vollen Jahresarbeitsverdienste zu erhöhen. Als Jahresarbeitsverdienst gilt in der gewerblichen Unfallversicherung regelmäßig das 300fache des durchschnittlichen Verdienstes für den vollen Arbeitstag, mindestens aber das 300fache des Ortslohns; derjenige Betrag jedoch, der eine vom Reichsarbeitsminister festzusetzende Grenze (Drittelungsgrenze, 3. St. 1800 Goldmark) übersteigt, wird nur mit $\frac{1}{3}$ angerechnet. In der landwirtschaftlichen Unfallversicherung richtet sich die Rente im allgemeinen nach einem durchschnittlichen, vom Oberversicherungsamt für bestimmte Zeiträume festgesetzten Jahresarbeitsverdienst.

An Stelle der Krankenbehandlung und Rente kann freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt (Heilanstaltspflege) gewährt werden, neben der den Angehörigen eine Rente zu zahlen ist. Auch kann der Verletzte auf seinen Antrag an Stelle der Rentenzahlung in einem Invalidenhaus oder einer ähnlichen Anstalt untergebracht werden. Eine einmalige Kapitalabfindung an Stelle fortlaufender Zahlungen kann die Berufsgenossenschaft Verletzten mit ihrer Zustimmung bei solchen Renten gewähren, welche $\frac{1}{5}$ der Vollrente oder weniger betragen. Rentenberechtigte Ausländer, die sich gewöhnlich im Ausland aufhalten, können dagegen stets durch eine einmalige Zahlung abgefunden werden, und zwar, wenn sie zustimmen, mit dem dreifachen Betrag ihrer Jahresrente, sonst mit einer dem Werte ihrer Jahresrente entsprechenden Summe. Jedoch sind zur Zeit die schwebenden Verfahren zur Abfindung von Ausländern bis auf weiteres ausgesetzt und neue vorerst nicht einzuleiten.

Im Falle der Tötung ist als Sterbegeld der 15. Teil des Jahresarbeitsverdienstes, mindestens aber ein vom Reichsarbeitsminister festzusetzender Betrag (3. St. 50 Goldmark) zu zahlen. Ferner erhalten bestimmte Hinterbliebene, nämlich die Witwe und die Kinder, der Witwer, die Verwandten der aufsteigenden Linie und die elternlosen Enkel eine Rente, die 3 letzten Gruppen aber nur, wenn sie bedürftig sind und ihr Unterhalt „wesentlich“ (so bei der 3. Gruppe) oder „ganz oder überwiegend“ (so bei der 2. und 4. Gruppe) von dem Verunglückten bestritten worden ist. Die Rente beträgt regelmäßig $\frac{1}{6}$ des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen, doch dürfen die Renten zusammen nicht mehr als $\frac{3}{5}$ des Jahresarbeitsverdienstes betragen. Andernfalls werden sie gekürzt, wobei Ehegatten und Kinder den Verwandten der aufsteigenden Linie, diese den Enkeln vorgehen. Die Rente der Witwe und des Witwers endet mit dem Tode oder der Wiederverheiratung, die Rente der Kinder und Enkel mit der Vollendung des 15. Lebensjahres. An Stelle der Rentenzahlung

kann den Hinterbliebenen die Aufnahme in ein Invalidenhaus, Waisenhaus oder eine ähnliche Anstalt, hinterbliebenen Ausländern, die sich gewöhnlich im Ausland aufhalten, auch eine Kapitalabfindung unter den gleichen Voraussetzungen gewährt werden wie den Verletzten.

Über diese Regelleistungen hinaus kann bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit die Teilrente auf Zeit bis zur Vollrente erhöht werden. Auch sind noch weitere freiwillige Leistungen der Berufsgenossenschaften zu gunsten der Versicherten zulässig, z. B. eine besondere Unterstützung während der Heilanstaltspflege, Beginn der Rentenzahlung vor Ablauf der dreizehnten Woche u. a.

Zum Ausgleich für die Entwertung der Papiermark wird Deutschen und denjenigen Ausländern, die im Deutschen Reiche ihren Wohnort haben, eine Zulage zur Rente gewährt. Zu einer Verletztenrente erfolgt die Zulage jedoch nur dann, wenn die Rente 20 oder mehr v. H. der Vollrente beträgt, oder wenn der Berechtigte mehrere Verletztenrenten bezieht, deren Hundertsätze zusammen mindestens die Zahl 20 ergeben. Die Zulage besteht in dem Betrag, um den die Rente hinter dem Betrage zurückbleibt, den sie hätte, wenn sie nach bestimmten Jahresarbeitsverdiensten berechnet würde (erhöhte Rente). Die Jahresarbeitsverdienste sind verschieden geregelt für Renten, die nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst landwirtschaftlicher Arbeiter festgesetzt sind, und für andere Renten und verschieden bemessen für Verletztenrenten und für sonstige Renten. Für Verletztenrenten sind die Jahresarbeitsverdienste wiederum verschieden festgesetzt, je nachdem die Renten hinter 50 v. H. zurückbleiben oder nicht. Die Jahresarbeitsverdienste bewegen sich zwischen 172,80 Goldmark und 1152 Goldmark. Außerdem erhalten diejenigen, die eine Rente von zwei Dritteln oder mehr der Vollrente beziehen, eine Sonderzulage, die monatlich 15 Goldmark, wenn aber die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines landwirtschaftlichen Arbeiters festgesetzt ist oder zu Lasten der Zweigklasse der Seeberufsgenossenschaft gewährt wird, monatlich 10 Goldmark beträgt.

Während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall sind die Verletzten auf die Leistungen der Krankenversicherung angewiesen. Diese Leistungen werden ihnen, wenn sie gegen Krankheit versichert sind, von der zuständigen Krankenkasse gewährt. Andernfalls, z. B. wenn sie unentgeltlich beschäftigt waren, sind die Leistungen von den Unternehmern, in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung und für die bei der Zweiganstalt der Seeberufsgenossenschaft versicherten Personen (vgl. S. 20) von den Gemeinden aufzubringen. Um die während der Wartezeit gewährten Leistungen der Krankenversicherung den regelmäßig höheren Leistungen der Unfallversicherung anzunähern, erhalten die Verletzten, soweit sie der Gewerbe- oder See-Unfallversicherung unterstehen und nicht zur Zweiganstalt der Seeberufsgenossenschaft gehören, während der Wartezeit einen „Krankengeldzuschuß“. Er besteht insbesondere darin, daß das Krankengeld vom Beginne der 5. Woche nach dem Unfall

auf mindestens $\frac{2}{3}$ des für die Krankengeldberechnung maßgebenden Grundlohns erhöht wird. Überdauern die Unfallfolgen die 13. Woche, so wird der Zuschuß von der Berufsgenossenschaft, sonst vom Unternehmer getragen. Behufs einheitlicher und zweckmäßiger Heilbehandlung des Verletzten ist es den Berufsgenossenschaften freigestellt, die Leistungen entweder der Krankenkasse auch über die 13. Woche hinaus bis zur Beendigung des Heilverfahrens gegen Erstattung der Kosten zu übertragen oder selbst schon während der ersten 13 Wochen gegen Erstattung der Kosten, die andernfalls der Kasse zur Last gefallen wären, das Heilverfahren zu übernehmen (§§ 573 ff., 942 ff., 1083 ff., 1513 ff.).

Träger der Unfallversicherung sind regelmäßig die Berufsgenossenschaften; doch können das Reich und die Länder, wenn der Betrieb für ihre Rechnung geht, stets, Gemeindeverbände und Gemeinden in bestimmten Fällen an die Stelle der Genossenschaft treten; es sind dann besondere „Ausführungsbehörden“ einzusetzen (§§ 623 ff., 892 ff., 956 ff., 1033, 1118 ff., 1218).

Die Berufsgenossenschaften unterstehen der Aufsicht des Reichs- oder Landesversicherungsamts. Sie setzen sich lediglich aus Unternehmern zusammen, diese werden nach Berufszweigen und teilweise, vor allem in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung, auch nach örtlichen Bezirken zusammengefaßt. Zur Zeit bestehen 65 gewerbliche Berufsgenossenschaften mit Einschluß der See-Berufsgenossenschaft und 45 land- und forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaften. Von den gewerblichen Berufsgenossenschaften entfallen 13 auf das Bauwesen, 7 auf Textil-, 7 auf Eisen- und Stahlindustrie, 7 auf Nahrungs- und Genussmittelindustrie, 4 auf Holzindustrie, je 4 auf Beförderung zu Lande und zu Wasser, 3 auf die Industrie der Erden, je 2 auf Papier- und Metallindustrie, endlich je 1 auf Bergbau, Steinbrüche, Feinmechanik, Chemie, Gas- und Wasserwerke, Schornsteinfegergewerbe, Buchdruckerei, Leder-, Bekleidungs- und Musikinstrumentenindustrie, Schmiedehandwerk und Einzelhandel. Neuerdings hat der Reichsarbeitsminister das Recht bekommen, wenn es zur Erhaltung oder Durchführung der Unfallversicherung oder zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger erforderlich ist, Änderungen im Bestand der Berufsgenossenschaften vorzunehmen, insbesondere Berufsgenossenschaften zu vereinigen, aufzulösen, einzelne Gewerbezweige oder örtlich begrenzte Teile aus einer Berufsgenossenschaft auszuscheiden oder einer Berufsgenossenschaft zuzuteilen oder neue Berufsgenossenschaften zu errichten sowie endlich Landesversicherungsanstalten zu Trägern der Unfallversicherung zu machen.

Jede Berufsgenossenschaft umfaßt innerhalb ihres Bezirkes kraft Gesetzes alle Betriebe der zugehörigen Gewerbezweige, wobei Nebenbetriebe regelmäßig dem Hauptbetriebe folgen. Doch können mehrere gewerbliche oder landwirtschaftliche Betriebe desselben Unternehmers, die im Bezirke des gleichen Oberversicherungsamts liegen, auch wenn sie nicht im Verhältnis von Haupt- und Nebenbetrieb stehen, auf An-

trag des Unternehmers einer einzigen Berufsgenossenschaft zugeteilt werden, wenn in den Betrieben zusammen nicht mehr als 10 Versicherungspflichtige beschäftigt werden (§§ 539 ff., 631 ff., 918 ff.).

Jeder, der einen gewerblichen versicherungspflichtigen Betrieb eröffnet oder dessen Betrieb nachträglich, z. B. durch Benutzung eines Dampfkessels oder Beschäftigung eines Arbeiters, versicherungspflichtig wird, hat dies binnen 1 Woche dem Versicherungsamt, in dessen Bezirke der Betrieb seinen Sitz hat, anzuzeigen; bei der Landwirtschaft hat die Gemeinde die Anzeigepflicht. Das Versicherungsamt überweist den Betrieb durch Einsendung der Anzeige an die Genossenschaft, der er zugehört. Die gewerblichen Genossenschaften führen stets, die landwirtschaftlichen in der Regel ein Betriebsverzeichnis, in das alle Mitglieder nach Prüfung ihrer Zugehörigkeit aufgenommen werden. Geht eine Anzeige der genannten Art vom Versicherungsamt ein, so entscheidet die Genossenschaft über Aufnahme oder Ablehnung. Nimmt sie einen Betrieb auf, so trägt sie ihn in das Betriebsverzeichnis ein und erteilt dem Unternehmer einen Mitgliedschein. Will sie den Betrieb nicht aufnehmen, so erteilt sie einen ablehnenden Bescheid. Sowohl gegen die Aufnahme wie gegen die Ablehnung steht dem Unternehmer die Beschwerde an das Oberversicherungsamt zu. Treten später in einem in das Betriebsverzeichnis aufgenommenen Betrieb Änderungen ein, welche die Zugehörigkeit des Betriebs zu der Genossenschaft aufheben, so ist der Unternehmer im Betriebsverzeichnis zu löschen. Wird infolge der Änderung die Versicherungspflicht des Betriebs bei einer anderen Berufsgenossenschaft begründet, so ist der Betrieb dieser Berufsgenossenschaft zu überweisen (§§ 649 ff., 962 ff., 1123 ff.).

Bei den Berufsgenossenschaften sind nur die in den Betrieben beschäftigten Personen versichert. Die bei nichtgewerbsmäßigen Bauarbeiten beschäftigten Personen sind bei Zweiganstalten versichert, die bei den Baugewerks-Berufsgenossenschaften und der Tiefbau-Berufsgenossenschaft gebildet sind. Für das nichtgewerbsmäßige Halten von Fahrzeugen und Reittieren hat der Bundesrat eine selbständige Versicherungsgenossenschaft errichtet und ihre Verfassung nach dem Muster der gewerblichen Berufsgenossenschaften geregelt. Eine besondere Zweiganstalt für den Kleinbetrieb der Seeschifffahrt und für die See- und Küstentischerei besteht bei der See-Berufsgenossenschaft (§§ 629, 1186).

Die Berufsgenossenschaften regeln wichtige Teile ihrer Verfassung und Verwaltung durch eine Säzung, die sie sich selbst geben. Für die Zweiganstalten wird eine besondere Nebensäzung errichtet. Säzung und Nebensäzung unterliegen der Genehmigung des Reichsversicherungsamts. Die Beschwerde wegen Versagung der Genehmigung geht an den Reichsrat. (§§ 675 ff., 792 ff., 971 ff., 1142 ff., 1194).

Organe der Berufsgenossenschaft sind besonders Vorstand und Genossenschaftsversammlung. Der Vorstand wird in der Genossenschaftsversammlung gewählt. Er vertritt die Genossenschaft gerichtlich und außergerichtlich und führt die laufende Verwaltung. Die Genossenschafts-

versammlung besteht entweder aus sämtlichen Mitgliedern oder aus gewählten Vertretern, in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung stets aus letzteren. Sie hat nur bei wichtigeren Angelegenheiten mitzuwirken, z. B. bei Errichtung und Änderung der Satzung sowie bei Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung. Wenn die Genossenschaft in örtliche Verwaltungsbezirke (Sektionen) eingeteilt ist, bestehen Sektionsvorstände und Sektionsversammlungen für die besonderen Geschäfte der Sektionen. Endlich können Vertrauensmänner als örtliche Genossenschaftsorgane gewählt werden (§§ 5, 685 ff., 975 ff., 1146).

Die Verhältnisse der Angestellten werden durch eine Dienstordnung geregelt, die von der Genossenschaftsversammlung beschlossen wird und der Genehmigung des Reichsversicherungsamts bedarf (§§ 690 ff., 978, 1147).

Die Genossenschaften müssen ihr Vermögen in bestimmter, im Gesetz vorgeschriebener Weise anlegen, und zwar, soweit möglich, wertbeständig. Sie bedürfen zu gewissen Anlagen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Das Vermögen muß bis zu einem von der Reichsregierung bestimmten Betrage, der 25 v. H. des Vermögens nicht übersteigen darf (zur Zeit 25 v. H.), in verbrieften Forderungen gegen das Reich oder ein Land oder gegen die Kreditanstalt des Reichs oder eines Landes, sowie in Forderungen, die in das Schuldbuch des Reichs oder eines Landes eingetragen sind, angelegt werden. (§§ 25 ff., 717, 721, 984, 1157).

Die Mittel für die Unfallversicherung werden ausschließlich von den Unternehmern aufgebracht, und zwar regelmäßig im Wege der Umlage nach Ablauf des Jahres; jedoch können die Berufsgenossenschaften von den Unternehmern Vorschüsse auf die Beiträge erheben, um den voraussichtlichen Bedarf der Berufsgenossenschaft an Geldmitteln zu decken und Betriebsmittel in angemessener Höhe bereitzustellen. Steht der im Jahre tatsächlich erforderliche Bedarf fest, so wird er auf die einzelnen Mitglieder verteilt. Hierbei wird die Höhe des auf jedes Mitglied entfallenden Beitrags nach der Größe und Gefährlichkeit seines Betriebs abgestuft. Bei den Zweiganstalten wird dagegen der wahrscheinliche Bedarf nach festen, für einen bestimmten Zeitabschnitt, höchstens 5 Jahre, in einem „Prämientarif“ festgestellten Sätzen von den Unternehmern im voraus eingezogen (Prämienverfahren). Die Beträge für Entschädigungen aus Unfällen bei Bauarbeiten mit höchstens 6 Arbeitstagen werden auf die im Bezirke der Berufsgenossenschaft belegenen Gemeinden nach Maßgabe der Bevölkerungsziffer umgelegt. Der aufzubringende Bedarf bestimmt sich regelmäßig nach dem Betrage der gemachten Ausgaben. Für die Tiefbau-Berufsgenossenschaft und die Zweiganstalten gilt jedoch das Kapitaldeckungsverfahren, nach dem nicht nur der wirkliche Bedarf, sondern der Kapitalwert der Renten aufzubringen ist, die dem Versicherungsträger im abgelaufenen Geschäftsjahre zur Last gefallen sind (§§ 731 ff., 798 ff., 989 ff., 1162 ff., 1196, Verordnung vom 26. Oktober 1923). Die Berufsgenossenschaften haben Rücklagen anzusammeln,

die durch Zuschläge zu den Entschädigungsbeträgen gebildet werden und nur mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts, das dann auch die Art der Ergänzung bestimmt, angegriffen werden dürfen (§§ 741 ff., 1013, 1164).

