

Der Stand der Sozialreform

Der Bundestag hat am 21. Februar 1952 beschlossen, zur Vorbereitung gesetzgeberischer Maßnahmen über die finanzielle Sicherung, Neuordnung und fortschrittliche Entwicklung der sozialen Leistungen unter klarer Abgrenzung von Versicherung, Versorgung und Fürsorge beim Bundesministerium für Arbeit einen „Beirat“ zu berufen. Dies ist ein Jahr später, und zwar am 3. Mai 1953, geschehen. Der Beirat verschaffte sich zunächst einen Überblick über das geltende Recht, über die Einrichtungen der Sozialversicherungsträger, befaßte sich an Hand von Gutachten und Vorträgen mit dem veränderten Altersaufbau, der Zusammensetzung der in Deutschland vorhandenen Arbeitskräfte, der Einkommensverteilung nach Erwerbs- und Siedlungsformen, den Lebensverhältnissen der Sozialleistungsempfänger sowie der gesundheitlichen Lage der Versicherten.

Neuen Auftrieb erhielten die Arbeiten an der Sozialreform durch die Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 20. Oktober 1953, in der er eine umfassende Sozialreform, die Große Steuerreform und weitere wirtschaftliche Maßnahmen ankündigte. Als erste Maßnahme erließ man die Verordnung über die Durchführung einer einmaligen Statistik über die sozialen Verhältnisse der Renten- und Unterstützungsempfänger vom 12. August 1953.

Im Februar 1954 beschloß der Beirat zur Verbesserung seiner Arbeitsweise und zur Beschleunigung seiner Arbeit folgende Unterausschüsse zu bilden: 1. Den Arbeitsausschuß für Grundsatzfragen, 2. den Arbeitsausschuß für Frühinvalidität, 3. den Arbeitsausschuß für Fragen der Rentenversicherung, 4. den Ausschuß für Krankenversicherung und Krankheitsbekämpfung, dessen Mitglieder erst 1955 berufen wurden.

In der Kabinettsitzung vom 13. Juli 1955 befaßte sich die Bundesregierung mit der Fortführung der Arbeiten für die geplante Sozialreform und beschloß hierbei, den „Ministerausschuß für die Sozialreform“ zu bilden. Er hat dem Kabinett Grundsätze für die Sozialreform zur Beschlußfassung vorzulegen. Den Vorsitz führt der Bundeskanzler; sein ständiger Vertreter ist der Vizekanzler. Dem Ministerausschuß gehören an: Der Bundesminister für Arbeit, der Bundesminister des Innern, die Bundesminister für Finanzen, Wirtschaft, Flüchtlinge und Kriegsgeschädigte, Familienfragen und ein Minister für besondere Aufgaben. Die Geschäftsführung liegt beim Staatssekretär des Bundeskanzleramtes unter Mitwirkung des Generalsekretärs für die Sozialreform.

Weiter wurde ein interministerieller Ausschuß errichtet, dem je ein Vertreter (Abteilungsleiter oder Referent) der Geschäftsbereiche angehören, die im Ministerausschuß vertreten sind. Er hat die vom Ministerausschuß delegierten Fragen zu beraten und seine Beschlußfassung vorzubereiten. Vorsitzender ist der Generalsekretär für die Sozialreform. Die Geschäftsführung liegt beim Bundesministerium für Arbeit. Das Generalsekretariat für die Sozialreform steht unter der Leitung des Ministerialdirektors Dr. Jantz.

Zwischenbilanz des Beirats für die Neuordnung der sozialen Leistungen

Auf seiner Arbeitstagung in Königswinter vom 2. bis 4. Juni 1955 zog der Beirat eine Zwischenbilanz aus seinen bisherigen Arbeiten und gelangte zu folgenden Auffassungen:

1. Die Sozialreform soll eine umfassende Neuordnung der sozialen Leistungen darstellen.
2. Es soll keine neue Gesarotordnung geschaffen, sondern eine Neuregelung der bereits bestehenden sozialen Versicherungssysteme erfolgen.
3. An den Prinzipien der Versicherung, der Versorgung und der Fürsorge soll festgehalten werden; zur weiteren Vertiefung des Versicherungsprinzips sei bei der Neuordnung der sozialen Rentenversicherung von dem Rechtsanspruch des Versicherten auf alle gesetzlich festgelegten Rentenleistungen auszugehen.

