

Bundesblatt

81. Jahrgang.

Bern, den 4. September 1929.

Band II.

*Erscheint wöchentlich. Preis 20 Franken im Jahr, 10 Franken im Halbjahr, zuzüglich
Nachnahme- und Postbestellungsgebühr.
Einrückungsgebühr: 50 Rappen die Petitzeile oder deren Raum. — Inserate franko an
Stämpfli & Cie. in Bern.*

2479

Botschaft

des

Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines
Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

(Vom 29. August 1929.)

*Herr Präsident!
Hochgeehrte Herren!*

Wir beehren uns, Ihnen hiermit den Entwurf zu einem Bundesgesetze über die Alters- und Hinterlassenenversicherung samt zudienender Botschaft zu unterbreiten.

I. Einleitung.

1. Vorarbeiten.

Das Gesetzgebungsrecht des Bundes in der Materie beruht auf Artikel 84^{quater} der Bundesverfassung. Diese Bestimmung, welche am 6. Dezember 1925 von Volk und Ständen mit 410,988 gegen 217,483 Stimmen und mit 15 ganzen und 3 halben gegen 4 ganze und 3 halbe Ständestimmen angenommen wurde, beauftragt den Bund nach Massgabe gewisser in der Folge noch zu erörternder Bedingungen, die Alters- und Hinterlassenenversicherung einzurichten und ermächtigt ihn zugleich, auf einen spätern Zeitpunkt auch die Invalidenversicherung einzuführen.

Im weitem wurde am gleichen Tage in die Bundesverfassung ein Art. 41^{ter} aufgenommen, der den Bund ermächtigt, den rohen und den verarbeiteten Tabak zu besteuern.

Der Verfassungsartikel ist nach jahrelanger Vorbereitungszeit zustande gekommen. Die schwere Wirtschaftskrise, die bald nach Kriegsende eintrat, und die Schwierigkeiten, die sich daraus ergaben, verzögerten den Abschluss der Arbeiten.

Die Krönung der Kranken- und Unfallversicherung durch eine ausgedehnte Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung ist ein altes Postulat der schweizerischen Sozialpolitik. Grosse Kreise des werktätigen Volkes sind an der baldigen Einführung dieser Versicherungszweige, die eine fühlbare Lücke in der sozialen Gesetzgebung ausfüllen soll, interessiert und drängten schon während der Vorbereitung der Verfassungsvorlage entschieden auf eine Lösung. Die öffentliche Erörterung des Problems unmittelbar vor der Volksabstimmung und die grosse Zahl der annehmenden Stimmen und Stände gegenüber den ablehnenden brachten diese Wünsche zum deutlichen Ausdruck. Offener Widerstand zeigte sich kaum.

In Würdigung des Ergebnisses der Abstimmung und dem in ihr kundgegebenen Willen des Volkes entsprechend, hat der Bundesrat unmittelbar nachher, am 11. Dezember 1925, das eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement beauftragt, die Vorarbeiten für die Alters- und Hinterlassenenversicherung, insbesondere auch die nötigen Erhebungen, durch sein Bundesamt für Sozialversicherung, unter Heranziehung weiterer versicherungstechnischer Organe des Bundes, mit tunlichster Beförderung durchführen zu lassen.

Diese Arbeiten sind von den beauftragten Stellen unverzüglich an die Hand genommen und intensiv gefördert worden.

Zunächst galt es, in Berücksichtigung der grundsätzlichen Beschlüsse der vom Volkswirtschaftsdepartement anfangs 1919 bestellten grossen Expertenkommission sowie der Botschaften des Bundesrates zum Verfassungsartikel vom 21. Juni 1919 und vom 23. Juli 1924, die sich übereinstimmend für eine allgemeine Volksversicherung aussprachen, die dafür erforderlichen statistischen und versicherungstechnischen Grundlagen zu beschaffen. Die Ergebnisse dieser umfangreichen Arbeiten und Berechnungen sind in einem besondern Berichte des Bundesamtes für Sozialversicherung niedergelegt und nach zustimmender Begutachtung durch ausserhalb der Verwaltung stehende Fachleute am 29. August 1928 veröffentlicht worden. Sie sind in kurzer Zusammenfassung in Abschnitt II C, Seite 192 ff., dieser Botschaft wiedergegeben; der Expertenbericht bildet Beilage 6 auf Seite 378 ff. der Botschaft. Für alles Nähere sei auf den Bericht des Amtes selber verwiesen.

Im weitern wurden umfassende Erhebungen über die bestehenden Versicherungseinrichtungen, insbesondere über die Personalfürsorge der öffentlichen Verwaltungen und der privaten Betriebe, vorgenommen, um ein Bild darüber zu gewinnen, in welcher Weise und in welchem Umfange das Versicherungsbedürfnis bereits befriedigt ist. Dabei wurde die Erhebung über die Personalfürsorge in der Privatwirtschaft zuhanden des Bundesamtes für Sozialversicherung durch den Zentralverband schweizerischer Arbeitgeberorganisationen durchgeführt, der schon von sich aus eine solche Erhebung beabsichtigt hatte.

Die Erhebung über die bestehenden Versicherungseinrichtungen hat sehr viel Zeit beansprucht. Zunächst wurden für die privaten Arbeitgeber,

im Einverständnis mit dem Zentralverband der Arbeitgeberorganisationen, die einlässlichen Fragebogen aufgestellt. Die Sammlung der ausgefüllten Fragebogen ging nur langsam vonstatten. Die beteiligten Stellen, sowohl der Zentralverband wie das Amt, mussten zahlreiche nicht vollständig ausgefüllte Fragebogen zurücksenden, und speziell dem Zentralverband gelang es nur dank eines erneuten Aufrufes an seine Unterverbände, das Material schliesslich zur Hauptsache hereinzubekommen. Es kann aber heute gesagt werden, dass die Erhebung, die auf Ende 1925 als Stichtag abstellt, vorbehaltlich gewisser untergeordneter Ausnahmen, alle wesentlichen Fürsorgeeinrichtungen umfasst. Sie dürfte somit auf den gewählten Stichtag ein ziemlich lückenloses Bild dessen bieten, was in der Schweiz an Personalfürsorge geleistet worden ist. Dem Zentralverband der Arbeitgeberorganisationen sowie allen andern öffentlichen und privaten Stellen, die an dieser Erhebung mitgewirkt haben, sei für ihr Entgegenkommen und für die grosse Mühe, die sie aufwendeten, an dieser Stelle der verbindlichste Dank ausgesprochen.

Die Ergebnisse der Erhebung, die der Zentralverband der schweizerischen Arbeitgeberorganisationen vornahm, sind von ihm in einer eigenen Schrift veröffentlicht worden. Die gesamte Erhebung, welche sowohl die privaten als auch die öffentlichen Pensionskassen umfasst, bildet den Gegenstand eines besondern Berichts, welcher demnächst erscheinen wird. Die wesentlichen Erhebungsergebnisse sind im Anhang zu dieser Botschaft unter Beilage 1 wiedergegeben und gewürdigt; für alle Einzelheiten müssen wir auf die besondere Publikation verweisen. Ihr ist als weitere Beilage 3 eine kurze Darstellung der ausländischen Gesetzgebung über Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung angeschlossen.

Daneben führte das Bundesamt in einer Reihe ausgewählter Gemeinden verschiedener Kantone eine Erhebung über die Belastung der Armenpflege durch Leistungen an Personen über 60 Jahren sowie an Witwen und Waisen durch. Bei der Auswahl der Gemeinden wurde darauf Bedacht genommen, möglichst in jedem Kanton alle wirtschaftlichen Gebiete in Form von Typen zu erfassen. Auch diese Enquete hat sowohl bei der Auswahl der Typgemeinden, wie auch aus andern Gründen nicht unerhebliche Schwierigkeiten geboten, was ihre Fertigstellung verzögert hat. Sie ist ebenfalls in einer Beilage 2 zu dieser Botschaft verarbeitet. Bei Veranstaltung dieser Erhebung gaben wir uns von vornherein Rechenschaft darüber, dass ihre Ergebnisse mit Vorsicht zu beurteilen und zu würdigen seien, weil sie im wesentlichen auf Stichproben beruhen und weil bei der überwiegenden Geltung des Heimatprinzips in der Armenpflege die durch die Versicherung mehr oder weniger entlastete Gemeinde sich sehr oft mit der nicht deckt, welche zu Leistungen an die Versicherung herangezogen wird. Wir glauben aber doch, dass die Enquete, bei der notwendigen Zurückhaltung in den Schlussfolgerungen, nicht ohne Wert sei und dass sie zum mindesten ziffernmässig beweise, dass die kommende Alters- und Hinterlassenenversicherung eine nicht unwesentliche Entlastung der Armenpflege bringen wird.

Auf Grund dieser vorbereitenden Arbeiten ist vom eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement ein Projekt für eine obligatorische Alters- und Hinterlassenenversicherung des Volkes aufgestellt und im Frühjahr 1928 einer kleinen Kommission von Fachleuten unterbreitet worden.

Der Kommission, die unter dem Vorsitz des Vorstehers des eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements stand, gehörten an die Herren: Direktor Schaertlin von der Schweizerischen Lebensversicherungs- und Rentenanstalt in Zürich, Professor Dr. Bohren, Subdirektor der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt in Luzern, Dr. Lorenz, in Freiburg, Privatdozent der Nationalökonomie und Präsident der sozialstatistischen Kommission beim eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement, Professor Dr. Dumas, Direktor des eidgenössischen Versicherungsamtes in Bern, sowie der Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung, Dr. Giorgio, und der mathematische Experte dieses Amtes, Dr. Friedli. Ferner wurden die Präsidenten der Kommissionen der eidgenössischen Räte für den Verfassungsartikel über die Versicherung zugezogen: Herr Nationalrat Mächler, Regierungsrat in St. Gallen, als Präsident der nationalrätlichen Kommission, und Herr Ständerat Schöpfer, Regierungsrat in Solothurn, als Präsident der ständerätlichen Kommission. Auf Grund der ersten Beratung dieser kleinen Kommission wurde ein Gesetzesentwurf ausgearbeitet, den die Kommission in zwei Sessionen während des Sommers behandelte und der mit einem eingehenden Motivenbericht, sowie einer Beilage über die bevölkerungstatistischen Grundlagen der Versicherung im September 1928 als Entwurf des Volkswirtschaftsdepartementes veröffentlicht wurde.

Gleichzeitig wurde der Entwurf sämtlichen Kantonsregierungen zur Prüfung und eventuellen Vernehmlassung zugestellt. Die Vorlage des Departements fand in der öffentlichen Meinung im allgemeinen eine günstige Aufnahme. Insbesondere begegneten die Grundlinien des Gesetzgebungswerkes, der Gedanke der allgemeinen Volksversicherung und die vorgeschlagene Durchführung mit Hilfe kantonaler Kassen, fast ungeteilter Zustimmung. Diese kam auch in einer ersten Aussprache des Volkswirtschaftsdepartementes mit der Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren zum Ausdruck, trotz einiger Bedenken, die hinsichtlich der Finanzierungsmöglichkeit der den Kantonen zgedachten Aufwendungen für die Versicherung geäußert wurden. Die wenigen Eingaben, die dem Departement nach der Publikation des Entwurfes zugekommen sind, berühren denn auch nicht das vorgeschlagene System der Versicherung, sie wünschen vielmehr namentlich Verbesserungen der Versicherungsleistungen oder eine andere Festsetzung der Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeberbeiträge. Von einschneidender Bedeutung für die ganze Organisation der Versicherung ist einzig der Vorschlag, es möchten neben den kantonalen Versicherungskassen, die die Durchführung zu übernehmen haben, auch andere vom Staate anzuerkennende Organisationen zugelassen werden.

In den Tagen vom 29. Januar bis 1. Februar 1929 war in Zürich unter dem Vorsitz des Vorstehers des eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartementes

eine vom Departement bestellte Kommission zur Überprüfung der leitenden Gedanken und der Grundlagen des Gesetzesentwurfes versammelt. Auch diese Kommission, in der, neben Versicherungsfachleuten, Vertreter sämtlicher Kantonsregierungen, der politischen Parteien, der grossen Berufsverbände der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, sowie der andern Institutionen, die am Versicherungswerke besonders interessiert sind, mitwirkten, stimmte dem Entwurfe des Departementes in seinen Grundlinien einmütig zu, indem sie zugleich der Hoffnung Ausdruck gab, dass es auf dieser Basis möglich sein werde, binnen kürzerer Zeit für die schweizerische Bevölkerung eine Alters- und Hinterlassenenversicherung zu schaffen, die gegenüber dem heutigen Zustande einen sozialen Fortschritt darstellt. Wenn auch von einzelner Seite gewisse Bedenken gegen das im Entwurf vorgesehene umfassende Obligatorium der Versicherung zum Ausdruck kamen, so pflichtete ihm doch die Kommission schliesslich einhellig bei, in der Erkenntnis, dass einzig auf diese Weise der gewollte Zweck erreicht werden könne. Eine Reihe von Vorschlägen und Anregungen, die im Schosse der Kommission gemacht wurden und die sich zum Teil mit denjenigen decken, welche bereits in den oben erwähnten Eingaben zum Ausdruck gelangten, wurde vom Vorsitzenden zu näherem Studium entgegengenommen. Die Prüfung der gefallenen Anträge fand im Laufe des Winters und des Frühjahrs soweit nötig in Verbindung mit der kleinen Expertenkommission und in Konferenzen mit ihren Urhebern statt. Die nähere Würdigung ihres Inhaltes wird im Zusammenhang mit der Darstellung der einzelnen Gesetzgebungsfragen erfolgen, auf die sie sich beziehen.

2. Ziele des Projektes.

Sache dieser Botschaft ist es, die Ziele, die wir erreichen wollen, und die Wege, die dazu führen, einlässlich darzulegen. Dabei sei es uns aber gestattet, schon einleitend mit einigen Strichen zu zeichnen, worauf es ankommt und was unseres Erachtens anzustreben ist.

Jede Sozialversicherung stellt sich zur Aufgabe, durch Zusammenfassung der Kräfte und mit Hilfe des Staates den breiten Massen des Volkes die Vorsorge gegen die Wechselfälle des Lebens zu erleichtern und so ihre soziale Lage zu heben und zu verbessern. Durch die Verbindung der verschiedenen Volksschichten zu Werken der Gemeinschaft dient sie dem sozialen Ausgleich und damit dem sozialen Frieden.

Die Formen, in denen die Probleme der Sozialversicherung gelöst werden, sind je nach den politischen und wirtschaftlichen Verhältnissen der einzelnen Länder wie nach den Anforderungen der einzelnen Versicherungszweige verschieden. Eine möglichst weitgehende Anpassung an gegebene Bedingungen vermag am ehesten zur reibungslosen Eingliederung der Sozialversicherungseinrichtungen in das Gefüge des Landes zu führen und sie damit auf die Dauer tragbar und erträglich zu machen. Unsere bundesstaatliche Gliederung, die soziale Struktur unseres Volkes und die Abneigung grosser Kreise gegen

umfangreiche öffentliche Organisationen mit einer zahlreichen Beamtenschaft nötigen uns, Wege einzuschlagen, die von denen des Auslandes nicht unwesentlich abweichen. Eines hat aber die Erfahrung gelehrt, dass nur auf dem Boden des Obligatoriums eine Sozialversicherung geschaffen und durchgeführt werden kann, die ihrer Aufgabe gerecht zu werden vermag und diesen Namen verdient. Die wenigen Ausnahmen, in denen auch mit der Freiwilligkeit gewisse Erfolge erzielt worden sind, treffen nur auf Versicherungszweige sachlich beschränkten Umfangs, wie die Krankenversicherung, unter besonders günstigen Verhältnissen zu.

Auch die zu schaffende Alters- und Hinterlassenenversicherung muss deshalb obligatorisch sein. Sie darf aber nicht, wie vielfach im Auslande, Klassenversicherung, sondern sie muss Volksversicherung sein. Nur dann kann sie der besondern Struktur unserer Bevölkerung gerecht werden und vermag sie dem Ganzen zu dienen. In allen Berufsständen besteht das Bedürfnis nach einem gewissen Schutze vor der Not im Alter und der Familie, wenn sie ihren Ernährer verliert. Keiner ist vor Unglück und Armut gefeit. Keiner soll sich aber etwa deshalb, weil er nach menschlichem Ermessen einer Hilfe wahrscheinlich nicht bedürfen wird, seiner Pflicht entziehen können, an das Werk der Solidarität beizutragen.

Die Versicherung ist finanziell zunächst auf den Beiträgen der Versicherten aufzubauen. Die stete Vermehrung der Zahl der unselbständig Erwerbenden, die Entwicklung von Handel und Industrie, andererseits aber auch die immer tiefer in das Bewusstsein aller eindringende Überzeugung, dass der Arbeitgeber dem Schicksal seiner Arbeitnehmer nicht gleichgültig gegenüberstehen dürfe, führen uns dazu, Beiträge der Arbeitgeber vorzusehen. Diese werden, was geschaffen werden soll, erst recht zu einem Werke der Versöhnung und des sozialen Ausgleichs stempeln.

Zu diesen Beiträgen hinzu treten die Leistungen des Staates, die der Versicherung die Entfaltung ihrer vollen sozialen Wirkung ermöglichen sollen.

Was vom ganzen Volke mitgetragen und für alle seine Glieder bestimmt ist, muss sich notwendigerweise in gewissen Schranken halten. Die Tragfähigkeit der Grosszahl der Versicherten wie auch gewisser Kategorien der Arbeitgeber ist beschränkt. Aber auch die staatlichen Zuwendungen dürfen die Grenzen des Zulässigen und für den Staat Erträglichen nicht überschreiten. Demgemäss können auch die Versicherungsleistungen nicht über relativ bescheidene Beträge hinausgehen. Sie werden aber in allen Fällen einen wertvollen Mindestschutz bieten und gerade wegen ihres beschränkten Umfanges das Streben des einzelnen nach einer Verbesserung seiner Lage aus eigener Kraft als wertvolle Quelle menschlicher Energie nicht lähmen, sondern unterstützen und begünstigen.

Die Einbeziehung des ganzen Volkes, die Notwendigkeit, mit den aufgebrauchten Mitteln häuslicher umzugehen, die Rücksichtnahme auf herrschende Anschauungen verlangen eine einfache und klare Organisation, die

eine rationelle Durchführung verbürgt. Deshalb muss das Werk grundsätzlich ein solches des Bundes sein, der ihm allein das breite Fundament bietet, auf dem es errichtet werden und sich entwickeln kann. Einzig der Bund bildet die Wirtschaftseinheit, in der alle Stände und Erwerbsgruppen zu gemeinsamem Wirken zusammengeführt werden können. Die Kantone haben wohl kulturelle Eigenart und staatsrechtliche Selbständigkeit, sind aber keine Wirtschaftskörper. Dagegen soll ihnen, wie es die Verfassung will, im wesentlichen der Vollzug übertragen werden. Sie sind mit ihren Gemeinden dazu in einer Alters- und Hinterlassenenversicherung, wo die Zugehörigkeit zur Versicherung und die Ausrichtung der Versicherungsleistungen an bestimmte Zivilstandstatsachen und den Wohnsitz anknüpfen, ganz besonders geeignet.

Die Versicherung ist nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchzuführen und soll jedermann für den gleichen Beitrag auch die gleichen Leistungen bieten. Sie soll überdies die Garantie absoluter Sicherheit und lückenloser Erfassung aller Volksgenossen erfüllen. Diese Forderungen führen dazu, die Durchführung der Versicherung ausschliesslich den Versicherungskassen der Kantone zu übertragen. Für eine weitere Gliederung des Versicherungsbestandes und für die Zulassung privater Organisationen ist deshalb kein Raum. Wir befinden uns in dieser Hinsicht in Übereinstimmung mit dem Urteil der hervorragendsten Vertreter der Privatversicherung, mit denen wir diese Frage eingehend und zu wiederholten Malen geprüft haben.

Die Volksversicherung des Bundes muss aus den dargelegten Gründen nach möglichst einheitlichen Grundsätzen angelegt sein und daher von durchschnittlichen Möglichkeiten und Anforderungen ausgehen. Sie muss sich, wie wir bereits betont haben, auf eine für jedermann unantastbare und von wechselnden Schicksalsfügungen unabhängige Mindestfürsorge beschränken. Diese wird für viele Fälle genügen. Wo weitergehende Bedürfnisse und Wünsche bestehen, sollen die Kantone frei sein, ihnen auf dem Wege der Gesetzgebung zu entsprechen.

Vor allem aber wird es Sache der privaten Initiative sein, das Gebotene auszubauen und zu verbessern, soweit dafür die Voraussetzungen bestehen. Ihr wird die Volksversicherung den Weg nicht nur nicht versperren, sondern vielmehr noch ebnen, indem die Idee der Fürsorge durch das Mittel der Versicherung in die breitesten Kreise des Volkes getragen wird. Als Einzelversicherung, in gemeinschaftlichen Einrichtungen von Berufsverbänden oder andern Interessentenkreisen, wie als Ergebnis gemeinsamen Wirkens von Arbeitgeber und Arbeitnehmer in den einzelnen Unternehmungen, wird sie sich frei entwickeln und die Volksversicherung in wertvollster Weise ergänzen können.

Die Verfassung verlangt, dass wir uns vorerst auf die Alters- und Hinterlassenenversicherung beschränken, während die Invalidenversicherung erst

nachher realisiert werden darf. Es wird dannzumal Anlass sein, zu ihrer Organisation und Durchführung Stellung zu nehmen. Ohne jenen Entscheidungen vorgreifen und uns etwa binden zu wollen, glauben wir aber doch schon heute sagen zu können, dass die Invalidenversicherung, welche die Altersversicherung zu vervollständigen haben wird, nach abweichenden Grundsätzen wird angelegt werden müssen. Die verschiedenen Verhältnisse in den einzelnen Produktions- und Erwerbszweigen lassen nicht nur das Bedürfnis nach einer Invalidenversicherung als verschieden erscheinen, sondern verlangen auch eine verschiedenartige Handhabung des Invaliditätsbegriffes. Die gesetzliche Invalidenversicherung wird daher wohl zweckmässigerweise an die freie Initiative anknüpfen und die schon bestehenden Personalfürsorgeeinrichtungen der Betriebe, welche sich aus naheliegenden Gründen meist auch auf den Invaliditätsfall beziehen, berücksichtigen und heranziehen müssen.

Soviel über die leitenden Gedanken des Werkes. Das Folgende soll die Ausgestaltung, die sie gefunden haben, im einzelnen darlegen und begründen.

II. Die Grundlagen des Gesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

A. Die verfassungsmässige Grundlage.

Es empfiehlt sich, der Besprechung der leitenden Gesichtspunkte des Gesetzesentwurfes eine kurze Würdigung seiner verfassungsmässigen Grundlage vorangehen zu lassen. Aus ihr wird sich ergeben, inwieweit der Bundesgesetzgeber bei der Gestaltung des Versicherungswerkes noch frei und inwieweit er bereits durch die Verfassung nach bestimmten Richtungen hin gebunden ist.

Art. 34^{quater} der Bundesverfassung, auf welchem die Zuständigkeit des Bundes zur Gesetzgebung über die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung beruht, lautet folgendermassen:

«Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Alters- und die Hinterlassenenversicherung einrichten; er ist befugt, auf einen spätern Zeitpunkt auch die Invalidenversicherung einzuführen.

Er kann diese Versicherungszweige allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären.

Die Durchführung erfolgt unter Mitwirkung der Kantone; es können öffentliche und private Versicherungskassen beigezogen werden.

Die beiden ersten Versicherungszweige sind gleichzeitig einzuführen.

Die finanziellen Leistungen des Bundes und der Kantone dürfen sich zusammen auf nicht mehr als die Hälfte des Gesamtbedarfes der Versicherung belaufen.

Vom 1. Januar 1926 an leistet der Bund einen Beitrag in der Höhe der gesamten Einnahmen aus der fiskalischen Belastung des Tabaks an die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

Der Anteil des Bundes an den Reineinnahmen aus einer künftigen fiskalischen Belastung gebrannter Wasser wird für die Alters- und Hinterlassenenversicherung verwendet.»

Aus diesem Verfassungstexte ergibt sich einmal, dass das Fürsorgewerk als Versicherung, oder zum mindesten in Anlehnung an das Versicherungsprinzip, mittels der Erhebung von Beiträgen der in die Gesetzgebung einbezogenen Personen durchgeführt werden soll. Die Verfassung spricht von der Einführung einer Versicherung. Sie lehnt eine beitragslose, aus öffentlichen Mitteln allein finanzierte Fürsorge ab, wie sie seinerzeit bei der gesetzgeberischen Vorbereitung von Art. 34^{quater} zwar erörtert und geprüft, dann aber fallen gelassen wurde. Diesem Willen verleiht Absatz 5 des Verfassungsartikels darin noch besonders Ausdruck, dass die finanziellen Leistungen des Bundes und der Kantone sich zusammen auf nicht mehr als die Hälfte des Gesamtbedarfes der Versicherung belaufen dürfen. Wenn damit auch nicht gesagt ist, dass die ganze andere Hälfte durch die Versicherten aufzubringen sei, so bilden doch ihre Beiträge einen wesentlichen Finanzierungsfaktor des Werkes, mag auch daneben in einem gewissen Umfange noch die Heranziehung anderer Quellen notwendig werden. Zugunsten der beitragslosen Fürsorge wurde seinerzeit auf eine gewisse Vereinfachung der Verwaltungsarbeit hingewiesen. Diesem nicht ausschlaggebenden Vorzuge stehen aber zahlreiche bedeutende Nachteile gegenüber, die entschieden zugunsten der Versicherung und gegen die Fürsorge sprechen. Die Fürsorge aus öffentlichen Mitteln müsste, auch wenn sie Rechtsansprüche gewährt, doch von einem gewissen Fürsorgebedürfnis ausgehen; eine Auszahlung von Leistungen an Leute, die es in keiner Weise nötig haben, wäre unbegreiflich und würde nicht geduldet. Damit bleiben aber an einer noch so weitherzigen und modernen Fürsorgeeinrichtung bis zu einem gewissen Grade der Geruch und das Odium der Armenunterstützung haften. Anders in der Versicherung, in welcher der Beitragspflichtige sich durch seine Beitragszahlungen ein Recht auf die Versicherungsleistungen erwirbt, das von seiner Einkommens- und Vermögenslage unabhängig ist. Durch seine Beitragspflicht wird der einzelne an seine Verantwortlichkeit gegenüber sich selbst und gegenüber seiner Familie erinnert, es wird ihm vor Augen geführt, dass es vor allem seine Sache ist, vorzusorgen. Er ist auf diese Weise am guten Gange und an der finanziellen Stabilität der Einrichtung selber beteiligt und interessiert. Die verfassungsmässige Beschränkung der Zuwendung öffentlicher Mittel auf einen gewissen Anteil am Finanzbedarf der Versicherung zeigt dem einzelnen, dass er seine Ansprüche nicht beliebig steigern kann, sondern dass er für höhere Leistungen auch das Opfer grösserer Beiträge auf sich nehmen muss, während der Staat zugleich davor bewahrt wird, dass die von ihm geschaffene Institution Gegenstand des politischen Wettbewerbes

werde und ihm finanzielle Belastungen bringe, die er bei ihrer Schaffung nicht übernehmen wollte und auch nicht übernehmen kann.

Wird übrigens, wie wir es im nachfolgenden vorschlagen werden, die gedachte Versicherung in der Hauptsache nach dem Umlageverfahren durchgeführt, so bleibt ihr der Vorzug der Einfachheit, der zugunsten einer beitragslosen Fürsorge ins Feld geführt wird, erhalten, ohne dass dabei auf das, wie gesagt, ethisch und politisch ausserordentlich wichtige Element der Heranziehung jedes einzelnen zur Aufbringung eines Teiles der Belastung verzichtet werden muss.

Die Idee der beitragslosen Fürsorge hat in der Gesetzgebung des In- und des Auslandes keine Fortschritte gemacht. Die Staaten, welche seinerzeit bei Erscheinen unserer Botschaft vom 21. Juni 1919 bereits eine Versicherung geschaffen hatten, haben diese trotz der schwierigen Verhältnisse der Nachkriegszeit, welche die Einhebung der Beiträge und die Ansammlung gewisser Reserven erschwerten, entschieden aufrechterhalten. Dies gilt besonders für Deutschland, wo eine Zeitlang der Gedanke des Übergangs zu einer Staatsbürgerversorgung erörtert, dann aber fallen gelassen wurde. Auch Grossbritannien und Frankreich, die in jener Botschaft noch als Beispiele für eine Gesetzgebung nach dem Prinzip der beitragslosen Fürsorge figurierten, sind, wie unser neuester Bericht über die ausländische Gesetzgebung zeigt, seither zum Versicherungssystem übergegangen. Ebenso wird in Dänemark und den Ländern des australischen Bundesstaates sowie in Neuseeland, die bisher als klassische Vorbilder der beitragslosen Altersfürsorge galten, deren Ersetzung durch eine Versicherung geprüft.

Die Verfassung schreibt vor, dass die Alters- und die Hinterlassenenversicherung gleichzeitig einzuführen seien. Es sind also nicht nur Alters-, sondern auch Witwen- und Waisenrenten vorzusehen. Ist die Ausrichtung von Altersrenten eine Forderung der Humanität, so sind Leistungen an die Familie des verstorbenen Ernährers eine sittliche und wirtschaftliche Notwendigkeit. Die kombinierte Alters- und Hinterlassenenversicherung ist ungleich wertvoller als eine blosse Altersversorgung. Der Beschränkung auf die Altersversicherung hätte die Ungerechtigkeit angehaftet, dass der vorversterbende Familienvater seine Beiträge ohne jede Gegenleistung hingegeben hätte. Wahrscheinlich hätte in diesem Falle die Gesetzgebung eine Prämienrückgewähr vorsehen müssen, wie sie auch in der Altersversicherung des Kantons Appenzell A.-Rh. nicht zu vermeiden war. Dadurch wäre aber die Altersversicherung nicht unwesentlich verteuert worden, ohne die erheblichen Vorzüge einer kombinierten Versicherung auf den Alters- und den Todesfall zu erreichen.