Durch diese Aufbringung der Mittel sind die Unternehmer an der Verringerung der Betriebsgefahren und der Entschädigungslast wirtschaftlich beteiligt. Nach dem Gesetz erwächst hieraus den Berufsgenossenschaften Recht und Pflicht, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen und ihre Übertretung mit Strafe (für die Unternehmer und die Arbeiter) zu bedrohen. An der Beratung und Beschlußfassung über diese Vorschriften nehmen auch Vertreter der Versicherten teil, und zwar mit vollem Stimmrecht und in gleicher Anzahl wie die beteiligten Vorstandsmitglieder. Die Unfallverhütungsvorschriften bedürfen der Genehmigung des Reichsversicherungsamts. Die Berufsgenossenschaften haben für die Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften zu sorgen und sind berechtigt und auf Verlangen des Reichsversicherungsamts verpflichtet, zu diesem Zwecke technische Aufsichtsbeamte anzustellen (§§ 848 ff., 1030 ff., 1199 ff.).

Die Entschädigungen zahlt die Post vorstufweise auf Anweisung der Genossenschaftsvorstände. Die Zahlungen werden nach Ablauf jedes Geschäftsjahrs den Genossenschaftsvorständen nachgewiesen und von ihnen eingezogen. Doch können die obersten Postbehörden — und das tun sie tatsächlich — von jeder Genossenschaft bis zur Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Beträge einen Vorstoß einfordern, den das Reichsversicherungsamt für jeden Monat feststellt (§§ 726 ff., 777 ff., 988, 1028, 1159 ff., 1185, Verordnungen vom 26. Oktober und 12. Dezember 1923 und 21. März 1924.)

Die privatrechtliche Haftpflicht fällt gegenüber der öffentlich-rechtlichen Unfallversicherung für die Betriebsunternehmer und ihre Vertreter und Aufseher grundsätzlich fort; doch bleiben diese, falls ihnen durch strafgerichtliches Urteil die vorsätzliche oder die fahrlässige Herbeiführung des Unfalls nachgewiesen wird, den entschädigungspflichtigen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften (letzteren auch ohne strafgerichtliches Urteil) und bei vorsätzlicher Herbeiführung für den die Unfallentschädigung etwa übersteigenden Mehrbetrag auch den Verletzten oder Hinterbliebenen ersatzpflichtig. Es muß aber eine Fahrlässigkeit mit Außerachtlassung derjenigen Aufmerksamkeit vorliegen, zu welcher sie vermöge ihres Amtes, Berufs oder Gewerbes besonders verpflichtet waren. Dritte Personen haften ohne jede Beschränkung, doch geht der Ersatzanspruch des Verletzten auf die Berufsgenossenschaft im Umfang ihrer durch die Unfallversicherung begründeten Entschädigungspflicht über (§§ 898 ff., 1042, 1219, 1542).

III. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Versicherungspflicht erstreckt sich im wesentlichen auf die gleichen Personenzreise wie in der Krankenversicherung. Sie weist jedoch einige Verschiedenheiten auf. Allgemeine Voraussetzung ist Beschäftigung

gegen Entgelt. Früher war weiter Voraussetzung, daß der Beschäftigte das 16. Lebensjahr vollendet hatte. Dies ist jetzt nicht mehr erforderlich. Teilweise wurde früher vom Gesetz auch die Ausübung der Tätigkeit im Hauptberuf verlangt. Auch dies ist jetzt gegenstandslos geworden, da es sich dabei um Berufsgruppen (Werkmeister usw.) handelte, die jetzt ausschließlich der Angestelltenversicherung zugewiesen sind. Versicherungspflichtig sind hiernach 1. Arbeiter, Gesellen, Hausgehilfen, 2. Hausgewerbetreibende (jetzt schlechthin, früher nur in begrenztem Umfang durch besondere Verordnungen), 3. die Besatzung von deutschen Seefahrzeugen und von Fahrzeugen der Binnenschifffahrt, mit Ausnahme der Schiffsführer, Offiziere des Deck- und Maschinendienstes, Verwalter und Verwaltungsassistenten sowie der in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung befindlichen Angestellten, soweit sie nach dem Angestelltenversicherungsgesetze versicherungspflichtig oder versicherungsfrei sind, 4. Gehilfen und Lehrlinge, soweit sie nicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetze versicherungspflichtig oder versicherungsfrei sind. Gleichgestellt sind Angehörige der Schutzpolizei im Sinne des Ges. v. 17. Juli 1922 und Soldaten, wenn sie bei ihrer vorgelegten Dienststelle die Versicherung beantragen. Außerdem kann der Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrats die Versicherungspflicht auf Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keinen oder höchstens 1 Versicherungspflichtigen beschäftigen, erstrecken (§§ 1226 ff.).

Versicherungsfrei ist, wer nur vorübergehend, das heißt, nach einer im Verordnungsweg ergangenen Begriffsbestimmung, nur in geringem Umfang, insbesondere gelegentlich oder nebenher beschäftigt ist. Versicherungsfrei ist ferner, wer als Entgelt nur freien Unterhalt erhält, oder wer invalide ist oder wer eine Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente der reichsgesetzlichen Invalidenversicherung oder eine Witwerrente des Angestelltenversicherungsgesetzes bezieht. Versicherungsfrei sind weiter die beim Reich, den Ländern, Gemeinden und gewissen sonstigen öffentlichen Verbänden beschäftigten Beamten und anderen Personen, denen anderweit eine gleichwertige Invaliden- und Hinterbliebenenfürsorge gesichert ist oder deren Beschäftigung den Übergang zu einer derartig gesicherten Stellung bildet. Ob eine solche Anwartschaft als gewährleistet anzusehen ist, entscheiden ausschließlich die Verwaltungsbehörden (früher die Versicherungsbehörden). Das Hinüberwechseln von Personen aus dem Reichs- usw. Dienst in private Betriebe und umgekehrt hatte dabei nach altem Recht keine besondere Berücksichtigung erfahren und zu Härten geführt. Deshalb ist hier eine Neuregelung getroffen. Scheiden nämlich Personen, die nach Vorstehendem wegen Gewährleistung von Anwartschaften versicherungsfrei sind, aus der versicherungsfreien Beschäftigung aus, ohne daß gegen den Arbeitgeber ein Anspruch auf Ruhegeld oder Hinterbliebenenrente entsteht, so sind Beitragsmarken nachzuverwenden, soweit nicht Erfazzeiten vorliegen. Treten umgekehrt Personen, die bisher versicherungspflichtig waren, in eine wegen Gewährleistung von An-

wartschafte versicherungsfreie Beschäftigung über, so sind, wenn sie in den Ruhestand versetzt werden oder mit Hinterlassung von anspruchsberechtigten Hinterbliebenen sterben, 80 v. H. der seit 1. Januar 1924 entrichteten Versicherungsbeiträge dem Versicherten oder seiner Witwe oder mangels einer solchen den hinterlassenen Kindern unter 18 Jahren auszahlbar. Ein Anspruch gegen den Versicherungsträger aus diesen überwiesenen Beträgen ist aber dann ausgeschlossen. Jedoch können die Beschäftigten binnen zwei Monaten nach dem Eintritt in die versicherungsfreie Beschäftigung auf das künftige Überweisungsrecht verzichten. Der Reichsrat kann auch Ausländer, denen der Aufenthalt in Deutschland nur für eine bestimmte Dauer gestattet ist, für versicherungsfrei erklären (§§ 1232 ff.).

Auf Antrag werden durch das Versicherungsamt von der Versicherungspflicht befreit Personen, die vom Staate oder von anderen öffentlichen Verbänden eine der Invalideversicherung gleichwertige Versorgung bereits beziehen und daneben Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge besitzen, auch (neu!) Bezüher von Ruhegeld aus der Angestelltenversicherung oder von knappschaftlichen Pensionen, ferner Personen mit Hochschulbildung, die zur Ausbildung für ihren künftigen Beruf oder in einer Stellung beschäftigt werden, die den Übergang zu einer ihrer Ausbildung entsprechenden versicherungsfreien Beschäftigung bildet, schließlich, solange noch nicht 100 Beitragsmarken verwendet sind, Personen, die im Laufe eines Kalenderjahrs nur in bestimmten Jahreszeiten nicht länger als 12 Wochen oder überhaupt höchstens an 50 Tagen Lohnarbeit verrichten, im übrigen aber ihren Unterhalt selbständig erwerben oder ohne Entgelt tätig sind (§§ 1237 ff.). Die letztgenannten Personen erhalten im Falle der Befreiung von der Verwaltungsbehörde eine Versicherungsfreikarte für die Dauer eines Kalenderjahres.

Durch das Inkrafttreten der Angestelltenversicherung wurde ursprünglich die Invalide- und Hinterbliebenenversicherung nicht berührt. Zahlreiche Personen, die sowohl die Reichsversicherungsordnung in alter Fassung als das Versicherungsgesetz für Angestellte für versicherungspflichtig erklärte (Angestellte in gehobener Stellung wie Betriebsbeamte und Werkmeister, Handlungsgehilfen, Bühnen- und Orchestermitglieder, Lehrer und Erzieher usw.) unterlagen also einer Doppelversicherung. Einer zu hohen Beitragsbelastung war aber durch niedrigere Bemessung der Beiträge zur Angestelltenversicherung in den Gehaltsklassen bis zu 2000 Mk. vorgebeugt. Da die Belastung aus der doppelten Pflichtversicherung aber bei späteren Erhöhungen der Beiträge zu hoch geworden wäre, wurden die Personenkreise, die in der Invalideversicherung versicherungspflichtig sind, durch Gesetz v. 10. 11. 1922 vollständig von denjenigen, die der Angestelltenversicherungspflicht unterliegen, geschieden. Die doppelte Pflichtversicherung ist damit beseitigt, aber nicht die Möglichkeit, sich in dem anderen Versicherungszweige freiwillig weiterzuversichern. Im Zusammenhang mit der Beseitigung der Doppelver-

sicherung ist das Recht der Wanderversicherung in der Invaliden und Hinterbliebenenversicherung und in der Angestelltenversicherung geregelt. Unter Wanderversicherten sind dabei solche Personen zu verstehen, für die in beiden Versicherungszweigen Beiträge geleistet sind, einerlei ob zu gleicher Zeit oder nacheinander, einerlei auch ob als Pflicht- oder freiwillige Beiträge. Für sie ist in gewissem Umfang zur Vermeidung von Härten eine gegenseitige Anrechnung der Beitragszeiten auf die Anwartschaft und in der Invalidenversicherung auch auf die Wartezeit sowie endlich eine Zusammenfassung der beiderseitigen Beiträge zu einer einheitlichen Rente vorgesehen. Näheres ist bei der Anwartschaft, Wartezeit und den Renten ausgeführt.

Zum freiwilligen Eintritt in die Versicherung (Selbstversicherung) sind bis zum vollendeten 40. Lebensjahre berechtigt 1. Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens 2 Versicherungspflichtige beschäftigen, 2. Personen, die versicherungsfrei sind, weil sie nur in geringem Umfang oder nur gegen freien Unterhalt beschäftigt sind (§ 1243).

Wenn die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht oder für die Selbstversicherung entfallen, kann der Versicherte die Versicherung freiwillig fortsetzen oder, wenn inzwischen die Anwartschaft erloschen ist, erneuern (§ 1243 Abs. 2, § 1244).

Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gewährt den Versicherten bei Invalidität und nach Vollendung des 65. Lebensjahrs laufende Renten und sorgt im Falle ihres Todes für die Hinterbliebenen. Da es sich um langfristige Geldleistungen handelt, ist eine regelmäßige Beitragsleistung für die Versicherungsanstalten und die Gesamtheit der Versicherten selbst unentbehrlich. Die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung setzen daher im Gegensatz zur Kranken- und Unfallversicherung ein bestimmtes Mindestmaß von Beiträgen (Wartezeit) voraus. Die Beiträge sind einheitlich, so daß die Versicherten durch ein und dieselbe Beitragsleistung für sich den Anspruch auf Invalidenrente und zugleich für ihre Hinterbliebenen den Anspruch auf Hinterbliebenenfürsorge erwerben. Dagegen ist die Dauer der Wartezeit für die einzelnen Ansprüche verschieden.

Die Wartezeit für die Invalidenrente und Hinterbliebenenfürsorge ist so gering, daß sie schon in etwa 4 Jahren, also regelmäßig bereits mit dem vollendeten 20. Lebensjahre, zurückgelegt sein kann. Sie beträgt nur 200 Beitragswochen, allerdings unter der Voraussetzung, daß mindestens 100 auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt sind; andernfalls erhöht sie sich auf 500 Beitragswochen (§ 1278). Dagegen ist beseitigt die frühere Einschränkung, daß freiwillige Beiträge überhaupt nicht angerechnet werden konnten, wenn nicht mindestens 100 Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht, Selbstversicherung oder aus beiden gemischt geleistet waren. Für die Übergangszeit sind gewisse Erleichterungen vorgesehen.

Eine besondere längere Wartezeit bestand früher für die Altersrente. Jetzt wird im Falle des Alters die Invalidenrente gegeben, die nicht anders als die Invalidenrente wegen Invalidität behandelt wird.

Volle Kalenderwochen, in denen der Versicherte durch Krankheit an der Fortsetzung seiner Berufstätigkeit verhindert war, werden auch ohne Beitragsleistung als Beitragswochen auf die Wartezeit angerechnet wenn er vorher berufsmäßig nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt gewesen ist. Dauert die Krankheit ununterbrochen über 1 Jahr, so wird die weitere Dauer nicht angerechnet. Die Genesungszeit wird der Krankheit gleichgeachtet. Dasselbe gilt für die Dauer von 8 Wochen bei einer Arbeitsunfähigkeit, die durch eine Schwangerschaft oder ein regelmäßig verlaufenes Wochenbett veranlaßt ist (§ 1279). Der Reichsarbeitsminister kann weitere Fälle bestimmen, in denen eine Anrechnung von Beitragswochen auf die Wartezeit stattfindet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen (§ 1279 a).

Für Wanderversicherte (Begriff s. S. 25) besteht folgende Besonderheit. Wenn beim Eintritt des Versicherungsfalles der Invalidenversicherung die Wartezeit in der Angestelltenversicherung noch nicht erfüllt ist und sonach zu der Rente aus der Invalidenversicherung der Steigerungsbetrag aus der Angestelltenversicherung hinzutritt, so stehen für die Wartezeit der Invalidenversicherung (nicht auch umgekehrt) die in der Angestelltenversicherung entrichteten Beiträge, nicht auch deren Ersatzzeiten, den freiwilligen Beiträgen zur Invalidenversicherung gleich; sie müssen jedoch solche vollen Kalenderwochen umfassen, die nicht schon ohnedies als Beitragswochen auf die Wartezeit der Invalidenversicherung angerechnet werden (§ 1279 a).

Die einmal entrichteten Beiträge bleiben nur dann anrechenbar, wenn die Beitragsleistung in einem Mindestumfange fortgesetzt wird. Das Gesetz bezeichnet dies als Erhaltung der Anwartschaft. Werden nicht jeweils binnen 2 Jahren nach Ausstellung einer Quittungskarte (vgl. S. 32) wenigstens 20, bei der Selbstversicherung im allgemeinen 40 Wochenbeiträge entrichtet, so erlischt die Anwartschaft aus der bisherigen Beitragsleistung (§§ 1280—1282). Als Wochenbeiträge zählen hier auch gewisse Ersatzzeiten, nämlich Militärdienst- und Krankheitszeiten im Sinne der §§ 1279, 1279 a, Zeiten ohne versicherungspflichtige Beschäftigung, während deren der Rentenanwärter oder der Verstorbene Invaliden- oder Altersrente aus einer Kasse oder Sonderanstalt im Sinne der §§ 1321, 1360, 1375 oder eine Invalidenpension nach dem Reichsknappschaftsgesetz oder eine Unfallrente von mindestens $\frac{4}{5}$ der Vollrente bezog, ferner die in der freiwilligen Kriegsfrankenpflege bei der deutschen Wehrmacht oder bei einer dem Deutschen Reiche verbündeten oder befreundeten Macht zurückgelegten Dienstzeiten, weiter Zeiten, während deren ein Ruhegeld der Angestelltenversicherung bezogen wird, ohne daß eine invalidenversicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wird, endlich bei Wanderversicherten Zeiten, in denen Beiträge zur An-

gestelltenversicherung entrichtet sind, soweit dieselben Zeiten nicht schon durch Beitragswochen der Invalidenversicherung gedeckt sind.