4. Invalidität und Alter sollen als verschiedenartige Tatbestände betrachtet und behandelt werden, wobei die Invalidität nicht in erster Linie der auslösende Versicherungsfall der Gewährung einer Rente sein soll, sondern vielmehr Maßnahmen, die der Erhaltung oder aber der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit dienen.

5. Bezüglich des Personenkreises in der sozialen Rentenversicherung sei die unbegrenzte Versicherungspflicht unter Festsetzung einer Jahresarbeitsverdienstgrenze für die Bemessung der Beiträge — bei entsprechender Auswirkung auf die Leistungen — einzuführen, wobei die Einbeziehung der Selbständigen in die Versicherungsgemeinschaft der in abhängiger Beschäftigung stehenden Versicherungspflichtigen Personen wegen der Verschiedenartigkeit des Sicherungsbedürfnisses grundsätzlich abgelehnt wird.

6. Beibehaltung der freiwilligen Weiterversicherung, aber Beseitigung der Selbstversicherung.

7. An Stelle einer Heraufsetzung der Altersgrenze sind Maßnahmen durchzuführen, die der Förderung der Weiterarbeit nach Vollendung des 65. Lebensjahres dienen.

8. Die in der Rentenversicherung zu gewährenden Renten sollen nach der gleichen Formel aufgebaut werden und einen gleich hohen Grundbetrag aus öffentlichen Mitteln sowie einen vom Leistungsgrund und von der Höhe der Beitragsleistungen abhängigen Steigerungsbetrag enthalten. Die Rente soll nach einem normalen Arbeitsleben in einem angemessenen Verhältnis zum durchschnittlichen Arbeitsverdienst während des gesamten Arbeitslebens stehen und auf laufende zusätzliche Barleistungen anderer Sozialleistungsträger soweit wie irgend möglich verzichten.

9. Die Einnahmen und Ausgaben in der Rentenversicherung sollen so kalkuliert werden, daß die Beitragseinnahmen und die sonstigen Einnahmen die notwendigen Ausgaben decken, wobei aber auf die Bildung einer angemessenen Reserve nicht verzichtet werden kann.

Die Denkschrift des Bundesministers für Arbeit

Sie stellt drei sozialethische Prinzipien auf: 1. Die Eigenverantwortung und die Stärkung der Persönlichkeit, 2. die Solidarität und die Pflege des Gemeinschaftsgedankens, 3. die Subsidiarität und damit die Mithilfe des Staates.

Hieraus ergibt sich, daß der Staat die Voraussetzungen für eine eigenverantwortliche und eine von der solidarischen Gemeinschaft getragene Vorsorge zu schaffen hat, bei der die Gewährung von Sozialleistungen nicht von Bedürftigkeitsprüfungen abhängig gemacht wird und der Mensch nicht zum Untertan eines organisierten Apparates werden soll.

1. *Invalidität — Zentralproblem der Reform:* Im Vordergrund stehen die vorbeugende Gesundheitspflege und Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit und zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben (Rehabilitation). Hierzu gehören durch „gezielte Untersuchungen“ die Früherfassung aller Schäden, die zur Invalidität führen, der Ausbau des werkärztlichen Dienstes auf kleine Betriebe und großzügige Ausgestaltung aller Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Gewährung von Übergangshilfen, die in einem angemessenen Verhältnis zum letzten Arbeitsverdienst stehen müssen.

2. *Altersrente — Sicherung des Lebensunterhalts:* Die Altersrente hat den Lebensunterhalt zu sichern. Ihre Höhe muß sich infolgedessen nach dem letzten Arbeitsverdienst errechnen. Für Zeiten der Krankheit, der Arbeitslosigkeit oder bei Ausübung eines öffentlichen Dienstes seien Beiträge zu leisten oder Steigerungsbeträge zu gewähren. Die Bemessung der Altersrente nach dem durchschnittlichen Arbeitsverdienst der letzten fünf Arbeitsjahre führe zu Zufallsergebnissen.

3. *Hilfe zur Eigentumbildung (Rentenabfindungen):* Leichtbeschädigte sollen mit der Rente abgefunden werden. Die Kapitalabfindung soll eine Hilfe zu eigener Initiative sein, insbesondere zur Bildung von Eigentum dienen und damit zugleich volkswirtschaftlich erwünschte Wirkungen erzielen. Die Freigabe des Kapitals habe in folgenden Rangstufen zu erfolgen: a) Mittel für den sozialen Wohnungsbau, besonders für den Bau von Eigenheimen und Eigentumswohnungen, b) zur Anzahlung von Bausparverträgen, c) zur Gründung einer Familie, d) zur Verbesserung der privaten Altersfürsorge, e) zur Finanzierung von Hofübergaben in der Landwirtschaft, f) zur vorzeitigen Ablösung von Lastenausgleichsverpflichtungen.