Die Gründe, die demgegenüber zur vorläufigen Zurückstellung der Invalidenversicherung geführt haben, sind in unserem Nachtragsbericht zum Verfassungsartikel vom 23. Juli 1924 einlässlich dargelegt worden. Dieser Versicherungszweig bietet in der Tat nicht nur technisch die grössten Schwierig-

keiten, sondern auch finanziell unabgeklärte Verhältnisse. Wenn aber auch aus Gründen kluger und vorsichtiger Politik die Invalidenversicherung im Verfassungsartikel selber einer zweiten Etappe der Realisierung vorbehalten ist, so darf sie doch bei der Schaffung der Alters- und Hinterlassenenversicherung nicht ausser acht gelassen werden, damit nicht ihrer spätern Einführung unüberwindliche Schwierigkeiten erwachsen. Ihr Fehlen wird in den zahlreichen Fällen vorzeitigen ganzen oder teilweisen Verlustes der Erwerbsfähigkeit infolge Krankheit nach Bestehen der Altersversicherung vielleicht mehr noch als vorher empfunden werden. Dazu kommt, dass gerade die privaten Fürsorgeeinrichtungen der Arbeitgeber den Invaliditätsfall meist einschliessen, was dem Wunsche zu seinem Einbezug in die allgemeine Versicherung bei denjenigen, die auf diese angewiesen sind, neue Nahrung geben dürfte. So wird der Zeitpunkt der Verwirklichung der Invalidenversicherung nicht nur von den nach Inkrafttreten der Alters- und Hinterlassenenversicherung verfügbaren Mitteln bei Bund, Kantonen und bei den Versicherten selber, sondern auch vom Bedürfnis abhängen, wie es sich in jenem Zeitpunkt gestaltet und geltend macht.

Im übrigen lässt die Verfassung der Gesetzgebung im ganzen freien Raum. Der Bund ist ermächtigt, aber nicht verpflichtet, die Versicherung obligatorisch zu erklären, und wenn er es tut, so darf er sie auf bestimmte Bevölkerungsklassen beschränken oder auf die ganze Bevölkerung ausdehnen. Ebensovienig ist der Gesetzgeber in bezug auf die Organisation der Versicherung gebunden. Die Verfassung schreibt ihm zwar die Mitwirkung der Kantone vor, ohne hinsichtlich ihres Umfanges nähere Bestimmungen aufzustellen, stellt ihm dagegen die Heranziehung privater und öffentlicher Kassen frei.

B. Die allgemeine Volksversicherung.

Die Institution, die wir zu schaffen im Begriffe sind, soll ein Werk umfassender Solidarität zugunsten unserer Greise, unserer Witwen und Waisen werden. Denjenigen, die nach einem Leben voller Mühe und Arbeit ihre Kräfte schwinden sehen, ihren Lebensabend zu erleichtern, Frauen und Kindern der andern, welche vorzeitig im Kampfe ums Dasein unterliegen, vor der grössten Not zu schützen, ist ihre vornehme Aufgabe.

Um aber diesem hohen Ziele genügen zu können, ist das Werk auf die Mithilfe aller Kräfte des Landes angewiesen. So appelliert es zunächst an den einzelnen Volksgenossen. Wer im erwerbsfähigen Alter steht, soll durch einen bescheidenen jährlichen Beitrag an der Deckung eines Teiles des Aufwandes mitwirken. Mit dieser Beitragszahlung erwirbt er sich selber, wenn er zu Jahren gekommen ist, oder seiner Witwe und seinen Waisen im Falle seines vorzeitigen Todes den Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Wir muten aber auch demjenigen ein bescheidenes Opfer zu, der fremde Arbeitskräfte in seinem Dienste hat, und ihnen dafür nicht nur einen angemess-

senen Lohn, sondern auch eine gewisse Fürsorge schuldet. Endlich soll der Staat durch finanzielle Zuwendungen die Durchführung und den Bestand des Ganzen sichern und insbesondere im Sinne eines sozialen Ausgleichs das Schicksal derjenigen erleichtern, die in höherem Masse hilfsbedürftig sind.

So werden im Versicherungswerke, wie wir es verstehen, Staatshilfe und Selbsthilfe zu gemeinsamem Wirken verbunden, die verschiedenen Klassen und Stände unseres Volkes zu einer grossen Fürsorgegemeinschaft zusammengefasst. In der Sorge der jeweils Lebenden und Tätigen für die Gealterten und die Hinterlassenen der Vorverstorbenen werden zudem die verschiedenen aufeinanderfolgenden Generationen organisch miteinander verknüpft. Diese Verbindung des ganzen Volkes nicht nur in der Gegenwart, sondern auch im Wechsel der Zeiten, verbürgt die Erhaltung und den dauernden Bestand der geschaffenen Einrichtung.

1. Das Obligatorium der Alters- und Hinterlassenenversicherung.

Es ist daher gegeben, dass die Versicherung, will sie ihrer grossen Aufgabe gerecht werden, obligatorisch sein muss. Der Staat, der die Grundlagen zur Lösung des Fürsorgeproblems schafft und dafür Mittel zur Verfügung stellt, im übrigen aber die Mithilfe seiner Bürger anrufen muss, kann dem einzelnen nicht gestatten, nach seinem Belieben fern zu bleiben. Er kann auch nicht zusehen, wie gerade die wirtschaftlich Schwächsten, die bei Eintritt des Fürsorgefalles am ehesten der Hilfe bedürfen, aus Gleichgültigkeit oder infolge beschränkter Mittel beiseite stehen, dann aber, wenn sie in Not sind, der Öffentlichkeit zur Last fallen, über ihr Schicksal klagen und den Staat für ihre selbstverschuldete, nicht wieder zu korrigierende Unterlassung verantwortlich machen. Die Erfahrung hat überall gelehrt, dass ohne Zwang gerade diese Schichten der Bevölkerung der Versicherung fern bleiben.

Dazu kommt ein weiteres. Die Sozialversicherung ist ihrer Natur nach auf Ausgleich gerichtet. Neben die sozialpolitische Ausgleiche der Klassengegensätze durch staatliche Zuwendungen, welche aus Steuern geschöpft sind, durch Erhebung von Arbeitgeberbeiträgen zugunsten der Fürsorge für die Arbeitnehmer, tritt der Ausgleich der verschiedenen Risiken in einer grossen Versicherungsgemeinschaft. Wer für sich allein einer privaten Versicherung beiträgt, wird im allgemeinen nach seinem persönlichen Risiko, mit andern Worten nach der wahrscheinlichen Inanspruchnahme, welche die Versicherung auf Grund der persönlichen Eigenschaften und Verhältnisse des Versicherten zu gewärtigen hat, taxiert. Anders in der Sozialversicherung, wo die grosse Masse der Versicherten gestattet, die Risikenunterschiede auszugleichen und zu mittlern, für die einzelnen Glieder der Gemeinschaft im ganzen tragbaren Verpflichtungen zu gelangen. Diese grossen Versicherungsbestände können aber nur auf dem Wege des gesetzlichen Zwanges erreicht werden.

Gewiss bringt der Versicherungszwang etwelche Einschränkung der persönlichen Freiheit. Sie ist aber um der höhern Ziele der Gemeinschaft willen und im wahren Interesse des einzelnen notwendig. Ähnlich wie der Schulzwang zur allgemeinen Volksbildung und damit in der vermehrten Einsicht und Urteilsfähigkeit zur wahren Freiheit führt, so verleiht auch die Sozialversicherung mit ihren Rechtsansprüchen dem einzelnen eine freiere Stellung und macht ihn selbständiger. Dies ist in einer Demokratie wie der unsrigen, in der dem einzelnen eine so bedeutende Rolle bei der Bildung des Staatswillens eingeräumt ist, besonders wichtig und seiner staatsbürgerlichen Stellung würdiger, als wenn er oder seine Hinterlassenen, sobald die Not an sie herantritt, an die Armenpflege und die private Wohltätigkeit appellieren müssen.

So ist der Zwang auch in der Sozialversicherung, wie in andern Gebieten der Gesetzgebung, nicht Selbstzweck, sondern bloss Mittel zum Zweck, dazu bestimmt, Werke der Gemeinschaft zu ermöglichen, die dem einzelnen zum Segen reichen sollen und die nicht am fehlenden Verständnis oder dem Widerstreben einer Minderheit scheitern dürfen. Der Versicherungszwang hat sich denn auch überall, wo er besteht, eingelebt, und wir sind überzeugt, dass gerade die Erkenntnis der Ziele, denen er dienen soll, Bedenken, die sich aus einer etwas weitgehenden Auffassung des Freiheitsbegriffes herleiten, wird beruhigen können.

Man hört gelegentlich den Einwand, dass einer Zwangsversicherung etwas Schematisches und Seelenloses anhafte. An die Stelle der freien Wohltätigkeit, die an die Nächstenliebe anknüpfe und von Mensch zu Mensch wirke, trete ein starres Rechtsverhältnis mit gegenseitigen Ansprüchen und Pflichten, das keine Individualisierung und Anpassung an persönliche Verhältnisse mehr gestatte, wie sie einen wesentlichen Vorzug der privaten Caritas bilden. Diese werde, wenn bedeutende Mittel durch die Sozialversicherung beansprucht werden, welche den Schutz des Individuums bei Schicksalsschlägen übernehme, erlahmen, womit bedeutende ethische und christliche Werte verloren gehen würden.

Wir halten auch diese Einwände und Befürchtungen für unbegründet. Sie wären vielleicht bis zu einem gewissen Grade gegenüber einer unentgeltlichen, ausschliesslich aus Staatsmitteln gespiesenen Fürsorge mit Rechtsansprüchen gerechtfertigt. Nun soll aber keine Fürsorge, sondern eine Versicherung geschaffen werden, an die jeder beizutragen hat, der ihr gegenüber Ansprüche geltend machen will. Natürlich kann eine solche, die als Gegenleistung für die Beitragszahlung bestimmte Rechtsansprüche gewähren muss, nicht nach freiem Ermessen verfahren. Ist es aber nicht viel wertvoller, wenn jemand beizeiten durch seine Beitragszahlungen und so durch eigene Anstrengungen für seine alten Tage, für seine Witwe und seine Waisen vorsorgt, als wenn er diese Sorge einfach dem lieben Nächsten überlässt, er selber aber in Sorglosigkeit und unbekümmert um die Zukunft seine Tage verbringt? Und

bildet nicht gerade ein Werk von der gewaltigen Bedeutung einer allgemeinen Volksversicherung, wie wir sie vorsehen, das durch Zusammenstehen aller Kreise auch den Ärmsten diese Vorsorge erleichtern will, das schönste Denkmal umfassender Solidarität und Nächstenliebe?

Der privaten Fürsorge- und Hilfstätigkeit bleibt aber neben der zu schaffenden Sozialversicherung noch ein weites Feld der Wirksamkeit. Keine Versicherung und auch keine Sozialversicherung kann alle Not lindern. Eine allgemeine Volksversicherung, wie die projektierte ganz besonders, die sich in ihren finanziellen Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der unbemittelten Schichten anzupassen hat, muss sich mit bescheidenen Leistungen begnügen, die den Versicherten einen absoluten Mindestschutz in allen Lebensverhältnissen bieten sollen, welcher aber die private Initiative nicht überflüssig macht, sondern geradezu eine wertvolle Unterlage zu ihrer Entfaltung bildet und durch Verallgemeinerung des Fürsorgegedankens zu ihrer Förderung erheblich beitragen dürfte.

Die Sozialversicherung ist denn auch, wie schon betont, und wie die *Übersicht über die Gesetzgebung des Auslandes zeigt*, allgemein auf dem Versicherungszwang aufgebaut.

Sogar Länder, die nach ihrer Struktur oder nach der Mentalität ihrer Bevölkerung früher Anhänger der freiwilligen Versicherung waren, konnten sich der Macht der Erfahrung, die gegen diese und für das Obligatorium spricht, nicht entziehen. Im Gebiete der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung haben nach dem Kriege Belgien und Italien umfassende Gesetzgebungswerke mit Versicherungszwang geschaffen. Frankreich ist, wie bereits erwähnt, im Frühjahr 1928 gefolgt. Und auch die mit Kriegsende neu entstandenen Staaten haben von vornherein ihre Sozialversicherungsgesetzgebung, die sie als eine der ersten Aufgaben in Angriff nahmen, ohne Zögern auf den Boden des Obligatoriums gestellt. Das Prinzip des Versicherungszwanges ist an der 10. Internationalen Arbeitskonferenz in Genf, die sich mit der Krankenversicherung befasste, dem Übereinkommen über diesen Versicherungszweig zugrunde gelegt worden, trotzdem im Gebiete der Krankenversicherung mit der Freiwilligkeit unter ausnahmsweise günstigen Bedingungen, wie es einige Länder, so Dänemark und die Schweiz, beweisen, noch gewisse Resultate erzielt werden können. Die besondern Voraussetzungen, worauf dies beruht, fehlen aber im ganzen in der Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung.

Den Erfahrungen des Auslandes und der dortigen Entwicklung konnte sich die Gesetzgebung in den schweizerischen Kantonen nicht entziehen. Während die Kantone Neuenburg und Waadt, ersterer bereits im Jahre 1898, letzterer am 2. März 1907, mit einer gesetzlichen Förderung der freiwilligen Alters- und der Lebensversicherung vorangegangen sind, Versicherungen, die sich aber, weil sie freiwillig sind, nur ganz langsam entwickeln, haben die nachfolgenden Kantone von vornherein den Weg des Obligatoriums beschritten:

Glarus am 7. Mai 1916 mit seinem Gesetze über die obligatorische Alters- und Invalidenversicherung des Volkes und Appenzell A.-Rh. am 26. April 1925 mit seiner allgemeinen Altersversicherung. Auch soweit heute Bestrebungen zur Schaffung ähnlicher Einrichtungen bestehen, wie in Baselstadt, Zürich und anderwärts, gehen sie ohne weiteres von einem Obligatorium aus.

Eine Alters- und Hinterlassenenversicherung, die sozialpolitisch etwas wert sein und ihrem Zweck gerecht werden soll, wird ohne das Mittel des Beitrittszwanges nicht auskommen. Weniger als die Krankheit, die das Leben der Menschen begleitet und die wohl fast jeden mehrere Male trifft, steht die Gefahr des Todes oder die Sorge für die Fristung des Lebens in vorgerücktem Alter, regelmässig vor dem Auge des einzelnen. Zumal jüngere Leute denken nicht an sie. Wenn dann aber diese Gefahr einmal grösser geworden ist und ihr Eintritt wahrscheinlicher wird, wenn auch die Sorge auf die alten Tage stärker drückt, fällt es den meisten schwer, auch wenn sie dazumal zu den begüterteren Klassen der Bevölkerung gehören, sich gegen diese Risiken zu versichern, sofern es überhaupt noch möglich ist. Gewiss bestehen diese Schwierigkeiten bis zu einem gewissen Grade auch in der Krankenversicherung, denn auch die Krankheitsgefahr steigt mit zunehmendem Alter. Der Eintritt in eine Krankenkasse ist jedoch auch in spätern Jahren noch wesentlich leichter als der Abschluss einer Todesfall- oder Altersversicherung, wenn einmal infolge vorgerückteren Alters die Ansammlung der erforderlichen Mittel zur Bestreitung der Leistungen im Versicherungsfalle beim Versicherer in kürzerer Zeit zu erfolgen hat.

Die an sich ja nicht unbefriedigende Entwicklung der vom Bunde geförderten freiwilligen Krankenversicherung, die heute in den anerkannten Krankenkassen rund 90 % unserer Bevölkerung umfasst, kann aus diesen Gründen, besonders wegen der ganz andersartigen Natur des Krankheitsrisikos, nicht zugunsten der Freiwilligkeit im Gebiete der Alters- und Hinterlassenenversicherung verwertet werden. Ausserdem lässt sich auch in der Krankenversicherung die Erfahrungstatsache feststellen, dass sie wegen des mangelnden Zwanges an vielen Orten gerade die mindestbemittelten Volksschichten nicht erreicht. So sehen sich denn Kantone und Gemeinden immer mehr veranlasst, von der Ermächtigung Gebrauch zu machen, die ihnen das Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung in Art. 2 einräumt, die Krankenversicherung in ihrem Gebiet allgemein oder für gewisse Bevölkerungsklassen obligatorisch zu erklären. Ein nicht unerheblicher Teil der heute in den anerkannten Krankenkassen versicherten Personen, etwa 400,000 auf 1,2 Millionen Versicherte, gehört ihnen zufolge eines solchen kantonalen oder gemeindeweißen Obligatoriums an. Ohne diesen Zwang wäre die Zahl der krankenversicherten Personen der Schweiz demnach nicht unwesentlich kleiner.

Das zu schaffende Versicherungswerk soll im weitern das Postulat einer vermehrten Fürsorge der Arbeitgeberschaft für die Arbeitnehmer

soweit als möglich erfüllen. Wie die durchgeführte Erhebung zeigt, ist diese Art der Fürsorge hauptsächlich in der Verwaltung und im Handel sowie in gewissen Teilen der Industrie vorhanden und beschränkt sich im ganzen auf Bestandteile der Angestelltenschaft, während die Arbeiterschaft nur in geringem Umfange ihrer teilhaftig ist. Es ist wohl klar, dass derartig grosse Verschiedenheiten je nach der Arbeitsstelle des einzelnen auf die Dauer nicht bestehen bleiben können. Einen entschiedenen Fortschritt im Sinne eines allgemeinen Mindestschutzes kann aber nur eine Sozialversicherung auf dem Boden des Obligatoriums bringen, während bei der Freiwilligkeit die Unterschiede bestehen bleiben dürften. Die Erreichung dieses Zieles ist nicht nur sozialpolitisch von Bedeutung. Sie liegt auch im Interesse einer bessern Verteilung der sozialen Lasten und einer gewissen Ausgleichung der Belastung zwischen den verschiedenen Erwerbsgruppen.

Bei einem Verzicht auf das Obligatorium von Bundes wegen verbliebe nur die Lösung einer Förderung der freiwilligen Versicherung. Abgesehen davon, dass damit der soziale Zweck nicht erreicht und die Gesetzgebung im wesentlichen wirkungslos bliebe, wäre eine unheilvolle Zersplitterung die Folge einer derartigen Ordnung, die wahrscheinlich auf lange hinaus, wenn nicht auf die Dauer, jede zweckgemässe Regelung verunmöglichen würde. Die Förderung müsste wohl durch staatliche Subventionen an die Prämien versucht werden, wenn die Versicherung bei bestimmten Versicherungsorganisationen abgeschlossen wird, oder aber in der Weise, dass der Staat gewisse dieser Organisationen privilegiert oder selber solche errichtet. Dies würde ihnen gestatten, zu Vorzugsbedingungen zu arbeiten oder mindestens bestimmte weniger bemittelte Kategorien der Bevölkerung zu besonders günstigen Bedingungen zu versichern. Die Folge eines solchen Vorgehens wäre aber eine Verzettlung öffentlicher Gelder, ohne dass der beabsichtigte Effekt erreicht würde. Neben den konzessionierten Versicherungsgesellschaften, von denen heute schon einzelne die sogenannte Volksversicherung mit kleinen Versicherungssummen betreiben, müssten wohl die verschiedenartigsten Verbände und Organisationen anderer Art zugelassen werden, sofern sie sich gewissen gesetzlichen Subventionsbedingungen unterziehen. Die grosse Zahl anerkannter Krankenkassen in der Krankenversicherung, zu denen auch kleine und kleinste Gebilde gehören und bei denen die straffere Zusammenfassung auf grosse Schwierigkeiten stösst, zeigt, was zu erwarten wäre. Dabei handelt es sich in der Krankenversicherung im allgemeinen um relativ beschränkte Verpflichtungen, für deren richtige Erfüllung auch kleinere Versicherungsträger mit bescheidenen Mitteln noch genügende Gewähr bieten. Anders aber in einer Alters- und Hinterlassenenversicherung, deren weitgehende Leistungen, wie wir noch einlässlich dartun werden, nur von umfassenden, finanzkräftigen Organisationen übernommen werden können.

Wie in der bestehenden bundesrechtlichen Krankenversicherung, so müsste auch in einer freiwilligen staatlich subventionierten Alters- und Hinter-

lassenversicherung für eine gewisse Freizügigkeit zwischen den verschiedenen zugelassenen Versicherungsträgern gesorgt werden. So einfach sich diese Freizügigkeit aber zwischen den nach dem Umlageverfahren finanzierten Krankenkassen macht, so schwierig wäre ihre befriedigende Ordnung in einer Alters- und Hinterlassenenversicherung, welche auf dem Boden der Freizügigkeit ohne die Anhäufung bedeutender Kapitalien nicht auskäme.

Die Zuwendungen des Bundes an die Krankenversicherung belaufen sich heute ungefähr auf 7 Millionen Franken. Sie haben sich, da die Bundessubvention nach der Zahl der Mitglieder der Krankenkassen berechnet wird, im Laufe der Zeit mit der Entwicklung der Versicherung erhöht und werden sich entsprechend einer weitem Ausdehnung der Krankenversicherung noch weiter erhöhen. Die Prämien, die in der Krankenversicherung vom einzelnen Versicherten eingefordert werden, sind im allgemeinen Durchschnittsprämien, und auch dort, wo eine Abstufung nach dem Eintrittsalter stattfindet, bestehen nicht erhebliche Differenzen. Dazu tritt, dass die Krankenversicherung grosser Reserven nicht bedarf. Auch der relativ bescheidene ordentliche Bundesbeitrag von Fr. 3. 50 für die Männer und Fr. 4 für die Frauen, wie er heute gilt, besitzt im Verhältnis zu der Prämie eine gewisse Bedeutung. Anders wäre es in einer freiwilligen vom Bunde subventionierten Alters- und Hinterlassenenversicherung. Während bei den jüngern Versicherten die Subventionsätze, die sich natürlich in gewissen Schranken halten müssten, zu der relativ geringen Prämie in jüngern Jahren noch in einem angemessenen Verhältnis ständen, würde es bei den erheblich höhern Prämien, welche die älteren Versicherten aufzubringen hätten, nicht mehr zutreffen. Die Versicherungsgelegenheit würde deshalb wahrscheinlich trotz der Bundessubvention nur in geringem Umfange benützt. Es würden sich hauptsächlich jüngere Leute der Versicherung zuwenden, während die grosse Zahl der in vorgerückteren Jahren stehenden es beim bisherigen Zustande bewenden liesse.

Ein Subventionsgesetz des Bundes müsste zudem, wie es im Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung geschehen ist, den Kantonen und Gemeinden die Ermächtigung einräumen, für ihr Gebiet die Versicherung obligatorisch zu erklären. Eine Reihe von Kantonen, zumal die industriellen, würde, wie es heute in der Krankenversicherung der Fall ist, davon Gebrauch machen, andere nicht. Auch bei Aufstellung gewisser Schranken, innert welcher sich die kantonale Gesetzgebung zu bewegen hätte, was in der Krankenversicherung unterlassen worden ist, würde bald eine reiche Musterkarte von kantonalen und vielleicht sogar gemeindeweißen Versicherungen entstehen. Daraus ergäben sich aber nicht nur ein höchst unübersichtlicher Rechtszustand, sondern auch infolge der vielen Wanderungen innerhalb unserer Bevölkerung die grössten Schwierigkeiten für die Durchführung der Versicherung. Im Wesen der Krankenversicherung liegt es, wie bereits betont, dass solche Schwierigkeiten dort noch einigermaßen befriedigend gelöst werden können; die grösseren und zeitlich oft weit aufgeschobenen Ver-

pflichtungen der Alters- und Hinterlassenenversicherung, die bei Verteilung des Versicherungsbestandes auf eine Mehrheit von Versicherern das Prämiendeckungsverfahren verlangen und damit zur Anhäufung grosser Reserven führen, gestatten befriedigende Lösungen viel weniger oder überhaupt nicht.

Häufig wird gegenüber der Forderung nach einer obligatorischen Sozialversicherung auf die Lebensversicherung verwiesen, die ja schon jetzt einen Teil des Bedürfnisses deckt und dies wohl noch in vermehrtem Umfange tun könnte. Diese Auffassung ist irrig. So verbreitet die Lebensversicherung ist und so sehr sie in der Form der Volksversicherung besonders auf die geringer bemittelten Schichten Rücksicht nimmt, so vermag sie doch nicht zu genügen. Auch die Versicherung relativ beschränkter Summen in jungen Jahren verlangt schon eine Prämie, deren Zahlung vielen Schwierigkeiten bietet. Die Erhebungen über die Zahl und die Art der in der Schweiz vorhandenen Policen zeigen im weitern, wie bescheiden im allgemeinen gerade aus diesem Grunde die versicherten Summen sind. So entfallen von etwa 800,000 laufenden Policen zu Ende des Jahres 1928 rund 450,000 auf die sogenannte Volksversicherung mit einem durchschnittlich versicherten Betrage von rund Fr. 1000; aber auch in der sogenannten grossen Lebensversicherung, handelt es sich oft um Kapitalien, die im Todesfalle wohl eine vorübergehende, aber nicht eine dauernde Hilfe bringen können. Diesen beschränkten Beträgen gegenüber bedeuten auch bescheidene Renten in der Sozialversicherung einen ganz erheblichen Fortschritt. An die Stelle einer geringen festen Summe, welche sehr oft eben ausreicht, um die grossen Ausgaben beim Todesfall zu decken, treten periodisch wiederkehrende Leistungen, die der Witwe und den Waisen eine Stütze zur Sicherung ihrer Existenz und einen wertvollen Erziehungsbeitrag bieten.

Die Frage, ob die bundesgesetzliche Versicherung obligatorisch oder freiwillig sein soll, ist angesichts ihres grundlegenden Charakters bereits in den Botschaften des Bundesrates zu Art. 34^{quater} der Bundesverfassung einlässlich erörtert und im Sinne der entschiedenen Bejahung des Obligatoriums der Versicherung gelöst worden. Widersprüche gegen diese Lösung sind bei der Beratung des Verfassungsartikels in den eidgenössischen Räten, wie bei der Erörterung des Problems in der breiten Öffentlichkeit vor der Volksabstimmung nicht aufgetreten oder haben sich nur ganz vereinzelt gezeigt. So darf man heute wohl sagen, dass diejenigen, welche für den Verfassungsartikel eingetreten sind und für ihn gestimmt haben, von der stillschweigenden Voraussetzung ausgingen, dass die Ausführungsgesetzgebung auf dem Boden des Obligatoriums der Versicherung stehen werde und dass auch die Gegner im allgemeinen die Auffassung teilen, dass, wenn schon einmal die Versicherung eingeführt werden soll, es sich um eine obligatorische Einrichtung zu handeln habe.

2. Das Volksobligatorium.

Soll mittels des Obligatoriums eine Klassenversicherung oder eine allgemeine Volksversicherung geschaffen werden? Wir entscheiden uns für die letztere Lösung. Die Versicherung soll nicht nur bestimmte Bevölkerungskreise sondern nach dem Prinzip des Volksobligatoriums die ganze Bevölkerung umfassen, ohne Rücksicht auf selbständige oder unselbständige Stellung im Wirtschaftsleben, Höhe oder Art des Erwerbes oder andere Unterschiede.

Wir sind uns bewusst, dass wir Wege beschreiten, die von denjenigen der ausländischen Sozialversicherung im allgemeinen nicht unwesentlich abweichen. Einzig Schweden und unsere beiden Kantone Glarus und Appenzell A.-Rh. kennen eine Volksversicherung ähnlich derjenigen, wie wir sie vorschlagen, ohne dass die Verhältnisse die gleichen sind und damit die dort gewählten Organisationsformen und die gewonnenen Erfahrungen ohne weiteres bei der Lösung des uns gestellten Problems verwertet werden könnten.

Im übrigen ist die Sozialversicherung im Auslande Klassenversicherung geblieben. Ursprünglich für die Lohnarbeiterschaft der Industrie und einzelner Gewerbszweige sowie für einen Teil der Angestelltenschaft dieser Unternehmungsarten geschaffen, ist sie erst im Laufe der Zeit allmählich auf weitere Betriebe und weitere Kategorien von Arbeitern und Angestellten ausgedehnt worden, hat aber bis heute ganz überwiegend den Charakter einer Versicherungsfürsorge für die Personen beibehalten, welche, wirtschaftlich und rechtlich im wesentlichen unselbständig, sich im Dienste anderer gegen Entgelt betätigen. Diese Beschränkung auf die unselbständig Erwerbenden hängt zum Teil mit den Anfängen der Sozialversicherung und ihrer ursprünglichen Verbindung mit dem modernen Arbeiterschutz zusammen. Zum Teil ist sie die Folge der Auffassung, dass der Lohn des Unselbständigen ihm nur das Existenzminimum für die gesunden und arbeitsfähigen Tage biete, ihm aber die Bildung von Rücklagen für die Zeit der Krankheit, der Invalidität und des Alters nicht erlaube, im Gegensatz zum selbständig Erwerbenden, dessen Unternehmergewinn eine Quote für diese Zwecke enthalte. Endlich beruht die Beschränkung auf technischen Erwägungen des Versicherungsbetriebes, der sich bei Arbeitnehmern im ganzen leichter macht als bei Personen selbständigen Erwerbes. Während bei letzteren im allgemeinen der Versicherungsträger mit jedem einzelnen Versicherten direkt verkehren muss, ist der Angestellte und Arbeiter durch Vermittlung des Betriebes versichert, in welchem er sich betätigt. Die Versicherung wird unter weitgehender Heranziehung des Arbeitgebers durchgeführt. Mit seiner Hilfe wird die Erfüllung der Versicherungspflicht kontrolliert, von ihm wird die Versicherungsprämie erhoben, die er seinem Arbeitnehmer am Lohn verrechnet. Auch die Kontrolle des Versicherungsfalles macht sich, zumal in der Krankenversicherung, leichter beim unselbständig Erwerbenden als beim Selbständigen, wo oft auch das soziale Bedürfnis ein geringeres ist, können doch bei Krankheit des Familienhauptes häufig Familienglieder oder Angestellte seine Tätigkeit

übernehmen. Meist wird überdies die Zahlung eines Teiles der Prämie dem Arbeitgeber auferlegt, eine Möglichkeit, die beim selbständig Erwerbenden nicht besteht, so dass der Staat eintreten muss, falls nicht die ganze Prämie vom Versicherten selber aufgebracht werden kann.