Der Anwartschaftsverlust ist jedoch nicht endgültig. Die Anwartschaft lebt wieder auf, wenn der Versicherte eine neue Wartezeit von 200 Beitragswochen zurücklegt. Erfolgt allerdings der Wiedereintritt in die Versicherung erst nach dem 40. oder gar nach dem 60. Lebensjahre, so ist das Wiederaufleben der Anwartschaft erschwert. (§ 1283). Schließlich gilt die Anwartschaft nicht als erloschen, wenn die zwischen dem erstmaligen Eintritt in die Versicherung und dem Versicherungsfalle liegende Zeit zu mindestens drei Vierteln durch ordnungsmäßig verwendete Beitragsmarken belegt ist; dabei stehen bei Wanderversicherten den Beitragsmarken solche vollen Kalenderwochen gleich, die durch entrichtete Beiträge zur Angestelltenversicherung gedeckt sind (§ 1280 Abs. 2).

Die Invalidenrente wird entweder wegen Invalidität oder wegen Alters gewährt.

Die Invalidenrente wegen Invalidität bildet eine Entschädigung für die verlorene Erwerbsfähigkeit. Sie wird daher ohne Rücksicht auf das Lebensalter jedem Versicherten gewährt, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen invalide, d. h. nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann, $\frac{1}{3}$ dessen zu erwerben, was gesunde Personen seiner Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen. Ist die Invalidität dauernd, so beginnt die Invalidenrente sofort. Ist aber in absehbarer Zeit Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten, so beginnt die Rente erst, wenn die Invalidität ununterbrochen 26 Wochen gedauert hat, oder der Anspruch auf Krankengeld vorher weggefallen ist (§§ 1255, 1256). Bis dahin ist der Versicherte auf die Fürsorge seiner Krankenkasse angewiesen. Bessert sich der Zustand des Rentenempfängers, so daß er nicht mehr invalide ist, so wird ihm die Rente wieder entzogen (§ 1304).

Invalidenrente erhält auch, ohne Rücksicht auf Invalidität, jeder Versicherte, der das 65. Lebensjahr vollendet hat. Sie bildet einen Zuschuß zum Arbeitsverdienst alter Leute, die noch nicht invalide sind. Wird der Rentenempfänger später invalide, so erhält er nicht etwa eine Erhöhung. Früher wurde zwischen der höheren Invalidenrente und der niedrigeren Altersrente unterschieden. Letztere wurde bei Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt. Sie ist jetzt beseitigt; statt dessen wird die Invalidenrente sowohl für den Fall der Invalidität, als auch bei Vollendung des 65. Lebensjahres gewährt.

Die Hinterbliebenenfürsorge setzt voraus, daß der Verstorbene zur Zeit seines Todes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft darauf nicht erloschen ist. Bezugsberechtigt sind die Witwe, der Witwer und die Waisen versicherter Personen (§§ 1252, 1258 ff.).

Die Witwe erhält eine Rente nur dann, wenn sie dauernd oder ununterbrochen länger als 26 Wochen invalide ist. Erwerbsfähige Witwen sind nach Ansicht des Gesetzgebers in gleichem Umfang wie ledige Frauen befähigt, ihren Lebensunterhalt selbst zu erwerben. Besitzen sie Kinder, so erhalten sie in den Waisenrenten einen Beitrag zu den Kosten des Haushalts. Bei Wiederverheiratung fällt die Witwenrente weg, und zwar mit dem Ablauf des Monats, in dem die Wiederheirat stattfindet (§§ 1258, 1298). Es wird aber eine Abfindung in Höhe des Jahresbetrags der Witwenrente gewährt.

Früher wurde ein Witwengeld gewährt, wenn auch die Witwe beim Tode des Ehemannes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrechterhalten hatte. Es ist wieder beseitigt.

Dem Witwer einer Versicherten wird eine Fürsorge regelmäßig nicht zuteil. Er erhält nur ausnahmsweise eine Witwerrente, wenn er erwerbsunfähig und bedürftig ist und die Verstorbene den Lebensunterhalt der Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienste bestritten hatte (§ 1260).

Beim Tode des versicherten Vaters erhalten seine ehelichen Kinder unter 18 Jahren (früher unter 15 Jahren) Waisenrenten, auch wenn die Mutter noch lebt. Beim Tode der versicherten Mutter erhalten die unehelichen Kinder stets, die ehelichen nur dann Waisenrente, wenn ihr Vater tot oder verschollen ist, oder wenn er sich ohne gesetzlichen Grund von der häuslichen Gemeinschaft ferngehalten und seiner väterlichen Unterhaltungspflicht entzogen hat oder schließlich, wenn er erwerbsunfähig ist und die Mutter die Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienst unterhalten hat. In den beiden letzten Fällen wird aber verlangt, daß die Kinder bedürftig sind. Den ehelichen Kindern stehen gleich die für ehelich erklärten und an Kindes Statt angenommenen Kinder, ferner diejenigen Stiefkinder und Enkel, die der Verstorbene unmittelbar vor seinem Tode mindestens 1 Jahr lang unentgeltlich unterhalten, oder für die er Kinderzuschuß bezogen hat, endlich die unehelichen Kinder, wenn die Vaterschaft des Verstorbenen festgestellt ist. Treffen die Voraussetzungen für mehrere Waisenrenten zusammen, so wird sie nur einmal, und zwar zum höheren Betrag gewährt (§§ 1259 ff.). Hatte auch die Witwe auf Grund eigener Beitragsleistung einen Anspruch auf Invalidenrente erworben, so bekamen früher die Waisen außer der Waisenrente an ihrem 15. Geburtstage noch eine einmalige Geldsumme, die sogenannte Waisenaussteuer. Sie ist wieder beseitigt worden.

Alle diese Leistungen setzen sich aus 2 Bestandteilen zusammen, einem festen Reichszuschuß und einem Anteil der Versicherungsanstalten (§ 1284). Der Reichszuschuß beträgt für jede Invaliden-, Witwen- und Witwerrente jährlich 48 Goldmark, für jede Waisenrente jährlich 24 Goldmark (§ 1285). Bei den ins Ausland gezahlten Renten bleibt der Reichszuschuß außer Ansatz, soweit nicht der Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrats Ausnahmen hiervon zuläßt (§§ 1286,

1279 a). Nach der Höhe des wöchentlichen Arbeitsverdienstes — nach früherem Rechte des Jahresarbeitsverdienstes — sind für die Versicherten 5 Lohnklassen gebildet: Klasse 1 bis zu 10 Goldmark, Klasse 2 von mehr als 10 bis zu 15 Goldmark, Klasse 3 von mehr als 15 bis zu 20 Goldmark, Klasse 4 von mehr als 20 bis zu 25 Goldmark und Klasse 5 von mehr als 25 Goldmark. Der Reichsarbeitsminister bestimmt hierzu das Nähere, besonders darüber, was als wöchentlicher Arbeitsverdienst gilt (§ 1245). Er kann auch bestimmen, daß Beiträge unter oder über einer bestimmten Lohnklasse nicht entrichtet werden dürfen (Lohnklassenperre) und kann neue Lohnklassen anfügen (Artikel IV des Gesetzes vom 13. Juli 1923).

Der Anteil der Versicherungsanstalten an der Invalidenrente besteht aus dem Grundbetrag und dem Steigerungsbetrag (§ 1287). Der Grundbetrag beträgt für alle Lohnklassen jährlich 120 Goldmark. Der Steigerungsbetrag beläuft sich auf 10 v. H. der gültig entrichteten Beiträge. Bei Wanderversicherten tritt zu dem Steigerungsbetrag der Invalidenversicherung noch derjenige der Angestelltenversicherung (§§ 1289—1290 a).

Hat der Empfänger der Invalidenrente Kinder unter 18 Jahren, so erhöht sich für jedes von ihnen die Invalidenrente um einen Kinderzuschuß von jährlich 36 Goldmark. Hierbei sind den ehelichen Kindern gleichgestellt die für ehelich erklärten und an Kindes Statt angenommenen Kinder, ferner Stiefkinder und Enkel, wenn sie vor Eintritt der Invalidität von dem Rentenempfänger unentgeltlich unterhalten worden sind, endlich die unehelichen Kinder, wenn die Vaterschaft des Rentenempfängers festgestellt ist. Doch wird für uneheliche Kinder über 16 Jahren sowie für Stiefkinder und Enkel der Kinderzuschuß nur gewährt, solange sie von dem Rentenempfänger unterhalten werden (§ 1291).

Der Anteil der Versicherungsanstalten an den Hinterbliebenenbezügen berechnet sich nach dem Grundbetrag und den Steigerungsfähigen der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte, unter Ausschluß des Kinderzuschusses. Von diesen Beträgen wird jedoch nur ein Bruchteil angerechnet, nämlich bei der Witwen- und Witwerrente $\frac{6}{10}$, bei Waisenrenten für jede Waise $\frac{6}{10}$ (§ 1292). Für die Rentensteigerung werden die für die Zeit vor dem 1. Januar 1924 entrichteten Beträge nicht berücksichtigt, da sie entwertet sind (WD. vom 16. April 1924).

Hiernach sind die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zwar geringer als die der Unfallversicherung. Diese Beschränkung ist aber begründet. Denn ein plötzlich eintretender Unfall bildet ein nicht vorherzusehendes Unglück, für das aus eigener Kraft nicht genügend vorgesorgt werden kann. Dagegen entspricht das allmähliche Schwinden der Arbeitskraft durch Krankheit und Alter dem natürlichen Laufe der Dinge und muß von vornherein von jedem in Rechnung gezogen werden. Die von der Reichsversicherung eingeführte Zusatzversicherung ist wieder beseitigt worden.

Die Renten werden in Teilbeträgen monatlich, auf volle Goldpfennig aufgerundet, im voraus durch die Postanstalten mit den im Postverkehr üblichen Zahlungsmitteln ausbezahlt (§ 1297).

Unter bestimmten Voraussetzungen ruht die Rente, d. h. der Anspruch auf Auszahlung der einzelnen Renten-Teilleistung fällt weg. Dies trifft hauptsächlich zu, solange der Berechtigte eine Freiheitsstrafe von mehr als 1 Monat verbüßt oder ein berechtigter Inländer sich im Auslande aufhält und schuldhaft der Versicherungsanstalt seinen Aufenthaltsort nicht mitteilt, oder solange ein berechtigter Ausländer sich freiwillig gewöhnlich im Ausland aufhält. Im letzteren Falle kann die Versicherungsanstalt den Ausländer mit dem Kapitalwert seiner Bezüge abfinden. Treffen, außer dem Fall der Wanderversicherung und dem Zusammenreffen von Waisenrenten, die Voraussetzungen für mehrere Renten aus der Invalidenversicherung oder aus der Invaliden- und der Angestelltenversicherung zusammen, so erhält der Berechtigte die höchste Rente und von den anderen Renten ohne Kinderzuschuß die Hälfte als Zusatzrente (§§ 1312 ff.).

Die Durchführung der Invaliden- und Hinterverbliebenenversicherung ist Selbstverwaltungskörpern mit der Bezeichnung „Versicherungsanstalten“ übertragen, die in Anlehnung an die Staats- oder Gemeindeverwaltung für örtliche Bezirke errichtet sind (§ 1326). Zurzeit bestehen 29 Versicherungsanstalten. Die Versicherungsanstalten werden durch einen Vorstand und einen Ausschuß auf Grund einer Satzung verwaltet, die der Ausschuß zu beschließen und die Aufsichtsbehörde zu genehmigen hat (§§ 1338 ff.). Der Vorstand vertritt die Anstalt und führt die laufende Verwaltung. Er hat die Eigenschaft einer öffentlichen Behörde und besteht teils aus beamteten Mitgliedern, teils aus ehrenamtlich tätigen Vertretern der Arbeitgeber und Versicherten. Die Vertreter werden in je gleicher Anzahl vom Ausschuß gewählt. Sie dürfen nicht gleichzeitig dem Ausschuß angehören. Bei der Beschlußfassung müssen die nicht beamteten Vorstandsmitglieder in der Mehrzahl sein (§§ 1342 ff.). Der Ausschuß besteht je zur Hälfte aus Vertretern der Arbeitgeber und Versicherten, die nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt werden (§§ 1351, 1351c, 1352). Die Wahl der Versichertenmitglieder des Ausschusses erfolgt durch diejenigen Personen, die für die Wahl der Versichertenvertreter bei den zum Bezirk der Versicherungsanstalt gehörigen Versicherungsämtern nach §§ 42, 44 wahlberechtigt sind (§ 1351a). Die Arbeitgebermitglieder des Ausschusses aus dem Gewerbe werden von den Vorständen der zu bestimmenden Vertrauensberufsgenossenschaft oder Vertrauensausführungsbehörde, die Arbeitgebermitglieder aus der Landwirtschaft von den Vorständen der zuständigen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften gewählt (§ 1351b). Dem Ausschuß sind wichtige Beschlüsse, vor allem die Aufstellung des Voranschlags, die Abnahme der Jahresrechnung und die Errichtung und Änderung der Satzung vorbehalten (§§ 1353 ff.). Die Aufsicht über die Versicherungs-

anstalten führt das Reichsversicherungsamt. Ist für ein Land ein Landesversicherungsamt errichtet, so führt dieses die Aufsicht über die Versicherungsanstalten, die nicht über das Staatsgebiet hinausreichen (§§ 1381, 1382).

An Stelle der Versicherungsanstalten können ausnahmsweise andere Anstalten, die ihren Mitgliedern und deren Hinterbliebenen mindestens eine gleichwertige Fürsorge gewähren, durch den Reichsarbeitsminister (früher durch den Reichsrat) als Versicherungsträger zugelassen werden (§§ 1360 ff.). Zurzeit bestehen 4 derartige Sonderanstalten für Eisenbahnbetriebe eine, nämlich der ReichsKnappschaftsverein für Bergwerksbetriebe und außerdem die Sonderanstalt der See-Berufsgenossenschaft.

Außer den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen ist den Versicherungsanstalten die Übernahme bestimmter freiwilliger Leistungen gestattet. Insbesondere dürfen sie Versicherte in Heilbehandlung nehmen, um die drohende Invalidität zu verhüten oder die bereits eingetretene wieder zu beseitigen (§§ 1269 ff., 1305). Diesen Zweig ihrer Verwaltung haben die Versicherungsanstalten und Sonderanstalten von Jahr zu Jahr umfassender ausgebildet. Abgesehen von dem Heilverfahren, das nur einzelnen Versicherten zugute kommt, dürfen die Versicherungsanstalten mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde Mittel aufwenden, um den Eintritt vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten zu verhüten oder die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu fördern (§ 1274). Endlich dürfen die Versicherungsanstalten Rentenempfänger auf ihren Antrag in einem Invaliden- oder Waisenhaus oder einer ähnlichen Anstalt unterbringen und dazu die Rente ganz oder teilweise verwenden (§ 1277). Von dieser Einrichtung wird namentlich zugunsten tuberkulöser Rentenempfänger Gebrauch gemacht.

Die Mittel für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung werden teils vom Reiche, teils von den Arbeitgebern und Versicherten aufgebracht (§ 1387). Das Reich gibt die bereits erwähnten Zuschüsse zu jeder einzelnen Leistung (vgl. S. 28). Die weiteren Kosten tragen die Versicherungsanstalten selbst. Früher hatten sie gewisse Lasten gemeinsam zu tragen. Sie schieden zur Deckung dieser Gemeinlast einen Teil der Beitragseinnahmen buchmäßig als Gemeinvermögen aus. Aus dem bleibenden Sondervermögen bestritt jede einzelne Versicherungsanstalt die auf sie entfallende Steigerung der Invalidenrenten, die freiwilligen Aufwendungen, insbesondere für Heilverfahren und Invalidenhauspflege, und die Verwaltungskosten (früher §§ 1395 ff.). Die Verrechnung und der Ausgleich zwischen Reich, Gemeinvermögen und Sondervermögen wurde durch die Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts bewirkt (früher §§ 1403 ff.). Jetzt ist diese Form der Unterscheidung zwischen Gemeinlast und Sonderlast beseitigt. Die Rentenlast wird, abgesehen von dem Reichszuschuß, auf sämtliche Versicherungsträger nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen aus dem betreffenden Geschäftsjahr verteilt. Die anderen Aufwendungen tragen sie nach wie vor je für sich.