Schließlich sollen die Rentenversicherungsträger in stärkerem Maße Darlehen zum Erwerb von Grund und Boden und zum Bau eines Hauses gewähren, wodurch sie eine neue sozialpolitische Aufgabe erhalten würden.

4. *Neugestaltung der Witwenrente:* Erwarte man von den Invaliden, daß sie sich nach Maßgabe ihrer Erwerbsfähigkeit betätigen, so müsse diese Erwartung für die zweitgrößte Gruppe der im erwerbsfähigen Alter stehenden Sozialleistungsempfänger, die Witwen, ebenfalls gelten. Bestehe aber wegen familiärer Pflichten oder aus anderen Gründen keine Möglichkeit, Arbeiten aufzunehmen, so sei eine Erhöhung der Witwenrente zu erwägen. Die Bemessung der Witwen-

DER STAND DER SOZIALREFORM

rente auf die Hälfte der Rente des Versicherten sei problematisch, da der Aufwand für die Befriedigung der Grundbedürfnisse stärker angestiegen sei als die Kosten für den sonstigen Bedarf. Die Witwe soll für ihr Alter auch insofern besser Vorsorgen können, als für alle, die in Arbeit stehen, die Versicherungspflicht ausgesprochen werden soll.

5. *Die Mehrfachleistungen:* Bei Mehrfachleistungen, insbesondere beim Zusammentreffen einer Kriegsbeschädigten- mit einer Sozialrente, sei zu erwägen, ob nicht das Risiko, das der Krieg der Rentenversicherung auferlegte, von der Kriegsopferversorgung voll zu übernehmen sei. Entsprechendes habe für die Leistungen der Renten aus der Invaliden- und der Unfallversicherung zu gelten.

Innerhalb des Sozialleistungssystems soll die Lebensgrundlage für den Empfänger nur einmal gegeben werden. Schließlich sei zu erwägen, die Unfallrente nach dem Vorbild der Kriegsopferversorgung in Grund- und Ausgleichsrente aufzugliedern.

6. *Kostenbeteiligung bei Krankheit:* Um die Leistungen auf das Notwendige zu beschränken und um Mißbräuche zu verhindern, sollen die Versicherten an den Kosten der Krankenpflege (ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei und Hilfsmitteln) beteiligt werden. Zu prüfen sei die Frage, ob bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Krankenhilfe nicht allein zu Lasten der Träger der Unfallversicherung gehe und bei entsprechender Lage die Leistungspflicht für Schäden nach dem Bundesversorgungsgesetz allein den Trägern der Versorgung zu übertragen wäre.

Bei Auftragsangelegenheiten seien der Krankenversicherung auch die Verwaltungskosten zu erstatten. Es sei nicht Sache der Krankenversicherung, außer den Kosten für Krankenhausbehandlung auch die Kosten für die Errichtung und Unterhaltung der öffentlichen Krankenhäuser zu tragen. Die Sozialversicherung habe den Versicherten, nicht aber der öffentlichen Hand zu helfen.

Den Sozialpartnern fiele die Aufgabe zu, gesetzliche und tarifliche Bestimmungen über die Fortzahlung von Lohn und Gehalt im Krankheitsfalle zu erörtern.

Die Denkschrift der Professoren

Die Denkschrift der Professoren *Dr. Achinger, Dr. Höffner, Dr. Muthesius* und *Dr. Neundörfer* beginnt mit der Darlegung sozialer Sachverhalte, sie erklärt die Grundlagen und Grundsätze einer Reform, verweist auf die Strukturwandlungen, den Altersaufbau, spricht von der Bedeutung des Prinzips der Solidarität und dem der Subsidiarität in der sozialen Sicherung, macht auf die Bedeutung des Prinzips der Selbstverantwortung aufmerksam, erörtert die Beziehungen von Wirtschaft, Politik und sozialer Sicherheit und unterbreitet nachstehende Reformvorschläge:

1. *Einbeziehung der Jugend:* Der Reformplan befürwortet die Einbeziehung der Jugend. Als vordringliche soziale Hilfen werden genannt: 1. Anerkennung des erweiterten Ergänzungsanspruches, wobei nicht nur im Falle des Versagens der Familie, sondern auch das Recht auf Hilfe im Falle des Versagens der Wirtschaft und das Recht auf Gesundheitspflege zu verstehen sei.