So ist es verständlich, dass Länder mit einer Arbeiterversicherung nur zögernd an ihre Ausdehnung auf selbständig Erwerbende übergehen. Häufig wird diesen die Möglichkeit des freiwilligen Beitrittes zu den Einrichtungen der Arbeiterversicherung eröffnet, oder es wird dem unselbständig Erwerbenden, der sich verselbständigt, die freiwillige Weiterführung der vorher obligatorischen Versicherung gestattet. Die Sozialversicherung ist deshalb im Auslande heute noch, wie gesagt, zur Hauptsache Arbeiterversicherung. Die Tschechoslowakei, welche versucht hat, nach Einführung der Alters- und Invalidenversicherung der Arbeiterschaft, in einem besondern Gesetze auch die selbständig Erwerbenden zu versichern, hat das Gesetz vorläufig nicht in Kraft treten lassen. Dagegen hat sich Schweden, wie bereits erwähnt, im Gebiete der Alters- und Hinterlassenenversicherung mit seinem Gesetze vom Jahre 1913 schon auf den Boden der allgemeinen Volksversicherung gestellt. Gegen einen festen Grundbeitrag, zu dem für gewisse Einkommenskategorien Zusatzbeiträge kommen, sind alle schwedischen Einwohner zwischen bestimmten Lebensaltern mit ganz wenigen Ausnahmen, worunter insbesondere Beamte und Angehörige der Armee fallen, auf eine Invalidenrente und eine Altersrente versichert, zu der, je nach den Einkommensverhältnissen nach Eintritt des Versicherungsfalles, staatliche Zuschüsse treten. Diese schwedische Volksversicherung, die seither mehrfach verbessert worden ist, hat sich eingelebt und im ganzen bewährt.

Wir geben uns von den Schwierigkeiten, welche die Durchführung einer Volksversicherung bietet, durchaus Rechenschaft. Die Auffassungen unseres Volkes und unsere Bedürfnisse, sowohl die politische Organisation unseres Landes wie die Struktur unserer Bevölkerung weisen uns aber entschieden auf diese weitergehende Lösung hin. Ist auch die Sicherstellung der Industrie-arbeiterschaft und der Arbeitnehmer überhaupt eine gebieterische Forderung unserer Sozialpolitik, so dürfen wir doch dabei nicht stehen bleiben.

Die Sozialversicherungsgesetzgebung hat sich denn auch bei uns in andern Gebieten entschieden nach der Richtung der Volksversicherung hin entwickelt. Arbeiterversicherung sind im wesentlichen diejenigen Zweige, bei denen dieser Charakter in der Natur der Sache liegt, die Unfallversicherung und die Arbeitslosenversicherung. Aber auch die obligatorische Unfallversicherung, welche am 1. April 1918 an die Stelle der Haftpflicht des Unternehmers getreten ist, umfasst sämtliche in den versicherungspflichtigen Betrieben beschäftigten Personen, ohne Rücksicht auf ihre Stellung, vom Betriebsleiter bis zur zeitweiligen Hilfskraft herunter. Dagegen hat die Krankenversicherung, welche zurzeit rund $1\frac{1}{4}$ Millionen Einwohner einschliesst, ausgesprochenen Volksversicherungscharakter. Der Zutritt zu den Krankenkassen steht jedem

Schweizer offen, der die statutarischen Aufnahmebedingungen erfüllt, gleichviel, welches seine berufliche Stellung oder die Art und Höhe des Erwerbes sei. Die Kantone und Gemeinden, welche von der bundesrechtlichen Ermächtigung zur Einführung der obligatorischen Krankenversicherung für ihr Gebiet Gebrauch gemacht haben, stellen bei der Umschreibung der Versicherungspflicht nicht auf die Zugehörigkeit zu einem Berufe ab, sondern verlangen bloss, dass das Einkommen eine gewisse Höhe nicht überschreite, wobei es belanglos ist, ob es in rechtlich und wirtschaftlich selbständiger oder unselbständiger Stellung erworben werde. Auf Grund dieser Kriterien hat sich bei uns, besonders auch in landwirtschaftlichen Gegenden, die Krankenversicherung, als obligatorische oder freiwillige, stark ausgedehnt. Es sei nur an die Gebirgskantone Wallis, Graubünden und Tessin erinnert, in denen heute ein überwiegender Teil der zur Hauptsache selbständig erwerbenden landwirtschaftlichen Bevölkerung den Krankenkassen angehört.

Eine Ausscheidung nach Klassen ist unseres Erachtens weder im Hinblick auf den Berufsstand noch auf die Stellung im Wirtschaftsleben noch auf *Einkommen oder Vermögen* möglich. Das Kriterium der Zugehörigkeit oder des Ausschlusses mag so oder anders gewählt werden, es dürfte ganz unmöglich sein, eines zu finden, das in einer Einrichtung auf lange Sicht, wie sie die Alters- und Hinterlassenenversicherung darstellt, die Jahre und Dezennien, ja den Lauf des ganzen Erwerbslebens eines Menschen umfasst, unverändert massgebend ist. Bei jedweder Ausscheidung, erfolge sie nun nach dem Beruf oder nach dem Einkommen, käme es häufig vor, dass eine Person in ihrem Leben bald versicherungspflichtig und bald nicht versicherungspflichtig wäre, je nachdem sich ihre Berufs- oder Einkommensverhältnisse verändern.

Die Struktur der Bevölkerung in sozialer und wirtschaftlicher Beziehung ist eine vorwiegend kleinbürgerliche. Neben der zunehmenden industriellen Arbeiterschaft, einer Folge der Industrialisierung des Landes, bestehen grosse Schichten wenig bemittelter selbständiger Gewerbetreibender. Vor allem aus ist die Landwirtschaft bei uns in den Händen mittlerer und kleinerer Bauern, während grosse Betriebe mit landwirtschaftlicher Arbeiterschaft im Gegensatz zum Auslande sehr selten sind. Das Bedürfnis nach einer Sozialversicherung ist in diesen Kreisen nicht geringer als bei der Grosszahl der unselbständig Erwerbenden. Ja, es ist gerade bei unsern Landwirten, die in der Regel mit ihrer Familie oder mit nur wenigen fremden Hilfskräften den Boden bebauen, die zum guten Teil Selbstversorger sind und nur über wenig Bareinkommen verfügen, ein ausgesprochenes. Zumal unsere vorwiegend landwirtschaftliche Gebirgsbevölkerung ist auf den Zusammenschluss und auf die Solidarität aller angewiesen, wie sie die obligatorische Volksversicherung bringt, wenn für sie eine auch nur bescheidene Hilfe geschaffen werden soll. Weniger als anderen Erwerbsgruppen, die stärker mit dem Wirtschaftsleben verbunden sind und deren Glieder untereinander in engerem Zusammenhange stehen, steht ihr, besonders angesichts ihrer beschränkten Mittel, der Weg

der Selbsthilfe offen. Die Landwirtschaft hat sich denn auch von jeher für die Einbeziehung in die zu schaffende Alters- und Hinterlassenenversicherung eingesetzt.

Es kann somit nach unserer Ansicht keine Rede davon sein, dass wir die projektierte Versicherung auf gewisse Berufsstände, also beispielsweise auf die in Industrie und Handel beschäftigten Personen beschränken und diejenigen ausschliessen, die beispielsweise im Gewerbe und in der Landwirtschaft tätig sind. In der Sozialpolitik darf sich der Staat nicht darum kümmern, welcher Berufsgruppe der einzelne angehört. Entscheidend ist für solche soziale Institutionen vielmehr das materielle Bedürfnis, das sich ohne Unterschied des Berufes überall fühlbar machen kann. Alle Berufsstände und Bürger stehen dem Staat gleich nahe. Deshalb darf ein Werk der Hilfeleistung nicht bloss für einzelne Teile des Volkes geschaffen werden, während auch andere es dringend nötig haben. Handel, Industrie, Gewerbe und Landwirtschaft wie auch die sogenannten freien Berufe, selbständig und unselbständig Erwerbende, sind grundsätzlich gleich zu behandeln. Durch die Anerkennung dieses Grundsatzes wird das Gefühl der Zusammengehörigkeit im ganzen Volke gestärkt, und es wird gleichzeitig vermieden, dass gewisse Kreise sich gegenüber andern als zurückgesetzt betrachten und daraus Verstimmungen entstehen. Dazu kommt aber auch, dass gerade im Gewerbe und in der Landwirtschaft die Versicherung im Hinblick auf die nötigen Arbeitskräfte ein dringendes Bedürfnis ist. Würden nur Angestellte und Arbeiter, die in der Industrie tätig sind, mit dem Vorteil einer mit staatlicher Hilfe organisierten Fürsorgeeinrichtung bedacht, so würden naturgemäss die Arbeitskräfte sich noch viel mehr vom Lande der Stadt und von der Landwirtschaft und den kleinen Betrieben den grossen industriellen und gewerblichen Unternehmungen zuwenden.

Aus diesen Erwägungen und aus dem Gefühle heraus, dass alle Bürger gleichberechtigt seien, hätte unseres Erachtens eine auf der Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsständen aufgebaute Alters- und Hinterlassenenversicherung kaum Aussicht, die Zustimmung des Volkes zu finden. Wollte der Bund eine Arbeiterversicherung nach dem Vorbilde des Auslandes schaffen, so müsste gleichzeitig die Frage einer sozialen Alters- und Hinterlassenenfürsorge für die Landwirtschaft und die selbständigen Gewerbetreibenden gelöst werden. Damit wäre man aber wieder bei der allgemeinen Versicherung angelangt, nur mit dem Unterschiede, dass an Stelle einer Verbindung aller Bevölkerungs- und Erwerbsschichten zu einem grossen Werke gemeinschaftlicher Hilfe und der Versöhnung, die Trennung, damit auch im Fürsorgewesen die Betonung der Sonderinteressen und die Belastung der verschiedenen Volksgruppen mit ihrem eigenen Risiko ohne Ausgleich träte.

Ebenso verfehlt wäre aber unseres Erachtens eine Ausscheidung nach Vermögensstand oder Höhe des Einkommens. Diese scheinbar nahegelegende Abgrenzung, die in einer Reihe von kantonalen obligatorischen Kranken-

versicherungen gilt, wird in einer für das ganze Gebiet der Eidgenossenschaft bestehenden Versicherung schon durch das Bestehen der zahlreichen voneinander abweichenden Steuergesetzgebungen der Kantone, die jene Begriffe ganz verschieden bestimmen und anwenden, erschwert, wenn nicht verunmöglicht, Abgesehen von diesem Hindernisse würde aber eine Abgrenzung der Versicherungspflicht nach dem Einkommen, das im Laufe des Lebens des einzelnen den verschiedensten Änderungen unterworfen sein kann, zu zahlreichen und für den Betrieb höchst unzuweckmässigen Änderungen im Versicherungsverhältnis und Versicherungsbestande führen. Sodann darf nicht vergessen werden, dass niemand seines zukünftigen Schicksals gewiss ist. Der junge Mensch, dem sich das Leben glänzend zu öffnen scheint, kann in seinen alten Tagen in Not und Elend geraten, und dann werden auch ihm die bescheidenen Leistungen der Sozialversicherung sehr erwünscht sein. Für einen solchen Fall soll eben, wenn alle andern Quellen versagen, die Sozialversicherung einen Schutz vor Not und Elend bieten. Wer aber ständig vom Glücke begleitet ist, für den ist die kleine Leistung an die Alters- und Hinterlassenenversicherung keine Last, und sie bringt ihm im Hinblick auf die Bezugsberechtigung im Alter oder im Todesfall auch keinen Verlust. Dazu kommt nun aber, dass im Interesse des ganzen Werkes gerade auch die wohlhabenden Kreise und damit die guten Risiken einbezogen werden müssen. So wird es möglich sein, Beiträge und Leistungen günstiger zu gestalten, als wenn man die wohlhabenden Kreise des Volkes von der Versicherungspflicht befreien würde.

Eine Ausscheidung nach Klassen würde in die Sozialversicherung ein Element der Unsicherheit bringen und sie in hohem Masse komplizieren. Hinsichtlich der Zuteilung zu den einzelnen Gruppen würden sich bei jedem Kriterium, es möchte so oder anders gewählt werden, zahlreiche Zweifelsfälle einstellen, deren Entscheidung eine umständliche und kostspielige Verwaltungsarbeit verlangen würde. Die Versicherungsbestände der verschiedenen Risikogemeinschaften wären fortwährenden Veränderungen und Schwankungen unterworfen, Übertritte von der einen zur andern Gemeinschaft, z. B. infolge Berufswechsels, an der Tagesordnung. Die Durchführung der Versicherung nach einem einfachen System mit Hilfe der Kantone und nach gewissen Durchschnittsberechnungen wäre nicht möglich. Bei dem stets schwankenden und wechselnden Versicherungsbestand mit den zahlreichen Ein- und Austritten und den damit verbundenen Registereinträgen, Abrechnungen und Überweisungen, müsste über jeden einzelnen Versicherten sorgfältig Buch geführt werden, alles Arbeiten, deren Bewältigung eine starke zentrale Organisation mit zahlreichen Arbeitskräften verlangen würde, was bei dem von uns vorgeschlagenen System nicht nötig ist. So führen uns die Rücksichten auf eine einfache Verwaltung und klare Gestaltung der Verhältnisse zum gleichen Schlusse wie die Forderungen des Solidaritätsgefühls.

Nun ist aber noch von ganz besonderer Bedeutung, dass durch die Erfassung des ganzen Volkes für das von uns projektierte Versicherungswerk eine breite Basis geschaffen wird, auf der aufgebaut werden kann und die

Berechnungen für die Zukunft erlaubt. Wir kennen die Entwicklung der Bevölkerung in ihrer Gesamtheit und können aus ihr für die Zukunft bestimmte und für die Ausgestaltung der Versicherung massgebende Schlüsse ziehen, wie dies im folgenden Abschnitt über die bevölkerungsstatistischen Grundlagen der Versicherung nachgewiesen ist. Ein Urteil über die Bevölkerungsschichtung und daher über den Verlauf der Versicherung wäre aber sozusagen unmöglich, wenn sich diese nur auf einen Teil unseres Volkes beschränken würde. Alle Wahrscheinlichkeitsberechnungen würden viel schwieriger und unsicher. Die Bestimmung einer Einheitsprämie und die Anwendung der Umlageverfahrens würden, wie bereits erwähnt, ausgeschlossen, und wir würden genötigt, eine zentrale Anstalt zu schaffen und sie nach dem Deckungsverfahren zu betreiben, eine Lösung, die wir aus politischen und andern Erwägungen vermeiden wollen und müssen.

Die Expertenkommission, welche anfangs des Jahres in Zürich tagte, hat sich denn auch einhellig zum Prinzip des Volksobligatoriums bekannt, und auch in der öffentlichen Meinung ist dieses im allgemeinen günstig aufgenommen worden.

Dagegen haben sich verschiedene Stimmen, die an sich mit dem Volksobligatorium grundsätzlich einverstanden sind, sich für die Wünschbarkeit und Zweckmässigkeit der Ausscheidung einzelner Bestände ausgesprochen. Die Befürworter dieser Idee haben dabei Volkskreise im Auge, welche, wie insbesondere die öffentlichen Beamten, aber auch Angestellte und Arbeiter grösserer Unternehmungen des Handels und der Industrie, bereits öffentlichen oder privaten Pensionseinrichtungen angeschlossen sind. Es wird darauf hingewiesen, dass solche Personen, wenn sie in die Volksversicherung eingeschlossen werden, mehrfach versichert sind, während es doch keinen Zweck habe, sie selber und ihre Arbeitgeber neben den Prämien, welche für sie schon aufgebracht werden, nochmals mit Beiträgen an die Volksversicherung zu belasten. Besonders stossend sei es, die öffentlichen Beamten, für welche der Staat und die Gemeinden in ausreichender Weise sorgen, noch einer allgemeinen Versicherung teilhaftig werden zu lassen, die zum guten Teile aus öffentlichen Mitteln gespeisen werde.

Diese Argumentation mag auf den ersten Blick etwas Bestechendes haben. Sie hält aber einer genaueren Prüfung nicht stand und würde, wenn man sie annähme, letzten Endes zu einer Preisgabe des auch von ihren Vertretern anerkannten Prinzips der Volksversicherung führen. Eine Festsetzung der Bedingungen und der Voraussetzungen, unter denen Ausnahmen zu gestatten wären, würde ausserordentliche Schwierigkeiten bieten. Man könnte sich wohl kaum auf die öffentlichen Beamten beschränken, sondern müsste, wie ja auch verlangt wird, dem Personal privater Unternehmungen unter gewissen Bedingungen die gleiche Ausnahmestellung gewähren, sonst würde man dem Vorwurf begegnen, dass man die Entwicklung freiwilliger Fürsorgeorganisationen der Privatwirtschaft, die doch geeignet seien, den Staat zu entlasten, so

nicht fördere, sondern ihnen hindernd in den Weg trete. Wir wollen in den folgenden Ausführungen diesen wichtigen und in der öffentlichen Diskussion vielfach berührten Punkt besprechen, möchten aber nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass dabei eine ganze Reihe von Fragen berührt werden muss, die in der Folge anlässlich der Behandlung der Zulassung privater Kassen neben den öffentlichen Kassen in Abschnitt III, lit. C, S. 220 ff. eine ausführliche Beantwortung finden werden. Auf die Gefahr hin, auch einzelnes vorweg zu nehmen oder später zu wiederholen, bemerken wir über diese Frage der Ausscheidung einzelner Bestände das Folgende:

Es liegt auf der Hand, dass durch die Zulassung so weitgehender Ausnahmen eine grosse Unsicherheit und zugleich eine grosse administrative Komplikation geschaffen wurde. Mit dem Beginn der Beitragspflicht, d. h. mit 19 Jahren, steht es für ganz wenige Personen fest, ob sie Beamte werden oder in eine Unternehmung eintreten, deren Fürsorgeeinrichtungen derart gestaltet sind, dass sie die Befreiung von der Volksversicherung rechtfertigen. Nicht einmal das Beamtenverhältnis ist unlösbar. Viele treten in den öffentlichen Dienst, um ihn nachher entweder freiwillig oder gezwungen wieder zu verlassen. Noch zahlreicher sind bekanntlich Wanderungen und Austritte in privaten Betrieben; so besteht nicht nur die Möglichkeit, sondern sogar die Sicherheit, dass viele, welche auf Grund der Fürsorgeeinrichtungen ihres Arbeitgebers von der Volksversicherung ausgenommen würden, nachher in Dienstverhältnisse treten, bei denen diese Voraussetzung nicht mehr zutrifft.

Könnte man nun diese Personen ihrem Schicksal überlassen? Soll, wer einmal von der Volksversicherung ausgeschlossen war, es bleiben, selbst wenn die Voraussetzung hierfür wegfällt? Die Frage stellen, heisst sie verneinen. Die notwendige Bejahung rollt aber den ganzen Knäuel der Schwierigkeiten auf, die durch den eventuell wiederholten Eintritt in die Volksversicherung und den Austritt aus derselben entstünden. Wir wollen nicht auf Einzelheiten der Bedingungen eintreten, die für die Abfindung und den Einkauf in die eine oder andere Versicherung aufgestellt werden müssten. Nur soviel sei im Vorbeigehen bemerkt, dass schon von diesem Gesichtspunkt aus an die privaten Versicherungsinstitutionen, welche die Versicherung an Stelle der staatlichen zu übernehmen hätten, sehr unerwünschte und schwer zu formulierende Anforderungen gestellt werden müssten. Man denke auch an die Schwierigkeiten, die dadurch entstünden, dass die staatliche Versicherung auf dem Umlageverfahren aufgebaut ist, während die private auf dem Deckungsverfahren aufgebaut werden sollte, und man führe sich schliesslich vor Augen, welch schwer verständliche Situation beispielsweise in einer Familie einträte, wenn der Mann bei einer privaten Organisation versichert wäre, die Frau aber der staatlichen Volksversicherung angehörte, ein Fall, der sich sehr häufig wiederholen würde. Von der Unmöglichkeit, durch private Versicherungsanstalten Zuschüsse des Staates auszurichten, wird unten bei der Frage der Zulassung privater Kassen noch besonders gesprochen werden.

Schon diese Ausführungen beweisen, in welchem Masse die Verwaltung durch eine solche Teilbefreiung kompliziert würde. Eine befriedigende Formulierung der Bedingungen, unter denen ein Dispens erfolgt, dürfte schon an sich eine kaum lösbare Aufgabe darstellen. Wie sollen nun aber die kantonalen Kassen, ja insbesondere auch die zur Mitwirkung berufenen Gemeindebehörden und Gemeindebeamten beurteilen können, ob im einzelnen Falle der Dispens gerechtfertigt ist? Der Bestand der Befreiten wäre ständig im Fluss, und seine Kontrolle, sowie die der Austritte und Wiedereintritte würde eine gewaltige und verantwortungsvolle Arbeit bedeuten, von deren Durchführung die Lage der kantonalen Kasse in weitgehendem Masse beeinflusst würde.

Gibt der Staat sein Einverständnis, dass trotz Aufrechterhaltung des Prinzips der allgemeinen Volksversicherung in einzelnen Fällen an deren Stelle eine private Versicherung tritt, so übernimmt er auf jeden Fall die moralische, vielleicht aber sogar die rechtliche Verantwortlichkeit dafür, dass diese Institution mindestens gleichwertige Leistungen ausrichtet und dass diese auf alle Fälle, komme, was da wolle, auch sichergestellt sind. Hieraus folgt, dass für jede einzelne, zum Ersatz zugelassene private Versicherungsinstitution eine eingehende Prüfung auf die Gleichwertigkeit der Leistungen für Alters-, Witwen- und Waisenrenten erfolgen müsste: eine schwere Aufgabe, zumal dann, wenn man in Betracht zieht, dass auf Seite der Volksversicherung variable Sozialzuschüsse in Betracht kommen. Aber abgesehen hiervon würden diese Forderungen nicht nur eine eingehende einmalige Prüfung der Statuten, Reglemente und Sicherheiten der privaten Versicherungsinstitutionen, sondern deren dauernde Kontrolle notwendig machen, die sich sowohl auf die Versicherungsleistungen wie auf den ganzen Betrieb, also insbesondere auch auf die Organisation und Finanzgebarung der Unternehmung beziehen müsste. Eine solche Forderung, auf die der Staat in keinem Falle verzichten könnte, würde sicher von seiten der privaten Fürsorgeinstitutionen in durchaus verständlicher Weise mindestens als eine unangenehme, ja sogar als unerträgliche Einmischung empfunden. Für den Staat aber ergäbe sich hieraus eine administrative Arbeit und wiederum eine Verantwortlichkeit, die er nach unserer Überzeugung auf alle Fälle kategorisch ablehnen müsste.

Es ist auch nicht ohne Interesse, festzustellen, dass die weitverbreitete Ansicht, die von uns vorgeschlagene Volksversicherung sei beispielsweise für Beamte des Bundes von vorneherein und in allen Fällen nicht notwendig, weil sie aus der Pensionskasse genügende, ja sogar viel reichlichere Bezüge machen, in dieser Allgemeinheit irrig ist. Beispielsweise sei erwähnt, dass die Witwen- und Waisenrente, welche die Beamtenpensionskasse des Bundes in den niedrigeren Gehaltsklassen an die Hinterlassenen jung verstorbenen Beamten ausbezahlt, bescheiden sind, so dass die Aufrechterhaltung der Volksversicherung mit Inbegriff der Sozialzuschüsse in solchen Fällen einem wahren Bedürfnis entspricht. Was für die Versicherung der Bundesbeamten gilt, ist für andere Institutionen, namentlich private, offenbar noch viel gerechtfertigter.

Andererseits ist es aber auch unrichtig, wenn behauptet wird, dass die erheblichen und teilweise reichlichen Renten, die an alte zurückgetretene Beamte sowie an die Hinterlassenen von solchen geleistet werden, die in späteren Jahren verstorben sind, nun noch einmal durch Bundesleistungen erhöht würden. Wir verweisen auf die Bestimmung des Gesetzes, wonach die Sozialzuschüsse solchen Personen nicht gewährt werden, denen aus Vermögen oder Pensionen genügende Mittel zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen. (Vgl. Art. 25 und die Ausführungen in den Abschnitten VII, lit. C, S. 264 ff., und X, S. 303.)

Schliesslich sei in diesem Zusammenhang auch noch das unrichtige Argument zurückgewiesen, dass die Arbeitgeber, welche Fürsorgeeinrichtungen unterstützen, in ungerechtfertigter Weise zu doppelten Leistungen herbeigezogen werden. Es genügt, auf Art. 35 des Gesetzes und unsere Ausführungen in Abschnitt V, lit. B, S. 237, sowie auf den Kommentar zu Art. 35 hinzuweisen.

Der leitende Gedanke unseres Projektes besteht darin, dass für das ganze Volk eine Fürsorgeinstitution geschaffen werden soll, die unter allen Umständen unabhängig vom Schicksal und Lebenslauf des Einzelnen im Alter ihn und im Falle seines vorzeitigen Absterbens seine Hinterlassenen vor der Not bewahren hilft. Diese Garantie soll einem jeden geboten werden. Ein Ausschluss aus der Volksversicherung kann daher grundsätzlich nicht in Betracht kommen. Sie geht vor, und die Personalfürsorgeeinrichtungen des Staates und der Privatwirtschaft haben sich an die Grundversicherung anzuschliessen. Die letztere hindert die Entwicklung der ersteren in gar keiner Weise, und unser Projekt lässt allen diesen Institutionen, die nur durch die Opferwilligkeit und die private Initiative der Arbeitgeber gedeihen können, vollständige Freiheit, die nicht aufrecht erhalten werden könnte, wenn die betreffenden Institutionen für die ihnen angehörenden Personen an die Stelle der öffentlichen Versicherung träten.

Endlich sei noch erwähnt, dass die Zulassung von Ausnahmen notwendigerweise bei der Volksversicherung zu einem stets fortschreitenden Abbröckelungsprozess führen würde. So entstünden Verhältnisse, die wir oben anlässlich der Ablehnung der Klassenversicherung als unhaltbar bezeichnet haben. Neben den Beamten, Angestellten und Arbeitern, für die durch besondere Fürsorgeinstitutionen gesorgt ist, würden mit dem gleichen Rechte alle die Volksgenossen die Befreiung von der Volksversicherung verlangen, die auf Grund ihres Vermögens oder Einkommens überzeugt sind, dass sie in der Lage seien, für sich und ihre Familie aus eigener Kraft zu sorgen. Es bestände kein durchschlagender Grund, sich solchen Begehren zu widersetzen, da ja schliesslich das Leitmotiv des Dispenses der Gedanke ist, dass die Versicherung für gewisse Personen überflüssig sei.

Auf diese Art und Weise würde letzten Endes ein Zustand eintreten, der die Durchführung der Volksversicherung nach einfachen und praktischen Grundsätzen mit Hilfe der Kantone überhaupt in Frage stellt. Diese müsste auf gute, ja vielleicht die besten Risiken verzichten. Insbesondere aber ginge ihr die breite starke Basis verloren, welche der gesamte Volkskörper bildet. Die

Erstellung einigermaßen zuverlässiger rechnerischer Grundlagen würde bei einem beschränkten und steten Schwankungen ausgesetzten Bestand der Versicherten ausserordentlich erschwert, wenn nicht geradezu unmöglich.

Zugleich soll die projektierte Versicherung, wie wir dargelegt haben, alle Kreise des Volkes zu einem Werk der umfassenden Solidarität verbinden, in welchem auch diejenigen, die dank der Gunst des Schicksals für sich selber vorsorgen können oder für die bereits anderweitig gesorgt ist, an die Hilfe für die grosse Zahl ihrer weniger begünstigten Volksgenossen beitragen. So können wir auch hier wie in anderer Beziehung feststellen, dass die ideellen Forderungen und die Gedanken, von denen wir bei der Gestaltung des Werkes auszugehen haben, mit den massgebenden organisatorischen und versicherungstechnischen Forderungen übereinstimmen. Nur auf dem Boden einer allgemeinen Volksversicherung, die keine Ausnahmen zulässt, kann eine praktische und einwandfreie Lösung gefunden werden. Damit ist zugleich das Postulat der Schaffung einer umfassenden Fürsorgegemeinschaft erfüllt. Wir können daher unter keinen Umständen den Grundsatz preisgeben, dass die Versicherung *die ganze Bevölkerung ohne Ausnahme zu umschliessen habe.*

C. Bevölkerungsstatistische Grundlagen der Versicherung.

Ein Werk von der Bedeutung einer allgemeinen Alters- und Hinterlassenenversicherung, welches die Lage von Staat und Volk auf die Dauer massgebend zu beeinflussen vermag, kann nur unternommen und verantwortet werden, wenn es in seinen finanziellen Konsequenzen zeitlich wenigstens auf so lange hinaus überblickbar ist, als menschliche Voraussicht bei sorgfältiger Prüfung der Verhältnisse reicht. Jede Versicherungsgemeinschaft ist natürlichen Gesetzen des Werdens und Vergehens unterworfen, bei deren Erforschung allein man ein Bild über den Ablauf der Versicherung und damit über die zur dauernden Gewährung bestimmter Leistungen erforderlichen Mittel gewinnen kann.