Die Beiträge wurden früher nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren, d. h. unabhängig von dem jeweiligen Bedarfe, so hoch bemessen, daß sie die Ausgaben der Versicherungsanstalten dauernd deckten. Es wurden also anfangs Überschüsse gesammelt, deren Zinsen eine Erhöhung der Beiträge beim allmählichen Anwachsen der Rentenlast verhüten sollten. Jetzt ist dafür die Berechnung der Beiträge nach dem Umlageverfahren getreten. Die Beiträge sind für alle Versicherungsanstalten einheitlich und nur nach Lohnklassen abgestuft. Es bestehen 5 Lohnklassen mit der Bezeichnung 1, 2, 3, 4, 5. Die Wochenbeiträge betragen darin 20, 40, 60, 80, 100 Goldpfennige (§ 1392).

Die Beiträge werden je zur Hälfte von den Arbeitgebern und den Versicherungspflichtigen getragen (§ 1387 Abs. 2). Die gleiche Verteilung greift auch dann Platz, wenn sich Personen während einer vorübergehenden oder während einer entgeltlichen, aber nicht bar bezahlten Beschäftigung freiwillig versichern (§ 1441). Im übrigen haben freiwillig Versicherte ihre Beiträge allein zu tragen.

Die Beiträge werden durch Einkleben von besonderen, bei der Post käuflichen Versicherungsmarken in die Quittungskarte des Versicherten entrichtet (§§ 1411 bis 1413). Die Quittungskarte muß sich der Versicherte ausstellen lassen und soll sie binnen 2 Jahren nach der Ausstellung gegen eine neue umtauschen. Sie darf keine besonderen Merkmale tragen; vor allem darf aus ihr nichts über die Führung oder die Leistungen des Inhabers zu entnehmen sein (§§ 1414 ff.).

Die Marken werden regelmäßig durch den Arbeitgeber eingeklebt, der sie auf eigene Kosten beschafft und dem Versicherten bei der Lohnzahlung seine Beitragshälfte abzieht (§§ 1426 ff.). Auch der Versicherte kann die vollen Beiträge entrichten. Der Arbeitgeber hat ihm alsdann die Hälfte zu erstatten (§§ 1439, 1440). Streit über die Beitragsleistung entscheiden die Versicherungsbehörden (§§ 1459 ff.). Statt des regelmäßigen Entrichtungsverfahrens ist unter gewissen Umständen das Einzugsverfahren zugelassen. Dabei ist die Beitragsentrichtung Krankenkassen, Gemeindebehörden oder besonderen Hebestellen der Versicherungsanstalten übertragen. In diesem Fall werden die Beiträge in bar von den Arbeitgebern eingezogen, und das Einkleben der Marken wird von der Krankenkasse usw. besorgt (§§ 1447 ff.). Man ist jedoch mehr und mehr von dem Einzugsverfahren wieder abgekommen. Bei den Sonderanstalten sind mit einigen Ausnahmen bei der Seefasse Quittungskarten und Beitragsmarken nicht eingeführt. Hier erhält der Versicherte beim Austritt aus der Beschäftigung eine Bescheinigung über Zahl und Höhe der geleisteten Beiträge und über die Dauer von Militärdienst- und Krankheitszeiten.

Für die Anlegung des Vermögens der Versicherungsanstalten bestehen besondere Vorschriften. Die einzelnen Anlagemöglichkeiten sind vom Gesetz aufgezählt. Die Anlage muß verzinslich und, soweit möglich, auch wertbeständig erfolgen. Sie kann u. a. auch in Darlehen für gemein-

nützige Zwecke oder in Beteiligung an Unternehmungen für solche Zwecke stattfinden. Die Reichsregierung bestimmt den Betrag, bis zu dem das Vermögen in verbrieften Forderungen gegen das Reich, ein Land oder eine Kreditanstalt eines Landes sowie in Forderungen, die in das Schuldbuch des Reichs oder eines Landes eingetragen sind, anzulegen ist. Dieser Betrag darf jedoch 25 v. H. des Vermögens nicht übersteigen (§§ 26 ff.).

IV. Angestelltenversicherung.

Auch die Angestelltenversicherung unterscheidet zwischen der Versicherungspflicht und der freiwilligen Versicherung.

Die Versicherungspflicht umfaßte ursprünglich Personenkreise, die teilweise gleichzeitig in der Invalidenversicherung waren. Jetzt ist diese doppelte Pflichtversicherung beseitigt; denn sie war auf die Dauer zu einer untragbaren Belastung der Beteiligten geworden. Nunmehr besteht nur die Möglichkeit, daß jemand, der in dem einen der beiden Versicherungszweige versicherungspflichtig ist, sich unter den allgemeinen Voraussetzungen in dem anderen Versicherungszweig freiwillig versichert.

Eine untere Grenze des Lebensalters für die Versicherungspflicht ist nicht vorgesehen. Früher mußte das 16. Lebensjahr vollendet sein. Auch ist nicht mehr wie früher die Ausübung der Beschäftigung im Hauptberufe erforderlich. Dagegen ist allgemeine Voraussetzung, daß die Beschäftigung gegen Entgelt stattfindet. Weiter wird verlangt, daß der Jahresarbeitsverdienst aus versicherungspflichtiger Tätigkeit eine gewisse Grenze nicht überschreitet. Sie wird vom Reichsarbeitsminister durch Verordnung festgesetzt und beträgt jetzt 4000 Goldmark. Die Festsetzung ist dem Reichsrat und dem Ausschuß des Reichstags für soziale Angelegenheiten alsbald mitzuteilen und auf ihr gemeinsames Verlangen zu ändern. Wer aus der Versicherungspflicht infolge Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze ausscheidet, bleibt noch 3 Monate darin. Beim Eintritt in die versicherungspflichtige Tätigkeit darf das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet sein. Wird es aber im Laufe der Beschäftigung überschritten, so entfällt nicht etwa aus diesem Grunde von da ab die Versicherungspflicht.

Im übrigen stellt das Gesetz einzelne Berufsgruppen auf und ordnet diese wieder unter einen allgemeinen Oberbegriff des Angestellten. Letzterer ist nicht genauer bestimmt. Der Schwerpunkt liegt in der Aufzählung der Berufsgruppen. Hiernach sind versicherungspflichtig: 1. Angestellte in leitender Stellung, 2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung, 3. Bureauangestellte, soweit sie nicht ausschließlich mit Botengängen, Reinigung, Aufräumung und ähnlichen Arbeiten betraut werden, einschließlich der Bureaulehrlinge und Werkstattsschreiber; 4. Handlungsgehilfen und Handlungslehrlinge sowie Angestellte für kaufmännische Dienste, auch wenn der Gegenstand des Unternehmens kein Handelsgewerbe ist, ferner auch Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken; 5. Bühnenmitglieder

und Musiker, und zwar ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistungen, 6. Angestellte in Berufen der Erziehung, des Unterrichts und der Fürsorge, der Kranken- und der Wohlfahrtspflege und 7. aus der Besatzung deutscher Seefahrzeuge und aus der Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschifffahrt Schiffsführer, Offiziere des Decks- und Maschinendienstes, Verwalter und Verwaltungsassistenten sowie die in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung beschäftigten Angestellten ohne Rücksicht auf ihre Vorbildung (§ 1 UWG.).

Außerdem kann die Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrates die Versicherungspflicht auf selbständige Personen ausdehnen, die eine ähnliche Tätigkeit wie die im § 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes bezeichneten unselbständigen Berufsgruppen auf eigene Rechnung ausüben, ohne in ihrem Betrieb Angestellte zu beschäftigen. Hiervon ist noch nicht Gebrauch gemacht. Ohne weiteres unterliegen der Versicherungspflicht aber selbständige Lehrer und Erzieher, die in ihrem Betriebe keine Angestellten beschäftigen.

Der Reichsarbeitsminister hat die Befugnis, durch Ausführungsbestimmungen näher zu regeln, welche Berufe in die Berufsgruppen des Gesetzes fallen. In Ausführung dieser Vorschrift hat er Ausführungsbestimmungen vom 8. März 1924 erlassen, in denen in Form eines Berufskataloges zahlreiche Einzelberufe als versicherungspflichtig aufgezählt sind. Weiter ist bzgl. der Einordnung in die Berufsgruppen auch den Parteien selbst eine gewisse Einflußnahme möglich. Wenn nämlich die Versicherungsträger der Angestellten- und Invalidenversicherung darüber streiten, welchem der beiden Versicherungszweige die Tätigkeit ihrer Art nach zuzurechnen ist, so ist eine schriftlich einzuholende gemeinsame Erklärung des Arbeitgebers und Arbeitnehmers maßgebend. Die Vorschrift ist neu und bedeutet eine gewisse Abweichung von dem sonst geltenden allgemeinen Grundsatz, daß eine Beschäftigung, die unter eine der Berufsgruppen des Gesetzes fällt, ohne weiteres die Versicherungspflicht unabhängig von dem Willen der Beteiligten nach sich zieht. Eine weitere Abweichung besteht für Soldaten und Angehörige der Schutzpolizei. Sie sind nur dann versicherungspflichtig, wenn sie bei ihrer vorgelegten Dienststelle die Versicherung beantragen. Wird der Antrag gestellt, so stehen sie aber in jeder Beziehung den Versicherungspflichtigen gleich.

Das alte Recht kannte noch keine Vorschrift, die den Fall besonders berücksichtigte, daß jemand von einer wegen Gewährleistung von Anwartschaften versicherungsfreien Beschäftigung in eine versicherungspflichtige Tätigkeit hinüberwechselte und umgekehrt. Hieraus entstanden Härten. Mit Rücksicht hierauf ist jetzt eine besondere Vorschrift getroffen. Wenn nämlich eine solche Person nach dem 1. Oktober 1923 aus der wegen Gewährleistung von Anwartschaften versicherungsfreien Beschäftigung ausscheidet, ohne daß gegen den Arbeitgeber ein Anspruch auf Pension oder Hinterbliebenenrente besteht oder beim Vorhandensein von Hin-

terbliebenen bestehen würde, so hat der Arbeitgeber für die Zeit dieser Beschäftigung Marken nachzuverwenden. Diese nachentrichteten Marken gelten als Pflichtbeiträge. Für Ersatzzeiten unterbleibt die Nachentrichtung. Umgekehrt sind, wenn solche Personen, die bisher versicherungspflichtig waren und in ein wegen Gewährleistung von Anwartschaften versicherungsfreies Beschäftigungsverhältnis übergehen, bei ihrer Versetzung in den Ruhestand oder ihrem Tod von der Reichsversicherungsanstalt 80 v. H. der seit 1. Januar 1924 entrichteten Versicherungsbeiträge dem Versicherten selbst oder im Falle seines Todes seiner Witwe oder bei Nichtvorhandensein einer solchen den hinterlassenen Kindern unter 18 Jahren auszuzahlen; alsdann besteht aber kein weitergehender Anspruch gegen die Reichsversicherungsanstalt. Im letzteren Fall kann aber binnen 2 Monaten nach dem Eintritt in die versicherungsfreie Beschäftigung der Beschäftigte gegenüber dem Arbeitgeber auf das Überweisungsrecht verzichten.

Versicherungsfreiheit tritt ein entweder kraft Gesetzes oder auf Antrag. Kraft Gesetzes ist versicherungsfrei, wer nur vorübergehend eine unter das ABG. fallende Tätigkeit ausübt. Dabei bestimmt der Reichsarbeitsminister, unter welchen Voraussetzungen eine Beschäftigung nur als vorübergehend anzusehen ist. Ferner ist kraft Gesetzes versicherungsfrei, wer als Entgelt nur freien Unterhalt erhält, und wer bereits berufsunfähig ist oder Ruhegeld oder Witwerrente der Angestelltenversicherung oder Invalidenrente, Witwer- oder Witwenrente aus der Invalidenversicherung bezieht. Weiter sind versicherungsfrei Beamte und andere Personen, die beim Reich, bei den Ländern und gewissen sonstigen öffentlichen Körperschaften beschäftigt sind, wenn ihnen eine Anwartschaft auf ausreichendes Ruhegeld und Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet ist, oder wenn die Beschäftigung den Übergang zu einer derartig gesicherten Stellung bildet. Ob die Anwartschaft gewährleistet ist, entscheiden die Verwaltungsbehörden unter Ausschluß der Instanzen der Angestelltenversicherung. Versicherungsfrei ist endlich auch, wer zu seiner wissenschaftlichen Ausbildung für den künftigen Beruf gegen Entgelt tätig ist.

Auf Antrag werden von der Versicherungspflicht befreit Personen, die vom Reich, einem Land oder anderen öffentlichen Verbänden eine der Angestelltenversicherung gleichwertige Versorgung bereits beziehen und daneben Anwartschaften auf ausreichende Hinterbliebenenfürsorge besitzen. Auch hier entscheidet die Verwaltungsbehörde, ob die Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet ist. Über den Befreiungsantrag entscheidet die Reichsversicherungsanstalt, nicht wie früher die Beschlusinstanz; erst auf Beschwerde ist das Oberversicherungsamt zuständig, das endgültig entscheidet.

Durch das Reichsversicherungsamt können die zuletzt genannten Befreiungsvorschriften wegen Gewährleistung von Anwartschaften oder wegen Gewährleistung anderer Versorgungsgebührrnisse auch auf Beschäftigte ausgedehnt werden, die bei anderen Körperschaften tätig sind. Früher war hier der Reichsrat zuständig.

Durch die Beseitigung der doppelten Pflichtversicherung ist die Regelung der Rechtsbeziehungen derjenigen Personen erforderlich geworden, die, sei es nacheinander, sei es gleichzeitig, Beiträge in der Angestellten- und Invalidenversicherung geleistet haben. Sie werden vom Gesetz als Wanderversicherte bezeichnet. Die Wanderversicherung kommt vor allem vor, wenn im Laufe des Arbeitslebens der Arbeiter zu einem Angestelltenberuf übergeht oder umgekehrt ein Angestellter in einen Arbeiterberuf hinüberwechselt. Das Gesetz steht in diesen Fällen auf dem Standpunkt, daß nach Möglichkeit die in der einen Versicherung zurückgelegte Beitragszeit dem Versicherten auch in dem anderen Versicherungszweig zugute kommen soll. Das wird in folgender Weise erreicht. Wanderversicherte erhalten eine einheitliche Rente, bei der die beiderseitigen Beitragszeiten berücksichtigt werden. Näheres s. Seite 39. Ferner werden auf die Wartezeit der Invalidenversicherung die bezahlten Beitragszeiten der Angestelltenversicherung, nicht die Ersatzzeiten der Angestelltenversicherung, angerechnet; das Umgekehrte gilt jedoch nicht, da die Beiträge der Invalidenversicherung für ein Risiko von nur $66\frac{2}{3}$, nicht von 50 v. H. berechnet sind. Endlich sind bezahlte Beitragszeiten des einen Versicherungszweigs, nicht auch die Ersatzzeiten, mit anwartschaftserhaltender Wirkung für den anderen Versicherungszweig ausgestattet.

Die freiwillige Versicherung ist entweder Weiterversicherung, Selbstversicherung oder freiwillige Fortsetzung der Selbstversicherung. Früher kannte das Gesetz als Dauererscheinung nur die erstere Art. Die freiwillige Fortsetzung der Versicherung (Weiterversicherung) ist zulässig, wenn der Versicherte nach Zurücklegung von mindestens 3 (früher 6) Pflichtbeitragsmonaten, worunter auch Ersatzzeiten sein können, aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet. Sie ist unzulässig nach Eintritt der Berufsunfähigkeit. Zum freiwilligen Eintritt in die Versicherung (Selbstversicherung) sind bis zum vollendeten 40. Lebensjahr nach Maßgabe ihres Einkommens berechtigt: 1. Personen, die für eigene Rechnung eine ähnliche Tätigkeit wie die im § 1 genannten unselbständigen Berufsgruppen ausüben, und 2. Personen, die deshalb versicherungsfrei sind, weil sie nur freien Unterhalt als Entgelt beziehen oder nur vorübergehend beschäftigt sind oder zu ihrer wissenschaftlichen Ausbildung für den zukünftigen Beruf tätig sind. Wenn das die Selbstversicherung begründende Verhältnis weggefallen ist, kann der Versicherte die Selbstversicherung freiwillig fortsetzen.

Als Leistungen gibt die Angestelltenversicherung Ruhegeld, Hinterbliebenenrente, Heilverfahren und in gewissen Fällen Erstattungsansprüche.