2. Besondere Anstrengungen zur Überwindung der Ungleichheiten der regionalen Lebenschancen.

3. Zusammenfassung der Jugendhilfe in der Lebensnähe der Jugend durch örtliche Organisationen.

4. Die Zusammenfassung ministerieller Zuständigkeiten bei der Bundesregierung.

2. *Krankenversicherung — Neuordnung und Selbstbeteiligung der Versicherten:* Die Sorge um die Erhaltung von Gesundheit und Leistungskraft für jedermann erfordere eine Konstruktion, die jedes Krankheitsrisiko abfange und notwendige Maßnahmen zur Vorbeugung und Heilung, unabhängig von dem finanziellen Leistungsvermögen des einzelnen sichere. Die bisherige Entwicklung in Deutschland habe dazu geführt, daß jedem — wesentlich mit Hilfe der Krankenkasse — der Zugang zur Krankenhilfe offenstehe. Um diesen Zustand zu erhalten, bedürfe es keines staatlichen Gesundheitsdienstes nach englischem Muster. Die Konstruktion, einem bestimmten Kreis von Schutzbedürftigen ärztliche Hilfe, Arzneien und Krankenpflege als Sachleistungen zu gewähren, soll nach dem System der Krankenhilfe der privaten Krankenversicherung umgewandelt werden. Die Leistungen seien nach verschiedenen Tarifen zu gewähren. Hierbei seien bei kleinsten Beiträgen gewisse Grundleistungen zu garantieren, sonst bestimme der Versicherte den Tarif.

Ausgaben zur Beseitigung von Gesundheitsschäden und zur Behebung kleiner körperlicher Störungen sollen ebenso zu den allgemeinen als notwendig erachteten personellen Ausgaben gehören wie solche der Körperpflege. Die künftige Krankenversicherung müsse von Bagatellfällen entlastet werden. Die überwiegende Mehrheit der Pflichtversicherten sei in der Lage, Ausgaben für Arzneien in Höhe von 10 bis 15 DM monatlich selbst zu tragen. Es bleibe allein das Anliegen, gegen das Risiko hoher Ausgaben versichert zu sein.

Die Vielgliedrigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung müsse erhalten bleiben. Sie wage der Mannigfaltigkeit des Lebens am stärksten Rechnung. Bei einheitlichen, verbindlichen Grund-

formen müßten die einzelnen Kassen in der Ausgestaltung der Tarife, unter wirksamer Selbstverwaltung in genossenschaftlichem Geiste, frei entscheiden können und so in Leistungswettbewerb miteinander stehen. Bei Kassen mit sehr geringer Beitragskraft, wie z. B. den Landkrankenkassen, seien ausreichende Leistungen über das Organisationsmittel der Gemeinlast und nicht durch eine kassenmäßige Zusammenfassung von hoher und niedriger Beitragskraft zu erstreben.

3. *Wiederherstellung der Lebenstüchtigkeit:* Das Problem der Invalidityt erfordere im Rahmen der sozialen Sicherheit eine neue Aufgabenverteilung. Es gehe um drei Aufgabenbereiche: 1. Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungskraft, eine vom ärztlichen her zu leistende Aufgabe. 2. Die Unterhaltsbeihilfe in der Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder bei dauernder Leistungsminderung, eine von der Wirtschaft her zu leistende Aufgabe. 3. Die Wiedereingliederung in das Wirtschaftsleben; dabei Mitwirkung der Wirtschaft, des Staates und der freien Verbände.

Alle Maßnahmen zur Rehabilitation seien vom Menschen her zu sehen und hätten infolgedessen eine Einheit zu bilden. Die medizinische Hilfe habe deshalb bei einer Stelle zu liegen, und den Krankenkassen sei alles übertragen, was in den Bereich der medizinischen Rehabilitation gehöre und der Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungskraft diene.

Der Rechtsanspruch auf medizinische Hilfe, zu der auch die bisherige Heilstättenbehandlung der Rentenversicherungsträger und das Heilverfahren der Unfallversicherung gehören, müsse unbeschränkt sein. Da bei dieser Regelung die Krankenkassen über das bisherige Krankheitsrisiko beansprucht würden und untragbare Belastungen entstünden, sollen diese von staatlichen Rehabilitationskassen erstattet werden. Die medizinischen Hilfen in dem heute von den Krankenkassen gewährten Umfange sind allein durch Beiträge der Versicherten aufzubringen (Wegfall der Arbeitgeberbeiträge).