So entwickelt sich auch ein ganzes Volk nach natürlichen Wachstumsgesetzen, über welche die Bevölkerungsstatistik, wenn sie weit genug zurückreicht, Auskunft zu geben vermag. Art und Mass des Nachwuchses, die Sterblichkeitsverhältnisse, bestimmen Umfang und Zusammensetzung der Bevölkerung, sowie ihre Altersgliederung. Für eine Alters- und Hinterlassenenversicherung ist neben der Kenntnis der Sterblichkeitsverhältnisse gerade dieser letztere Punkt von besonderer Bedeutung. Mit einer allgemeinen obligatorischen Volksversicherung, die, wenn sie auch nicht das ganze Volk, so doch die an Zahl weit überwiegenden Jahrgänge der Erwerbstätigen umfasst, und die ihrerseits nicht wieder in verschiedene Gruppen mit besondern Versicherungsbedingungen zerfällt, ist der Vorteil verbunden, dass die Bewegungsgesetze, die für die Volksgesamtheit ermittelt werden, im ganzen auf die Versicherungsgemeinschaft angewendet werden können. Dergestalt und unter diesen Bedingungen wird es möglich, auf einige Dezennien hinaus den ungefähren zukünftigen Verlauf der Versicherung zu bestimmen und auf dieser Grundlage nicht nur

für die Gegenwart, sondern auch für eine weitere Zukunft einen Finanzplan aufzustellen, der Anspruch auf eine gewisse Zuverlässigkeit machen kann.

Diese Untersuchungen und die darauf gestützten versicherungstechnischen Berechnungen sind für alle Fälle vorzunehmen, gleichviel welche Organisation, speziell in finanzieller Beziehung, für die Versicherung schliesslich gewählt werde. Insbesondere entbindet die in Aussicht genommene Wahl des Umlagesystems keineswegs von der Pflicht, sich über die künftige Entwicklung der Belastung Rechenschaft zu geben. Während beim Deckungsverfahren gewissermassen eine Berechnung für einen einzigen Stichtag, die versicherungstechnische Eintrittsbilanz, über die zu erwartende Belastung von Versicherten und Staat im grossen und ganzen Aufschluss zu geben vermag und die Bilanz selber die Richtlinien für die Aufbringung der Mittel vorzeichnet, ist bei der Wahl des Umlageverfahrens ein Budget der Leistungen und Gegenleistungen in der Versicherungsgemeinschaft auf längere Zeit hinaus aufzustellen. Da die Versicherungsgemeinschaft die ganze erwachsene Bevölkerung umfasst, hat sich der Gesetzgeber über deren Zunahme und künftige Altersschichtung Rechenschaft zu geben.

Die Höhe der bei gegebenen Beiträgen und Renten in jedem Jahr zu erwartenden Beitragseinnahme und der Rentenlast ist bedingt durch den Umfang der versicherten Gesamtheit. Ferner ist bei gegebener Rentenhöhe der von den Versicherten aufzuwendende Umlagebeitrag abhängig vom Verhältnis der Rentnerzahl zur Zahl der Beitragspflichtigen, also vom Altersaufbau der Bevölkerung. Damit hängt aber auch die Belastung der Öffentlichkeit, des Bundes und der Kantone vom Umfang und der Struktur der erwachsenen Bevölkerung ab.

Die vom Bundesamte durchgeführten Untersuchungen sind in einer besondern, eingehenden Studie niedergelegt, auf die wir in der Einleitung zu dieser Botschaft hingewiesen haben. Im folgenden seien der Vollständigkeit halber die wesentlichen Überlegungen und Ergebnisse daraus wiedergegeben.

Ausgehend von der Tatsache, dass die Geburtenzahl seit Beginn des 20. Jahrhunderts auch in der Schweiz einen wesentlichen Rückgang verzeichnet, eine Bewegung, die sich während der Weltkriegsperiode verschärfte, aber auch im laufenden Jahrzehnt in ausgeprägter Intensität weitergeht, musste mit einer in Zukunft langsam abnehmenden Bevölkerungsvermehrung gerechnet werden. Es durfte also nicht, nach dem Vorbild ausländischer Sozialversicherungsvorlagen, mit einer gleichmässigen Zunahme von beispielsweise 10 ‰ im Jahre gerechnet werden. Vielmehr muss als vernünftige Folgerung aus den der Beobachtung zugänglichen Tatsachen der Schluss gezogen werden, dass die Bevölkerungsvermehrung vorderhand noch verhältnismässig stark sei, dann langsam schwächer werde und gegen den Schluss unseres Jahrhunderts sozusagen aufhören werde. Eine sofortige Stagnation ist nicht zu befürchten, weil parallel mit dem Rückgang der Geburten ein intensiver Rückgang der Sterblichkeit unserer Bevölkerung zu verzeichnen ist. Es zeigt sich dies schon aus einigen absoluten Zahlen, noch deutlicher aber, wenn man diese zur jeweiligen mittleren Bevölkerung in Beziehung setzt:

Jahr	Anzahl der		Auf je 1000 Personen der mittleren Bevölkerung:		
	Geburten (ohne Totgeburten)	Sterbefälle (ohne Totgeburten)	Geburten	Sterbefälle	Geburtenüberschuss
1900	94,316	63,606	28,6	19,3	9,3
1905	94,653	61,800	26,9	17,6	9,3
1910	93,514	56,498	25,0	15,1	9,9
1915	75,545	51,524	19,5	13,3	6,2
1920	51,190	55,992	20,9	14,4	6,5
1925	72,570	47,877	18,4	12,2	6,2
1926	72,118	46,452	18,2	11,7	6,5
1927	69,533	49,202	17,1	12,3	5,1

Schon diese kleine Übersicht lässt erkennen, dass der Rückgang der Sterbefälle den Rückgang der Geburten nicht ganz zu kompensieren vermag, so dass ein allmählicher Rückgang der natürlichen Bevölkerungszunahme, also eine verminderte Vermehrungsgeschwindigkeit, die natürliche Folge der beobachteten Vorgänge sein muss.

Eine weitere Folge dieses langsam schwindenden Nachwuchses ist die Tendenz der Bevölkerung, allmählich einem gewissen Beharrungszustand entgegenzugehen. Es ist anzunehmen, dass die schweizerische Wohnbevölkerung im Laufe dieses Jahrhunderts einen durch die wirtschaftlichen, geographischen und sozialen Bedingungen gegebenen Höchststand erreichen werde, der kaum wesentlich über 5 Millionen Personen hinausgehen dürfte.

Hand in Hand mit dieser verlangsamten Erneuerung unserer Volksgesamtheit wird eine allmähliche Umschichtung im Altersaufbau eintreten. Infolge der unzweideutig nachgewiesenen durchschnittlichen Längerlebigkeit unserer Bevölkerung, sowohl der Männer wie namentlich der Frauen, haben die älteren Jahrgänge unseres Volkes vorderhand nicht die Tendenz, im Vergleich zur Besetzung dieser Altersklassen in früheren Epochen, abzunehmen, sondern sie werden vorläufig noch zunehmen, um schliesslich stationär zu werden. Die jungen Altersklassen sind schwächer besetzt als früher, wenn auch der Rückgang der Kindersterblichkeit den Geburtenausfall teilweise wettzumachen vermochte. Es muss infolgedessen im Laufe der Jahrzehnte eine allmähliche Verschiebung im Stärkeverhältnis der ältern Generation zu der jungen Generation eintreten. Diese Verschiebung wird beschleunigt durch die in die Bevölkerungsstruktur gerissenen Lücken der Kriegs- und Grippeperiode.

Die vom Bundesamte aufgestellte und von den Herren Schaertlin, Bohren und Lorenz überprüfte Bevölkerungsrechnung lässt denn auch eine Umschichtung im Altersaufbau unserer Bevölkerung deutlich zahlenmässig in Erscheinung treten. Verglichen wurde für die aufeinanderfolgenden Kalenderjahre die berechnete erwartungsmässige Anzahl der Greise von über 65 Jahren mit der Zahl der Personen im 19.—65. Altersjahr. Nachstehende Tabelle gibt einige Anhaltspunkte für den mutmasslichen Verlauf dieser Verhältniszahl, welche kurzweg als Rentnerverhältnis bezeichnet werden möge.

Kalenderjahr	Rentnerverhältnis, je auf Jahresende (Zahl der Greise auf je 100 Personen im 19.—65. Altersjahr)	
	bei den Männern	bei den Frauen
	%	%
1920	8,72	10,60
1930	9,82	11,52
1940	11,42	12,93
1950	12,66	14,40
1960	12,91	15,52
1970	15,02	18,07
1980	15,45	18,21
1990	15,02	17,39
2000	14,83	17,10
∞	15,10	17,64

Es ist wohl denkbar, dass die schweizerische Bevölkerung langsamer oder rascher anwachsen werde als in den Feststellungen des Bundesamtes angenommen ist. Trotzdem wird die vorausberechnete Umschichtung in der Altersstruktur früher oder später im berechneten Ausmass eintreten, bis einmal der durch das Zeichen ∞ angedeutete Beharrungszustand erreicht wird, welcher die zur Ruhe gekommene stationäre Bevölkerung charakterisiert, deren Geburten jeweils gerade den Abfall durch Sterbefälle decken.

Die mitgeteilten Zahlen geben Auskunft über die Höhe des bei Durchführung der Altersversicherung nach dem reinen Umlageverfahren erforderlichen Kopfbeitrages. Bei vorschüssiger Zahlung der Beiträge und Renten würde für eine Altersrente von Fr. 100 der Umlagebeitrag betragen:

Im Jahre	für Männer	für Frauen
	Fr.	Fr.
1920	8.72	10.60
1950	12.66	14.40
1975	15.47	18.44
1977	15.50	18.40
2000	14.83	17.10
∞	15.10	17.64

Diese Ergebnisse zeigen mit aller Deutlichkeit, wie gefährlich es wäre, einzig auf Grund der gegenwärtigen Altersverteilung der Schweizerbevölkerung die Kosten der Alters- und Hinterlassenenversicherung abschätzen zu wollen. Wir unterstreichen das Ergebnis, dass der Umlagebeitrag für die Altersrentenversicherung im Beharrungszustand um 73 % bei den Männern und um 66 % bei den Frauen höher sein wird, als er nach der Bevölkerungsstruktur von Ende 1920 ausfallen würde. Es haben also diejenigen unrecht, welche behaupten, bei voller Übernahme der Eintrittsgeneration mit allen Greisen und Greisinnen stehe die Altersversicherung des Bundes von Anfang an im Beharrungszustand.

Die zu erwartenden grossen Verschiebungen im Rentnerverhältnis der schweizerischen Bevölkerung im Laufe der kommenden Dezennien gewinnen übrigens an Interesse, wenn man sie mit den bereits bestehenden örtlichen Schwankungen in der Altersstruktur unserer Bevölkerung vergleicht. Stellt man für jeden unserer 25 Kantone und Halbkantone die anlässlich der letzten Volkszählung ermittelten Greise der Zahl der Personen im 19.—65. Altersjahr gegenüber, so ergibt sich nachstehende Übersicht.

Das Rentnerverhältnis in der Schweiz und in den einzelnen Kantonen, Ende 1920.

Kanton	Männer			Frauen		
	Anzahl Personen		Rentner- verhältnis 100 × ⁽²⁾ (1)	Anzahl Personen		Rentner- verhältnis 100 × ⁽⁵⁾ (4)
	im 19.-65. Alters- jahr	im 66.-100. Alters- jahr		im 19.-65. Alters- jahr	im 66.-100. Alters- jahr	
(0)	(1)	(2)	(3) %	(4)	(5)	(6) %
1. Zürich.	165,286	11,752	7,11	188,516	17,412	9,24
2. Bern.	193,561	16,479	8,51	198,767	20,387	10,26
3. Luzern.	50,904	4,374	8,59	51,502	5,579	10,83
4. Uri	7,328	507	6,92	6,213	612	9,85
5. Schwyz	16,504	1,583	9,59	17,468	1,828	10,46
6. Obwalden	4,629	550	11,88	4,662	681	14,61
7. Nidwalden	3,737	360	9,63	3,761	476	12,66
8. Glarus	9,366	1,055	11,26	11,320	1,517	13,40
9. Zug	9,040	706	7,81	9,718	891	9,17
10. Freiburg	38,432	3,852	10,02	37,605	4,267	11,35
11. Solothurn	36,919	2,525	6,84	38,508	3,642	9,46
12. Baselstadt	41,934	2,604	6,21	52,594	4,570	8,69
13. Baselland	23,316	1,970	8,45	25,186	2,456	9,75
14. Schaffhausen	14,733	1,304	8,82	15,649	1,877	11,99
15. Appenzell A.-Rh.	14,590	1,896	13,00	17,405	2,175	12,50
16. Appenzell L.-Rh.	3,729	380	10,19	4,390	407	9,27
17. St. Gallen	78,666	7,520	9,56	95,394	9,546	10,01
18. Graubünden	33,990	3,484	10,25	36,416	4,295	11,79
19. Aargau	66,258	6,106	9,22	71,466	8,305	11,62
20. Thurgau	38,669	3,879	10,03	42,074	4,478	10,64
21. Tessin	39,571	4,840	12,23	49,039	7,243	14,77
22. Waadt	93,425	8,498	9,10	101,772	11,449	11,25
23. Wallis	36,053	3,989	11,06	34,472	4,123	11,96
24. Neuenburg	37,840	3,155	8,34	43,969	4,870	11,08
25. Genf	55,267	3,732	6,75	66,891	6,776	10,13
Schweiz	1,113,797	97,100	8,72	1,224,757	129,862	10,60

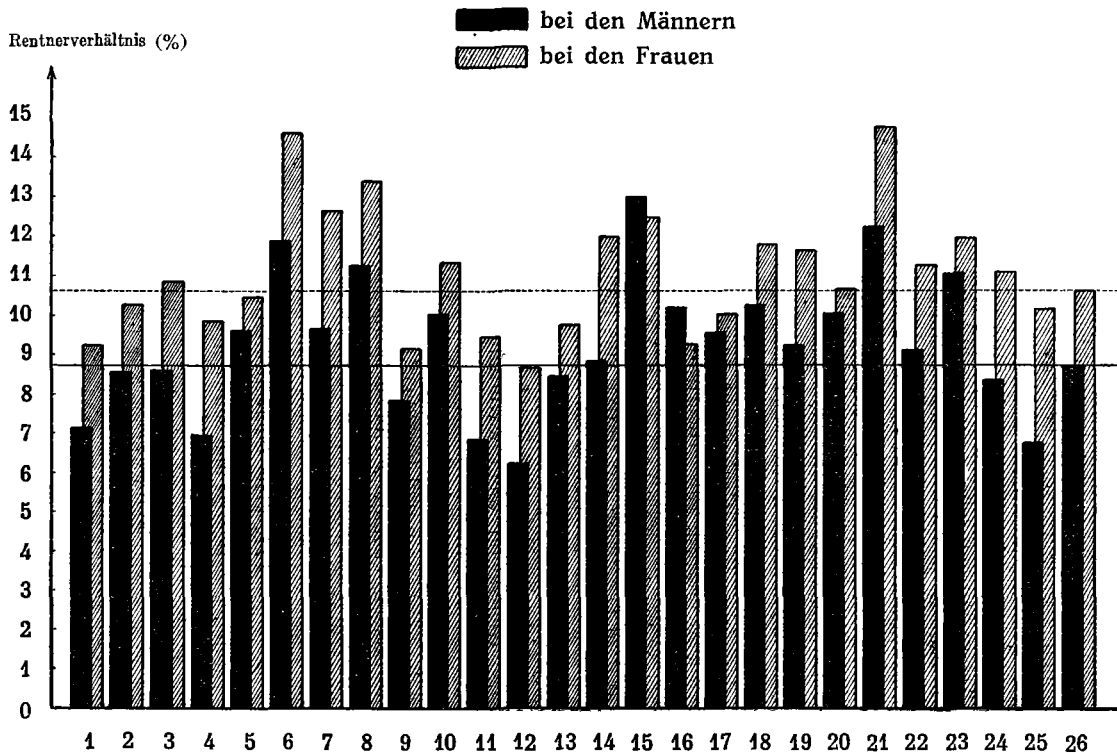
Das Rentnerverhältnis in der Schweiz und in den einzelnen Kantonen

nach der Volkszählung von 1920

Auf je 100 Personen vom 19. bis 65. Altersjahr (Prämienzahler) entfallen Personen vom 66. bis 100. Altersjahr (Rentner)

Bundesblatt. 81. Jahrg. Bd. II.

17



- Nr. Kanton
1. Zürich
 2. Bern
 3. Luzern
 4. Uri
 5. Schwyz
 6. Obwalden
 7. Nidwalden
 8. Glarus
 9. Zug
 10. Freiburg
 11. Solothurn
 12. Basel-Stadt
 13. Basel-Land
 14. Schaffhausen
 15. Appenzell A.-Rh.
 16. Appenzell I.-Rh.
 17. St. Gallen
 18. Graubünden
 19. Aargau
 20. Thurgau
 21. Tessin
 22. Waadt
 23. Wallis
 24. Neuenburg
 25. Genève
 26. Gesamtschweiz (Durchschnitt)

Während auf Ende 1920 im Mittel bei der schweizerischen Wohnbevölkerung auf je 100 Männer im 19.—65. Altersjahr je 8,7₂ Greise von über 65 Jahren entfielen (bei den Frauen 10,6₀ Greisinnen auf je 100), zeigen sich in den einzelnen Kantonen grosse Abweichungen vom Mittelwert. Die kleinste Greisenquote wies im betrachteten Zeitpunkt Baselstadt auf (6,2₁ % bei den Männern und 8,6₉ % bei den Frauen), die grösste der Kanton Appenzell A.-Rh. (Männer 19,0₀ %) bzw. Tessin (Frauen 14,7₇ %) und Obwalden (Frauen 14,6₁ %). Ähnliche Unterschiede zeigen sich bei andern Kantonen. Sie sind nicht nur in der verschiedenen Lebensweise und Sterblichkeit der einzelnen Landesgegenden begründet, sondern sind auch wirtschaftlich bedingt. Grosse Städte, wie Basel, Zürich und Genf, ziehen die jungen Arbeitskräfte an, der Zug in die Stadt wirkt sich aus; Gebirgskantone und der Tessin dagegen sehen ihre jungen Leute in die Fremde ziehen, während die Alten bleiben, ja sogar aus der Fremde zurückströmen.

Es liegt auf der Hand, dass der Gesetzgeber an derartigen Eigenarten unseres Landes und inneren Bevölkerungsvorgängen nicht achtlos vorbeigehen darf. Er muss ihnen bei Ausarbeitung des Gesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung Rechnung tragen.

Auf der andern Seite ist zu beachten, dass es niemals gelingen wird, die künftige Entwicklung der Bevölkerung eines Landes, die einen sich stets ändernden, lebendigen Organismus darstellt, auf mehrere Generationen hinaus genau zahlenmässig zum Ausdruck zu bringen. Die auf gewissen Annahmen beruhenden Berechnungsergebnisse stellen Wahrscheinlichkeitsgrössen vor, welche durch die Wirklichkeit überholt werden können. Aus diesen Erwägungen ist es dem Gesetzgeber gestattet, das Budget der Versicherung auf eine Zeitdauer von einer Generation zu beschränken, in der Meinung, dass die alsdann lebende Generation ihrerseits die Verhältnisse neu regeln könne. Diese Einstellung ist allerdings nur unter zwei Bedingungen statthaft. Es dürfen der spätern Generation nicht unverhältnismässig grössere Lasten aus der Versicherung überbürdet werden, als sie die einführende Generation ihrerseits zu übernehmen hatte. Ferner muss das Gesetz in seinen Bestimmungen über die Leistungen und Gegenleistungen so elastisch sein, dass die Anpassung an veränderte Grundlagen ohne Schwierigkeiten möglich sein wird. Diesen Bedingungen wird, wie wir sehen werden, der vorliegende Entwurf in ausreichendem Masse gerecht.

III. Die Organisation der Versicherung.

Zu den wichtigsten und schwierigsten Fragen, die im Gesetze zu lösen sind, gehören die der Organisation der Versicherung. Die Verfassung lässt diese Frage offen. Sie schreibt bloss die Durchführung der Versicherung unter Mitwirkung der Kantone vor und erwähnt die Möglichkeit der Heranziehung öffentlicher und privater Versicherungskassen. In einer obligatorischen Versicherung ganz besonders hat der Staat für eine ausreichende Versicherungs-

gelegenheit zu sorgen, sowie dafür, dass die Versicherungspflicht in einfachster und billiger Weise erfüllt werden kann und die Ansprüche auf Versicherungsleistungen vollständig sichergestellt sind.

Von der zutreffenden Lösung der organisatorischen Fragen hängt das Gelingen des ganzen Werkes in erheblichem Masse ab. Wir haben bereits im Abschnitte über das Obligatorium dargetan, dass unsere staatliche Organisation und die Auffassung unseres Volkes bei der Durchführung eines solchen Versicherungswerkes tunlichste Einfachheit verlangen. Diese ist in einer Volksversicherung mit ihrer grossen Zahl von Beitragspflichtigen, etwa 2,700,000, und den zahlreichen Rentenempfängern ganz besonders notwendig, sollen nicht fortwährend Reibungen und Auseinandersetzungen entstehen, welche, auch wenn sie im Verhältnis zu allen auftretenden Tatbeständen nicht sehr zahlreich wären, doch, in ihrer Bedeutung meist aufgebauscht, das Ansehen des Versicherungswerkes herabsetzen und ihm die Sympathie des Volkes, von der es getragen sein muss, entziehen.

Das Organisationsproblem umfasst einerseits die Bestimmung des Risikoträgers oder einer Mehrzahl solcher, auf deren Rechnung die Versicherung geht, die somit Gläubiger der Beiträge oder Prämien und Schuldner der Versicherungsleistungen sind; sodann die Bezeichnung, eventuell die Schaffung der zur Durchführung der Versicherung notwendigen Organe und Verwaltungsstellen und endlich die Wahl des Finanzsystems, d. h. die Festsetzung der Grundsätze, nach denen die der Versicherung zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen notwendigen Einnahmen beschafft und verwaltet werden müssen. Die Beurteilung dieser letzteren Frage hängt eng mit der Wahl des Risikoträgers zusammen; je nachdem wird man sich strikte an das in der Lebensversicherung im allgemeinen angewendete Prinzip des Prämiendeckungsverfahrens halten müssen, oder mehr oder weniger davon im Sinne eines Umlageverfahrens abgehen dürfen. Die Abklärung der Organisationsfrage ist angesichts ihrer grundlegenden Bedeutung von den vorbereitenden Stellen, dem eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement und dem Bundesamt für Sozialversicherung, schon sehr frühzeitig, noch vor der Annahme des Verfassungsartikels, an die Hand genommen worden.

Sozialversicherung ist nicht gleichbedeutend mit Staatsversicherung. Während der Staat allerdings in der Regel nicht nur die Bedingungen der Versicherung ordnet, sondern diese auch selber betreibt oder durch besondere, von ihm errichtete öffentliche Korporationen betreiben lässt, ist es denkbar, dass er sich auf die Festsetzung des Zieles, des Umfanges, der Leistungen und der Finanzierung beschränke, seinen Organen die Aufsicht und die Erledigung von Streitigkeiten vorbehalte, im übrigen aber den Betrieb privatrechtlichen Gebilden überlasse. Auf diesem Boden steht, um ein Beispiel zu erwähnen, im allgemeinen die schweizerische Krankenversicherung, auch dort, wo sie kraft kantonalen Gesetzes oder Gemeindeerlasses obligatorisch ist. Daneben ist schliesslich eine Organisation denkbar, bei der der Staat oder öffentliche Kor-

porationen neben privatrechtlichen Institutionen für die Durchführung der Versicherung besorgt sind. So muss die Organisationsfrage von drei Gesichtspunkten aus studiert und gewürdigt werden, vom privatwirtschaftlichen, vom staatswirtschaftlichen und, worauf einzelne Kreise bei uns besonderes Gewicht legen, vom Standpunkte einer Kombination und eines Nebeneinanderwirkens öffentlicher und privater Wirtschaft aus. Eine einzige für alle Fälle zutreffende Organisationsform lässt sich nicht bestimmen; die Frage muss vielmehr für jedes Land und für jeden Versicherungszweig besonders aufgeworfen und gelöst werden. Die zweckmässigste Form wird diejenige sein, welche nicht nur am vollkommensten dem gewollten Zwecke entspricht, sondern sich auch möglichst reibungslos in das politische und wirtschaftliche Gefüge des Landes einreicht.

Dabei wird zugunsten einer privatwirtschaftlichen Organisation mit einer Mehrheit von Versicherungsträgern besonders geltend gemacht, dass sie dem einzelnen die Möglichkeit einer Auswahl gebe und ihm gestatte, seine Versicherungspflicht bei einer Organisation zu erfüllen, die ihm genehm ist und mit der er vielleicht ohnehin in Verbindung steht. Es wird darauf hingewiesen, dass der Versicherungspflichtige sich auf diese Weise in Verbindung mit der Erfüllung der Versicherungspflicht und beim gleichen Versicherungsträger für weitergehende Leistungen noch freiwillig versichern könne, oder dass, sofern berufliche oder andere auf Gegenseitigkeit aufgebaute Vereinigungen zum Betriebe einer solchen obligatorischen Versicherung zugelassen würden, die Versicherung in den weitem Zusammenhang gemeinsamer beruflicher oder anderer Interessen gebracht und den in den verschiedenen Volksklassen und Erwerbsgruppen verschiedenartigen Verhältnissen besser angepasst werden könne. So bestechend diese Erwägungen sind, so wird man nicht übersehen dürfen, dass eine obligatorische und soziale Alters- und Hinterlassenenversicherung ohne weitgehende Solidarität und Ausgleichung nicht durchgeführt werden kann, dass sie mit Durchschnitten rechnen und es vermeiden muss, gleichartige Risiken, einfach weil sie verschiedenartigen und zufällig zusammengesetzten selbständigen Versicherungsgemeinschaften angehören, ungleichmässig zu belasten.

Zudem wird man sich beim Studium der Organisationsfragen in jedem Falle vor Augen zu halten haben, dass eine obligatorische Versicherung, auch wenn sie durch privatwirtschaftliche Gebilde durchgeführt wird, der Mitwirkung staatlicher Behörden zur Kontrolle über die Erfüllung der Versicherungspflicht, zum Einzug von Beiträgen, zu Auszahlungen sowie zu andern Aufgaben, für die die öffentliche Gewalt notwendig ist, nicht entbehren kann. Dies gilt für eine allgemeine Alters- und Hinterlassenenversicherung des Volkes, die sich auf unselbständig und selbständig Erwerbende erstreckt und für deren Durchführung mangels eigener Organe des Bundes die Mitwirkung der Kantone und der Gemeinden unerlässlich ist, in ganz besonderem Masse.

A. Die privatwirtschaftliche Durchführung der Versicherung.

1. Die Heranziehung der konzessionierten Versicherungsgesellschaften.

Der Wunsch, in der Alters- und Hinterbliebenenversicherung wenn möglich an Bestehendes anzuknüpfen, vorhandene bewährte Einrichtungen in den Dienst des Werkes stellen zu können, um so gleichzeitig der Abneigung unseres Volkes gegen die weitere Konzentration von Macht in der Hand zentraler öffentlicher Institute und gegen die Vermehrung der Beamtenschaft Rechnung zu tragen, haben uns veranlasst, zunächst die Frage einer privatwirtschaftlichen Organisation näher abzuklären. Dabei legten der hohe Stand und die Leistungsfähigkeit unserer schweizerischen konzessionierten Versicherungsunternehmungen es nahe, zu versuchen, die Versicherung in erster Linie mit solchen durchzuführen, ähnlich, wie es in einer Reihe von Kantonen in der obligatorischen Mobiliarversicherung geschieht.

Zu diesem Zwecke haben wir uns schon frühzeitig, noch vor der Fertigstellung der Verfassungsvorlage, mit den konzessionierten schweizerischen Lebens- und Rentenversicherungsgesellschaften in Verbindung gesetzt, die dank ihrer umfassenden Organisation und ihrer gefestigten finanziellen Verhältnisse, bei privatwirtschaftlicher Lösung des Problems am besten in der Lage wären, die Versicherung sachgemäss, sorgfältig und mit geringen Verwaltungskosten durchzuführen.

Die Direktorenkonferenz dieser Gesellschaften, die wohl als das kompetenteste Organ zur Beantwortung der erörterten Organisationsfragen bezeichnet werden darf, hat jedoch in ihrem Gutachten vom 30. Mai 1924, das als Anhang bereits dem Nachtragsbericht des Bundesrates vom 23. Juli des gleichen Jahres zum Verfassungsartikel sowie auch der vorliegenden Botschaft beige druckt ist, diese Möglichkeit mit unseres Erachtens durchschlagenden Gründen verneint. Wer vorurteilsfrei und sachlich der ganzen Angelegenheit gegenübertritt, kann sich ihnen nicht entziehen.

Die Konferenz wirft zunächst die Frage auf, ob an eine zwangsweise Aufteilung des Versicherungsbestandes zwischen den einzelnen Gesellschaften gedacht werde, oder ob diese miteinander in Wettbewerb zu treten hätten. Dabei bezeichnet sie, für den Fall einer Zwangsaufteilung, eine territoriale Ausecheidung der Versicherten als die naheliegendste, weist aber gleichzeitig auf die grossen Schwierigkeiten hin, die sich aus einer solchen ergäben und die ihre ursprünglichen Vorzüge in kurzer Zeit illusorisch machen würden.