Ruhegeld erhält der Versicherte beim Eintritt der Berufsunfähigkeit oder bei Vollendung des 65. Lebensjahres. Die Mittel hierfür werden durch Beitragsleistung aufgebracht. Sie müssen mit einer gewissen Regelmäßigkeit geleistet werden, um zur vollen Deckung zu führen. Dabei sind die Beiträge einheitlich für alle Versicherten, einerlei ob Män-

ner oder Frauen, ob verheiratet oder ledig, ob alt oder jung, bemessen. Eine Abstufung erfolgt nur nach der Höhe des Entgeltes an Hand von Gehaltsklassen.

Um versicherungstechnisch die Beiträge mit den Leistungen in Einklang zu bringen, muß eine bestimmte Mindestzahl von Beiträgen geleistet sein. Dadurch entsteht die sogenannte Wartezeit. Sie beträgt für das Ruhegeld bei männlichen Versicherten 120 Beitragsmonate und erhöht sich, wenn nicht mindestens 60 Pflichtbeiträge geleistet, sind auf 150 Beitragsmonate. Für Hinterbliebenenrenten gilt dasselbe. Für das Ruhegeld weiblicher Versicherten beträgt die Wartezeit 60 Beitragsmonate und erhöht sich, wenn dies nicht sämtlich Pflichtbeiträge sind, auf 90 Beitragsmonate. Für Selbstversicherte beläuft sie sich in allen Fällen auf 180 Beitragsmonate. Unter Umständen kann die Wartezeit durch Einzahlung einer Prämienreserve abgekürzt werden, wenn die Reichsversicherungsanstalt dies gestattet. Als Beitragsmonate für die Wartezeit gelten nur diejenigen Kalendermonate, die durch Beiträge gedeckt sind, dagegen nicht Ersatzzeiten. Eine Ausnahme besteht nur für diejenigen vollen Kalendermonate, in denen der Versicherte im Weltkriege Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste für das Deutsche Reich oder eine mit ihm verbündet oder befreundet gewesene Macht geleistet hatte. Krankheitszeiten rechnen, anders wie in der Invalidenversicherung, hier nicht als Ersatzzeit mit; doch sind, solange das Gehalt fortbezahlt wird und noch nicht der Versicherungsfall der Berufsunfähigkeit eingetreten ist, Beiträge zu entrichten. In diesem Fall rechnen daher auch Krankheitszeiten, soweit sie durch Beiträge gedeckt sind, bei der Wartezeit mit.

Um eine gewisse Regelmäßigkeit der Beitragsleistung zu gewährleisten, läßt das Gesetz die Wirksamkeit der Beiträge aufhören, wenn nicht eine gewisse Mindestzahl von Beitragsmonaten in jedem Kalenderjahr zurückgelegt ist. Das Gesetz redet hierbei von Anwartschaft. Es läßt die Anwartschaft erlöschen, wenn in den auf den Beginn der Versicherung folgenden nächsten 10 Kalenderjahren nicht mindestens 8 Beitragsmonate und in den folgenden nicht mindestens 4 Beitragsmonate in je einem Kalenderjahr zurückgelegt sind. Hierbei rechnen aber nicht nur die mit Beiträgen gedeckten Kalendermonate mit, sondern auch Ersatzzeiten. Hierunter sind diejenigen Zeiten zu verstehen, in denen der Versicherte infolge Krankheit zur Fortführung seiner Tätigkeit außerstande war und kein Entgelt bezogen hat, ferner Zeiten, in denen er eine staatlich anerkannte Lehranstalt zu seiner Fortbildung besucht hat, und endlich Zeiten, in denen er Kriegs-, Sanitäts- und ähnliche Dienste dem Reich geleistet hat. Diese Ersatzzeiten werden durch Bescheinigungen, sogenannte Ersatzzeitscheine nachgewiesen. Es genügt, wenn auch nur in einem Bruchteil des Monats die betreffende Ersatztatsache vorgelegen hat. Ist eine Anwartschaft nach diesen Vorschriften erloschen, so lebt sie aber unter gewissen Umständen wieder auf. Dies ist der Fall einmal, wenn Pflichtbeiträge innerhalb der allgemeinen Nachzahlungsfrist entrichtet werden, ferner, wenn die-

jenigen freiwilligen Beiträge, die zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft noch erforderlich sind, innerhalb zwei Kalenderjahren nach dem Kalenderjahr der Fälligkeit nachentrichtet werden. Endlich lebt die Anwartschaft auch dann wieder auf, wenn der Versicherte von neuem auf Grund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder eines Selbstversicherungsverhältnisses Beiträge entrichtet hat, und zwar, falls vor dem Erlöschen der Anwartschaft die Wartezeit erfüllt war, für mindestens 24 Beitragsmonate, andernfalls für mindestens 48 Beitragsmonate. In allen Fällen gilt, auch wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht vorliegen, die Anwartschaft als nicht erloschen, wenn die Zeit, die zwischen dem erstmaligen Eintritt in die Versicherung und dem Versicherungsfall liegt, mindestens zu drei Vierteln mit Beiträgen oder Ersatzzeiten nach § 382 Abs. 1, d. h. Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste aus dem Weltkrieg belegt ist.

Im einzelnen gilt für die verschiedenen Leistungen noch folgendes:

Das Ruhegeld wird entweder wegen Alters, nämlich nach vollendetem 65. Lebensjahr, oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gegeben. Im letzteren Fall ist es einerlei, welches Lebensalter der Versicherte hat. Der Begriff der Berufsunfähigkeit der Angestelltenversicherung unterscheidet sich von demjenigen der Erwerbsunfähigkeit in der Unfallversicherung und der Invaldität in der Invalidenversicherung. Berufsunfähigkeit ist nach der ausdrücklichen Begriffsbestimmung des Gesetzes dann anzunehmen, wenn die Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Ruhegeld wird gewährt, wenn Berufsunfähigkeit in diesem Sinne durch körperliche Gebrechen oder wegen Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte eingetreten ist. Dabei wird zwischen dauernder und vorübergehender Berufsunfähigkeit unterschieden. Im ersteren Fall wird Ruhegeld sofort gewährt, im Falle der vorübergehenden Berufsunfähigkeit dagegen erst, wenn die Berufsunfähigkeit 26 Wochen gedauert hat, von Beginn der 27. Woche ab. Im letzteren Fall ist der Versicherte ein-zeitweilen auf die Fürsorge der Krankenkasse angewiesen. Bessert sich sein Zustand, so daß er nicht mehr berufsunfähig ist, so wird ihm die Rente wieder entzogen. In allen Fällen ist außerdem Voraussetzung für die Gewährung des Ruhegeldes, daß die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft aufrechterhalten ist.

Die Hinterbliebenenrente setzt voraus, daß der Verstorbene zur Zeit seines Todes die Wartezeit für die Hinterbliebenenrente erfüllt hat, und daß die Anwartschaft aufrechterhalten ist. Als Bezugsberechtigte kommen die Witwe des Hinterbliebenen und die Waisen unter folgenden näheren Voraussetzungen in Frage (§§ 32 ff. des ABG.):

Witwenrente erhält die Witwe nach dem Tode des versicherten Mannes. Im Gegensatz zur Invalidenversicherung kommt es nicht darauf an, ob sie selbst noch erwerbsfähig ist. Mit Ablauf des Monats, in dem die Witwe wieder heiratet, fällt die Witwenrente weg. Die Witwe wird

aber mit dem Betrag ihrer Jahresrente abgefunden, wenn dies innerhalb eines Jahres nach der Wiederverheiratung beantragt wird.

Der Witwer einer verstorbenen Versicherten erhält Witwerrente, wenn er erwerbsunfähig und bedürftig ist, und wenn die Ehefrau den Lebensunterhalt der Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienst bestritten hatte (§ 34 ABG.).

Waisenrente erhalten bei dem Tode des versicherten Vaters seine ehelichen Kinder unter 18 Jahren, auch wenn die Mutter noch lebt. Nach dem Tode der versicherten Mutter erhalten Waisenrente deren uneheliche Kinder stets, die ehelichen nur dann, wenn der Vater ebenfalls schon tot oder verschollen ist, oder wenn er zwar noch lebt, sich aber ohne gesetzlichen Grund von der häuslichen Gemeinschaft ferngehalten und seiner Unterhaltspflicht entzogen hat, oder wenn er erwerbsunfähig ist und die Mutter ganz oder überwiegend den Lebensunterhalt der Familie aus ihrem Arbeitsverdienst bestritten hatte. Bedürftigkeit ist nicht erforderlich. Den ehelichen Kindern sind gleichgestellt die für ehelich erklärten, die an Kindes Statt angenommenen Kinder, die Stiefkinder und die Enkel, die der Verstorbene unmittelbar vor seinem Tode mindestens ein Jahr lang unentgeltlich unterhalten oder für die er Kinderzuschuß erhalten hat, und endlich uneheliche Kinder, bei denen die Vaterschaft festgestellt ist. Treffen die Voraussetzungen für mehrere Waisenrenten zusammen, so wird die Waisenrente nur einmal gewährt, und zwar zum höchsten Betrag.

Alle diese Rentenleistungen bestehen aus zwei Teilen, einem festen Grundbetrag und einem Steigerungsbetrag. Der gesamte Betrag wird durch Beiträge aufgebracht; Reichszuschuß wird anders als in der Invalidenversicherung nicht gewährt. Der Grundbetrag beträgt für das Ruhegeld in allen Gehaltsklassen 360 Goldmark. Als Steigerungsbetrag werden beim Ruhegeld 10 v. H. der Beiträge gewährt, die für die Zeit seit dem 1. Januar 1924 gültig entrichtet worden sind. Dazu kommt noch bei Wanderversicherten als Ergänzung der Steigerungsbetrag der Invalidenversicherung aus anrechnungsfähigen Beitragswochen dieser Versicherung. Hat der Wanderversicherte nach Festsetzung des Ruhegeldes noch Beiträge zur Invalidenversicherung entrichtet und wird er dann invalide, so hat die Reichsversicherungsanstalt sein Ruhegeld durch einen Nachtragsbescheid zu ergänzen.

Eine Erhöhung des Ruhegeldes in Gestalt eines Kinderzuschusses wird gewährt, wenn der Ruhegeldempfänger eheliche Kinder unter 18 Jahren hat. Der Kinderzuschuß beträgt für jedes solche Kind jährlich 36 Goldmark. Den ehelichen Kindern werden hierbei gleichgestellt: die für ehelich erklärten, ferner die an Kindes Statt angenommenen Kinder, wenn sie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit angenommen sind, ferner die Stiefkinder und Enkel, wenn sie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit von dem Ruhegeldempfänger unentgeltlich unterhalten worden sind, und endlich die unehelichen Kinder, wenn die Vaterschaft des Ruhegeldempfängers festgestellt worden ist. Für uneheliche Kinder, die das 16. Lebensjahr

vollendet haben, sowie für Stiefkinder und Enkel wird aber der Kinderzuschuß nur gewährt, solange sie von dem Ruhegeldempfänger unterhalten worden sind.

Die Witwenrente und Witwerrente betragen $\frac{6}{10}$ und die Waisenrente für jede Waise $\frac{5}{10}$ des Ruhegeldes, das rechnerisch ohne Kinderzuschuß sich ergibt.

Bei der Zahlung werden alle Renten auf volle Goldpfennig aufgerundet. Die Zahlung erfolgt monatlich im voraus mit den im Postverkehr üblichen Zahlungsmitteln. In gewissen Fällen werden aber die einzelnen Raten nicht tatsächlich ausbezahlt. Das Gesetz bezeichnet dies als *Ruhen der Rente*. Ein solches *Ruhen* tritt z. B. ein, solange der Berechtigte eine Freiheitsstrafe von mehr als einem Monat verbüßt oder in einem Arbeitshaus oder einer Besserungsanstalt untergebracht ist. Hat er im Inlande Angehörige, die er ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat, so wird diesen das Ruhegeld überwiesen. Ferner ruht die Rente, solange sich der berechtigte Inländer im Auslande aufhält und es schuldhaft unterläßt, der Reichsversicherungsanstalt seinen Aufenthaltsort mitzuteilen. Treffen, abgesehen von den besonders geregelten Fällen der Wanderversicherung und der Waisenrenten, die Voraussetzungen für mehrere Renten aus der Angestelltenversicherung zusammen, oder tritt neben den Anspruch auf eine Rente aus der Angestelltenversicherung der Anspruch auf eine Rente aus der Invalidenversicherung, so erhält der Berechtigte die höchste Rente und von der anderen ohne Kinderzuschuß die Hälfte als Zusatzrente (§ 78 ABG.); damit sind die §§ 73, 74 des früheren Gesetzes grundlegend geändert. Insbesondere wird jetzt die Höhe des Rentenbezugs nicht mehr durch Arbeitseinkünfte beeinträchtigt

Einen Anspruch auf Rückerstattung zu Recht entrichteter Beiträge sieht das Gesetz in zwei Fällen bei weiblichen Versicherten vor. Wenn eine Versicherte nach Ablauf der Wartezeit für das Ruhegeld heiratet und binnen 3 Jahren nach der Verheiratung aus der Versicherungspflicht ausscheidet, so hat sie einen Anspruch auf Rückerstattung der Hälfte derjenigen Beiträge, die für sie für die Zeit ab 1. Januar 1924 bis zu dem Ausscheiden geleistet sind. Der Anspruch muß binnen 3 Jahren nach der Verheiratung geltend gemacht werden (§ 62 ABG.). Ferner haben die Hinterbliebenen einer Versicherten, die nach Ablauf der Wartezeit für das Ruhegeld vor dem Eintritt in den Genuß eines Ruhegeldes stirbt, ohne daß Anspruch auf Hinterbliebenenrente besteht, ein Recht auf Rückerstattung der Hälfte derjenigen Beiträge, die für die Zeit ab 1. Januar 1924 bis zum Tode der Versicherten entrichtet worden sind. Der Anspruch verfällt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres, gerechnet vom Tode der Versicherten, geltend gemacht wird (§ 61 ABG.). In einer gewissen Übergangszeit haben die Hinterbliebenen sowohl von männlichen als auch weiblichen Versicherten einen Rückerstattungsanspruch. Wenn nämlich der Versicherungsfall innerhalb der ersten 15 Jahre nach dem 1. Januar 1913 eintritt, ohne daß ein Anspruch auf Leistungen

der Angestelltenversicherung oder Invalidenversicherung geltend gemacht werden kann, so haben bei dem Tode des Versicherten die Witwe oder der Witwer oder mangels solcher die hinterlassenen Kinder unter 18 Jahren einen Anspruch auf $\frac{4}{10}$ derjenigen Beiträge, die für die Zeit seit dem 1. Januar 1924 entrichtet sind. Der Anspruch verfällt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Versicherten geltend gemacht wird (§ 385 ABG.).

Außer den eben erwähnten gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtleistungen kann die Reichsversicherungsanstalt auch gewisse freiwillige Leistungen übernehmen. Hierher gehört zunächst das Heilverfahren. Sie kann ein Heilverfahren bewilligen, um die infolge einer Erkrankung drohende Berufsunfähigkeit eines Versicherten abzuwenden, soweit nicht bereits ein Heilverfahren durch einen Träger der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung eingeleitet ist. Sie kann ferner ein Heilverfahren einleiten, wenn zu erwarten ist, daß der Empfänger eines Ruhegeldes dadurch wieder berufsfähig wird. Ein Rechtsanspruch hierauf besteht nicht. Dieser Zweig ist von der Reichsversicherungsanstalt besonders umfassend ausgebildet worden (§ 41 ff. ABG.). Sie macht auf diesem Rechtsboden auch erhebliche Aufwendungen für allgemeine Maßnahmen, die dem Eintritt vorzeitiger Berufsunfähigkeit der Bevölkerung entgegenwirken und die allgemeinen gesundheitlichen Verhältnisse heben sollen, z. B. Tuberkulosebekämpfung, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Zu den freiwilligen Leistungen gehört ferner, daß die Reichsversicherungsanstalt einen Rentenempfänger auf Antrag in einem Invaliden- oder Waisenhaus oder einer ähnlichen Anstalt unterbringen und dazu die Barbezüge der Rente ganz oder teilweise verwenden kann. Sie kann endlich Trunkfächtigen, die nicht entmündigt sind, statt der baren Rente ganz oder teilweise Ersatzleistungen gewähren (§§ 50 ff. ABG.).

Die Mittel für alle diese Leistungen werden ausschließlich von den Arbeitgebern und den Versicherten aufgebracht. Das Reich leistet keinerlei Zuschuß.