Liege der Gesamtbereich der medizinischen Hilfe bei den Krankenkassen, dann sei die gesamte Unterhaltshilfe in der Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder bei dauernder Leistungsminderung (Vollinvalidität ausgenommen) ebenfalls von einer Institution zu übernehmen. Da es sich bei den derzeitigen Barleistungen durch die Krankenversicherungen, die Unfallversicherung und die Rentenversicherung um eine Aufgabe der Wirtschaft handle, seien die Betriebe zum Träger zu erheben. Angesichts dessen, daß hierzu kleine und mittlere Betriebe außerstande sind, müßten hier ebenso wie bei Betriebsunfällen die Berufsgenossenschaften mit ihrem bewährten Umlageverfahren Leistungsträger für die gesamte Unterhaltshilfe werden. Ihre Höhe sei dem bisherigen Lebensstandard des Betroffenen anzupassen. Ist sie für die Gesamtdauer der medizinischen Hilfe zu tragen, dann müsse auch hier die Möglichkeit der Rückversicherung über die staatliche Rehabilitationskasse gegeben sein.

4. *Altersrente:* Invaliden-, Angestellten- und Knappschaftsversicherung als Versicherungen gegen Alter sollen bestehenbleiben. Da die Neuregelung die Altersrentenversicherung von allen Rehabilitationsmaßnahmen, vom Risiko der Invalidität und dem damit zusammenhängenden Heilverfahren befreit, besteht die Möglichkeit, künftig eine versicherungsgerechte Altersversicherung aufzubauen und die Altersrente grundsätzlich mit dem 65. Lebensjahr zu gewähren.

Die zu bildende Sicherheitsreserve soll nach Möglichkeit als Hilfe zur Selbsthilfe ausgebaut werden, den Versicherten insbesondere dazu verhelfen, Eigentum zu bilden oder zu mehren. Ebenfalls Anspruch auf Altersrente hat der Vollinvalide. Die Höhe der Rente habe dem zu entsprechen, was der Anspruchsberechtigte voraussichtlich unter normalen Umständen bei Erreichung der Altersgrenze erhalten würde.

5. *Vertrauensärztlicher Dienst:* Auf Grund der neuen Konstruktion der sozialen Sicherung gewinne der Vertrauensärztliche Dienst eine besondere Bedeutung. Er habe zu entscheiden, wie lange und in welchem Ausmaß eine Arbeitsunfähigkeit vorliege, wenn das Maß der normalen Krankenhilfe überschritten und die staatliche Rehabilitationskasse durch die Krankenkasse in Anspruch zu nehmen sei. Die Stellung der Ärzte müsse der der Richter gleichen. Hieraus ergebe sich die Folgerung, den Vertrauensärztlichen Dienst zu verstaatlichen.

Zusammenfassende Stellungnahme

Die Gegenüberstellung der Vorschläge des Beirats, des Bundesministers für Arbeit und der vier Professoren führt zu folgenden Ergebnissen:

1. *Die Ablehnung des Bedürftigkeitsprinzips in der Versicherung:* Es besteht Übereinstimmung der Ansichten insofern, als den sozialen Tatbeständen: a) den immer wiederkehrenden Wechselfällen des Lebens (Alter, Invalidität, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Arbeitslosigkeit, Tod des Ernährers, Mutterschaft, Familienlasten) und b) den Schäden, die durch Krieg, Kriegsfolgen oder politische Verfolgung verursacht sind (Kriegsbeschädigung, Kriegsgefangenschaft, Vertreibung, Verfolgung), mit den Mitteln der Versicherung, der Versorgung und der Fürsorge begegnet werden soll.

Will man den Wechselfällen des Lebens grundsätzlich mit dem Prinzip der Versicherung begegnen, dieses Prinzip folgerichtig auch bei der Gewährung von Leistungen anwenden, dann ist hierbei jegliche Bedürftigkeitsprüfung auszuschließen. Den Versicherten ist volle Selbstverwaltung einzuräumen und zu gestatten, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln.