Würde die territoriale Aufteilung des Versicherungsbestandes in der Weise durchgeführt, dass bei Verlassen des jeder Gesellschaft zugewiesenen Territoriums der einzelne obligatorisch Versicherte sein Versicherungsverhältnis lösen müsste, so ergäben sich infolge der sehr zahlreichen Wanderungen im Innern des Landes fortwährende Ein- und Austritte bei den einzelnen Gesellschaften mit allen ihren Abrechnungen und Schreibereien. Würde aber die einmal erworbene Zugehörigkeit zu einer Gesellschaft aufrechterhalten, so würde sich, wiederum wegen der Wanderungen, trotz territorialer Abgrenzung

des Tätigkeitsgebietes, der Versicherungsbestand jeder Gesellschaft bald auf die ganze Schweiz erstrecken. Das Gutachten geht denn auch zutreffend davon aus, dass wohl beabsichtigt sei, den Versicherten die freie Wahl zwischen den einzelnen Gesellschaften zu überlassen, eine Regelung, die am besten den Vorteilen gerecht werde, welche sich die Anhänger einer privatwirtschaftlichen Organisation versprechen.

Die Gründe, welche die Direktorenkonferenz zur Ablehnung einer Durchführung der Versicherung durch die einzelnen Gesellschaften, nach der einen oder andern Ordnung, geführt haben, sind in der Hauptsache durch die verschiedene Natur der Privat- und der Sozialversicherung sowie durch die ganz verschiedenen Anforderungen, die sich daraus ergeben, bedingt.

Die private Lebensversicherung, zu der auch eine Rentenversicherung auf ein bestimmtes Alter und für den Todesfall zu rechnen ist, arbeitet mit Prämien, die dem Risiko angepasst sind, das der einzelne Versicherte bietet. Die Prämie hängt somit in weitgehendem Masse von den individuellen Verhältnissen des Versicherten, von seinem Alter, seiner Gesundheit, sowie seinem Zivil- und Familienstande ab. In einer Versicherung, wie der projektierten, die nicht allen Hinterlassenen, somit nicht in jedem Todesfalle Leistungen ausrichtet, sondern sich aus sozialen Gründen und um der tunlichsten Verbilligung willen auf die Gewährung von Renten an die Witwen und Waisen versicherter Männer beschränkt, wird das Risiko in ganz besonderem Masse durch den Familienstand des Versicherten bestimmt, davon, ob er verheiratet oder ledig sei, ob er Kinder besitze oder nicht, vom Alter seiner Frau und von der Zahl und dem Alter der Kinder, alles Tatsachen, die sich je nach der Zusammensetzung des Versicherungsbestandes beim einzelnen Risikoträger ganz verschieden auswirken und zu ganz verschiedenen Belastungen desselben führen können. Würde man diese Belastungen vermittelst Durchschnittsprämien decken, so wären die Werte der vom einzelnen Versicherten aufgebrauchten Zahlungen und die ihm zukommenden Leistungen nicht gleich, der Gesunde würde für den Kranken, der Ledige für den Verheirateten, der Kinderlose für den Kinderreichen zahlen.

So unzulässig eine solche Ausgleichung in der Privatversicherung wäre, so sehr ist sie in der Sozialversicherung geboten. Die Direktorenkonferenz geht in durchaus zutreffender Weise davon aus, dass eine soziale Alters- und Hinterlassenenversicherung für gleiche Versicherungsleistungen nicht nur innerhalb der einzelnen Gesellschaft, sondern auch unter den verschiedenen Gesellschaften gleiche Prämien vorschreiben müsste, wobei höchstens eine Abstufung nach dem Alter zulässig wäre. Man würde es nicht verstehen und nicht dulden, dass derjenige, der sich zufällig einer Gesellschaft mit ungünstigerem Versicherungsbestande angeschlossen hat, im gleichen Alter für die gleichen Versicherungsleistungen eine höhere Prämie bezahlen müsste als der andere, der eine andere Versicherungsgesellschaft mit günstiger zusammengestelltem Versicherungsbestande ausgewählt hat. Der Versicherungsverlauf wäre aber angesichts der zahlreichen, schwer bestimmbareren und schwer zu bewertenden

den Risikoelemente bei den einzelnen Gesellschaften ganz verschieden, und er könnte ungünstigenfalls für die einzelne Gesellschaft, wenn sie auf sich allein angewiesen wäre, von verhängnisvollen Folgen sein. Zur Erzielung möglichst günstiger Verhältnisse würde sich daher jede Gesellschaft den günstigeren Risiken zuwenden, während die ungünstigeren beiseite gelassen würden und Mühe hätten unterzukommen. Deshalb müsste eine gemeinsame Grundlage zur Ausgleichung der Gefahr zwischen den verschiedenen Gesellschaften gefunden werden. Normen dafür aufzustellen, wäre aber nach der Auffassung des Gutachtens ausserordentlich schwierig, und es würden die Geschicke der Gesellschaften auf jeden Fall dauernd und untrennbar miteinander verknüpft. Damit wäre dem eigensten Gebiet der Versicherungsgesellschaften, der Privatversicherung, die des freien Wettbewerbes bedarf, nicht gedient.

In Würdigung aller dieser Schwierigkeiten und Bedenken sind die Gesellschaften schliesslich dazu gelangt, die Errichtung einer besondern Genossenschaft vorzuschlagen, die sich auf den Betrieb der sozialen Alters- und Hinterlassenenversicherung zu beschränken hätte. Das Genossenschaftskapital würde von den verschiedenen Gesellschaften zur Verfügung gestellt und wäre ihnen durch die Genossenschaft, somit auf Kosten der obligatorisch Versicherten angemessen zu verzinsen, während der Bund die Ausrichtung der Leistungen der obligatorischen Versicherung durch die Genossenschaft zu garantieren hätte.

Es darf wohl gesagt werden, dass eine solche Lösung, die in ihrem Effekte auf ein Privatmonopol herauskäme, kaum die Billigung unseres Volkes fände. Insbesondere könnte sie wohl gerade diejenigen nicht befriedigen, die sich vom Wettbewerb in bezug auf die Gestaltung der Versicherung und die Versicherungsbedingungen erhebliche Vorteile versprechen. Die Direktorenkonferenz betrachtete offenbar selber ihren Vorschlag nur als vorläufigen, um die Anfrage des Departementes nicht von vornherein ablehnend beantworten zu müssen, indem sie im Eingang des Gutachtens, dem Wunsche mehrerer Mitglieder stattgebend, deren Auffassung ausspricht, dass die beste Lösung durch das Umlageverfahren auf öffentlich-rechtlicher Grundlage gegeben wäre, wobei man eine Mitwirkung der privaten Gesellschaften überhaupt nicht in Aussicht zu nehmen hätte.

Im weitem macht das Gutachten darauf aufmerksam, dass auch privatwirtschaftliche Versicherungsträger auf die Mitwirkung der Gemeinden angewiesen wären, welche eine Reihe von Funktionen zu besorgen, sowie schliesslich wohl auch für die uneinbringlichen Prämien aufzukommen hätten. Bei einer Verteilung des Versicherungsbestandes hätte aber jede Gemeinde mit einer Mehrzahl von Gesellschaften zu verkehren, was die Schwierigkeiten, auf welche diese Organisation bereits in technischer Hinsicht stösst, erhöhen und die glatte Abwicklung und Durchführung der Versicherung ausserordentlich hemmen würde.

Unter diesen Umständen kann eine nähere Verfolgung der Idee, die Durchführung der Versicherung den konzessionierten Versicherungsgesellschaften zu übertragen und insbesondere eine weitere Prüfung des von der Direktorenkonferenz gemachten Vorschlages auf Schaffung einer besondern Anstalt wohl unterbleiben. Wenn einer solchen Anstalt vielleicht, bei Benützung einzelner Einrichtungen der an ihrer Gründung beteiligten Gesellschaften gewisse administrative Erleichterungen zu Gebote ständen, so hätte sie doch mit der nämlichen Abneigung zu rechnen, auf die eine öffentliche Anstalt stossen würde. Da auch eine private Anstalt in starkem Masse an die Mitwirkung der Behörden des Bundes, der Kantone und Gemeinden appellieren müsste, so wären wohl die Schwierigkeiten und Reibungen, die sich aus dieser Zusammenarbeit bei ihr ergäben, wegen ihres privatwirtschaftlichen Charakters noch grösser und zahlreicher als bei einer öffentlichen Organisation. Ausschlaggebend bleibt aber, wie wir bereits hervorhoben, dass gerade das Wertvollste, was die Anhänger einer privatwirtschaftlichen Lösung erwarten, eine gesunde Konkurrenz zwischen den Versicherungsträgern, nicht bestände und dass diese private Zentralanstalt nicht nur tatsächlich, sondern auch rechtlich das Monopol für die ihr übertragenen Versicherungszweige besässe, eine Ordnung, die in den breitesten Kreisen des Volkes nicht verstanden und abgelehnt würde.

2. Die Heranziehung von Versicherungskassen, Gegenseitigkeitsvereinen und ähnlichen Gebilden.

Diejenigen, welche einer freien Wahl des Versicherungsträgers das Wort reden, denken aber dabei nicht sowohl an die Übernahme der Alters- und Hinterlassenenversicherung durch die konzessionierten Versicherungsgesellschaften als an ein System, bei dem Betriebe, Berufsverbände, Vereinigungen der verschiedensten Art, neben den konzessionierten Gesellschaften oder für sich allein, je für ihre Angehörigen mittels eigener Versicherungskassen die Durchführung der Versicherung übernehmen, die dergestalt mit allgemeinem, beruflichen oder andern Interessen organisch verknüpft würde.

So verständlich solche Wünsche sind, so entschieden müssen sie aus höheren Erwägungen der Durchführbarkeit und Lebensfähigkeit des ganzen zu schaffenden Werkes heraus abgelehnt werden. Es ist nicht zuviel gesagt, dass die Berücksichtigung solcher Kassen in kürzerer Zeit zu einem Chaos führen, die ganze Institution gefährden und diejenigen, die in Verkennung unumstösslicher Anforderungen der Versicherungstechnik und des Versicherungsbetriebes jenen Wünschen nachgegeben haben, schwersten und berechtigten Vorwürfen aussetzen müsste. Wir haben im vorangehenden Kapitel einlässlich auf die Schwierigkeiten hingewiesen, welche die berufensten bereits bestehenden Organisationen für die Durchführung einer Alters- und Hinterlassenenversicherung, die grossen konzessionierten Lebens- und Rentenversicherungsgesellschaften, dazu geführt haben, angesichts der fast unüberwindlichen Schwierigkeiten, ohne

Schaffung einer neuen Einheitsorganisation, die Aufgabe von sich zu weisen. Diese Schwierigkeiten, die für jede Aufteilung des Versicherungsbestandes unter eine Mehrzahl von Versicherungsträgern zur selbständigen Führung der Versicherung gelten, beständen noch in vermehrtem Masse bei einer Heranziehung von blossen Versicherungskassen von Betrieben und Vereinigungen.

Es ist nicht zu bezweifeln, dass bei der Vielgestaltigkeit unseres Landes in topographischer, politischer, konfessioneller und ökonomischer Hinsicht eine grosse Zahl von Kassen sich um die Übernahme der Versicherung für ihren Bereich bewerben würde. Schon die Kontrolle über die Erfüllung der Versicherungspflicht, die bereits bei einer beschränkten Zahl von Versicherungsgesellschaften auf Schwierigkeiten stösst, würde bei Bestehen einer noch grösseren Zahl von Versicherungsträgern erheblich erschwert. Die Zusammensetzung des Versicherungsbestandes bei den einzelnen Kassen wäre noch weit verschiedenartiger und damit würden auch die Unterschiede im Versicherungsverlaufe noch grösser. Bei der Zulassung verschiedener Prämiensätze würden noch erheblichere Differenzen entstehen, als es bei Durchführung der Versicherung mit den privaten Gesellschaften der Fall wäre, wozu überdies die grosse Gefahr einer sehr unerfreulichen gegenseitigen Unterbietung mit ungenügenden Prämiensätzen käme, eine Erscheinung, der heute schon im Gebiete der Krankenversicherung gelegentlich entgegengetreten werden muss. Auch diese Kassen, die infolge der freien Wahl des Versicherungsträgers ebensowenig wie die Gesellschaften auf einen regelmässigen Nachwuchs ihres Versicherungsbestandes rechnen könnten, müssten das Prämiendeckungsverfahren wählen. Wie bei den Versicherungsgesellschaften würden bei den Kassen mit der Zeit ziemlich erhebliche Kapitalansammlungen eintreten. Die Verwaltung solcher Kapitalien kann aber nicht dilettantisch geschehen, sondern sie verlangt eine besondere, straffe und fachmännisch geleitete Organisation. Während diese bei den konzessionierten Versicherungsgesellschaften besteht, wäre sie bei den Kassen vielfach nicht oder nur mit grössten Schwierigkeiten zu erreichen und aufrechtzuerhalten.

Andererseits wäre bei der grossen Zahl dieser Kassen die Herstellung einer gemeinsamen Grundlage zwecks Durchführung der Versicherung zu gleichen Prämien noch viel schwieriger als unter der relativ geringen Zahl konzessionierter Versicherungsgesellschaften, wo sie ja nach dem Bericht der Direktorenkonferenz schon auf grosse Schwierigkeiten stösst. Mit der notwendigen Einheitsprämie würde aber auch bei dieser Lösung einer der wesentlichen Vorteile der freien Wahl des Versicherungsträgers wegfallen.

In einer obligatorischen Versicherung übernimmt der Staat eine gewisse Garantie für einen möglichst sachgemässen und billigen Betrieb. Wenn er die Leute verpflichtet, sich zu versichern und ihnen die Wahl des Versicherungsträgers, bei dem sie diese Pflicht zu erfüllen haben, freistellt, so hat er dafür einzustehen, dass nur geeignete Organisationen zugelassen werden. Für diese Zulassung müssten vom Staate alle Bedingungen aufgestellt werden, die geeignet

sind, die zuverlässige Durchführung der Versicherung zu garantieren. Durch eine scharfe und fortgesetzte Kontrolle müsste für eine dauernde Innehaltung der Zulassungsbedingungen gesorgt werden. Die Versicherungsgesellschaften unterstehen in der Schweiz bereits staatlicher Aufsicht, die sich nicht nur auf ihre Sicherheit, sondern auch auf die Aufstellung gesetzeskonformer Versicherungsbedingungen und auf ihre loyale Anwendung erstreckt. Den Gesellschaften ist die Wahl gewisser technischer Grundlagen durch die Aufsichtsbehörde vorgeschrieben. Finanziell sind sie so zu verwalten, dass sie jederzeit sämtliche bereits fälligen Ansprüche auf Versicherungsleistungen vollständig erfüllen und im Falle der Liquidation auch die Anwartschaften mit dem versicherungstechnisch richtig berechneten Gegenwert der bezahlten Prämien auskaufen können. Es liegt auf der Hand, dass an die Kassen von Verbänden, an Gegenseitigkeitsvereine und ähnliche Organisationen nicht nur die gleichen Anforderungen gestellt werden müssten, sondern dass auch die staatliche Aufsicht darüber nach den nämlichen, wenn nicht sogar mit Rücksicht auf die besondere Art dieser Kassen noch nach schärferen Grundsätzen gehandhabt werden müsste als die Aufsicht über die Versicherungsgesellschaften, die einzig zu Versicherungszwecken gegründet worden sind. Gerade die Besorgung der Versicherung neben andern Verbandsgeschäften würde eine weitergehende Kontrolle, speziell über die Anlage und die Verwendung des Vermögens solcher Kassen, verlangen. Zur Ausübung aller dieser Kontrollfunktionen bedürfte es bei der grossen Zahl der Versicherungsträger nicht nur eines bedeutenden staatlichen Apparates mit einer grossen Beamtenschaft, sondern es würden sich aller Wahrscheinlichkeit nach in Verbindung mit der Zulassungs- und Kontrolltätigkeit des Staates zahlreiche Schwierigkeiten und Zwistigkeiten ergeben, da manchenorts das Verständnis für die vom Staate gestellten Anforderungen vielleicht nicht aufgebracht werden könnte. Wenn aber die eine oder andere zugelassene Kasse ihren Verpflichtungen nicht nachkommen könnte, so würde man trotz aller Sorgfalt der Kontrolle dem Staate gegenüber die schwersten Vorwürfe erheben, während auf der andern Seite die notwendige häufige Abweisung von Zulassungsbegehren auch wieder der Kritik rufen würde. Dadurch würden nicht nur die direkt Beteiligten geschädigt, auch das Ansehen des Staates selber und dasjenige der von ihm geschaffenen sozialen Alters- und Hinterlassenenversicherung würden leiden, was unter allen Umständen vermieden werden muss.

Die Verhältnisse in der heutigen bundesgesetzlichen Krankenversicherung, auf welche sich die Anhänger der Berücksichtigung von Kassen in der Alters- und Hinterlassenenversicherung berufen, können nicht als Beispiel herangezogen werden. Zunächst ist festzustellen, dass in der Krankenversicherung trotz fortgesetzter Bemühungen der Aufsichtsbehörde immer noch eine starke Zersplitterung in zahlreiche kleine Versicherungsträger besteht, die eine Ausgestaltung des Inhaltes der Versicherung durch Übernahme einer weiteren über die bundesgesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehenden Krankheitsfürsorge ausserordentlich erschwert. In der Krankenversicherung machen

sich die heterogenen und vielgestaltigen Verhältnisse unseres Landes sehr fühlbar. Diese Tatsache ist ein Beweis dafür, wie schwierig es wäre, in der Alters- und Hinterlassenenversicherung die Zahl der Kassen zu beschränken und nur Institutionen zuzulassen, die wegen ihrer Grösse eine gewisse Gewähr für etwelchen Risikenausgleich und für eine sachlich einwandfreie Geschäftsführung bieten.

Das Beispiel der Krankenversicherung kann aber aus dem noch wichtigern Grunde der ganz andersartigen Natur des Krankheitsrisikos gegenüber dem Risiko der Alters- und Hinterlassenenversicherung nicht verwendet werden. Das Krankheitsrisiko legt dem Versicherungsträger relativ beschränkte Leistungen auf. Es fordert im Gegensatz zu einer Alters- und Hinterlassenenversicherung, die durch private Organisationen durchgeführt wird, nicht die Anhäufung bedeutender Kapitalien zur Bestreitung aufgeschobener und oft weitgehender Verbindlichkeiten. Daher können die Träger der Krankenversicherung im allgemeinen ihren jährlichen Bedarf unter Bereitstellung bescheidener Reserven — nach der Praxis des Bundesamtes für Sozialversicherung einer durchschnittlichen Jahresausgabe — mittels ihrer jährlichen Einnahmen decken. Dies lässt kleine Versicherungsträger mehr lokalen Charakters zur Durchführung der Krankenversicherung als geeignet erscheinen, während solche die Alters- und Hinterlassenenversicherung unmöglich übernehmen könnten. Ferner sind in der Krankenversicherung, bei der die Abwicklung des Versicherungsfalles u. a. vom Verhalten des Versicherten beeinflusst wird, derartige lokale Versicherungsträger, deren Versicherungsnehmer sich gegenseitig kontrollieren, zur Verhütung von Missbräuchen besonders geeignet. Eine solche Kontrolle ist bei der Alters- und Hinterlassenenversicherung weit weniger notwendig, während die nicht unerheblichen Leistungen, die in ihr vom Versicherungsträger übernommen werden, ihre Durchführung auf einwandfreier versicherungstechnischer und versicherungswirtschaftlicher Grundlage verlangen. Die besondere Natur des Krankheitsrisikos und die finanzielle Organisation der Krankenkassen lassen in der Krankenversicherung auch eine relativ einfache Lösung der Freizügigkeitsfrage zu. Da die Kassen ihren Bedarf im wesentlichen aus ihren laufenden Einnahmen bestreiten, ohne die Bereitstellung grösserer Rücklagen für zukünftige Versicherungsfälle, und zugleich die Krankheitsgefahr bis zu einem schon vorgerückteren Alter im allgemeinen nicht erheblich anwächst, so können die Mitglieder die Krankenkasse wechseln, ohne dass Kapitalüberweisungen von einer Kasse an die andere notwendig werden.

Anders in der Alters- und Hinterlassenenversicherung, bei der allmählich durch die jährlichen Prämienzahlungen der Versicherten die Gelder zusammengelegt werden, die bei Eintritt des Versicherungsfalles zur Bestreitung der Versicherungsleistungen notwendig sind. Diese Gelder müssten für den Versicherten, der während seines Lebens mehrmals den Versicherungsträger wechselt, entweder bei einer Zentralstelle zusammengefasst werden oder ihn gewissermassen beim Wechsel des Versicherungsträgers in Form von Kapital-

überweisungen begleiten. Es würden somit bei einer starken Gliederung des Versichertenbestandes in der obligatorischen Alters- und Hinterlassenenversicherung fortwährend solche Überweisungen notwendig, wenn nicht durch eine Einheitsorganisation oder durch die Schaffung einer gemeinsamen Grundlage eine Zusammenfassung ermöglicht würde. Dann würden aber auch diese Kassen im wesentlichen den Charakter von selbständigen Versicherungsträgern verlieren und in der Hauptsache Organe der Gemeinschaftsorganisation werden. Die Ausscheidung von Kapitalien aus dem Kapitalbestande eines Versicherungsträgers zwecks Überweisung an einen andern ist aber nicht nur eine rechnerische Aufgabe, die relativ noch leicht zu lösen wäre, sondern stösst häufig auf die grosse Schwierigkeit, solche Teilbestände, wenn sie in grössern Anlagen festgelegt sind, liquid zu machen. Gerade in der Versicherung wird wegen der oft zeitlich weit aufgeschobenen Verbindlichkeiten aus Versicherungsfällen die feste Anlage der Kapitalien besonders bevorzugt.

Das Prämiendeckungsverfahren, das sowohl von den konzessionierten Versicherungsgesellschaften wie von den Kassen anzuwenden wäre, böte aber überdies der zweckmässigen Behandlung der sogenannten Eintrittsgeneration grosse Hindernisse, d. h. derjenigen Versicherten, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bereits über dem gesetzlichen Mindesteintrittsalter stehen. Sie können diesem höheren Alter entsprechend im Durchschnitt weniger lange zu Beitragsleistungen herangezogen werden als die jüngern Versicherten, so dass bei erwartungsgemäsem Eintritt des Versicherungsfalles das zur Ausrichtung der normalen Versicherungsleistungen notwendige Kapital nicht vorhanden wäre. Dieser Ausfall, das sogenannte Eintrittsdefizit, müsste eingebracht werden, sei es, dass man von den ältern Versicherten ihrem höhern Eintrittsalter entsprechend höhere Beiträge bezöge, sei es, dass man für sie entsprechend niedrigere Leistungen vorsähe. Schon in den mittleren Altersklassen käme man aber bei einer derartigen Abstufung zu Beiträgen, die für zahlreiche Versicherte unerschwinglich wären oder zu geringfügigsten Leistungen, denen ein wirklicher wirtschaftlicher und sozialer Wert abginge. So bliebe nur die Lösung übrig, den zugelassenen Versicherungsträgern den auf sie entfallenden und je nach der Veränderung des Versicherungsbestandes veränderlichen Fehlbetrag einzubezahlen oder ihn wenigstens zu verzinsen, eine Ordnung, die gegenüber einer öffentlichen Versicherungsanstalt und einer beschränkten Zahl von konzessionierten Versicherungsunternehmungen zur Not anginge, gegenüber einer unbestimmten und auch in ihrem Bestand stark wechselnden Zahl von zum guten Teil mehr dilettantisch aufgebauten Kassen aber unzulässig wäre und auf die grössten Schwierigkeiten stossen würde.

Endlich ist die Gefahr nicht zu übersehen, dass die Alters- und Hinterlassenenversicherung, wenn sie Kassen übertragen wird, die mit Verbänden in Verbindung stehen, welche allgemeinere Zwecke verfolgen, in politische und wirtschaftliche Kämpfe verwickelt werde, an denen solche Verbände beteiligt sind. Dies bedeutet aber nicht nur eine Gefährdung der einzelnen Kasse, sondern eine solche des Versicherungsgedankens überhaupt. Denn

gerade die zu schaffende obligatorische Alters- und Hinterlassenenversicherung des Volkes soll als ein allgemeines nationales Werk der Eintracht über den zahlreichen politischen, konfessionellen und wirtschaftlichen Strömungen stehen, welche das Leben unseres Volkes bewegen.

Einzelne Kreise treten für eine Ordnung ein, bei der gemeinschaftliche Organisationen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern des nämlichen oder ähnlicher Berufe die Durchführung der Versicherung zu übernehmen hätten. Wenn auch dabei die Fälle des Kassenwechsels seltener wären und die Ordnung der Freizügigkeit etwas erleichtert würde, so beständen doch die gleichen Schwierigkeiten der Kontrolle über die Erfüllung der Versicherungspflicht, der Beteiligung der Gemeinden, der Aufsicht über die Versicherungsträger und der ungenügenden Möglichkeit der Risikoausgleichung weiter, welche die konzessionierten Gesellschaften zur Ablehnung der Übernahme der Versicherung auf Rechnung jeder einzelnen Gesellschaft geführt haben und welche die Durchführung mit einer Mehrzahl von Kassen verunmöglichen. Dazu tritt der Umstand, dass die aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern zusammengesetzten Berufsverbände heute nur in geringem Umfange bestehen und in der Hauptsache erst noch geschaffen werden müssten. Der Volksversicherungscharakter des Werkes würde bei einer Durchführung durch Berufsverbände verlangen, dass jeder Berufstätige die Möglichkeit hat oder sogar gezwungen werden kann, einem solchen Verbands beizutreten. Eine Art korporativer Verfassung mit öffentlich-rechtlichen Berufsverbänden wäre schliesslich das Ergebnis, wozu die Versicherung den Grundstein und den ersten Schritt bilden würde. Damit aber würde das Versicherungswerk in ein soziales und politisches Problem von viel weittragenderer und umfassenderer Bedeutung hineingestellt und infolgedessen wohl auch seine Verwirklichung, die heute eine dringende Aufgabe ist, auf unbestimmte Zeit verzögert, ohne dass schliesslich die korporative Durchführung infolge der oben dargestellten Schwierigkeiten zu befriedigen vermöchte.

So muss die Idee einer privatwirtschaftlichen Durchführung der obligatorischen Alters- und Hinterlassenenversicherung, sei es nun in Verbindung mit den konzessionierten Versicherungsgesellschaften, sei es durch Heranziehung von Versicherungskassen aus entscheidenden Gründen endgültig aufgegeben werden. In Würdigung der Vorteile, die eine solche Organisation geboten hätte, haben wir uns nicht leichthin zum Verzicht darauf entschlossen und trotz des Gutachtens der Direktorenkonferenz der Lebensversicherungsgesellschaften, das für sich allein schon eine deutliche Sprache redet, die ganze Frage nochmals einem der hervorragendsten Fachmänner im Gebiete der Privatversicherung, dem Direktor der Schweizerischen Lebensversicherungs- und Rentenanstalt in Zürich, Herrn Dr. Schaertlin, unterbreitet, speziell nach der Seite der Berücksichtigung von betrieblichen und beruflichen Versicherungseinrichtungen hin. Auch das Gutachten des Herrn Schaertlin, das wir gleichfalls im Anhang dieser Botschaft folgen lassen, lautet absolut verneinend. Herr Schaertlin weist eindringlich nicht nur auf die Schwierig-

keiten, sondern auch auf die Gefahren hin, welche sich aus einer solchen Organisation für das ganze Werk ergeben könnten. Verträgt sich die Übernahme der Versicherung schon mit der Natur und den Notwendigkeiten des Betriebes der Versicherungsgesellschaften nicht, so muss eine Heranziehung von Versicherungskassen anderer Art vom Standpunkte einer einwandfreien Geschäftsführung aus geradezu als unmöglich bezeichnet werden.

B. Die öffentlich-rechtliche Organisation der Versicherung.

1. Die Errichtung einer zentralen Anstalt.

Erweist sich eine privatwirtschaftliche Durchführung der obligatorischen Alters- und Hinterlassenenversicherung nach dem vorstehend Gesagten als unmöglich, so bleibt als einzige Lösung die Übernahme der Versicherung durch den Staat oder eine von ihm errichtete öffentlich-rechtliche Organisation. Dabei ist es denkbar, dass neben dieser auch privatwirtschaftliche Gebilde herangezogen werden. Wir werden auf diese Kombination, auf die in gewissen Kreisen Wert gelegt wird, in einem besonderen Abschnitte nach Erörterung der öffentlich-rechtlichen Lösung zurückkommen.