Die Beiträge waren früher nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren berechnet. Sie waren demnach so hoch bemessen, daß aus den Zinsen des angesammelten Kapitalstocks die Ausgaben gedeckt werden konnten. Heute sind sie statt dessen nach dem Umlageverfahren berechnet. Für die Erhebung der Beiträge bestehen fünf Gehaltsklassen, die nach der Höhe des monatlichen Arbeitsverdienstes (früher nach dem Jahresarbeitsverdienst) abgestuft sind, nämlich Klasse A bis zu 50 Goldmark, Klasse B von mehr als 50 bis zu 100 Goldmark, Klasse C von mehr als 100 bis 200 Goldmark, Klasse D von mehr als 200 bis 300 Goldmark, Klasse E von mehr als 300 Goldmark. Die Beiträge werden in diesen Gehaltsklassen monatlich entrichtet, und zwar beträgt der Monatsbeitrag in Gehaltsklasse A 1,50 Goldmark, B 3 Goldmark, C 6, D 9, E 12 Goldmark. Der Reichsarbeitsminister kann anordnen, daß Beiträge unter oder über einer bestimmten Gehaltsklasse nicht entrichtet werden dürfen (Sperrung

von Gehaltsklassen). Er kann auch neue Gehaltsklassen anfügen und in diesem Fall die Beiträge für die neuen Gehaltsklassen festsetzen. Zur Nachprüfung der Beiträge stellt die Reichsversicherungsanstalt in fünfjährigen Zeitabschnitten eine versicherungstechnische Bilanz auf. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Reichstag mitzuteilen (§§ 172, 173 ABG).

Die Beiträge werden je zur Hälfte von den Arbeitgebern und den Versicherungspflichtigen getragen (§ 168 ABG.). In derselben Weise wird der Beitrag verteilt, wenn versicherungsfreie Personen während einer vorübergehenden oder einer nur mit Barbezügen entlohnten Beschäftigung freiwillig sich versichern (§ 186 ABG.). Im übrigen haben freiwillig Versicherte ihre Beiträge allein zu tragen.

Die Beitragsentrichtung erfolgte früher durch Einzahlung der Beiträge im Postweg an die Reichsversicherungsanstalt. Sie wurden dort in Versicherungskonten verbucht. Dieses sogenannte Kontensystem ist durch die neuere Gesetzgebung wieder abgeschafft worden, da es einen sehr erheblichen Verwaltungsaufwand verursacht hatte. Stattdessen ist das Markensystem nach dem Muster der Invalidenversicherung eingeführt worden. Die Beiträge werden jetzt durch Einkleben von Marken entrichtet. Die Marken werden von der Post ausgegeben. Sie werden in eine Versicherungskarte eingeklebt, die der Versicherte sich ausstellen lassen muß. Binnen 3 Jahren nach dem Ausstellungstag soll die Versicherungskarte umgetauscht werden. Sie darf nur die gesetzlich vorgeschriebenen Angaben enthalten und sonst keine Merkmale tragen; vor allem darf sie nichts über Führung oder Leistungen des Inhabers ergeben; nur ein Vermerk des Wahlvorstandes über die Ausübung der Wahl ist für zulässig erklärt (§§ 176 ff. ABG.).

Das Einkleben erfolgt regelmäßig durch den Arbeitgeber. Er hat zu diesem Zweck die Marken auf seine Kosten sich zu beschaffen. Der Versicherungspflichtige muß sich aber bei der Gehaltszahlung die Hälfte des Beitrags und, wenn er über die gesetzliche Gehaltsklasse hinaus versichert, ohne die Höhe der Gehaltsklasse mit dem Arbeitgeber vereinbart zu haben, auch den Mehrbetrag vom Gehalt abziehen lassen. Der Arbeitgeber darf nur auf diesem Wege den Beitragsanteil des Versicherten wieder einziehen, auch wenn der Versicherte inzwischen wieder bei ihm ausgeschieden ist. Auch der Versicherte selbst kann die vollen Beiträge entrichten. In diesem Fall hat der Arbeitgeber ihm die Hälfte zu erstatten. Besonders geregelt ist die Beitragsentrichtung für Teilbeschäftigte. Das Gesetz versteht darunter Versicherungspflichtige, die einen Teil des Monats bei einem Arbeitgeber oder die bei mehreren Arbeitgebern im Kalendermonat beschäftigt sind. Sie haben selbst die Pflichten der Arbeitgeber zu erfüllen und können dafür bei der Gehaltszahlung von jedem Arbeitgeber einen verhältnismäßigen Anteil der Arbeitgeberhälfte des Beitrags als dessen Beitragsteil verlangen. Dasselbe gilt auch für selbständige Lehrer und Erzieher (§§ 176 ff. ABG.).

Statt dieses regelmäßigen Beitragsverfahrens kann der Reichsarbeitsminister nach Anhören der Reichsversicherungsanstalt mit Zustimmung des Reichsrats das Einzugsverfahren einführen (§ 192 ABG). Hiervon ist jedoch nicht Gebrauch gemacht.

Das Vermögen, das die Reichsversicherungsanstalt auf diese Weise ansammelt, darf nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Zwecke verwendet werden. Es muß verzinslich und, soweit möglich, auch wertbeständig angelegt werden. Die verschiedenen Möglichkeiten, die für die Anlage zugelassen sind, sind vom Gesetz einzeln aufgezählt (§ 205 ABG.) Insbesondere kommen in Betracht verbrieft Forderungen gegen das Reich, ein Land oder die Kreditanstalt des Reichs oder eines Landes und Forderungen, für die eine sichere Hypothek an einem inländischen Grundstück besteht. Das Vermögen kann auch angelegt werden in inländischen Grundstücken, in Darlehen für gemeinnützige Zwecke oder in Beteiligung an Unternehmen für solche Zwecke. Der Reichsarbeitsminister kann gestatten, daß zeitweilig verfügbare Bestände in anderer Weise angelegt werden. Die Errichtung von Gebäuden bedarf der Genehmigung des Reichsarbeitsministers. Er kann aber bestimmen, bis zu welchen Beträgen es dieser Genehmigung nicht bedarf. Die Reichsregierung bestimmt den Betrag, bis zu dem das Vermögen in verbrieften Forderungen gegen das Reich oder ein Land oder gegen eine Kreditanstalt des Reichs oder eines Landes sowie in Forderungen, die in das Schuldbuch des Reiches oder eines Landes eingetragen sind, anzulegen ist. Dieser Betrag darf jedoch 25 v. H. des gesamten Vermögens der Reichsversicherungsanstalt nicht übersteigen (§ 211 ABG.).

Die Durchführung der Angestelltenversicherung liegt grundsätzlich einem einzigen Versicherungsträger, nämlich der in Berlin-Wilmersdorf errichteten Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ob. Daneben bestehen noch zugelassene Ersatzkassen und der ReichsKnappschaftsverein mit seiner Abteilung für Angestelltenversicherung. Die Reichsversicherungsanstalt ist rechtsfähig und hat die Eigenschaft einer öffentlichen Behörde. Sie steht unter der Aufsicht des Reichsarbeitsministers. Ihre Organe sind: das Direktorium, der Verwaltungsrat und die Vertrauensmänner.

Das Direktorium vertritt die Reichsversicherungsanstalt gerichtlich und außergerichtlich und hat die Stellung eines gesetzlichen Vertreters. Es führt die laufende Verwaltung, soweit nicht hierbei der Verwaltungsrat mitwirkt. Zusammengesetzt ist das Direktorium aus einem Präsidenten, seinem Stellvertreter und weiteren beamteten Mitgliedern sowie aus je 3 Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber, die das Gesetz als ehrenamtliche Mitglieder bezeichnet. Die Zahl der ehrenamtlichen Mitglieder muß größer sein als die der beamteten. Früher hatte das Gesetz das Umgekehrte vorgeschrieben. Im Zusammenhang damit steht es, daß bei den Sitzungen des Direktoriums, wenn nicht sämtliche ehrenamtlichen Mitglieder erschienen sind, bei der Abstimmung so viel beamtete Mitglieder ausscheiden müssen, bis die ehrenamtlichen in der Mehrzahl sind. Die Ge-

Schäftsführung ist durch eine Geschäftsordnung geregelt, die der Verwaltungsrat im Einvernehmen mit dem Direktorium und unter Zustimmung des Reichsarbeitsministers erläßt. Früher wurde sie von der Aufsichtsbehörde mit Zustimmung des Direktoriums erlassen. Der Präsident und die beamteten Direktoriumsmitglieder werden nach Vorschlag des Reichsrates und nach Anhörung des Verwaltungsrats vom Reichspräsidenten auf Lebenszeit ernannt. Bei der Ernennung der beamteten Direktoriumsmitglieder kann für die ersten 3 Jahre der Dienstzeit der Widerruf vorbehalten werden. Der Präsident und die übrigen beamteten Direktoriumsmitglieder sowie die sonstigen planmäßigen Beamten des höheren Dienstes, die ebenfalls nach Anhörung des Verwaltungsrates und nach Vorschlag des Reichsrates vom Reichspräsidenten auf Lebenszeit ernannt werden, haben die Rechte und Pflichten der Reichsbeamten. Die übrigen Beamten und die Angestellten werden vom Direktorium angestellt. Für sie erläßt das Direktorium im Einverständnis mit dem Verwaltungsrat eine Dienstordnung. Die ehrenamtlichen Mitglieder des Direktoriums wählt der Verwaltungsrat auf 6 Jahre.

Die Stellung des Verwaltungsrats ist nach neuem Recht erheblich gestärkt. Ihm sind besonders wichtige Angelegenheiten übertragen. Er beschließt z. B. über die Festsetzung des Voranschlags mit Ausnahme desjenigen der Beamten des höheren Dienstes. Er nimmt den Rechnungsabluß und die Bilanz ab und hat das Recht zur Prüfung der Einnahmen und Ausgaben und der Belege. Der Verwaltungsrat besteht aus dem Präsidenten des Direktoriums oder seinem Stellvertreter als Vorsitzenden und mindestens je 12 Vertretern der Versicherten und ihrer Arbeitgeber. Die Geschäftsführung ist durch eine Geschäftsordnung geregelt, die der Verwaltungsrat unter Zustimmung des Reichsarbeitsministers erläßt.

Die Vertrauensmänner sind die ehrenamtlichen Außenorgane. Sie wählen den Verwaltungsrat und die Beisitzer zu den Spruchbehörden der Angestelltenversicherung. Sie können ferner von der Reichsversicherungsanstalt und vom Versicherungsamt Aufträge zu deren Unterstützung erhalten.

Die Aufsicht über die Reichsversicherungsanstalt führt der Reichsarbeitsminister.

V. Verfahren.

Die Reichsversicherungsordnung unterscheidet für das Verfahren 3 verschiedene Arten von Sachen.

1. Angelegenheiten, welche die Gewährung oder Ablehnung einer Leistung betreffen, werden im Feststellungsverfahren erledigt.

2. Sachen, in denen es sich zwar nicht um die Gewährung oder Ablehnung einer Leistung handelt, die aber nach besonderer Vorschrift des Gesetzes im Spruchverfahren zu erledigen sind („andere Spruchsachen“), vor allem Streitigkeiten über Ersatz- und Erstattungsansprüche, werden in einem dem Feststellungsverfahren ähnlichen Verfahren bearbeitet.

3. Alle übrigen Sachen, vor allem Streitigkeiten verwaltungsgerichtlicher Art, z. B. Kataster-, Beitrags-(Prämien-), Strafbeschwerden usw.,

werden im Beschlußverfahren entschieden. Soweit das Gesetz ein Spruchverfahren nicht ausdrücklich vorschreibt, ergehen die Entscheidungen im Beschlußverfahren (§ 1780).

Das Angestelltenversicherungsgesetz weist dem Spruchverfahren die Feststellung von Leistungen, dem Beschlußverfahren alle anderen Entscheidungen zu (§ 286 ABG.).

Die Feststellung obliegt in der Unfallversicherung, in der Invaliden- und in der Angestelltenversicherung zunächst den Versicherungsträgern und erst, wenn gegen ihren „Bescheid“ ein Rechtsmittel eingelegt wird, den Versicherungsbehörden, in der Krankenversicherung dagegen, sofern ein Streit entsteht, ausschließlich den Versicherungsbehörden. Die Leistungen werden auf dem Gebiete der Unfallversicherung von Amts wegen, im übrigen nur auf Antrag festgestellt. Ist die Feststellung von Amts wegen unterblieben, so muß der Anspruch zur Vermeidung des Ausschlusses im allgemeinen spätestens innerhalb zweier Jahre angemeldet werden. Die Frist beginnt für den Verletzten mit dem Unfall, für die Hinterbliebenen mit dem Tode des Verletzten (§§ 1545 ff.).

Die Feststellung durch die Versicherungsträger geschieht in der Unfallversicherung in folgender Weise (§§ 1552 ff.):

Wird eine in einem Betriebe beschäftigte Person durch einen Betriebsunfall getötet oder so verletzt, daß sie mehr als 3 Tage völlig oder teilweise arbeitsunfähig wird, so hat der Betriebsunternehmer dies der Ortspolizeibehörde und dem Versicherungsträger anzuzeigen. Die Ortspolizeibehörde untersucht den Unfall und übersendet die Verhandlungen dem Versicherungsträger. Dieser ergänzt erforderlichenfalls die polizeilichen Ermittlungen, insbesondere durch Einforderung eines ärztlichen Gutachtens darüber, ob und in welchem Grade der Verletzte in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist und ob die Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist. Er fordert ferner von dem Unternehmer eine Nachweisung des Entgelts ein, der für die Berechnung der Unfallentschädigung maßgebend ist. Auf Grund dieser Ermittlungen erteilt der Versicherungsträger dem Berechtigten einen mit Gründen zu versehenen Bescheid, worin er entweder eine Entschädigung in bestimmter Höhe festsetzt oder die Entschädigung ablehnt. Bei der Beschlußfassung über den Bescheid ist mindestens ein Versicherter zu beteiligen.

Der Bescheid wird rechtskräftig, wenn er nicht binnen 1 Monat durch Berufung angefochten wird. Wegen Änderung der Verhältnisse, insbesondere Besserung oder Verschlimmerung der Unfallfolgen, kann jedoch sowohl der Verletzte als der Versicherungsträger eine neue Feststellung herbeiführen. Hierbei ist zwischen Dauerrenten und vorläufigen Renten zu unterscheiden. Dauerrenten sind festzustellen, wenn in dem Zustand des Berechtigten eine Beharrung eingetreten ist, spätestens 2 Jahre nach dem Unfall. Ist eine Dauerrente festgestellt, oder sind ohne Feststellung einer solchen 2 Jahre seit dem Unfall vergangen, so darf eine neue Feststellung nur in Zwischenräumen von je 1 Jahre stattfinden. Solange da-

gegen nur eine vorläufige Rente gewährt wird, spätestens aber bis zum Ablauf von 2 Jahren seit dem Unfall, darf eine neue Feststellung jederzeit vorgenommen werden.

In der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (§§ 1613 ff.) ist der Antrag auf die Leistungen unter Beifügung der erforderlichen Beweisstücke (letzte Quittungskarte, Bescheinigung der Invalidität u. a.) an das Versicherungsamt oder die Versicherungsanstalt zu richten. Die Versicherungsanstalt (bisher der Vorsitzende des Versicherungsamts) stellt die zur Aufklärung des Sachverhalts erforderlichen Ermittlungen an. Sie kann die Sache zur Begutachtung an das Versicherungsamt abgeben; auf Antrag des Antragstellers muß sie es tun. Das Gutachten erstattet der Vorsitzende des Versicherungsamts, und zwar, wenn es eine der Parteien beantragt, auf Grund mündlicher Verhandlung. Über den Anspruch erteilt der Versicherungsträger dem Berechtigten einen mit Gründen zu versehenen Bescheid, in dem er entweder eine Leistung in bestimmter Höhe festsetzt oder eine Leistung ablehnt. Soll die Rente wegen Wegfalls der gesetzlichen Voraussetzungen wieder entzogen werden, findet ein im wesentlichen gleiches Verfahren statt.

In der Angestelltenversicherung ist das Verfahren jetzt ebenso wie in der Invalidenversicherung mit der Maßgabe, daß hier die Festsetzung zentral durch die Reichsversicherungsanstalt als einzigem Versicherungsträger erfolgt (§§ 214 ff. ABG.). Früher lag die Festsetzung in der Hand des ehemaligen Rentenausschusses.

Die Feststellung durch die Versicherungsbehörden geschieht im Spruchverfahren. Das Spruchverfahren ist dem Zivilprozeß ähnlich, jedoch weniger förmlich gestaltet und den besonderen Bedürfnissen der Arbeiterversicherung angepaßt. Vor allem wird der Sachverhalt von Amts wegen ermittelt, das Verfahren von Amts wegen betrieben, und die Behörden sind an keinerlei Beweisregeln gebunden.