2. *Die Neugestaltung der Kranken- und Unfallversicherung:* Während der Beirat bewußt vom geltenden Recht ausgeht und sich bemüht, es zu ergänzen oder umzugestalten, führen die Vorschläge der Professoren, die Rehabilitation generell der Krankenversicherung zu übertragen, die Kosten der medizinischen Hilfe den Versicherten und die der Unterhaltshilfe den Arbeitgebern aufzuerlegen, zu einer wesentlichen Verlagerung der Aufgaben innerhalb der bisherigen Sozialversicherungsträger. Der Vorschlag des Bundesarbeitsministers, die Rentenbemessung in der Unfallversicherung der der Kriegsopferversorgung anzupassen, führt einerseits zu einer grundsätzlichen Gleichbehandlung der Arbeits- und Kriegsofoper und zu einer Vereinfachung des Rechts, andererseits zur Einführung des generellen Bedürftigkeitsprinzips in die Unfallversicherung. Der Unterschied zwischen beiden Leistungsträgern bestünde noch darin, daß die Mittel für die Versorgung der Kriegsofoper vom Staat und die für die Entschädigung der Unfallverletzten von den Betrieben und Verwaltungen aufzubringen sind und etwaige in der Unfallversicherung zu gewährenden Ausgleichsrenten nicht nach festen Beträgen wie in der Kriegsofoperversorgung, sondern nach dem jeweiligen Jahresarbeitsverdienst zu berechnen wären.

3. *Die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit — Arbeit statt Rente:* Alle Vorschläge befassen sich mit dem Problem der Frühinvalidität. Sie ergaben sich dadurch, daß nach den Feststellungen des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger von den Rentenzugängen im Jahre 1952 in der Invalidenversicherung 60,2 vH auf männliche und 82 vH auf weibliche und in der Angestelltenversicherung 51,5 vH auf männliche und 82,7 vH auf weibliche Versicherte entfielen, die vor dem 65. Lebensjahr rentenberechtigt waren. Rechtzeitige Hilfe für diesen Personenkreis entlastet die Rentenversicherung, vermehrt die produktiven Kräfte der Wirtschaft und trägt dazu bei, das Recht der Erwerbsbeeinträchtigten auf Hilfe zur Selbsthilfe zu verwirklichen. Über die Wege zu diesem Ziel gehen die Meinungen auseinander. Das gilt insbesondere für die Frage, ob die mit der Rehabilitation in Zusammenhang stehenden Maßnahmen zur Gemeinschaftsaufgabe erhoben oder einem Träger übergeben werden sollen, entweder den Berufsgenossenschaften oder den Krankenkassen. Sollen sie zum Erfolge führen, dann wird man der Ansicht den Vorzug geben müssen, die eine entsprechende Stelle fordert.

Außer der Früherfassung der Gefährdeten, ihre Heilung und ihre ausreichende wirtschaftliche Versorgung während dieser Zeit sowie die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß sind die Ursachen zu sehen, die zum frühen Verbrauch der Arbeitskraft und zur Frühinvalidität führen. Zu sehen sind vor allem die Gefahren der Berufsarbeit, die übermäßige Beanspruchung durch Akkordarbeit, lange Arbeitswege, Mehrarbeit, mangelnde Überwachung der Arbeitsschutzbestimmungen und mangelnde Kenntnis der gesundheitlichen Gefahren.

Die arbeitsvertraglichen wie die Arbeitsschutzvorschriften enthalten immerhin eine Reihe von krankheitsverhütenden Maßnahmen; z. B. die Vorschrift über die Arbeitszeitgestaltung, die arbeitsrechtlichen Schutzvorschriften für Jugendliche, für werdende Mütter sowie Anordnungen auf hygienischem und gesundheitlichem Gebiet im Betrieb und am Arbeitsplatz. Nicht zu vergessen die Vorschriften zur Verhütung von Unfällen. Wie zwischen Unfallverhütung und der Anzahl der Unfälle ein innerer Zusammenhang besteht, besteht er auch zwischen Krankheitsverhütung und Frühinvalidität. Der Aus-

bau dieser Schutzvorschriften — hierbei ist auch an die Forderung der Gewerkschaften auf Einführung der 40-Stunden-Woche zu denken — und ihre strengere Überwachung sind anzustreben. Zum Erfolg der Rehabilitation gehört fernerhin der Wille des Erwerbsgeminderten, eine umfassende Berufsfürsorge und der Arbeitsplatz. Hierbei ist zu beachten, daß die Erwerbsbeeinträchtigung am besten und ehesten da ausgeglichen werden kann, wo der Erwerbsgeminderte seine beruflichen Kenntnisse erworben hat.