Eine Durchführung der Versicherung unmittelbar durch den Staat selber dürfte, um das vorweg zu nehmen, wohl nicht in Frage kommen und auch nicht gewünscht werden. So berechtigt es sein mag, dass der Staat eine Versicherungs- und Pensionseinrichtung zugunsten seiner Beamten und Angestellten unmittelbar, ohne Verleihung juristischer Persönlichkeit verwalte, so unzweckmässig wäre es in einer Institution, die für breite Kreise bestimmt ist, welche zum Staate nicht in dem engern Rechtsverhältnis der Beamtenschaft stehen. Die direkte Verwaltung durch den Staat wäre sowohl für diesen wie auch für die Versicherung nicht ohne Gefahren. Die von den Versicherten und andern Beitragspflichtigen erhobenen Gelder würden unmittelbar dem Staate zufließen, wobei je nach der Gestaltung der politischen Verhältnisse und der Inanspruchnahme des Staates in ausserordentlichen Zeiten eine Verwendung zu andern Zwecken nicht völlig ausgeschlossen werden könnte. Andererseits würde der Staat durch die Übernahme der Verbindlichkeiten aus der Versicherung in einer Weise belastet, die unter Umständen auf seinen Kredit nicht ohne ungünstigen Einfluss bliebe. Auch wenn die Versicherung nicht privatwirtschaftlich organisiert werden kann, so bleibt es doch wünschbar, dass ihrer Verwaltung eine gewisse Bewegungsfreiheit verbleibe, dass sie politischen Einflüssen tunlichst entzogen sei und dass auch die Regierung als oberstes Vollziehungsorgan des Staates nicht die Verantwortung für die tausend und aber tausend von einzelnen an sich geringfügigen Verwaltungsangelegenheiten, wenn auch nur indirekt, übernehmen müsse, die mit einem Versicherungsbetrieb nun einmal verbunden sind.

Deshalb hat man, auch bei grundsätzlich öffentlich-rechtlicher Organisation der Sozialversicherung, im allgemeinen von einer rein staatlichen Verwaltung abgesehen und ihre Durchführung in die Hände öffentlich-rechtlicher Korporationen und Anstalten gelegt, die zwar infolge der ihnen überbundenen öffentlichen Aufgabe einer mehr oder weniger weitgehenden staatlichen Aufsicht unterstehen, in bezug auf die Führung ihrer Geschäfte aber im wesentlichen selbständig sind.

Wenn wir dem Problem der öffentlich-rechtlichen Organisation der projektierten Alters- und Hinterlassenenversicherung nähertreten, so stossen wir auf eine Reihe von Fragen. Ist die Versicherung einer Zentralanstalt des Bundes mit zur Hauptsache eigenen Organen zu übertragen, oder kann sie in grösserem oder geringerem Umfange in die Hände der Kantone bzw. von den Kantonen errichteter Organisationen gelegt werden? Welche Rolle darf man den Kantonen übertragen und zumuten? Sollen sie bloss Vollzugsorgane eines zentralen für die ganze Schweiz bestehenden Risikoträgers sein, womit man doch wieder zu einer Art Zentralanstalt käme, oder ist ihnen selber die Risikotragung zu überbinden? Kann den Kantonen als Risikoträgern bei der Regelung der Versicherungsbedingungen eine gewisse Freiheit gelassen werden, oder sind ihnen diese vom Bunde vorzuschreiben? Die Verfassung löst diese Fragen nicht. Sie begnügt sich damit, die Mitwirkung der Kantone vorzuschreiben, ohne aber über Art und Umfang näheres zu bestimmen. Die Beurteilung hängt in starkem Masse vom Aufbau des ganzen Versicherungswerkes ab.

Wir haben im unmittelbar vorangehenden Abschnitte über die privatwirtschaftliche Organisation und Durchführung der Sozialversicherung darauf hingewiesen, dass die Lebensversicherung finanziell nach dem Prinzip des Prämiendeckungsverfahrens arbeiten muss. Die Prämien der einzelnen Versicherten werden mit Zins und Zinseszins kapitalisiert, um nachher zur Bestreitung der ihnen zukommenden Versicherungsleistungen verwendet zu werden. Damit ist der Versicherungsträger in die Lage versetzt, alle übernommenen Verpflichtungen zu erfüllen und auch im Falle der Liquidation alle fälligen und alle anwartschaftlichen Versicherungsansprüche zu ihrem vollen Wert auszukaufen. Die Privatversicherung ist zur Anwendung dieses Verfahrens schon deshalb genötigt, weil die Zugehörigkeit zu ihr auf Vertrag oder auf Mitgliedschaft beruht und eine Garantie für einen konstanten gleichmässigen Nachwuchs an Versicherten nicht besteht. Sie ist überdies nicht nur zu möglichst individueller Behandlung der versicherten Risiken verpflichtet, sondern muss auch die verschiedensten Wünsche ihrer Kundschaft in bezug auf Höhe und Art der Leistungen befriedigen können. Alles das ist aber nur auf einwandfreier versicherungstechnischer Grundlage möglich.

Das Gleiche gilt im wesentlichen, wenn der Versicherungsbestand einer obligatorischen Sozialversicherung unter eine Mehrzahl von privaten Ver-

sicherungsinstitutionen aufgeteilt wird, ohne dass dabei für eine gemeinsame Grundlage zur Ausgleichung der Gefahr gesorgt wird.

Aber auch bei einer staatlichen oder öffentlichen Organisation ist das Prämiendeckungsverfahren oder ein ihm angenähertes System dann notwendig, wenn die einzelnen Versicherten oder Gruppen davon auf verschiedene Leistungen zu versichern sind und wenn infolgedessen für sie dasjenige auch besonders aufgebracht werden muss, was zur Bestreitung ihrer besondern Versicherungsansprüche notwendig ist, oder wenn keine Gewähr für einen dauernden im ganzen unverminderten Bestand an Versicherten besteht.

Deshalb wäre beim System einer Klassenversicherung oder auch bei Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse von grössern oder geringern Gruppen von Versicherten im Rahmen einer Volksversicherung die Errichtung einer zentralen Anstalt mit zur Hauptsache eigenen Organen unumgänglich. Einzig eine solche durchgebildete Organisation wäre in der Lage, den vielgestaltigen Mechanismus zu beherrschen, die verschiedenartigen Beiträge und Versicherungsleistungen richtig zu berechnen und die Gelder, ausgeschieden nach den verschiedenen Abteilungen der Versicherung, sachgemäss zu verbuchen und zu verwalten. Die Anstalt müsste zudem eine solche des Bundes sein, da die meisten Kantone für einen derartigen spezialisierten Versicherungsbetrieb eine zu schmale Basis böten und zugleich auch Schwierigkeiten hätten, die weitgehenden technischen Anforderungen zu erfüllen, welche unter diesen Umständen an die Verwaltungsorganisation zu stellen wären.

Es ist klar, dass eine solche Anstalt nicht ohne einen grossen Apparat auskäme. Zu den Widerständen, welche eine derartige zentrale Organisation bei unserem Volke aus den verschiedensten Gründen fände, kommen politische und ökonomische Bedenken, deren Würdigung wir uns nicht entziehen können und die es nahelegen, wenn irgendwie möglich davon abzusehen. Würde schon eine Klassenversicherung in dieser Weise organisiert zur Anhäufung bedeutender Kapitalien führen, so wäre es noch vielmehr in einer Versicherung der Fall, die beinahe das ganze Volk umfasst. Eine Vorstellung lässt sich un schwer gewinnen, wenn man sich vergegenwärtigt, dass das Deckungskapital sämtlicher schweizerischer Versicherungsgesellschaften für die laufenden etwa 800,000 Lebensversicherungspolice, wovon etwa 450,000 auf nur geringe Kapitalbeträge lauten, Fr. 900 Millionen beträgt. In einer obligatorischen Versicherung mit etwa 2,7 Millionen Teilnehmern, in der alle auf Altersrenten, die Männer überdies auf Witwen- und Waisenrenten versichert sind, würde es in die Milliarden, somit auf ein Vielfaches des genannten Betrages gehen.

Eine Zusammenballung so bedeutender Gelder in den Händen eines einzigen oder weniger Institute stösst auf die grössten Bedenken und wäre aus den verschiedensten Gründen gefährlich und unerwünscht. Zunächst dürfen die politischen und wirtschaftlichen Gefahren nicht übersehen werden, die mit einer derartigen Konzentration der Verfügungsmacht über einen

erheblichen Teil des Volksvermögens verbunden sind. Dies gilt für eine öffentliche wie für eine privatrechtliche Organisation. Bei einer öffentlichen Organisation kommen weitere Bedenken hinzu, die mit ihrer Eigenart zusammenhängen. Eine solche wäre, auch wenn sie rechtlich vom Staate getrennt und selbständig verwaltet würde, doch in erhöhtem Masse von politischen Faktoren abhängig und dem Einfluss der öffentlichen Meinung ausgesetzt. Die Befürchtung ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Anhäufung so bedeutender Summen Begehrlichkeiten wecken könnte, denen sich die verantwortlichen Organe vielleicht nach der Rechtslage nicht widersetzen könnten oder denen sie nicht standzuhalten vermöchten. Die Aufgabe des Deckungskapitals ist, durch seine Erträge, in Verbindung mit den andern laufenden Einnahmen der Versicherung, die dauernde gleichmässige Erfüllung der übernommenen Verpflichtungen zu garantieren. Bei dem mangelnden Verständnis weiter Kreise des Volkes für versicherungstechnische Probleme und Anforderungen, mit dem gerechnet werden muss, wären Verlangen auf Erhöhung der Leistungen oder auf Herabsetzung der Beiträge, die in Verkennung der Rolle des Deckungskapitals und infolge seiner Verwechslung mit gewöhnlichen Reserven erhoben würden, nicht ausgeschlossen. Ihre Verwirklichung würde zu einer Beanspruchung der Kapitalbestände selber führen, womit bei deren raschem Schwinden, wenn sie einmal angegriffen sind, die Erfüllung der übernommenen Verbindlichkeiten durch die Versicherung, ja ihr Bestand selber, in relativ kurzer Zeit in Frage gestellt werden könnte.

Dazu tritt die Gefahr des Verlustes und der Entwertung solcher Kapitalien. Eine öffentliche Organisation, die ihre Einnahmen auf dem Wege der Zwangsbeteiligung aus der breiten Masse des Volkes schöpft, dürfte wohl weniger als eine private sich bei deren Verwaltung von rein kapitalistischen Grundsätzen leiten lassen und wäre wahrscheinlich genötigt, eine gewisse, grössere oder kleinere Quote in Unternehmungen und Einrichtungen gemeinnützigen Charakters anzulegen. Dadurch würde aber nicht nur der Kapitalertrag vermindert, auch die Gefahr von Verlusten würde sich erhöhen.

Im Falle einer Entwertung der Kapitalien vollends, Gefahr, die nicht vollständig dahingestellt werden darf, müsste wohl der Staat intervenieren, um durch seine Zuschüsse den Versicherungsleistungen wenigstens einen Teil ihres Realwertes zu erhalten. Damit würde aber die Durchführung der Versicherung nach dem Prämiendeckungsverfahren illusorisch und man würde bei einem Verfahren anlangen, das den jährlichen Bedarf an Versicherungsleistungen doch in der Hauptsache aus laufenden Einnahmen schöpfen müsste. Die Erfahrungen der Privatversicherung in der Kriegs- und Nachkriegszeit, vor allem aber diejenigen der deutschen Sozialversicherung, die während der Inflation ihr Vermögen im wesentlichen verloren hat und heute überwiegend in Anlehnung an das Umlageverfahren finanziert ist, bieten lehrreiche Beispiele.

Schliesslich sei noch auf eine Erwägung wirtschaftlicher Natur hingewiesen, der in einer allgemeinen Versicherung, welche die grosse Mehrheit des Volkes, jedenfalls aber die ganze wirtschaftlich tätige Bevölkerung umfasst, besondere Bedeutung zukommt. Wohl wirken die Deckungskapitalien durch ihre Erträge an der Finanzierung der Versicherung mit. Alle diese Kapitalerträge müssen aber auch wieder von der Wirtschaft als Zinsvergütung für die ihr zur Verfügung gestellten Kapitalien aufgebracht und erarbeitet werden. Vom Standpunkte der Gesamtwirtschaft und des Wirtschaftsprozesses aus gesehen kommt es daher aufs gleiche heraus, ob diese ihren Beitrag zur Bestreitung der Versicherungslast in Form von Zinsen aufbringe oder den gleichen Beitrag in anderer direkter Form leiste. Auf die Gesamtwirtschaft und das einzelne Wirtschaftsjahr bezogen bedeutet somit die Anwendung des Deckungskapitalverfahrens keinen Vorzug. Ja es darf sogar als ein unzweckmässiger Umweg bezeichnet werden, in einer Versicherungseinrichtung, an der alle beteiligt sind, zunächst in Form von Deckungskapitalien gewaltige Gelder der Wirtschaft zu entziehen, um sie ihr dann wieder zur Verfügung zu stellen, statt sie von vornherein dort zu belassen und bloss ihren Zinsbetrag von der Wirtschaft einzufordern. Die Bedeutung des Deckungskapitals liegt auf anderem Gebiete, vor allem in der Verteilung der Versicherungslast auf die einzelnen Wirtschaftsgruppen und innerhalb der aufeinanderfolgenden Wirtschaftsperioden.

Damit ist zugleich gesagt, dass auch bei grundsätzlicher Ausschaltung des Prämiendeckungsverfahrens auf die Ansammlung gewisser Reserven nicht verzichtet werden soll. In welcher Weise und zu welchem Zwecke solche anzulegen sind, wird in anderem Zusammenhange dargestellt werden.

2. Die Durchführung der Versicherung durch die Kantone.

Die von uns in Aussicht genommene Volksversicherung soll ein Werk der Solidarität nicht nur zwischen den einzelnen Klassen der Bevölkerung, sondern auch zwischen den verschiedenen aufeinanderfolgenden Generationen sein. Durch gemeinsame Anstrengungen der einzelnen im erwerbsfähigen Alter stehenden Volksgenossen, von denen jeder seine Beiträge zu leisten hat, durch Beiträge der Arbeitgeber und durch Zuwendungen des Staates, sollen die Gelder aufgebracht werden, die notwendig sind, um den jeweils vorhandenen Greisen, den Witwen und Waisen ihr Auskommen zu erleichtern. Der gewaltige Umfang des Werkes, die politische und ökonomische Notwendigkeit es einfach und so zu organisieren, dass die wesentlichen Verwaltungsfunktionen von den Kantonen unter Mitwirkung der Gemeinden übernommen werden können, verlangen natürlich eine gewisse Einheit der Versicherungsbedingungen.

Wir haben dargetan, dass eine Festsetzung abgestufter Versicherungsleistungen je nach gruppenweisen oder individuellen Bedürfnissen nur mit

dem Prämiendeckungsverfahren oder einem ähnlichen System vereinbar ist. Wer eine solche Abstufung wünscht, muss dieses System, die komplizierte Verwaltung und die damit verbundene Zentralisierung des Versicherungsbetriebes in einer grossen Anstalt in Kauf nehmen.

Eine Versicherung dagegen, wie die von uns gedachte, kann nach dem sogenannten Umlageverfahren oder mindestens in Annäherung daran durchgeführt werden.

Im Gegensatz zum Prämiendeckungsverfahren und verwandten Finanzsystemen besteht das Umlageverfahren im wesentlichen darin, aus den jeweils im einzelnen Betriebsjahre eingehenden Beiträgen die im betreffenden Jahre laufenden Versicherungsansprüche vorweg zu befriedigen, statt jene zurückzulegen und in der Folge mit Zins und Zinseszins für die Ausrichtung der Leistungen an die Generation, welche sie aufgebracht hat, zu verwenden. Für eine Alters- und Hinterlassenenversicherung des Volkes kann dieser Grundsatz populär in der Weise ausgedrückt werden, dass die jeweils Jungen für die jeweils Alten und die jeweils Lebenden für die jeweiligen Hinterlassenen der verstorbenen Männer sorgen. In diesem Gedanken der Verknüpfung der einzelnen Bevölkerungsgruppen in der Gegenwart, aber auch der Gegenwart und der Zukunft, liegt ein hoher ethischer und sozialer Wert. Seine Verwirklichung hat deshalb in einem Werk der Solidarität, wie es eine allgemeine obligatorische Versicherung des Volkes ist, ihren Platz, auch wenn vielleicht einige Wünsche, denen bei streng versicherungstechnischer Organisation entsprochen werden könnte, unerfüllt bleiben müssen.

Die Anwendbarkeit des Umlageverfahrens hängt jedoch von gewissen Voraussetzungen ab. Die jeweiligen nachfolgende Generation, welche mit ihren Beiträgen die Mittel zur Ausrichtung von Versicherungsleistungen an die vorangehende Generation aufbringt, muss die Gewissheit haben, dass auch sie seinerzeit die Leistungen erhalten wird, was nur der Fall ist, wenn dazumal auch wieder genügend Beitragspflichtige vorhanden sind, welche diese Leistungen zu erträglichen Bedingungen bestreiten können. Das Umlageverfahren lässt sich daher nur in einer obligatorischen Versicherung mit Zusammenfassung des ganzen Versicherungsbestandes bei einem einzigen Versicherungsträger durchführen, bei der im Gegensatz zur freiwilligen Versicherung oder zu einem Obligatorium mit einer Mehrheit von selbständigen Versicherungsinstitutionen ein jährlicher im ganzen unverminderter Neuzugang an Versicherten garantiert ist.

Im weitern muss der Umlagebeitrag auf möglichst lange Zeit hinaus konstant bleiben. Eine Veränderung dieses Beitrages, insbesondere seine sukzessive Steigerung würde von den Versicherten nicht verstanden, das Versicherungswerk unpopulär machen und heftige Widerstände hervorrufen. Diese Konstanz des Beitrages kann aber nur erreicht werden, wenn bei gegebener vom Gesetze bestimmter Höhe der Versicherungsleistungen die Zahl ihrer Bezüger einerseits und die Zahl der Beitragspflichtigen ander-

seits dauernd in einem möglichst gleichmässigen Verhältnis stehen. Es liegt auf der Hand, dass eine solche Konstanz und eine einigermaßen regelmässige Entwicklung nur bei grossem Versicherungsbestande erwartet werden kann.

Diese Voraussetzungen sind in der von uns vorgesehenen Alters- und Hinterlassenenversicherung des Volkes im wesentlichen erfüllt. Wenn auch gemäss den vorgenommenen Untersuchungen über die mögliche Entwicklung der Bevölkerung mit einer gewissen Mehrbelastung der Versicherung in der Zukunft infolge einer relativ stärkern Zunahme der Greise als der beitragspflichtigen Personen zu rechnen ist, so lässt sich mit der Anlegung angemessener Reserven und dem Rechte zu einer bescheidenen Erhöhung der Beiträge diesen Möglichkeiten ohne Gefährdung des Gleichgewichtes Rechnung tragen.

Dem Umlageverfahren und den ihm nahestehenden Finanzsystemen gegenüber wird gelegentlich der Einwand erhoben, dass es den einzelnen Versicherten stärker belaste als das Prämiendeckungsverfahren und die ihm verwandten Lösungen. Dieser Einwand ist nur *bedingt richtig und entbehrt* überdies der praktischen Bedeutung, wenn das Umlageverfahren mit gewissen Modalitäten und Einschränkungen durchgeführt wird.

Das Finanzsystem der Versicherung ist auf die Höhe der Versicherungslast als Ganzes ohne Einfluss. Es handelt sich bei seiner Wahl bloss um die Lösung der organisatorischen Frage, wie die Belastung aus der Versicherung im Laufe der Jahre verteilt werden soll. Die Versicherungslast selber ist durch die Zahl der jeweils Leistungsberechtigten und durch die gesetzliche Höhe der Versicherungsleistungen gegeben. Der erstere Faktor hängt von den biologischen, statistisch mehr oder weniger genau messbaren Erscheinungen der Bevölkerungsvermehrung und der Bevölkerungsumschichtung ab, während der zweitgenannte durch das Gesetz festgelegt ist. Grössen, die für jedes Finanzverfahren der Versicherung gelten. Verschieden gestalten sich bloss je nach der Wahl des Finanzsystems die Verteilung der Versicherungslast und der Inhalt der Versicherung während der Einführungszeit. Dagegen kann beim Prämiendeckungsverfahren, wenn die Versicherungsleistungen einmal zum grössten Teil aus den Erträgen der in früheren Jahren zurückgelegten Prämienreserven, d. h. den angehäuften Deckungskapitalien bestritten werden können, die Prämie des einzelnen, speziell des jüngern Versicherten, niedriger gehalten werden als beim Umlageverfahren, das über solche Kapitalien nicht verfügt und bei dem, in seiner reinen Form, infolgedessen alle jeweils in einem Jahre auszurichtenden Versicherungsleistungen aus den Beiträgen dieses Jahres bestritten werden müssen. Und zwar entspricht der Mehraufwand, der von den im betreffenden Jahre Beitragspflichtigen aufzubringen ist, dem Zinsausfall, der infolge Fehlens jener Kapitalien entsteht, für den einzelnen somit dem durchschnittlichen Betrag, der sich bei Verteilung dieses Ausfalles auf den ganzen Versicherungsbestand ergibt.

Dabei ist aber nicht zu übersehen, dass die im Prämiendeckungsverfahren erforderlichen Kapitalien nicht von vornherein vorhanden sind. Auch sie müssen, wenn nicht ein Dritter das Kapital selber zur Verfügung stellt oder mindestens jährlich verzinst, auf Kosten der Versicherten allmählich aufgebracht werden. Davon werden aber speziell die ältern Versicherten betroffen, und zwar in der Weise, dass ihnen eine höhere Prämie abverlangt wird oder geringere Versicherungsleistungen ausgerichtet werden, eine Abstufung, die sich selbst in weniger vorgerückten Jahren schon sehr fühlbar macht und bei alten Personen sogar zum Ausschluss aus der Versicherung führt. Nun ist es klar, dass eine obligatorische Alters- und Hinterlassenenversicherung des ganzen Volkes diesen ältern Leuten, ohne ihnen einen grossen, unerschwinglichen Beitrag abzuverlangen, bei Eintritt des Versicherungsfalles eine Leistung von einem gewissen Werte bieten muss. Sie darf nicht den ältesten Jahrgängen des Volkes überhaupt nichts offerieren, die ältern auf geringfügige, praktisch wertlose Leistungen verweisen und erst den jüngern Versicherten, wenn diese selber einmal nach Jahrzehnten in das rentenberechtigte Alter gelangt sind, die gesetzlichen Versicherungsleistungen ausrichten. Eine solche Institution, die erst nach Verlauf vieler Jahre ihre Wirkung entfalten könnte, wäre höchst problematisch und würde auch nicht akzeptiert. Dass aber der Bund allein oder mit den Kantonen die fehlenden Kapitalien einschiessen könnte, ist angesichts der damit verbundenen gewaltigen Belastung der öffentlichen Finanzen ausgeschlossen. Zudem käme eine solche Massnahme auch den wohlhabenden Versicherten zugute, die bloss der Solidarität wegen ins Versicherungswerk eingeschlossen sind, denen aber gerade seines sozialen Charakters wegen staatliche Mittel nicht zukommen sollen.

Alle diese Schwierigkeiten lassen sich mit dem Umlageverfahren in der denkbar zweckmässigsten Weise beseitigen. Statt dass die eingehenden Gelder kapitalisiert werden, um damit einmal in einem viel spätern Zeitpunkt endlich Versicherungsleistungen auszurichten, gestattet die ganze oder teilweise Verwendung der Beitragseinnahmen zur Ausrichtung von Versicherungsleistungen die Versicherung auch nach dieser Seite hin sofort in Kraft zu setzen. Darin liegt neben den Vorteilen der Einfachheit im Aufbau und in der Finanzverwaltung der wesentliche Vorzug des Umlageverfahrens gegenüber den andern mehr versicherungstechnischen Systemen.

Dabei wäre es natürlich ideal, auch den ältern und ältesten Jahrgängen unserer Bevölkerung, die jahre- und jahrzehntelang auf das Versicherungswerk gewartet haben, gleich von vornherein die vollen Versicherungsleistungen gewähren und so das Umlageverfahren in seiner reinen uneingeschränkten Form anwenden zu können. So weit zu gehen ist nun nicht wohl möglich und empfiehlt sich auch nicht. Wir haben oben darauf aufmerksam gemacht, dass der Beitrag der Versicherten ein möglichst konstanter sein müsse. Auch im Umlageverfahren sind aber, mag der Versicherungsbestand noch so gross sein, Schwankungen möglich, die es wünschbar machen, gewisse

Reserven anzulegen. Wir bedürfen dieser Reserven aber noch aus einem andern Grunde. Gewiss ist, volkswirtschaftlich betrachtet, die Belastung aus der Versicherung beim einen wie beim andern Verfahren die gleiche. Ob der Aufwand zur Bestreitung der Versicherungsleistungen in einem Wirtschaftsjahre ausschliesslich aus den Beiträgen oder aus diesen sowie aus den Erträgen vorhandener Kapitalien bestritten werde, spielt hinsichtlich der gesamten wirtschaftlichen Belastung keine Rolle. Was sich je nach dem Finanzsystem verschieden gestaltet, ist die Verteilung der Last. Auch in der Folge der Jahre ist, wenn die notwendigen Kapitalien nicht vorhanden oder nicht von einem Dritten, z. B. vom Staate eingebracht werden, die Belastung bei den einzelnen Systemen die nämliche. Ob man, wie im Umlageverfahren, den notwendigen Aufwand durch entsprechend höhere Beiträge decke, oder allen Versicherten, die das minimale Eintrittsalter überschritten haben, einen Verzicht auf die ganzen oder einen Teil der Leistungen zumute, kommt von diesem Standpunkte aus beurteilt ebenfalls auf das Gleiche heraus. Dagegen würden, wie auseinandergesetzt, die Beiträge speziell der jüngern Versicherten im reinen Umlageverfahren nicht unerheblich höher als z. B. beim Prämiendeckungsverfahren, eben weil sie statt zur Bildung jener Kapitalien vorweg zur sofortigen Ausrichtung von Leistungen an die ältere Generation verbraucht werden. Dies muss aber aus politischen und psychologischen Gründen vermieden werden. Denn bei allem Solidaritätsgefühl würden sich doch die jüngern Jahrgänge, die aller Wahrscheinlichkeit nach ihren Beitrag viel länger zahlen müssen als die ältern Versicherten, gegen eine Belastung verwahren, die dasjenige übersteigt, was sie bei anderweitiger Versicherung für die gleiche Versicherungskombination und für gleiche Versicherungsleistungen aufzubringen hätten. Zugleich dürfen wir, wenn auch grundsätzlich an der sofortigen Ausrichtung von Versicherungsleistungen nach Inkrafttreten des Gesetzes festzuhalten ist, doch von den ältern Jahrgängen, von denen die ältesten überhaupt nie Beiträge an die Versicherung bezahlen werden, die älteren aber nur während relativ kurzer Frist, ein gewisses Opfer verlangen.

So sehen wir denn nach Inkrafttreten des Gesetzes eine gewisse Übergangsperiode vor, während welcher zwar von sämtlichen Versicherten die vollen Beiträge erhoben werden, aber nur reduzierte Versicherungsleistungen zur Ausrichtung gelangen sollen. Auf diese Weise werden Überschüsse erzielt, die während dieser Übergangszeit zu kapitalisieren sind und deren Erträge später, wenn einmal die volle Belastung der Versicherung einsetzt, zur Bestreitung eines Teiles dieser Last herangezogen werden können. Dazu kommen, wie es in einer sozialen Volksversicherung, welche insbesondere die unselbständig Erwerbenden umfasst, gerechtfertigt und notwendig ist, Arbeitgeberbeiträge und schliesslich die Leistungen des Staates. Letztere werden, auf die Grosszahl der Rentenbezüger unter Beiseitlassung relativ beschränkter Gruppen wohlhabender Personen verteilt, der Versicherung

einen ganz erheblichen Wert verleihen, der über das wesentlich hinausgeht, was auch der Jungste der Versicherten mit seinen Beiträgen, falls er sich privat versichern würde, als Gegenleistung zu erwerben vermöchte.

Auf diese Weise und durch die Verbindung aller dieser Faktoren ist es auch im Umlageverfahren möglich, von Anfang an und für die Dauer einen Beitrag festzusetzen, der auch die jüngern Versicherten nicht höher belastet als es ihrem Eintrittsalter bei voller Anwendung versicherungstechnischer Grundsätze entspricht.

Welche Rolle können und sollen nun die Kantone in einer derartig finanziell organisierten Volksversicherung übernehmen?

Wir haben bereits gezeigt, dass das Umlageverfahren nur bei grossem sich regelmässig ergänzendem Versicherungsbestande durchführbar ist. Der Abschnitt über die bevölkerungsstatistischen Grundlagen des Versicherungswerkes zeigt uns, dass der Altersaufbau der Bevölkerung in einer Reihe von Kantonen nach oben oder nach unten nicht unwesentlich vom schweizerischen Durchschnitt abweicht. Diese Abweichungen beruhen auf verschiedenen Gründen. Einer der hauptsächlichsten ist die ganz verschiedene industrielle Entwicklung der einzelnen Kantone und damit die verschiedenartige Beschäftigungsmöglichkeit für grosse Teile der Bevölkerung. Zahlreiche Personen arbeiten infolgedessen in jüngeren Jahren ausserhalb ihres Heimatkantons, während sie später häufig in diesen zurückkehren. Die landwirtschaftlichen Kantone insbesondere zählen aus diesem Grunde, neben andern, im Verhältnis zu der Zahl der im beitragspflichtigen Alter stehenden Personen eine grössere Zahl Greise als es dem schweizerischen Durchschnitt entspräche.

Zudem ist es nur möglich, bezüglich der gesamtschweizerischen Bevölkerung für eine gewisse Zukunft auf Grund statistischer Beobachtung und darauf gestützter Berechnungen die voraussichtliche Entwicklung der Versicherung mit einiger Wahrscheinlichkeit zu bestimmen, während dies bezüglich der kantonalen Bevölkerungsbestände, speziell wegen der zahlreichen Wanderungen, auf die grössten Schwierigkeiten stösst, wenn nicht sogar unmöglich ist. Diese Tatsache und die Notwendigkeit für volle Freizügigkeit zu sorgen, auf welche wir noch in anderem Zusammenhange zu sprechen kommen werden, führen uns dazu, die Versicherungsbedingungen bundesgesetzlich festzulegen und den Kantonen bloss die Durchführung der Versicherung diesen Bedingungen gemäss zu übertragen. Sie haben, mit Hilfe der Gemeinden, die Beiträge zur Versicherung einzuziehen und die Leistungen auszurichten, aber nicht als blosse Verwaltungsorgane des Bundes, sondern auf eigene Rechnung und Gefahr. Wenn die Kantone dergestalt mit den eingehenden Geldern grundsätzlich für die auf ihrem Gebiete zahlbaren Leistungen aufzukommen haben, ist am besten für eine sorgfältige Beitragserhebung gesorgt.