Die Versicherungsämter entscheiden lediglich in Sachen der Krankenversicherung. Wird ein Antrag gestellt, so bereitet der Vorsitzende die Sache vor und klärt den Sachverhalt auf. Regelmäßig entscheidet der Spruchauschuß, und zwar auf Grund einer öffentlichen mündlichen Verhandlung. Die Parteien können ihre Sache selbst führen oder sich durch Bevollmächtigte vertreten lassen. Ein Versäumnisverfahren findet nicht statt. Der Sachverhalt wird vielmehr in allen Fällen von Amts wegen ermittelt. An die Verhandlung schließt sich die geheime Beratung und Abstimmung der Richter an. Das Urteil wird öffentlich verkündet (§§ 1636 ff.).

Die Oberversicherungsämter entscheiden über das Rechtsmittel der Berufung gegen die Urteile der Versicherungsämter in Sachen der Krankenversicherung sowie gegen die Bescheide der Versicherungsträger der Unfallversicherung und der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wie auch der Angestelltenversicherung. Das Verfahren ist im wesentlichen das gleiche wie vor dem Versicherungsamte. Die Ent-

scheidung steht den Spruchkammern zu. Will das Oberversicherungsamt in einem Falle, in dem es endgültig entscheidet, weil ein Rechtsmittel gegen die Entscheidung nicht zulässig ist, von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts abweichen oder handelt es sich in einem solchen Falle um die noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung, so entscheidet das Oberversicherungsamt nicht selbst, sondern hat die Sache unter Begründung seiner Rechtsauffassung an das Reichsversicherungsamt abzugeben (§§ 1675 ff. RVD., §§ 252 ff. UVG.).

Das Reichsversicherungsamt entscheidet über die Rechtsmittel der Revision und des Rekurses gegen die Urteile der Oberversicherungsämter. Die Revision findet in Sachen der Krankenversicherung, der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sowie der Angestelltenversicherung statt. Sie kann nur darauf gestützt werden, daß das angefochtene Urteil auf der Nichtanwendung oder auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechtes oder auf einem Verstoße wider den klaren Inhalt der Akten beruht, oder daß das Verfahren an wesentlichen Mängeln leidet. Der Rekurs ist in Sachen der Unfallversicherung gegeben. Er kann auch auf die Behauptung unrichtiger Beurteilung des Sachverhalts gestützt werden. In gewissen Sachen, namentlich wenn es sich um vorübergehende oder geringfügige Leistungen oder um die Kosten des Verfahrens handelt, ist sowohl die Revision wie der Rekurs ausgeschlossen. Der Rekurs ist insbesondere unzulässig bei der Neufeststellung von Dauerrenten wegen Änderung der Verhältnisse und endlich, soweit der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit streitig ist.

Das Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt ist im wesentlichen das gleiche wie vor den Vorinstanzen. Die Entscheidung steht den Spruchsenaten zu, von denen jedoch auf Anordnung des Vorsitzenden neuerdings auch ohne mündliche Verhandlung, also ohne Benachrichtigung der Parteien von dem Verhandlungstermin, entschieden werden kann. Um die Einheitlichkeit der Rechtsprechung zu sichern, muß jede Sache, in der ein Senat des Reichsversicherungsamts in einer grundsätzlichen Rechtsfrage von der Entscheidung eines andern Senats abweichen will, an den beim Reichsversicherungsamte gebildeten „Großen Senat“ zur Entscheidung verwiesen werden. Entsprechendes gilt, wenn ein Senat eines Landesversicherungsamts in einer grundsätzlichen Rechtsfrage von einer amtlich veröffentlichten Entscheidung des Reichsversicherungsamts abweichen will. Der Große Senat des Reichsversicherungsamts besteht regelmäßig aus 11 Mitgliedern, nämlich dem Präsidenten des Reichsversicherungsamts oder seinem Vertreter, 2 vom Reichsrate gewählten Mitgliedern, 2 ständigen Mitgliedern des Reichsversicherungsamts, 2 richterlichen Beamten, 2 Arbeitgebern und 2 Versicherten. Hat er über eine von einem Landesversicherungsamt überwiesene Sache zu entscheiden, so wird er noch durch 2 Mitglieder der Landesversicherungsämter verstärkt (§§ 101, 1694 ff. RVD., §§ 270 ff. UVG.).

Ein beschleunigtes, dem Rekursverfahren im wesentlichen gleichgestaltetes Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt als erster und letzter Instanz findet statt, wenn mehrere Versicherungsträger der Unfallversicherung darüber streiten, wer von ihnen einen Unfall zu entschädigen hat, oder wie die Entschädigungslast zu verteilen ist, falls ein Unfall bei einer Beschäftigung für mehrere Betriebe oder Tätigkeiten sich ereignet hat, die bei verschiedenen Versicherungsträgern versichert sind (§§ 1735 ff.).

Gegen rechtskräftige Urteile aller Versicherungsbehörden ist bei gewissen groben Mängeln oder schweren Verstößen gegen das Verfahren eine Wiederaufnahme des Verfahrens zulässig, in der die angefochtene Entscheidung aufgehoben und durch eine andere ersetzt werden kann. Unter denselben Voraussetzungen ist ein gleiches Verfahren auch gegen rechtskräftige Bescheide der Versicherungsträger gegeben (§§ 1722 ff., 1744 RVD., §§ 295 ff., 307 UWG.).

Die anderen Spruchssachen (§. 44) werden regelmäßig zunächst von dem Spruchauschusse des Versicherungsamts, sodann im Wege des Rechtszugs von der Spruchkammer des Oberversicherungsamts und dem Spruchsenate des Reichsversicherungsamts entschieden. Gegen die Urteile der Spruchkammern findet in der Regel die Revision statt (§§ 1771 ff.).

Die Beschlusssachen werden in der Arbeiterversicherung regelmäßig von den Vorsitzenden oder einzelnen Mitgliedern der Versicherungsbehörden bearbeitet. Ein Verfahren vor Abteilungen dieser Behörden (Beschlussauschuß, Beschluskammer, Beschlusssenat) findet nur in einzelnen gesetzlich bestimmten Fällen sowie dann statt, wenn der Vorsitzende einer Beschluskammer oder eines Beschlusssenats Sachen, in denen es sich um Fragen von grundsätzlicher Bedeutung handelt, an die Kammer oder den Senat überweist. Eine solche Überweisung kann bei Meinungsverschiedenheit auch ein Mitglied der Behörde herbeiführen (§ 1781). In der Angestelltenversicherung entscheidet in denjenigen Beschlusssachen, in denen mündliche Verhandlung stattfindet oder in denen in der Vorinstanz der Beschlussauschuß oder die Beschluskammer entschieden hat, das Kollegium. Andernfalls kann der Vorsitzende allein entscheiden (§ 288 UWG.).

Das Verfahren unterscheidet sich dadurch vom Spruchverfahren, daß eine mündliche Verhandlung nur auf Anordnung des Vorsitzenden, in der Angestelltenversicherung auch auf Antrag einer Partei stattfindet, und daß die Verhandlungen nicht öffentlich sind. Dagegen gelten für Klarstellung des Sachverhalts und Erhebung des Beweises dieselben Vorschriften wie für das Spruchverfahren (§§ 1789, 1790 RVD., § 288 UWG.).

Die Rechtsmittel des Beschlusverfahrens sind die Beschwerde und die weitere Beschwerde, abgesehen von der Angestelltenversicherung, die nur die Beschwerde zuläßt (§ 294 UWG.). Die auf weitere Beschwerde erlassenen Entscheidungen der Oberversicherungsämter sind endgültig. Will jedoch das Oberversicherungsamt in einem Falle, in dem es endgültig zu entscheiden hätte, von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen

Entscheidung des Reichsversicherungsamts abweichen oder handelt es sich in einem solchen Falle um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung, so entscheidet das Oberversicherungsamt nicht selbst, sondern hat die Sache unter Begründung seiner Rechtsauffassung an das Reichsversicherungsamt abzugeben (§§ 1791 ff.).

Das Verfahren ist regelmäßig kostenfrei. Jedoch haben die Versicherungsträger der Arbeiterversicherung nach der Zahl der Spruchsachen, an denen sie bei den Oberversicherungsämtern und dem Reichsversicherungsamt beteiligt sind, Pauschbeträge oder Gebühren zu zahlen, während in der Angestelltenversicherung die Reichsversicherungsanstalt ohne weiteres die gesamten Kosten der Spruchbehörden nach bestimmten Grundsätzen trägt (§§ 145, 156, 167 ABG.) und nur bei Beteiligung von Ersatzzassen diese einen Beitrag zu den Kosten des Feststellungsverfahrens zu leisten haben (§ 371 Abs. 2 ABG.). Auch kann das Reichsversicherungsamt in Beschlussachen der unterliegenden Partei eine Gebühr auferlegen. Endlich können in allen Sachen einem Beteiligten solche Kosten ganz oder teilweise auferlegt werden, die er durch Mutwillen, Verschleppung oder Irreführung veranlaßt hat (§§ 80, 1802, 1803).

Außergerichtliche Kosten, z. B. für Anfertigung von Schriftsätzen, Postgeld, Reisekosten zum Termine, hat die unterliegende Partei der anderen insoweit zu erstatten, als es nach Lage der Sache angemessen ist. Hierüber wird von Amts wegen entschieden (§ 1670).

Bedeutung der Sozialversicherung für die Allgemeinheit.

Wesen und Entwicklung eines Kulturvolkes spiegeln sich in seiner Sozialpolitik wider. Bewegt sie sich nicht in gesunden Bahnen, so verkümmern wertvolle geistige oder wirtschaftliche Kräfte. Einen bedeutenden Teil jeder Sozialpolitik bildet die Sozialversicherung. In ihr findet der Lohn des Arbeiters einen sozialen Ausgleich gegenüber dem Gewinn des Unternehmers; indem sie dem Einzelnen einen Schutz gegen gewisse Wechselfälle des Lebens bietet, dient sie damit zugleich allgemein der Hebung der Volkskraft und der Volksgesundheit. Ihre Aufgaben wie ihre Wirkungen zeigen deshalb ein doppeltes Bild; auf der einen Seite ist sie berufen, die Gefahren, die das Leben allgemein in Krankheit, Schwäche, Unfall bedrohen, nach Möglichkeit abzuwenden oder zu verringern, auf der anderen soll sie dem einzelnen von der Gefahr Betroffenen die notwendige wirtschaftliche Hilfe und Erleichterung bringen. Die Wirkungen der Sozialversicherung bei Durchführung dieser Aufgaben greifen tief in die Lebensverhältnisse des Einzelnen und seiner Familie wie des Volksganzen ein.

Ihrem Wesen nach ist eine umfassende Sozialversicherung auf gleichmäßige friedliche Zustände berechnet. In der deutschen Sozialversicherung war jedenfalls der Eintritt eines Krieges nicht bedacht; der Reichs-

versicherungsendnung fehlte es hierfür an bestimmten Vorschriften. Dennoch haben die Versicherungsträger den mannigfachen gesteigerten Anforderungen, die der Weltkrieg und seine Nachwirkungen an sie stellten, aus eigener Kraft genügen können. Sie standen auf festem Boden; die Selbstverwaltung gab ihnen Raum und Bewegungsfreiheit genug, um sich auch veränderten Verhältnissen anzupassen. Das Verständnis dafür, daß die Sozialversicherung ebenso den Geboten sittlicher Gerechtigkeit wie der wirtschaftlichen Notwendigkeit entspricht, hatte in weiten Kreisen Eingang gefunden. Darum führten auch die Umwälzungen in der Regierungsform des Reiches und der Länder kaum zu ernstern Versuchen, den Aufbau der Versicherungsgesetzgebung grundlegend umzugestalten. Im Artikel 161 der neugeschaffenen Reichsverfassung ist die Versicherung ausdrücklich als Aufgabe des Reiches anerkannt. Hiermit hat die Verfassung selbst den vereinzelt aufgetretenen Bestrebungen, die deutsche Sozialversicherung durch eine allgemeine Staatsbürgerversorgung zu ersetzen, den Boden entzogen. Die Reichsverfassung verlangt diese Versicherung „unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten“. Eine solche Mitwirkung bringt die Versicherten, wie überhaupt die gesamte Sozialversicherung zu einer sozialpolitischen Schule für die Nation geworden ist, in enge Fühlung mit den Unternehmern und den beteiligten Beamten. Dies trägt zum Ausgleich von Gegensätzen bei und wirkt versöhnend. Die Arbeit in der Rechtspredung und Verwaltung der Versicherung gibt den Arbeitern Verständnis für die Verwaltung eigener und fremder Geschäfte. Sie werden mit dem Gedanken einer Fürsorge für Zeiten der Not vertraut und auf vernünftige Selbsthilfe durch Sparsamkeit und Vorsicht verwiesen.

Sehr schwere Zeiten kamen für die Sozialversicherung mit der fortschreitenden Geldentwertung, ihre Arbeiten und insbesondere ihre Leistungen wurden hart davon betroffen, zumal da zugleich die Besetzung der deutschen Rheinlande und der Einbruch der Franzosen und Belgier in das Ruhrgebiet die Einheit der deutschen Volkswirtschaft wie den gesamten Wirtschaftsorganismus stark gefährdeten. Die verantwortlichen Leiter der Versicherungsträger und ihre Angestellten haben damals mit ernstern Sorgen für die Zukunft der Versicherung zu kämpfen gehabt, und nur durch Umsicht und angestrengte Arbeit unter Aufbietung aller Kräfte ist es gelungen, diese Stürme zu überwinden. Auch die Gesetzgebung war fortgesetzt zum Eingreifen genötigt, um die Versicherungsgrenzen richtig abzustechen, die Beitragsleistung wirksam auszugestalten, die Leistungen auf einer sachgemäßen Höhe zu halten und die Verwaltung von allem entbehrlichen Ballast zu befreien. Als die Bestrebungen, den Verkehr auf die Goldmark umzustellen, von Erfolg begleitet waren, festigten sich auch zusehends mit dem fortschreitenden Gesundungsprozeß der Wirtschaft die inneren Verhältnisse der Versicherungsträger. In ihrem Aufbau und in ihren Arbeitsgebieten selbst waren durchgreifende Änderungen nicht erforderlich geworden, um der Not der schweren Krise

zu begegnen; dagegen waren die Rechtsgrundlagen der Sozialversicherung, die Reichsversicherungsordnung und das Angestelltenversicherungsgesetz, äußerlich stark verstümmelt und vielfach durchbrochen, so daß sie ein übersichtliches Bild über die Rechtslage nicht mehr zu bieten vermochten. Für das Gebiet der Angestelltenversicherung ist dieser Zustand durch die neue Herausgabe des Gesetzes in der Fassung vom 28. Mai 1924 bereits behoben; die Zusammenstellung der Reichsversicherungsordnung in der jetzt geltenden Fassung ist gegenwärtig so weit fortgeschritten, daß auch ihre neue Herausgabe in absehbarer Zeit bevorsteht.

Wenn die Versicherungsträger auch während der Kriegsereignisse und der darauffolgenden politischen Wirren ihren gesetzlichen Verpflichtungen gerecht geworden sind, so mußte doch in den letzten 10 Jahren eine organische Weiterbildung der Versicherungseinrichtungen verschoben werden. Die Sozialversicherung ist mit dem gesamten Arbeitsrecht, der Gesundheitspolitik, der Wohlfahrtspflege und der Wirtschaft des Volkes durch viele Fäden so eng verbunden, daß alle Erschütterungen im Volksleben sie notwendigerweise in Mitleidenschaft ziehen. Ebenso würde aber auch eine Abschnürung der Versicherung von der Wirtschaft oder gar ihr Abbau nicht ohne verhängnisvolle Kämpfe möglich sein, deren Folgen wiederum die Wirtschaft belasten und zu äußerer wie innerer Armut führen würden. Auf der anderen Seite eröffnen sich aber für sie weite und glückliche Ausichten, insbesondere auf dem besondere Erfolge versprechenden Gebiete der Schadenverhütung, des Unfallschutzes, der Berufsfürsorge, der vorbeugenden Heilfürsorge, des Kampfes gegen Volkskrankheiten und gegen den Alkoholismus, natürlich vorausgesetzt, daß Landwirtschaft, Gewerbe und Handel sich kraftvoll entwickeln können. Auch eine engere Verbindung der einzelnen Versicherungseinrichtungen untereinander muß als erstrebenswertes Ziel im Auge behalten werden. Als Teil unseres Wirtschaftslebens ist und bleibt die Sozialversicherung mit dem Gedeihen des Vaterlandes innig verbunden, und deshalb sind alle Wünsche und Hoffnungen für ihre Fortentwicklung nach früherem glänzenden Aufstieg von seiner Wiedergenesung und seiner Wiedererstarbung abhängig.

Anhang.