4. *Die Beseitigung des Mißverhältnisses zwischen Rente und Arbeitsentgelt:* Es scheint sich allgemein der Gedanke durchgesetzt zu haben, das bei den heutigen Renten bestehende Mißverhältnis zwischen Renten und Arbeitsentgelt zu beseitigen. Man hat eingesehen, daß die unterschiedliche Bemessung der Renten für Arbeiter und Angestellte unangebracht, unsozial ist und den Grundsätzen der Gerechtigkeit widerspricht. Unterschiedliche Auffassungen bestehen darüber, ob die Altersrente in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes vom Arbeitsverdienst der letzten 5, 10 oder 20 Jahre zu gewähren ist oder nach dem „durchschnittlichen“ Arbeitsverdienst errechnet werden soll. Wenn ja, ob diese Rente als Leistungs- oder Sozialrente zu gewähren ist, das heißt, ob sie eine Beitragsrente oder eine Rente sein soll, die sich aus Grund- und Steigerungsbeträgen zusammensetzt. Entschließt man sich für die letztere Regelung, so ergibt sich die Frage, welche Funktion der Grundbetrag zu erfüllen hat. Soll er den notwendigen Bedarf decken, so muß er dem Richtsatz der Fürsorge entsprechen oder ihm nahekommen. Soll er eine soziale Funktion innerhalb der Versichertengemeinschaft erfüllen, dann muß er möglichst niedrig sein, damit der Versicherte mit höherem Einkommen nicht überfordert und Leistungs- und Sozialprinzip nicht in ein Mißverhältnis geraten.

Will man die Aufteilung der Rente in Grund- und Steigerungsbetrag, so ergibt sich fernerhin die Frage, ob der Grundbetrag vom Staat, als dem größten und stärksten ausgleichenden Faktor, oder von der Versichertengemeinschaft zu tragen ist.

Ist man der Meinung, die Rente nach dem „durchschnittlichen“ Arbeitsverdienst zu errechnen, dann muß man sich darüber klar sein, daß 75 vH des Durchschnittsarbeitsinkommens in der Regel Renten ergeben, die weit mehr als 25 vH unter dem zuletzt bezogenen Arbeitsentgelt liegen, und das Ziel, den einmal während eines Arbeitslebens erworbenen Lebensstandard zu halten, nicht erreicht wird. Dies gilt namentlich dann, wenn für die Zeiten, in denen ohne Verschulden des Versicherten nicht gearbeitet wird, keine oder nur unzureichende Steigerungsbeträge gewährt werden und die jeweilige Rente ohne jeden Zusammenhang mit künftigen Lohnerhöhungen bleibt.

5. *Die Sicherungsreserve:* Das frühere Anwartschaftsdeckungsverfahren, das zur Deckung der Rentenversicherungen eingeführt wurde und zu großen Rücklagen führte, die durch Eingriffe des Staates größtenteils zweckfremd angelegt und in Notzeiten nicht vorhanden waren, wird nicht mehr befürwortet. Statt dessen wird eine Sicherungsreserve gefordert, die zugleich eine Hilfe zur Selbsthilfe der Versicherten werden soll.

6. *Die Neugestaltung der Krankenversicherung:* Der Plan, die Unterhaltshilfe (Lohnersatz bei Krankheit, Unfall und Rehabilitation) im Umlageverfahren sogenannten Betriebsgenossenschaften zu übertragen, alle sonstigen Leistungen der bisherigen Krankenversicherung den Arbeitnehmern aufzuerlegen, gestaffelte Tarife einzuführen und die Arbeitsunfähigkeit durch besondere Ärzte (Vertrauensärzte) feststellen zu lassen, führt zu außerordentlichen und weitgehenden Konsequenzen, die noch einer eingehenden Erörterung bedürfen. Die Realisierung des Planes würde die heutige Krankenversicherung wesentlich zum Nachteil des Versicherten verändern. Statt mit einem hätte er es nunmehr mit zwei Versicherungsträgern zu tun, und bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit käme er bereits mit zwei Ärzten in Berührung, dem, der ihn behandelt (Hausarzt) und demjenigen, der über die Arbeitsunfähigkeit und die Zweckmäßigkeit einer Rehabilitation zu entscheiden hätte (Vertrauensarzt). Die empfohlenen Tarife machen zwar den

Kassen- zum Privatpatienten, hierbei wird aber der Grundsatz der Solidarität verlassen, die Individualversicherung wird teurer, einmal durch erhöhte Verwaltungskosten und zum anderen durch die Selbstbeteiligung der Versicherten. Außerdem mutet man ihnen zu, für sogenannte Bagatellfälle selbst aufzukommen und Kosten für Medikamente in Höhe von monatlich 10 bis 15 DM aufzubringen. Die Ausschaltung der Bagatellfälle läßt sich praktisch kaum verwirklichen. Erst aus der Entwicklung der Erkrankung läßt sich beurteilen, ob ein Bagatellfall vorliegt oder nicht.