Dagegen sind Verschiedenheiten der Belastung, welche sich aus der in einzelnen Kantonen nicht unerheblich vom schweizerischen Durchschnitt abweichenden Altersschichtung und den verschiedenen Sterbeverhältnissen der Bevölkerung ergeben, in geeigneter Weise auszugleichen. Ohne eine solche Ausgleichung würden einzelne Kantone dauernd erhebliche Überschüsse erzielen, andere aber mit ständigen Defiziten arbeiten. Im einzelnen kommen dafür verschiedene Wege in Betracht, deren Erörterung hier zu weit führen würde. Die Erfahrung während der ersten Betriebsjahre der Versicherung erst kann zeigen, bei welcher Lösung die verschiedenen Faktoren die gerechteste und vollständigste Berücksichtigung finden können. Deshalb haben wir in das Gesetz nur den Grundsatz aufgenommen, dass ein solcher Ausgleichungsverkehr unter der Leitung des Bundes durchzuführen sei, während die nähere Regelung in eine Verordnung des Bundesrates zu verlegen ist, welche als jederzeit leicht revidierbarer Erlass den Erfahrungen unverzüglich angepasst werden kann.

Die unmittelbare Durchführung der Versicherung ist vom Kanton einer mit juristischer Persönlichkeit ausgestatteten Kasse zu übertragen, auf deren Rechnung die Beiträge erhoben und die Leistungen ausbezahlt werden und welche auch im Besitze der vorhandenen Gelder mit Einschluss der Rücklagen bleibt. Damit ist die wünschbare Selbständigkeit der Versicherung gegenüber dem Staate hergestellt. Was die Besorgung der Versicherungsgeschäfte betrifft, so werden die Kantone über die Mitwirkung der Kantons- und Gemeindebehörden zu bestimmen haben. Dabei steht es ihnen frei, die zentrale Verwaltung einer Regierungsstelle zu übertragen, da bei den im allgemeinen vorhandenen beschränkten Verhältnissen die direkte Geschäftsführung in den in Frage kommenden Versicherungszweigen auf weniger Bedenken stösst, wenn zum mindesten der Risikoträger rechtlich selbständig ist.

C. Die Zulassung privater Versicherungskassen neben den Kassen der Kantone.

Die Durchführung der Versicherung durch kantonale Kassen, die nach dem Umlageverfahren unter Aufsicht des Bundes arbeiten, hat die volle Billigung der von uns zugezogenen Versicherungsexperten gefunden. Auch in der grossen ausserparlamentarischen Kommission, die zu Anfang dieses Jahres in Zürich zum Vorentwurf des Volkswirtschaftsdepartementes Stellung genommen hat, konnte man sich seinen Vorzügen nicht verschliessen, und es ist von keiner Seite die erneute Prüfung einer privatwirtschaftlichen Organisation der Versicherung verlangt worden. Will man in der Tat, wie es Pflicht ist, binnen kurzem zu einer rationellen Lösung des Problems der Alters- und Hinterlassenenversicherung gelangen, die sich nicht nur mit den Anschauungen unseres Volkes, sondern auch mit unserer politischen Gliederung und unsern

politischen Einrichtungen verträgt, so dürfte ein anderer Weg kaum eingeschlagen werden können.

Dagegen haben einzelne Kreise, die auch in der Kommission vertreten waren, gewünscht, es möchte zum mindesten noch geprüft werden, ob nicht neben den öffentlichen kantonalen Kassen und in Konkurrenz mit ihnen private Kassen von Betrieben, von Berufsverbänden und von andern Vereinigungen je für ihre Mitglieder die Durchführung der Versicherung auf eigene Rechnung im Sinne einer Art Einbau in die öffentliche Versicherung, wie man sich ausdrückte, übernehmen könnten. Wir haben bereits in der Einleitung zu diesem Abschnitte diese Begehren kurz gestreift und die Gedankengänge dargelegt, denen sie entspringen. Neben dem Wunsche, dem einzelnen im engern Kreise seiner Berufsgenossen oder von Vereinigungen, denen er zufolge gemeinsamer Ideale oder Interessen angehört, auch Versicherungsgelegenheit zu bieten, wird zugunsten dieser Vorschläge geltend gemacht, dass sie für die kantonale Kasse eine gewisse Entlastung bedeuten, indem durch ein Ausscheiden einzelner Gruppen aus ihrem Versicherungsbestande die Verwaltungsarbeit vermindert und erleichtert werde.

Wer die Gründe sorgfältig abwägt, die uns mit Zustimmung der Experten zur Ablehnung der privatwirtschaftlichen und zum Vorschlage einer öffentlichen Organisation geführt haben, wird erkennen, dass auch die soeben besprochene Verbindung von privaten und öffentlichen Versicherungsträgern nicht möglich ist. Diesen zwingenden Gründen muss man sich beugen und gewisse Wünsche, die vielleicht an sich durchaus begrifflich sind, zurückstellen, wenn man nicht das Zustandekommen und den Bestand des ganzen Werkes überhaupt gefährden will.

Es dürfte zunächst ohne weiteres klar sein, dass gegen die vorgeschlagene Kombination alle jene Überlegungen sprechen, die eine privatwirtschaftliche Durchführung der gewollten Versicherung ohne Schaffung eines Privatmonopols verunmöglichen. Die Schwierigkeiten der Selektion, der Kalkulierung des Risikos, der Schaffung einer gemeinsamen Grundlage zur Ausgleichung der Gefahr zwischen den einzelnen Versicherungsträgern, welche sogar die konzessionierten und gut organisierten Lebensversicherungsgesellschaften genötigt haben, die Durchführung der Versicherung abzulehnen, und welche die Heranziehung von Kassen erst recht ausschliessen, beständen hier in gleichem Masse. Wie sollte unter diesen Verhältnissen eine Garantie für die Erfassung sämtlicher Beitragspflichtiger gegeben, wie könnte die Zusammenarbeit mit den Gemeinden organisiert und endlich die Verteilung der Arbeitgeberbeiträge vollzogen werden?

Dazu träten die Schwierigkeiten einer befriedigenden Freizügigkeitsordnung und der Kontrolle, welche wir bereits einlässlich im Abschnitte über die privatwirtschaftliche Organisation der Versicherung gewürdigt haben. Gewiss könnte durch die Auferlegung der Verpflichtung an die mitwirkenden anerkannten Kassen, die Minimalleistungen der kantonalen Kasse sicher-

zustellen, die Freizügigkeit grundsätzlich ebenfalls garantiert werden. Die vielen durch Verrechnung, An- und Abmeldung, Überweisung bedingten Komplikationen würden jedoch bestehen bleiben. Gerade die Freizügigkeitsfrage ist aber, wenn die Versicherung nach unserm Vorschlage seitens der Kantone mit Hilfe eines Ausgleichungsverfahrens durchgeführt wird, in einfachster Weise gelöst, in viel einfacherer, als wenn für eine Mehrzahl von nebeneinander wirkenden Versicherungsinstitutionen eine Regelung getroffen werden muss. Für die Leistungen der obligatorischen Versicherung würde somit bezüglich der Freizügigkeit die von den Anhängern der freien Kassen vorgeschlagene Ordnung keinen Vorteil bedeuten. Eine Freizügigkeit für allfällige über das gesetzliche Minimum hinausgehende Mehrleistungen solcher Kassen von Betrieben und Verbänden würde aber bei den bestehenden vielgestaltigen Verhältnissen auf ausserordentlich grosse Schwierigkeiten stossen, ja sie wäre heute wohl kaum zu erreichen. So erscheint es zweckmässiger und richtiger, diese private Fürsorge, die über die Mindestversicherung hinausgeht, durch geeignete Berücksichtigung zu fördern, wie es im Gesetze vorgesehen ist, worauf sich dann auf Grund der einsetzenden Entwicklung vielleicht gewisse Freizügigkeitsbeziehungen, z. B. innerhalb gewisser Berufszweige, ergeben werden.

Aber auch administrativ bedeuten die Vorschläge auf Zulassung von anerkannten Kassen neben der kantonalen Kasse keine Vereinfachung. Denn wenn auch diese von der Behandlung einer gewissen Zahl von Versicherungsfällen und vom Inkasso einer grössern oder kleinern Summe von Beiträgen befreit wäre, so müsste sie doch über den den mitwirkenden Kassen überlassenen Versicherungsbestand genau und fortlaufend wachen, damit keine Lücken in der Durchführung der Versicherung entstehen. Alle Ein- und Austritte bei solchen mitwirkenden Kassen würden den Versicherungsbestand der öffentlichen Kasse beeinflussen. Der betreffende Versicherte müsste dort entlassen oder wieder angenommen werden, und es wären in jedem Fall die von ihm entweder bei der öffentlichen Kasse oder bei der privaten Kasse angesammelten Gelder zwecks Fortsetzung der Versicherung am andern Orte herauszugeben.

Die zugelassenen privaten Kassen hätten selbstverständlich das uneingeschränkte Prämiendeckungsverfahren anzuwenden, während wir für die öffentliche Versicherungsinstitution das Umlageverfahren vorsehen, das bei einer solchen unter gewissen Voraussetzungen möglich ist und erhebliche Vorzüge bietet. Mit der Anwendung verschiedenartiger Finanzsysteme würden aber die Schwierigkeiten des Überganges von einer Versicherungseinrichtung zur andern unüberwindlich.

Die Basis der kantonalen Versicherungskassen ist ohnehin, speziell in kleinern Kantonen, nicht breit. Sie würde bei Zulassung privater Kassen noch schmäler, so dass auch jene genötigt wären, das Umlageverfahren aufzugeben, dessen hauptsächlichste Voraussetzung der einigermaßen gleich-

mässige Zuwachs an neuen Mitgliedern bildet. Im weitern ist anzunehmen, dass die privaten Kassen, denen in der Auswahl ihrer Mitglieder die grösste Freiheit zustände, mit allen Mitteln versuchen würden, die günstigeren Risiken, insbesondere die jüngeren Versicherten zu gewinnen, während die ältern Personen und die mit grossen Familienlasten von der öffentlichen Kasse übernommen werden müssten. Diese sähe sich angesichts ihres viel ungünstiger zusammengesetzten Versicherungsbestandes genötigt, höhere Prämien zu erheben, was nicht verstanden und nicht geduldet würde, während sie sonst Gefahr liefe, unter dieser ungünstigen Zusammensetzung ihres Versicherungsbestandes sogar zusammenzubrechen.

Wie sollte ein Modus zur Verteilung der ungünstigen Risiken unter die verschiedenen konkurrierenden Kassen gesucht werden, insbesondere hinsichtlich der sogenannten Eintrittsgeneration, d. h. derjenigen, die bei Inkrafttreten des Versicherungsgesetzes bereits über dem Mindesteintrittsalter, sogar im rentenberechtigten Alter stehen, und wie wäre der Schlüssel für diese Verteilung zu bestimmen? Man darf sagen, dass wir auch da vor einem äusserst schwierigen, kaum lösbaren Problem stünden.

Die Volksversicherung ist auf Zuschüsse des Staates angewiesen. Diese sollen in erster Linie zur Erhöhung der Renten, dann aber auch in einem gewissen beschränkten Umfange zur Ermässigung der Prämien Verwendung finden. Während die Verteilung dieser Zuschüsse sich bei Bestehen eines einzigen Versicherungsträgers in jedem Kanton, der kantonalen Volksversicherungskasse, einfach macht, würde sie bei Nebeneinanderwirken verschiedener Kassen auf grosse Schwierigkeiten stossen. Es ginge natürlich nicht an, wie die Befürworter des Vorschlages einer kombinierten Organisation meinen, diese Zuschüsse auf die verschiedenen Kassen einfach nach der Zahl der bei ihnen laufenden Renten oder nach ihrer Prämieinnahme zu verteilen. Die staatlichen Zuschüsse sollen nach unserer Auffassung, wenn auch der grossen Mehrzahl, so doch nicht allen Versicherten zukommen. Gerade die Zahlen der Zuschussberechtigten und deren Verhältnis zur Gesamtzahl der Rentner können aber bei den einzelnen Kassen, bei den öffentlichen einerseits und bei den mit ihnen konkurrierenden privaten andererseits, stark auseinandergehen. Eine Kasse, die mehr Rentner hat als eine andere, wird unter diesen vielleicht weniger solcher aufweisen, die unter die zuschussberechtigten Kreise fallen als die erstere. Würde nun jener Kasse der staatliche Beitrag nach der Zahl der überhaupt laufenden Renten zugemessen, so wären die ihr angehörenden zuschussberechtigten Personen nicht unerheblich besser gestellt als die in andern Kassen versicherten. Bei einer anderen Zusammensetzung der Versicherten wäre das Gegenteil der Fall.

Die Urheber des Vorschlages haben sich denn auch offenbar selber dem Gewicht dieser Argumente, welche eine Zulassung von weitem Versicherungskassen neben der kantonalen als selbständige Risikoträger ausschliessen, nicht entziehen können und die Frage aufgeworfen, ob solche Kassen nicht zum

mindesten als Agenturen der kantonalen Kasse wertvolle Dienste zu leisten vermöchten. Wie wir auseinandergesetzt haben, ist die Verwaltung der Versicherung und die Verantwortlichkeit dafür grundsätzlich den Kantonen zu überlassen. Wenn die Kantone aber die Verantwortung und damit die Folgen ihrer Fehler und Unterlassungen zu tragen haben, so kann ihnen nicht verweigert werden, im wesentlichen selber über die Verwaltungsorganisation zu bestimmen. Mag vielleicht unter besonders günstigen Verhältnissen die Zulassung einer Agentur eine Erleichterung bedeuten, so dürfte dies doch in vielen Fällen nicht zutreffen. Gerade der Einzug der Beiträge wird von der kantonalen Kasse am besten mit Hilfe der Gemeinden oder von Vertrauenspersonen in den einzelnen Gemeinden besorgt werden, während eine Zulassung anderer Organe auch in der Stellung von blossen Agenturen wieder zu einer gewissen Zersplitterung, damit zu einem umständlichen Meldewesen und zu sonstigen überflüssigen Schreibereien Anlass geben wird. Eine Verpflichtung der kantonalen Kasse, andere private oder öffentliche Organisationen als Agenturen zuzulassen, kann deshalb im Gesetze nicht vorgesehen werden, dagegen steht einer solchen Zulassung nichts im Wege, wenn der Kanton für sein Gebiet damit einverstanden ist.

IV. Die Grundzüge des Projektes.

Im vorstehenden sind wir dazu gelangt, uns für die obligatorische Volksversicherung auszusprechen, die alle erwerbstätigen Volksgenossen zusammenfasst, mögen sie in Industrie, Handel oder Landwirtschaft, in selbständiger oder unselbständiger Stellung beschäftigt sein. Sie allein wird der sozialen, politischen und wirtschaftlichen Zusammensetzung unseres Landes und unserer Bevölkerung gerecht. Das Prinzip der Volksversicherung führt folgerichtig und notwendigerweise zu einer möglichst einfachen Organisation und zum Umlageverfahren, welches gestattet, wenigstens in einem gewissen Umfange, sofort nach dem Inkrafttreten des Gesetzes Versicherungsleistungen auszurichten und zugleich die Durchführung im wesentlichen in die Hände der Kantone und Gemeinden zu legen.

Die Verfassung verpflichtet uns, gleichzeitig die Alters- und die Hinterlassenenversicherung zu realisieren. Über das Verhältnis zwischen diesen beiden Zweigen und ihre relative Bedeutung stellt der Verfassungsartikel allerdings keine nähern Bestimmungen auf. Wenn auch von der öffentlichen Meinung die Altersversicherung in erster Linie gefordert wird, so soll doch die Hinterlassenenversicherung nicht vernachlässigt werden. Sie darf nicht nur ein Anhängsel jener bilden, etwa in Form der Ausrichtung einer bescheidenen Kapitalabfindung oder einer Rückerstattung der Beiträge im Falle vorzeitigen Todes des Versicherten, sondern soll ein Versicherungszweig sein, der für sich allein genommen schon einen praktischen sozialen Wert besitzt. Einzig bei dieser Ausgestaltung vermag das Werk auch für den Todesfall einen

gewissen Mindestschutz zu gewähren und kann von einer eigentlichen Hinterlassenenversicherung gesprochen werden. Sie wird dem Familienvater die stete Sorge um das Schicksal seiner Familie nach seinem Tode, mit dem er schon in jungen Jahren rechnen muss, erleichtern; sie wird ihm den Nutzen und Wert des Versicherungswerkes stets vor Augen halten, mehr als es die Altersversicherung allein tun könnte und dürfte so zur Popularisierung des Gesetzes wesentlich beitragen.

Die leitenden Grundsätze sind aus einer Reihe bereits entwickelter Erwägungen vom Bunde aufzustellen. Dies gilt nicht nur für das Obligatorium und für die massgebenden organisatorischen Vorschriften, sondern ganz besonders auch für die Versicherungsleistungen sowie für die Beschaffung der zu ihrer Bestreitung erforderlichen Beiträge und andern Mittel. Ein bundesrechtlicher Verzicht auf den Gedanken des Obligatoriums und die Überlassung seiner Verwirklichung an die Kantone würde, wie bereits hervorgehoben, zu den Zuständen führen, die heute in der Krankenversicherung bestehen, mit ihrer Musterkarte von kantonalechtlichen Bestimmungen über den Versicherungszwang, die, wenn sie dort noch angehen mögen, in einer Alters- und Hinterlassenenversicherung unerträglich wären. Eine solche Lösung läge auch zweifellos nicht im Willen unseres Volkes, wie schon die Geschichte des grundlegenden Art. 34^{quater} der Verfassung und insbesondere das Resultat der Volksabstimmung vom 6. Dezember 1925 zeigen.

Aber auch einer andern Auffassung, die gelegentlich geäussert wird und die dahin geht, es habe der Bund bloss den Kantonen die Einführung einer obligatorischen Alters- und Hinterlassenenversicherung binnen bestimmter Frist aufzuerlegen, während sie in der Gestaltung der Versicherungsbedingungen mehr oder weniger frei wären, müssen wir aus grundsätzlichen Erwägungen entschieden entgegentreten. Ganz abgesehen von den Schwierigkeiten, die sich der Erzwingung einer derartigen Verpflichtung entgegenstellen würden, verbieten schon die ganz verschiedene Altersgliederung in den Kantonen, wie sie im Abschnitte über die bevölkerungsstatistischen Grundlagen der Versicherung einlässlich dargelegt ist, sowie die verschiedenen Sterblichkeitsverhältnisse die Einräumung einer so weitgehenden Selbständigkeit. Ein Ausgleichungsverkehr, wie er bei selbständiger Risikotragung durch die Kantone im Rahmen einer bundesrechtlichen Regelung der Materie zur Korrektur dieser Unterschiede noch durchgeführt werden kann, würde unmöglich. Die Kantone hätten ihre je nach der Bevölkerungszusammensetzung ganz verschiedene Versicherungslast selber zu tragen. Damit müssten für gleiche Versicherungsleistungen in verschiedenen Kantonen ungleiche Prämien erhoben werden. Die Ungleichheit solcher Soziallasten innerhalb des gleichen Landes ist aber unerträglich und zu verwerfen.

Von noch durchschlagender Bedeutung sind vollends die unendlichen Schwierigkeiten, die sich bei einer solchen Lösung, bei der jeder Kanton, vielleicht im Rahmen gewisser allgemeiner Grundsätze, aber doch in der

Hauptsache nach eigenen Rezepten, die Versicherungsbedingungen festsetzen würde, aus den Wanderungen ergäben. Diese sind im Innern unseres Landes sehr zahlreich. Erfahrungsgemäss gehen, wie gesagt, gerade aus den landwirtschaftlichen Kantonen zahlreiche jüngere Leute in die industrielleren, weil sie dort bessere Arbeitsgelegenheit finden, und kehren dann später häufig wieder in ihre Heimat zurück. Die Schwierigkeiten der Existenz, der Wunsch vorwärts zu kommen, bei Frauen die Verhehlchung, führen im erwerbstätigen Alter und schon in jüngern Jahren zu weiterem häufigem Wohnsitzwechsel, der bei der Kleinheit des Gebietes der meisten unserer Kantone sehr oft einen Wechsel des Wohnsitzkantons und nicht nur der Wohnsitzgemeinde bedeutet.

Angesichts der fortwährenden Veränderungen des Versicherungsbestandes müssten die Kantone auf das Umlageverfahren verzichten und zu dem weit schwieriger zu handhabenden Prämiendeckungsverfahren oder einem ähnlichen System übergehen.

Der mit diesen zahlreichen Wohnsitzverlegungen von einem in den andern Kanton jeweils verbundene Wechsel des Versicherungsverhältnisses würde eine Fülle von unproduktiver und kostspieliger Verwaltungsarbeit verursachen. Zu den Kapitalüberweisungen unter den kantonalen Versicherungsanstalten kämen Rückerstattungen von zuviel bezahlten Beiträgen an die Versicherten, sowie Nachzahlungen dieser in oft nicht unerheblichem Betrage, da weder ein Versicherter, der zuvor einer kantonalen Versicherung mit höhern Beiträgen und höhern Leistungen angehört hat, auf die beschränkten Leistungen seines neuen Wohnsitzkantons verwiesen, noch im umgekehrten Falle diesem die Übernahme eines weitergehenden Risikos ohne entsprechende rückwirkende Prämienleistung zugemutet werden könnten.

Wenn man aber von einem Übergang des einzelnen Versicherten aus der Versicherung des einen Kantons zu der des andern Kantons absehen und ihm dafür das Recht einräumen wollte, sein ganzes Leben hindurch bei der Versicherungskasse desjenigen Kantons zu bleiben, in dem er zum ersten Male versicherungspflichtig geworden ist, so hätten bald einmal die Versicherungseinrichtungen aller 25 vorhandenen Kantone Versicherte in der ganzen Schweiz herum, mit denen sie sich fortlaufend befassen müssten und damit Schwierigkeiten, Komplikationen und Arbeit, deren Umfang nicht abzusehen wäre, besonders wenn man bedenkt, dass viele Personen nicht nur ein oder zwei Male, sondern öfters ihren Wohnsitzkanton wechseln.

Darum ist es unumgänglich, dass der Bund nicht nur die Grundlagen des Versicherungswerkes schaffe, sondern auch seinen wesentlichen Inhalt selber und direkt bestimme.

Das Umlageverfahren verlangt — die Gründe hiefür wurden bereits entwickelt — die Bildung grosser Versicherungsbestände mit einheitlichen, höchstens nach dem Eintrittsalter abgestuften Beiträgen und Versicherungsleistungen. Eine Berücksichtigung besonderer Versicherungsbedürfnisse oder

besonderer ökonomischer Verhältnisse kleinerer Gruppen innerhalb des gesamten Versicherungsbestandes durch Festsetzung höherer oder niedrigerer Leistungen und Beiträge ist mit dem Umlageverfahren seinem Wesen nach nicht vereinbar. Wer eine Spezialisierung wünscht, muss, wie wir ausdrücklich hervorgehoben haben, auch das Prämiendeckungsverfahren mit seinen versicherungstechnischen und organisatorischen Weiterungen und Konsequenzen wollen.

Dagegen ist die Frage berechtigt, ob die Beiträge der Versicherten und die Versicherungsleistungen wirklich für den ganzen Versicherungsbestand der vom Bundesgesetze erfasst wird, einheitliche sein müssen, oder ob nicht auch bei dem von uns vorgeschlagenen System wenigstens einige wenige Abstufungen möglich wären. Der Vorentwurf des Volkswirtschaftsdepartementes vom August 1928 und der ihn begleitende Motivenbericht schliessen jede Gliederung der Beiträge wie der Leistungen aus, abgesehen von der Ausrichtung reduzierter Renten während einer gewissen Einführungszeit und den Unterschieden, die sich aus der Verteilung der Rentenzuschüsse aus öffentlichen Mitteln nach dem sozialen Bedürfnis ergeben. Von verschiedenen Seiten, speziell aus Kreisen der Landwirtschaft, wurde hervorgehoben, dass die Aufbringung des vorgesehenen Beitrages von Fr. 18. — für den Mann und von Fr. 12. — für die Frau, Beiträge wie sie auch unser Entwurf in Aussicht nimmt und auf welche wir noch zu sprechen kommen werden, den Beitragspflichtigen in nicht seltenen Fällen schwer fallen dürfte. Im Sinne dieser Bedenken wurde in der ausserparlamentarischen Kommission in Zürich der Antrag eingebracht, es möchten Mittel und Wege zur Ermässigung jener Beiträge gesucht werden. Dabei dachte man unter anderm an die Bildung von zwei grossen Versicherungsklassen, mit verschieden hohen Prämien und entsprechend verschiedenen Leistungen, in welche die Versicherungspflichtigen nach vom Gesetze zu bestimmenden Kriterien einzureihen wären. Im Wunsche nach einer gewissen Klassenbildung, aber von entgegengesetzten Erwägungen ausgehend, begegnen sich mit der Landwirtschaft die Angestelltenverbände, die auf die geringe Höhe der Versicherungsleistungen hinweisen, welche ihrem Versicherungsbedürfnis nicht entsprechen, während ihre Kreise durchaus gewillt und im allgemeinen auch in der Lage wären, zur Erlangung weitergehender Leistungen auch höhere Beiträge aufzubringen.

Wir sind uns gewisser Nachteile und Schwächen des Entwurfes, die mit der durch die allgemeine Volksversicherung und das Umlageverfahren verknüpften Festsetzung einheitlicher Beiträge und Versicherungsleistungen verbunden sind, durchaus bewusst. Dieses Bewusstsein hat uns dazu geführt, die Frage einer beschränkten Abstufung der Beiträge und Versicherungsleistungen erneut sorgfältig zu prüfen. Dabei wurde an die Bildung mehrerer Versicherungsklassen und auch daran gedacht, den Kantonen zu gestatten, je für ihr Gebiet die Beiträge und entsprechend die Versicherungsleistungen in einem gewissen Ausmasse zu erhöhen oder zu verringern. Wenn wir zu einem negativen Ergebnis und zu einer Ablehnung der geäusserten Wünsche gekommen sind, so geschah es unter dem Zwange entscheidender

Gründe. deren Übergehung Nachteile zur Folge hätte, welche die Vorzüge einer beschränkten Klassenbildung oder Abstufung wesentlich überwiegen.

Was zunächst die Einreihung der Versicherten je nach ihrer Leistungsfähigkeit und ihrem Versicherungsbedürfnis in zwei, allenfalls drei, durch die ganze Schweiz gehende Klassen betrifft, so könnte eine solche den Bedürfnissen und den Wünschen der landwirtschaftlichen Kreise nur dann gerecht werden, wenn die Mindestklasse Versicherungsbeiträge aufwiese, die noch unter den jetzt vorgesehenen stehen, womit natürlich auch die Versicherungsleistungen kleiner würden. Schon gegen eine solche Herabsetzung der Mindestversicherung erheben sich aber ernsthafte Bedenken. Die Versicherungsleistungen müssen wenigstens einen Betrag erreichen, der die Schaffung des ganzen nicht einfachen Apparates zur Erhebung der Beiträge noch lohnt. In diesem Sinne betrachten wir aber die vorgesehenen Altersrenten und die entsprechenden Leistungen an Hinterlassene, welche, unter Abrechnung der erheblichen staatlichen Zuschüsse, von der kantonalen Versicherungskasse auszurichten sind, als ein Minimum, unter welches nicht heruntergegangen werden sollte.

Sodann dürfen die Hindernisse nicht übersehen werden, welche das von uns gewählte Umlageverfahren für eine solche Abstufung bietet. Die Bewegung und Schichtung der ganzen schweizerischen Bevölkerung kann auf Grund statistischer Erhebungen zum voraus beurteilt werden. Für die einzelnen Volksteile aber, die die verschiedenen Klassen bilden würden, bestehen im Hinblick auf die künftige Entwicklung keine sichern Anhaltspunkte. Kann somit für das ganze Volk die im Umlageverfahren nötige Prämie mit einer gewissen Bestimmtheit festgestellt werden, so trifft dies für einzelne Klassen nicht zu. In dieser Tatsache liegt ein Risiko, gegen welches selbst die Bildung angemessener Reserven keinen genügenden Schutz bieten würde. Eine Einteilung der Versicherten in Klassen würde somit zur Anwendung des Deckungsverfahrens führen.