I. Beispiele für Bezüge aus der Sozialversicherung.

1. Krankenversicherung.

Eine gewerbliche Arbeiterin mit einem Lohn von werktäglich 4 Goldmark erhält für die Höchstdauer eines halben Jahres ein Krankengeld von 2 Goldmark für jeden Kalendertag sowie freie ärztliche Behandlung und Arznei. Gewährt die Kasse statt der Krankenpflege und des Krankengeldes freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus, so erhalten die Angehörigen ein Hausgeld von täglich 1 Goldmark. Im Falle der Niederkunft wird als Wochenhilfe außer ärztlicher Behandlung, abgesehen von den S. 10 ihrer ziffermäßigen Höhe nach bereits angegebenen sonstigen Barleistungen, ein Betrag von insgesamt 140 M. als Wochengeld gezahlt.

2. Unfallversicherung.

Höhe der Jahresbezüge (Rente + Zulage), soweit sich nicht nach dem der Rentenberechnung zugrunde zu legenden Jahresarbeitsverdienst höhere Beträge ergeben.

A. Gewerbliche Unfallversicherung.

Rentenberechtigter	Hundert- satz der Verletz- tenrente	Berechnung	Jahres- betrag in Goldm.	
		$\text{Jahresarbeitsverdienst} \quad \times \frac{2}{3} \times \frac{100}{100} + 180 \text{ Goldm.}$		
1	Volljähr. Verletzter	100	1152 Goldmark	948
2	desgl.	60	1152 Goldmark	460,80
3	desgl.	30	450 Goldmark	90
4	Verletzter zwischen 16 und 21 Jahren	100	$1152 \times \frac{80}{100} \text{ Goldm.} \times \frac{2}{3} \times \frac{100}{100} + 180 \text{ Goldm.}$	794,40
5	desgl.	60	$1152 \times \frac{80}{100} \text{ Goldm.} \times \frac{2}{3} \times \frac{60}{100}$	368,64
6	desgl.	30	$450 \times \frac{80}{100} \text{ Goldm.} \times \frac{2}{3} \times \frac{30}{100}$	72
7	Verletzter unter 16 Jahren	100	$1152 \times \frac{60}{100} \text{ Goldm.} \times \frac{2}{3} \times \frac{100}{100} + 180 \text{ Goldm.}$	640,80
8	desgl.	60	$1152 \times \frac{60}{100} \text{ Goldm.} \times \frac{2}{3} \times \frac{60}{100}$	276,48
9	desgl.	30	$450 \times \frac{60}{100} \text{ Goldm.} \times \frac{2}{3} \times \frac{30}{100}$	54
10	Witwe	—	1152 Goldmark	230,40

B. Landwirtschaftliche Unfallversicherung.

Rentenberechtigter		Hundert- satz der Verletz- tenrente	Berechnung		Jahres- betrag in Goldm.
1	Volljähriger männl. Verletzter	100	Jahresarbeitsverdienst	$\times \frac{2}{3} \times \frac{100}{100} + 120$ Goldm.	680
2	desgl.	60	840 Goldmark	$\times \frac{2}{3} \times \frac{60}{100}$	336
3	desgl.	30	324 Goldmark	$\times \frac{2}{3} \times \frac{30}{100}$	64,80
4	Männl. Verletzter zwischen 16 u. 21 Jahr.	100	$840 \times \frac{80}{100}$ Goldm.	$\times \frac{2}{3} \times \frac{100}{100} + 120$ Goldm.	568
5	desgl.	60	$840 \times \frac{80}{100}$ Goldm.	$\times \frac{2}{3} \times \frac{60}{100}$	268,80
6	desgl.	30	$324 \times \frac{80}{100}$ Goldm.	$\times \frac{2}{3} \times \frac{30}{100}$	51,84
7	Männl. Verletzter unter 16 Jahren	100	$840 \times \frac{60}{100}$ Goldm.	$\times \frac{2}{3} \times \frac{100}{100} + 120$ Goldm.	456
8	desgl.	60	$840 \times \frac{60}{100}$ Goldm.	$\times \frac{2}{3} \times \frac{60}{100}$	201,60
9	desgl.	30	$324 \times \frac{60}{100}$ Goldm.	$\times \frac{2}{3} \times \frac{30}{100}$	38,88
10	Witwe	—	840 Goldmark	$\times \frac{20}{100}$	168
11	Volljährige weibl. Verletzte	100	504 Goldmark	$\times \frac{2}{3} \times \frac{100}{100} + 120$ Goldm.	456
12	desgl.	60	504 Goldmark	$\times \frac{2}{3} \times \frac{60}{100}$	201,60
13	desgl.	30	172,80 Goldmark	$\times \frac{2}{3} \times \frac{30}{100}$	34,56
14	Weibl. Verletzte zwischen 16 u. 21 Jahr.	100	$504 \times \frac{80}{100}$ Goldm.	$\times \frac{2}{3} \times \frac{100}{100} + 120$ Goldm.	388,80
15	desgl.	60	$504 \times \frac{80}{100}$ Goldm.	$\times \frac{2}{3} \times \frac{60}{100}$	161,28
16	desgl.	30	$172,80 \times \frac{80}{100}$ Goldm.	$\times \frac{2}{3} \times \frac{30}{100}$	27,64
17	Weibl. Verletzte unter 16 Jahren	100	$504 \times \frac{60}{100}$ Goldm.	$\times \frac{2}{3} \times \frac{100}{100} + 120$ Goldm.	321,60
18	desgl.	60	$504 \times \frac{60}{100}$ Goldm.	$\times \frac{2}{3} \times \frac{60}{100}$	120,96
19	desgl.	30	$172,80 \times \frac{60}{100}$ Goldm.	$\times \frac{2}{3} \times \frac{30}{100}$	20,73

3. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung,
Angestelltenversicherung.

Von der Anführung von Beispielen zu diesen Versicherungszweigen wird im gegenwärtigen Zeitpunkt abgesehen; denn die jetzt erfolgte Neu-
regelung der Steigerungsbeträge nach Goldmark wirkt sich gegenüber den
auf S. 29, 39 erwähnten anderen Beträgen, die für die Rentenberech-
nung maßgebend sind, erst in den kommenden Jahren aus.

II. Aus der Statistik der Sozialversicherung.

1. Zahl der Versicherungsträger:	in den Jahren	
	1920	1921
A. der Krankenversicherung ¹⁾ insgesamt	8681 ²⁾	8445 ³⁾
1. Ortskrankenkassen	2545	2524
2. Betriebskrankenkassen	4740	4559
3. Landkrankenkassen	511	496
4. Innungskrankenkassen	885	866

¹⁾ Vgl. Statistik des Deutschen Reichs, Band 303, die Krankenversicherung in
den Jahren 1920 und 1921.

²⁾ Neuer Gebietsstand des Deutschen Reichs ohne Saargebiet.

³⁾ Neuer Gebietsstand des Deutschen Reichs ohne Saargebiet und den ab-
getretenen Teil Oberschlesiens.

B. der Unfallversicherung im Jahre 1924 insgesamt	624
1. gewerbliche Berufsgenossenschaften	66
2. land- und forstw. Berufsgenossenschaften	45
3. Ausführungsbehörden	
a) Reichs- und Staatsbetriebe	174
b) Provinzial- und Kommunalbetriebe.	339
	} 513
C. der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung im Jahre 1924 insgesamt	35
1. Landesversicherungsanstalten	29
2. Sonderanstalten.	6
2. Zahl der Versicherten ¹⁾ im Jahre 1924 (geschätzt)	
A. in der Krankenversicherung rund	18 Millionen
B. in der Unfallversicherung rund	24 „
C. in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung rund	16 „
D. in der Angestelltenversicherung rund	1,6 „
3. Zahl der laufenden Renten	
A. in der Unfallversicherung Ende 1921 rund	962000
B. in der Invalidenversicherung am 1. Juli 1924	2171561
C. in der Angestelltenversicherung am 1. Juli 1924	56441

III. Verzeichnis des Schrifttums.

1. Lehrbücher und Leitfäden:

A. Lehrbücher.

- Rosin: Das Recht der Arbeiterversicherung. 2 Bde. 8°. 837, 1151 S. Berlin: J. Guttentag 1892, 1893.
- Kasfel-Sihler: Grundriß des sozialen Versicherungsrechts. Systematische Darstellung auf Grund der Reichsversicherungsordnung und des Versicherungsgesetzes für Angestellte. 8°. 484 S. Berlin: Julius Springer 1912.

B. Leitfäden.

- a) Zur Reichsversicherungsordnung und zum alten Versicherungsgesetz für Angestellte.
- Cahn: Die soziale Versicherung des Deutschen Reichs. Ein systematischer Führer durch die Reichsversicherungsordnung. 8°. 189 S. Frankfurt a. M.: Frankfurter Societäts-Druckerei G. m. b. H. 1923.
- Schulz-Ekert-Riech: Grundzüge der deutschen Sozialversicherung. Im Auftrage des Reichsarbeitsministeriums bearbeitet. 8°, quer 4°. 287 S. Berlin: R. Hobbng 1922.
- Schulz: Wegweiser für die deutsche Sozialversicherung: Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung. 8°. 126 S. Berlin: F. Vahlen 1922.

¹⁾ Vgl. Reichsarbeitsblatt, Jahrgang 1924, Nr. 16, S. 412*, Grieser, Die Wiederherstellung der Sozialversicherung.

Schmittmann: Die deutsche Sozialversicherung in ihrer heutigen Gestaltung. Ein Führer durch die Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sowie Angestelltenversicherung. 3. Aufl., 8°. 280 S. Düsseldorf: E. Schwann 1921.

b) Zum neuen Angestelltenversicherungsgesetz.

Derjch: Die neue Angestelltenversicherung, systematische Einführung nebst Berufs-katalog und Sachregister. 8°. 124 S. Berlin: Julius Springer 1924.

2. Kommentare.

A. Zur Reichsversicherungsordnung.

Düttmann=Appelius=Brunn=v. Frankenberg=Lange=Meinel=Sauße=Seelmann: Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. 4 Bde. 8°. 548, 390, 613, 509 S. Altenburg S.-A.: St. Geibel, Bd. 1 und 2: 1912, Bd. 3: 2. Aufl.: 1922, Bd. 4: 2. Aufl.: 1920. Hierzu 3 Anlagenbände. 8°. 395, 288, 268 S. Altenburg S.-A.: St. Geibel, Bd. I. 1: 1913, Bd. I. 2 u. 3: 1914.

Hanow=Hoffmann=Lehmann=Moesle=Rabeling: Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. 5 Bde. 8°. 364, 672, 1164, 971, 580 S. Berlin: C. Heymann, Bd. 1, 4. Aufl.: 1922; Bd. 2, 6. Aufl.: 1922; Bd. 3, 4 und 5, 3. Aufl.: 19 4. Hierzu 3 Nachträge. 8°. 34, 125, 68 S. Berlin: C. Heymann, Nachtrag zum 2. Bd., 6. Aufl.: 1923; Nachtrag zum 3. Bd., 3. Aufl.: 1918; Nachtrag zum 4. Bd., 3. Aufl.: 2. Abdr.: 1917.

v. Köhler=Biesenberger=Schäffer=Schall: Reichsversicherungsordnung mit Erläuterungen. 2 Bde., enth. 1.—3. Buch und 4.—6. Buch sowie Einföhrungs-ges. 8°. 110, 300, 420, 156, 84, 338, 92 S. Berlin, Stuttgart, Leipzig: W. Kohlhammer 1912. Hierzu ein Ergänzungsband, I und II. 8°. 137, 165, 206 S. Stuttgart: W. Kohlhammer, I I 2fg. 1: 1913; I I 2fg. 2: 1914; I I 2fg. 1: 1913.

Manes=Mengel=Schulz: Die Reichsversicherungsordnung. Handausgabe mit gemeinverfändlichen Erläuterungen. 4 Bde. 8°. 502, 310, 439, 246 S. Leipzig: G. J. Göschen 1912.

Schulz: Die Reichsversicherungsordnung in ihrer jetzigen Fassung und die zu ihrer Änderung und Ausführung ergangenen Vorschriften. 4. Aufl. 8°. 551 S. Berlin: R. Hobbting 1924.

Stier=Somlo: Kommentar zur Reichsversicherungsordnung und ihrem Einföhrungsgesetz. 2 Bde. 8°. 1130, 1110 S. Berlin: F. Vahlen, Bd. 1: 1915; Bd. 2: 1916.

Hahn: Handbuch der Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung, den Nebengesetzen und den Ausführungsvorschriften. Ausführlicher Kommentar. 1. Bd. 8. u. 9. Aufl. 8°. 881 S. Berlin=Lichterfelde: Verlag der „Arbeiter-Versorgung“.

B. Zum alten Versicherungsgesetz für Angestellte.

Düttmann=Appelius=Seelmann: Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte. 8°. 464 S. Altenburg S.-A.: St. Geibel 1913. Hierzu ein Anlagenband. 8°. 224 S. Altenburg S.-A.: St. Geibel 1919.

Manes=Königsberger: Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte. 8°. 819 S. Berlin, Leipzig: G. J. Göschen 1912.

Mengel=Schulz=Sigler: Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte. 8°. 987 S. Berlin: F. Vahlen 1913.

Stier=Somlo: Versicherungsgesetz für Angestellte. Handausgabe mit Einleitung, Erläuterungen, Ausführungsbestimmungen und Sachregister. 8°. 502 S. München: C. S. Beck 1913.

Derjch: Die gesamten Abänderungsgesetze zur Angestelltenversicherung nebst den Beziehungen zum Arbeitsrecht und zur Militärversorgung usw. 8°. 368 S. Mannheim, Berlin, Leipzig: J. Bensheimer, 3. Aufl. 1922.

C. Zum neuen Angestelltenversicherungsgesetz.

Derjch: Kommentar zum neuen Angestelltenversicherungsgesetz nebst Ausführungsbestimmungen. 3. Aufl. Mannheim, Berlin, Leipzig: J. Bensheimer 1924.

Hartmann-Schulz: Kommentar zum Angestelltenversicherungsgesetz. Berlin: R. Hobbing 1924.

Stier-Somlo: Angestelltenversicherungsgesetz. Handausgabe mit Erläuterungen nebst Einleitung, Ausführungs- und Ergänzungsbestimmungen. 2. Aufl. München: C. H. Beck 1924.

3. Monographien.

Derjch: Die versicherungspflichtigen Berufsgruppen des Versicherungsgesetzes für Angestellte unter Berücksichtigung der Rechtsübung nebst einem ausführlichen Berufsverzeichnis. 8°. 46 S. Berlin: Julius Springer 1914.

Günther: Deutsche und französische Sozialpolitik. Ein Beitrag zum sozialpolitischen Programm des Friedenskongresses und des Völkerbundes. 8°. 88 S. München und Leipzig: Duncker & Humblot 1919.

Güntner: Die Sozialversicherung und der Ausgleich von Rechten und Lasten in den Friedensverträgen. 8°. 28 S. Berlin: Verlag des Vereins Deutscher Ingenieure 1919.

Kaufmann: Licht und Schatten bei der deutschen Arbeiterversicherung. 2. Aufl. 8°. 18 S. Berlin: Julius Springer 1913.

Kaufmann: Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung. 3. Aufl. 8°. 214 S. Berlin: F. Vahlen 1914.

Manes: Sozialpolitik in den Friedensverträgen und im Völkerbund. 2. Aufl. 8°. 63 S. Berlin: A. Siegismund 1919.

4. Zeitschriften.

Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts. 4°. Berlin: Behrend & Co. 1885 ff.

Die Arbeiterversorgung. 4°. Berlin-Dichterfelde: Selbstverlag der „Arbeiterversorgung“ 1884 ff.

Die Berufsgenossenschaft. 4°. Berlin: C. Heymann 1886 ff.

Die Betriebskrankenkasse. 4°. Essen: C. W. Haarfeld 1908 ff.

Die Ersatzkasse. 4°. Hamburg: Hanseatische Verlagsanstalt 1916 ff.

Die Deutsche Landkrankenkasse. 4°. Perleberg: F. Grünig Nachf. 1916 ff.

Mitteilungen des Bayerischen Landesversicherungsamts. 8°. München: E. Wolf & Sohn 1889 ff.

Monatschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung. 4°. Berlin: Julius Springer 1913 ff.

Die Ortskrankenkasse. 4°. Dresden: Verlagsgesellschaft Ortskrankenkasse G. m. b. H. 1914 ff.

Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt. 4°. Jena: G. Fischer 1891 ff.

Volkstümliche Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung. 4°. Berlin: Verlag des Zentralverbandes der Angestellten 1895 ff.

Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. 8°. Berlin: E. S. Mittler & Sohn 1901 ff.