Gegen die Übertragung der Rehabilitationsmaßnahmen auf die Träger von etwa 2000 Krankenkassen bestehen erhebliche Bedenken. Es handelt sich hier um Aufgaben, die, soweit sie über die vorbeugende Gesundheitspflege hinausgehen, der Krankenversicherung wesensfremd sind. Sieht man in diesem Aufgabenbereich nicht nur eine medizinische Aufgabe, sondern sowohl die berufliche Vorbereitung und berufliche Anpassung der körperlich und geistig Behinderten als auch die Wiederherstellung der Arbeits- und Berufsbefähigung sowie Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß, dann stehen ihr die Berufsgenossenschaft und die Bundesanstalt für AVAV näher. Es darf nicht übersehen werden, daß für bestimmte einheitliche Gruppen von Beschädigten, wie z. B. die Kriegsbeschädigten, die Unfallverletzten, die Körperbehinderten und die Tuberkulösen, schon bisher eine Reihe von Wiederherstellungsverfahren zur Vollkommenheit entwickelt wurden. Es dürfte mithin dem Vorschlag der Vorzug zu geben sein, der die Frühinvaliden grundsätzlich den Arbeitsopfern gleichstellen und sie den Berufsgenossenschaften zur Betreuung und materiellen Hilfe übergeben will.

7. Die Neuordnung der Arbeitslosenversicherung: Der Vorschlag der Professoren, ein zweiteiliges Unterstützungssystem einzuführen und damit die Arbeitslosenfürsorge für die langfristigen Arbeitslosen den Gemeinden zu übergeben, führt zu einer rückläufigen Entwicklung. Arbeitsfähige und arbeitswillige Arbeitnehmer an die öffentliche Fürsorge zu verweisen, ist nicht vertretbar.

Hält man die Vermittlung in Arbeit für die beste Form der Sicherung gegen Arbeitslosigkeit und soll diese Funktion Vorrang vor der Unterstützung haben, dann gehören Arbeitsvermittlung und wirtschaftliche Sicherung in eine Hand. Nur so ist der beste Nutzeffekt dieser sozialen Leistungen gewährleistet.

In diesem Zusammenhang ergibt sich die weitere Frage, ob es mit der Funktion dieser Sicherung vereinbar ist, den Lebensbedarf bei der Arbeitslosenfürsorge generell niedriger als den bei der Arbeitslosenunterstützung anzusetzen, zumal bei der Arbeitslosenfürsorge eine generelle Bedürftigkeitsprüfung zu beachten ist.

Schließlich wird man fragen müssen, ob nicht der in der Novelle zum AVAVG eingangs gefundene Begriff der „Vermittlungsfähigkeit“ abzustimmen ist mit dem Begriff der Invalichität. Es wäre menschenunwürdig, wollte man weiterhin Erwerbsgeminderte einerseits wegen Invalichität und andererseits wegen Vermittlungsunfähigkeit abweisen und sie mit ihrem Antrag auf Hilfe von einer Anstalt zur anderen wandern lassen.

Die Forderung der Gewerkschaften, die Unterstützungssätze zu erhöhen und sie in ein angemessenes Verhältnis zum Lohn zu bringen, darf nicht übersehen werden.

8. Die Überprüfung der öffentlichen Fürsorge: Sie darf nicht isoliert, sondern muß im Zusammenhang mit der Neuordnung der sozialen Sicherung gesehen werden. Alle Fälle, die der generellen Regelung entzogen sind und weder durch Einrichtungen der Versicherung noch der Versorgung behoben werden können, sind ihr zuzuweisen. Der Anspruch auf Fürsorgeleistung muß jedoch zu einem Fürsorgerechtsanspruch, und der Anspruch des Fürsorgeträgers auf Erstattung einmal gewährter Leistungen darf nur ausnahmsweise zugelassen werden. Ebenso sind die Grundsätze über die Unterhaltspflicht zu überprüfen und den gegebenen Verhältnissen und Erfordernissen anzupassen. Vor allem dürfen diejenigen bei der Gewährung oder Bemessung von Fürsorgeleistungen nicht benachteiligt werden, die für die Wechselfälle des Lebens bereits vorgesorgt haben.