Die weitere Anregung, die u. a. von Vertretern des Bauernverbandes gemacht worden ist, ganz allgemein die gesetzlichen Beiträge und Versicherungsleistungen tiefer anzusetzen und daneben die Möglichkeit zu bieten, sich freiwillig zu höheren Ansätzen und für höhere Leistungen zu versichern, ist ebenfalls undurchführbar. Wir haben bereits erwähnt, dass hierdurch die obligatorische Versicherung einen bedeutenden Teil ihres Wertes einbüßen und für grosse Volksteile, wie namentlich die Arbeiter und Angestellten der Industrie, ungenügend werden müsste. Diese Inkonvenienz würde durch die Möglichkeit einer fakultativen höheren Versicherung nicht ausgeglichen, weil von solchen Institutionen erfahrungsgemäss ein nur geringer Gebrauch gemacht wird. Zudem wäre zu befürchten, dass zahlreiche Personen, welche sich in einem gewissen Zeitpunkte freiwillig höher versichern, in der Folge, bei ungünstiger Gestaltung ihrer Erwerbsverhältnisse, darauf verzichten und die Beschränkung auf die obligatorische Mindestversicherung verlangen müssten, indem den

Kantone und Gemeinden wohl kaum zugemutet werden könnte, die höheren Prämien der freiwilligen Versicherung bei Unvermögen des Versicherten zu bezahlen. Überdies müsste eine solche freiwillige Versicherung im Hinblick auf die Unsicherheit des Versichertenbestandes nach den Grundsätzen der privaten Versicherungstechnik mit individueller Erfassung jedes einzelnen Versicherten arbeiten oder mit andern Worten, das Deckungsverfahren anwenden. So würde also neben die obligatorische, auf dem Umlageverfahren beruhende, ungenügende und daher unbefriedigende Versicherung eine freiwillige, auf ganz andern Grundsätzen aufgebaute Institution zu treten haben. Aus diesen Verhältnissen entstünde eine unhaltbare Komplikation, und wir kämen zu einem System, das nicht nur sozial keinen Fortschritt bedeuten, sondern auch technisch und administrativ umständlich und schwerfällig arbeiten würde.

Eine Bildung von Versicherungsklassen innerhalb des ganzen Versicherungsbestandes wäre somit nur im Wege der zwangsmässigen Zuteilung zu den einzelnen Klassen nach gewissen Kriterien denkbar. Welches müsste nun aber dieses Kriterium sein? Sollte auf das Einkommen, auf den Beruf oder auf etwas anderes abgestellt werden? Wir stossen hier auf alle die Schwierigkeiten, die wir bei der Würdigung der Frage Klassen- oder Volksobligatorium geprüft und welche uns veranlasst haben, das Volksobligatorium zu wählen. Die ganze umständliche Verwaltungsarbeit, welche sich beim Klassenobligatorium anlässlich des Ein- und Austrittes aus der Versicherung ergäbe, würde hier beim Wechseln der Klasse je nach den Veränderungen des Berufes oder des Einkommens notwendig werden. Die nachträglichen Übergänge würden um so zahlreicher, als die Zuteilung zu den Klassen in einem jugendlichen Alter erfolgen müsste, in welchem sehr häufig der Beruf noch keineswegs feststeht und auch das Einkommen nur ein anfängliches, geringes und nicht massgebendes ist. Dazu käme, dass bei einer Klassenbildung nach dem Berufe die landwirtschaftlichen Versicherten sich zur Hauptsache in der Klasse mit niedrigern Leistungen und niedrigern Beiträgen zusammenfänden. Während dies vielleicht für gewisse weniger leistungsfähige Kreise der Landwirtschaft, z. B. für die Gebirgsbevölkerung, durchaus zweckmässig wäre, könnte es andern Kreisen wieder nicht genügen. Zugleich träte das ein, was wir mit der Einbeziehung der Landwirtschaft in die allgemeine Volksversicherung gerade vermeiden wollten, nämlich dass sie ihr eigenes höheres Altersrisiko selber ohne Möglichkeit der Ausgleichung mit den andern Bevölkerungsgruppen zu tragen hätte. Dieses erhöhten Risikos wegen wären die Beiträge, die die Landwirtschaft für die beschränkteren Versicherungsleistungen aufzubringen hätte, gegenüber den Beiträgen in den andern Klassen der Volksversicherung nicht im gleichen Verhältnis niedriger.

Wollte man aber bei der Klassenzuteilung auf das Einkommen abstellen, so würde man die Ungerechtigkeit begehen, unter Umständen Leute, die mit einem geringern Einkommen infolge grosser Sparsamkeit und zweckmässiger Verwendung höhere Beiträge zwecks Erlangung höherer Versicherungsleistungen bezahlen können und gern bezahlen möchten, von dieser Möglichkeit aus-

zuschliessen, ganz abgesehen von den bereits hervorgehobenen Schwierigkeiten, welche die vielgestaltige Steuergesetzgebung der Kantone der Anwendung dieses Kriteriums bietet.

Erweist sich aus diesen Gründen eine Einteilung des Versicherungsbestandes in auch nur wenige Versicherungsklassen nach subjektiven Merkmalen der Versicherten als unzweckmässig und sogar gefährlich, so bleibt noch zu prüfen, ob das gesuchte Ziel einer stärkern Gliederung und Anpassung des Versicherungswerkes an die vielgestaltigen Lebensbedürfnisse und Leistungsmöglichkeiten auf andere Weise erreicht werden könnte. Dabei denken wir, wie bereits erwähnt, an eine Ordnung, bei der die Kantone ermächtigt würden, je für ihr Gebiet oder Teile ihres Gebietes etwas höhere oder niedrigere Versicherungsbeiträge einzufordern und dementsprechend auch höhere oder niedrigere Versicherungsleistungen auszurichten als die vom Bundesgesetze generell vorgeschriebenen, die in diesem Falle als eine Art Mittelwerte zu gelten hätten. Kantone mit vorwiegend städtischen und industriellen Verhältnissen könnten durch Erhebung höherer Beiträge, welche in solchen Gebieten im allgemeinen auch leichter aufzubringen wären, den höheren Lebenskosten entsprechend weitergehende Versicherungsleistungen gewähren, während Kantone mit hauptsächlich landwirtschaftlicher Bevölkerung, insbesondere die im Gebirge gelegenen, der geringern Leistungsfähigkeit ihrer Bewohner entsprechend niedrigere Versicherungsbeiträge erheben würden, wobei auch kleinere, den geringern Lebensbedürfnissen in solchen Gegenden angepasste Versicherungsleistungen zur Ausrichtung kämen.

Auch eine solche Lösung stösst aber bei näherem Studium auf eine Reihe von Bedenken und Schwierigkeiten, die dazu nötigen, auf sie zu verzichten. Die Durchführung der Versicherung mit den Kantonen als Risikoträgern verlangt ein vom Bunde geregeltes und geleitetes Ausgleichungsverfahren. In einem solchen dürfen jedoch nur Unterschiede der Belastung berücksichtigt werden, die auf der natürlichen Bevölkerungszusammensetzung der Kantone, speziell auf ihrer Altersgliederung beruhen, und somit vom Willen des Kantons unabhängig sind; die Einbeziehung anderer durch die kantonale Gesetzgebung geschaffener Belastungsfaktoren wäre aus naheliegenden Gründen nicht zulässig. Wie könnte nun bei verschiedenen hohen Beiträgen und Versicherungsleistungen der Kantone mit einiger Sicherheit bestimmt werden, welche Belastung die Folge der Bevölkerungsschichtung und welche die Folge der vom schweizerischen Mittel abweichenden kantonalen Versicherungsbedingungen ist? Mangels genügender Ausscheidungsmöglichkeiten wäre mit fortwährenden Streitigkeiten zwischen dem Bunde und den Kantonen sowie zwischen den Kantonen unter sich zu rechnen. Damit dürfen aber der Ausgleichungsverkehr und das Versicherungswerk nicht belastet werden.

Dazu kommen die mit den innern Wanderungen verbundenen Schwierigkeiten, die wir bei der Besprechung selbständiger kantonalen Versicherungen

(Abschnitt III B, 2, hiervor) gewürdigt haben. Auch bei der blossen Zulassung gewisser beschränkter Abweichungen von einem bundesgesetzlichen Mittel würde es sehr schwer fallen, den Versicherten, welche vorher in einem mehr industriellen Kanton höhere Beiträge geleistet haben, begreiflich zu machen, dass sie bei Wohnsitzverlegung in einen Kanton mit geringern Leistungen trotz ihrer frühern stärkern Inanspruchnahme nur auf diesen Anspruch haben, während die Kantone mit höhern Renten sich gegen den Zustrom von Versicherten aus Kantonen mit geringer dotierten Versicherungskassen wohl verwahren würden. Wenn auch nahe vor Erreichung des rentenberechtigten Alters relativ selten Domizilveränderungen stattfänden, so wäre doch mit allen denjenigen Fällen zu rechnen, in denen vor Erreichung dieser Altersgrenze die Notwendigkeiten des Erwerbs zum Wohnsitzwechsel führen, oder in denen Familienverhältnisse auch ältere Leute veranlassen und unter Umständen zwingen, ihren Wohnsitz an den Wohnort ihrer Kinder zu verlegen. Wäre man aber genötigt, in allen solchen Fällen Rückzahlungen an Beiträgen zu gewähren oder Nachzahlungen zu verlangen, so würden alle diejenigen Komplikationen eintreten, deren Vermeidung ein wesentlicher Grund für eine umfassende bundesrechtliche Ordnung der Versicherungsbedingungen ist.

Endlich ist zu berücksichtigen, dass nicht einmal in den kleinen, noch in den Kantonen mit relativ einheitlicher topographischer und geographischer Gliederung ihres Gebietes die Lebensverhältnisse der verschiedenen Schichten der Bevölkerung gleichartige sind. Die zunehmende Industrialisierung des Landes macht auch vor Gegenden und Örtlichkeiten der Gebirgskantone nicht halt. Ganz besonders heterogen aber sind die Verhältnisse in den grossen und volkreichen Kantonen, von denen einzelne sich von den Alpen bis zum Jura erstrecken und damit auch die verschiedenartigsten Produktionsgebiete einschliessen. Wohl in keinem Falle vermöchte daher eine allgemeine für das ganze Kantonsgebiet geltende Änderung der Beiträge und Versicherungsleistungen den Verhältnissen durchgehend gerecht zu werden und zu befriedigen. Eine Herabsetzung, die vielleicht den Interessen der Landbevölkerung entspräche, wäre gegenüber mehr industriellen und städtischen Kreisen, deren Versicherungsbedürfnisse höhere sind, häufig unzuweckmässig und unbillig, während anderseits eine Erhöhung auf dem Lande als unnötig und drückend empfunden würde.

Diese widerstreitenden Interessen würden sich ganz besonders in den grossen und wirtschaftlich vielgestaltigen Kantonen geltend machen. Ihnen müsste daher wohl gestattet werden, Abweichungen von den bundesrechtlichen Versicherungsbedingungen auf einzelne Gebietsteile zu beschränken. Eine einigermaßen befriedigende Abgrenzung zu treffen, wäre aber nicht leicht. Auch in diesen Teilgebieten wären die Verhältnisse und Bedürfnisse mehr oder weniger verschieden, und würde es Bevölkerungs- und Erwerbsgruppen geben, für welche die festgesetzten Versicherungsbedingungen nicht passen, dies um so mehr, als nur die Bildung grösserer Territorien in Frage

käme, wenn ein jede rationelle Durchführung der Versicherung verhinderndes Mosaik vermieden werden soll.

In jedem Falle würden sich aber bei einer derartigen Einteilung des Kantonsgebiets in Bezirke mit verschiedenen Versicherungsbedingungen die mit den Wanderungen verbundenen Schwierigkeiten ganz erheblich vermehren, indem nicht nur bei Übergang eines Versicherten vom einen zum andern Kanton, sondern häufig auch beim blossen Wohnsitzwechsel innerhalb des Kantons eine Umgestaltung des Versicherungsverhältnisses mit allen seinen Weiterungen Platz zu greifen hätte.

So bleibt uns nichts übrig, als die Wünsche nach einer Gliederung des Versicherungsbestandes gewissen besondern Bedürfnissen und Möglichkeiten gemäss, so sehr wir sie verstehen können, abzulehnen. Das Umlageverfahren, dessen Vorzüge den Nachteil einer gewissen Starrheit, den es vielleicht aufweisen mag, bei weitem überwiegen, der Wunsch, ja die Notwendigkeit von einem so bedeutenden Werke, wie es die Volksversicherung ist, alle nicht unbedingt notwendigen Komplikationen fernzuhalten und Reibungsflächen möglichst zu vermeiden, führt uns zur Festsetzung einheitlicher Beiträge und einheitlicher Leistungen, wenigstens soweit diese letztern, gewissermassen als Gegenwert für die Beiträge, aus den Einnahmen der kantonalen Versicherungskasse bestritten werden.

Damit ist aber keineswegs gesagt, dass die geltend gemachten und nicht unberechtigten Sonderbedürfnisse und Wünsche nach Beitragserleichterungen in gewissen vorwiegend landwirtschaftlichen Kreisen einerseits, nach Erweiterung der Leistungen in der Angestelltenschaft und in Kreisen der Arbeiterschaft andererseits unberücksichtigt bleiben müssen. Darf ihnen auch nicht durch Veränderung des Aufbaues der Volksversicherung, die ein einheitliches Ganzes bilden muss, entsprochen werden, so bleiben andere Wege offen, die zum gewollten Ziele zu führen vermögen. So kann daran gedacht werden, zur Entlastung der Prämienzahler die Kantone zu ermächtigen, für ihr Gebiet von vornherein einen beschränkten Teil des Beitrages zu übernehmen, unter Reduktion ihrer Zuwendungen zur Erhöhung der Versicherungsleistungen. Vorwiegend Gebirgskantone dürften davon Gebrauch machen. Wenn dadurch auch die Rentenzuschüsse selber etwas verringert werden, so ist es gerade in Gebieten, wo in der Regel auch die Lebensbedürfnisse und Lebenskosten kleinere sind, nicht von einschneidender Bedeutung. Wir werden bei der Erörterung der Finanzierung der Versicherung durch Bund und Kantone darauf zurückkommen.

Die durchaus berechtigten und auch von uns anerkannten Wünsche, in gewissen Verhältnissen gegen die Entrichtung höherer Beiträge auch höhere Leistungen erlangen zu können, werden im Rahmen einer angemessenen kantonalen Ergänzungsversicherung ihre Verwirklichung finden können, zu der vor allem diejenigen Kantone übergehen dürften, in denen sich solche Bedürfnisse am ehesten geltend machen werden.

Daneben wird aber die schon heute in einzelnen Erwerbszweigen erfreulich entwickelte Fürsorge des Arbeitgebers für sein Personal ein mehreres tun können. Die gesetzliche Sozialversicherung soll, weil sie nur einen dem Durchschnitt angepassten Mindestschutz gewähren kann, diese wertvolle Initiative nicht lähmen und schwächen, sondern gegenteils stützen und ermutigen.

Ein besonderer Abschnitt wird im Anschluss an die Ausführungen über die Volksversicherung des Bundes sich mit den Problemen der Ergänzungsversicherung näher auseinandersetzen,

V. Die Aufbringung der Mittel für die Versicherung.

Die projektierte Volksversicherung ist ein Werk der Solidarität, gegründet auf die Mitwirkung aller Kreise unseres Wirtschaftslebens. Bund und Kantone, die Arbeitgeber und die einzelnen Volksgenossen legen die Gelder zusammen, welche bestimmt sind, den jeweils lebenden Greisen, Witwen und Waisen angemessene Fürsorgeleistungen auszurichten. Mit Hilfe einer gewissen Übergangszeit nach Inkrafttreten des Gesetzes, während welcher diese Leistungen nur in reduziertem Umfange zur Auszahlung gelangen, sollen Reserven angelegt werden, die gestatten, auch im Umlageverfahren die Belastung aus der Versicherung für alle Zahlungspflichtigen möglichst konstant und in den Grenzen ihrer Tragfähigkeit zu halten.

Die im einzelnen Kanton erhobenen Beiträge der Versicherten und die Arbeitgeberbeiträge fliessen in die kantonale Versicherungskasse. Diese Einnahmen sind von ihr, soweit sie nicht vorweg zur Ausrichtung von Versicherungsleistungen verbraucht werden, zinstragend in sichern Werten anzulegen und bilden die Rücklage der Kasse, deren Erträge nach Ablauf der Übergangsperiode zur Deckung der steigenden Ausgaben herangezogen werden und ihre finanzielle Stabilität sicherstellen sollen.

Zu den Einkünften der kantonalen Kassen an Beiträgen und Kapitalzinsen treten die Zuschüsse des Staates, die sich nach der Höhe des Gesamtaufwandes der Kassen an Versicherungsleistungen im einzelnen Rechnungsjahre richten und die von ihnen zur Ergänzung ihrer Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften zu verwenden sind.

Jede Sozialpolitik und jede Sozialversicherung insbesondere, kann nur bei gesundem Wirtschaftskörper gedeihen. Bei aller Berücksichtigung sozialer Bedürfnisse dürfen sie die Grundlagen der nationalen Wohlfahrt, den Arbeitswillen und die Produktionskraft nicht beeinträchtigen. Nur bei dieser Rücksichtnahme auf die für jedes Land gegebenen Grenzen der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit im ganzen und in den einzelnen Teilen kann die Sozialversicherung dauernd gedeihen und sich entfalten. Es erscheint deshalb richtig, bei der weitem Erörterung des Inhaltes der Versicherung in Leistungen und Beiträgen

nicht die erstern voranzustellen, sondern sich zunächst der Mittelbeschaffung zuzuwenden, um dann zu prüfen, welche sozialen Postulate mit den Aufwendungen, die wir der Gesamtheit und dem einzelnen zumuten dürfen, befriedigt werden können. Infolgedessen gehen unsere nachfolgenden Erörterungen von einer Betrachtung und Würdigung der verschiedenen Beitragsquellen aus.

A. Die Beiträge der Versicherten.

Soll das zu schaffende Fürsorgewerk, wie es die Verfassung will, Versicherungscharakter haben, so müssen in erster Linie diejenigen in angemessener Weise daran beitragen, für die es bestimmt ist und aus denen die Bezüger von Versicherungsleistungen hervorgehen. Durch die Beitragszahlung erwerben sie sich ein Recht auf Leistungen, wenn einmal die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. In einer Volksversicherung, die sich den Schutz der Gesamtheit der in der Volksgemeinschaft vorhandenen Greise, Witwen und Waisen zum Ziele setzt, ist es gerechtfertigt, den daherigen Aufwand auf breitester Basis auf die Volksgenossen zu verteilen, soweit ihnen die Lastentragung nach ihrer durchschnittlichen Leistungsfähigkeit zugemutet werden kann. Erst nachher sollen Staat und Wirtschaft das ihrige dazulegen, um der Institution einen höhern sozialen Wert zu verleihen. Für eine umfassende Verteilung der Versicherungslast spricht sodann die Erwägung, dass im Umlageverfahren der Beitrag des einzelnen um so niedriger angesetzt werden kann, je grösser die Zahl der Beitragspflichtigen ist. Diese und die Höhe des einzelnen Beitrages sind somit für die Beitragseinnahme der kantonalen Kasse massgebend.

Was zunächst den Kreis der Beitragspflichtigen betrifft, so ist es gegeben, dass es grundsätzlich die im erwerbsfähigen Alter stehende Bevölkerung ist, welche das Schicksal der Alten, der Witwen und der Waisen zu erleichtern hat. Jugendliche und Personen, die die Grenze für die Berechtigung auf Altersrente erreicht haben, sind von der Beitragspflicht zu befreien. Innerhalb dieser Schranken soll aber jeder Volksgenosse mit ganz wenigen Ausnahmen, auf die wir in Abschnitt X der Botschaft zurückkommen werden, beitragspflichtig sein.

Die Zahl der beitragspflichtigen Personen wird demnach zur Hauptsache durch die Festsetzung der Altersgrenzen bestimmt. Um einer möglichsten Verteilung der Last willen ist es zweckmässig, die Grenzen weit zu ziehen. Auf jeden Fall soll die Beitragspflicht nach oben bis zur Erreichung der Altersrentenberechtigung bestehen. Bei der Festsetzung der untern Altersgrenze ist darauf Bedacht zu nehmen, dass nicht durch die Einbeziehung allzu junger Jahrgänge das Familienhaupt, das in der Regel ohnehin für seinen eigenen Beitrag und den seiner Frau aufzukommen haben wird, zu stark belastet werde. In Würdigung dieser Gesichtspunkte haben wir den Beginn der Beitragspflicht auf den ersten Tag des Kalenderjahres festgesetzt, in dem das 19. Altersjahr zurückgelegt wird, und nähern uns damit der Ordnung, welche in der Altersversicherung von Glarus und Appenzell A.-Rh. besteht.

Die Festsetzung des Beginns der Beitragspflicht auf den Beginn des Kalenderjahres statt auf den Geburtstag bedeutet eine erhebliche administrative Vereinfachung. Die mit der Beitragserhebung beauftragte Stelle kann so zu Beginn des Jahres alle in diesem 19jährig werdenden Personen auf einmal in das Verzeichnis der Beitragspflichtigen aufnehmen, ohne genötigt zu sein, das Jahr hindurch die Zivilstandsnachweise zu verfolgen und das Register von Fall zu Fall zu ergänzen. Die Beitragspflicht hört mit dem Tode oder mit dem Beginn der Berechtigung auf Altersrente auf.

Die Altersrente läuft nach unserm Entwurf vom Beginn des Kalenderjahres an, in welchem das 66. Altersjahr zurückgelegt wird. Wir werden im Abschnitte über die Versicherungsleistungen die Gründe, die uns zu dieser Regelung geführt haben, eingehend darlegen. Hier sei nur soviel gesagt, dass eine Verschiebung dieser Grenze nach oben oder nach unten auch auf die Zahl der Beitragspflichtigen und damit auf die Höhe des Beitrages des einzelnen entweder im Sinne einer Vermehrung jener Zahl und damit einer Ermässigung des Beitrages oder im Sinne ihrer Verminderung und damit einer Erhöhung des Beitrages zurückwirken wird. Aufgabe des Gesetzgebers ist es, die Lösung zu treffen, die gleichzeitig dem sozialen Bedürfnisse auf eine nicht allzu starke Hinausschiebung der Altersgrenze, wie der Forderung auf tunlichste Ermässigung der Versicherungsbeiträge gerecht wird. Innerhalb der massgebenden Altersgrenzen sind Männer und Frauen, unter Vorbehalt eines gewissen Unterschieds, beitragspflichtig. In unserer Nachtragsbotschaft vom 23. Juli 1924 zur Verfassungsvorlage hatten wir die Frage geprüft, ob nicht die Versicherung auf die Männer und auf die unverheirateten Frauen beschränkt werden sollte, indem die verheiratete Frau durch die Versicherung ihres Mannes geschützt ist. Ein näheres Studium hat uns aber dazu geführt, diesen Gedanken aufzugeben und alle Frauen in die Versicherung einzubeziehen. Dabei ist allerdings der Unterschied aufrechterhalten worden, dass der Mann, der für Witwe und Waisen zu sorgen hat, in der Alters- und Hinterlassenenversicherung versichert ist, die Frau bloss in der Altersversicherung. Daraus ergibt sich eine gewisse Differenz in der Prämie, da selbstverständlich der Frau nicht die Bezahlung des verbundenen Alters- und Todesrisikos zugemutet werden kann. Wenn wir heute dazu gelangen, die ledigen und die verheirateten Frauen in gleicher Weise zu versichern, so geschieht es zur Vermeidung von gewissen Schwierigkeiten, die sich bei der Behandlung der geschiedenen und der früh verwitweten, nicht rentenberechtigten Frauen ergeben hätten, wenn sie erst nachträglich in die Versicherung hätten aufgenommen werden müssen. Sodann erfolgt es aus der Erwägung, dass bei Weglassung der verheirateten Frau aus der Altersversicherung die Witwenrente bis zum Tode der Frau hätte weitergeführt werden müssen, womit ein erheblicher Teil der erzielten Entlastung wieder weggefallen wäre. Die Ersparnis wäre damit auf die Fälle beschränkt geblieben, in denen Mann und Frau ein höheres Alter erreichen, aber nur dem Manne eine Altersrente ausbezahlt wird, weil nur er darauf versichert ist. Gerade in solchen Fällen wäre aber ein Zuschuss notwendig geworden, denn es wäre nicht ge-

recht gewesen, den ledigen oder verwitweten Altersrentner gleich zu behandeln wie denjenigen, der noch für eine betagte Lebensgefährtin zu sorgen hat. Eine nennenswerte Entlastung der Versicherungsrechnung wäre somit nicht erzielt, ihr sozialer Wert aber nicht unerheblich vermindert und ihre Durchführung erschwert worden.

Die Zahl der Beitragspflichtigen beträgt bei Anwendung der vorentwickelten Grundsätze, sofern die Versicherung im Jahre 1933 in Kraft tritt, rund 2,700,000, wovon etwas weniger als 1,300,000 Männer und ungefähr 1,400,000 Frauen sind (vgl. Tabelle 1 hiernach).

Der Höhe nach sollen die Beiträge, abgesehen von der Differenzierung zwischen Männern und Frauen den verschiedenen für sie in Betracht kommenden Versicherungsleistungen entsprechend, einheitliche sein. Wir haben in Abschnitt IV diese Forderung einlässlich begründet und können hier auf jene Ausführungen verweisen.

Von einzelner Seite ist vorgeschlagen worden, die Beiträge wenigstens nach den Einkommens- und Vermögensverhältnissen der einzelnen Beitragspflichtigen abzustufen. Wir müssen auch dieses Postulat, das übrigens keine Unterstützung gefunden hat, entschieden ablehnen. Eine Bemessung der Beiträge nach Einkommen und Vermögen würde ihnen stark steuerrechtlichen Charakter verleihen. Damit entsteht die Frage, ob eine solche Abstufung überhaupt verfassungsrechtlich haltbar wäre. Ganz abgesehen davon, macht aber schon die Vielgestaltigkeit unserer kantonalen Steuergesetze und ihre ganz verschiedene Handhabung des Einkommens- und Vermögensbegriffes eine Bemessung der Beiträge nach diesen Kriterien unmöglich. Sie würde überdies dem Versicherungsbegriff, der eine gewisse Relation zwischen Beitragsleistung einerseits und Versicherungsleistung andererseits voraussetzt, wobei Einkommen und Vermögen des Versicherten keine Rolle spielen sollen, vollständig zuwiderlaufen.

Dagegen wäre eine Abstufung der Beiträge nach dem Eintrittsalter der Beitragspflichtigen rechtlich möglich und, wie bei der Darstellung des Umlageverfahrens schon hervorgehoben wurde, mit unserm Versicherungssystem vereinbar. Es ist jedoch administrativ viel einfacher, statt die Beiträge abzustufen, während einer gewissen Zeit, der mehrerwähnten sogenannten Übergangsperiode, reduzierte Versicherungsleistungen auszurichten und sich dadurch die Mehreinnahme zu beschaffen, die für die Herstellung des finanziellen Gleichgewichtes notwendig ist.

Nach dem Entwurf haben die Männer einen Beitrag von Fr. 18. — jährlich, die Frauen einen solchen von Fr. 12. — jährlich zu bezahlen. Der Unterschied der Ansätze beruht, wie erwähnt, darauf, dass der Mann mit seinem Beitrage gleichzeitig für seine Altersrente wie für die Leistungen an die Witwe und die Waisen aufzukommen hat, während die Frau nur für ihre eigene Altersrente einbezahlen muss. Ein Unterschied zwischen verheirateten und ledigen Männern wird nicht gemacht. Er würde die Verwaltung der Versicherung erschweren, und zudem ist es nur recht und billig, dass der Ledige, dessen

Lebenskosten im allgemeinen geringere sind, einen Beitrag an die Fürsorge des verheirateten Mannes für Frau und Kinder leiste.

Die Beitragshöhe ist nach langer Abwägung aller in Betracht kommenden Faktoren festgesetzt worden. Ein theoretisches Vorgehen führt nicht zum Ziele; die Erfahrung und Beobachtung, sowie die darauf gestützte Würdigung der Verhältnisse und die Rücksichtnahme auf die Leistungsfähigkeit der Versicherten müssen hier massgebend sein. Dabei haben wir dem Umstande, dass es sich um eine Volksversicherung handelt, die auch minderbemittelte Bevölkerungsschichten und darunter die im ganzen bargeldarmen Bewohner unserer Gebirgsgebiete umfasst, weitgehend Rechnung getragen. Wenn auch in vereinzelt Gegenden, unter besonders schwierigen Lebensverhältnissen, die Aufbringung der vorgesehenen Beiträge immer noch auf einige Schwierigkeiten stossen wird, so dürfen wir doch sagen, dass diese für die grosse Zahl der Pflichten erschwingliche sind. Sie wird überdies dadurch erleichtert werden, dass im Gesetze den Kantonen der ratenweise Bezug freigestellt ist. Auf diese Weise lassen sich die im einzelnen Haushalt aufzubringenden Beitragssummen in kleine und kleinste Beträge gliedern, deren Zahlung, guten Willen vorausgesetzt, auch bei bescheidenstem Einkommen möglich sein dürfte. Dieser Wille wird nicht fehlen, wenn sich der Beitragspflichtige vergegenwärtigt, dass er für seinen Beitrag ein Recht auf Versicherungsleistungen erwirbt, die, unter Hinzurechnung der staatlichen Zuschüsse, ein Mehrfaches dessen ausmachen, was er sich bei derart geringer Belastung auf dem Wege privater Versicherung oder individueller Spartätigkeit erwerben könnte.

Die Beitragseinnahme aller kantonalen Versicherungskassen zusammen wird sich bei Inkraftsetzung der Versicherung, sofern diese auf das Jahr 1933 möglich ist, auf rund 40 Millionen Franken belaufen und langsam infolge einer gewissen Vermehrung unserer Bevölkerung im Verlaufe der Übergangszeit auf etwa 42 Millionen Franken jährlich ansteigen. So bedeutend diese Summe auch ist, so vermöchte sie jedoch für sich allein in einer Volksversicherung bei weitem nicht zu genügen, sofern die Versicherungsleistungen einen praktischen Wert besitzen sollen. Dies ganz besonders dann nicht, wenn die Versicherung durch Ausrichtung von bescheidenen Leistungen gleich nach Inkrafttreten des Gesetzes auch der ältern Generation etwas bieten will. Wir sehen deshalb Beiträge der Arbeitgeber vor, zu denen hinzu die Erträgnisse der in der Übergangszeit angesammelten Rücklagen treten. Diese Einnahmen zusammen werden den kantonalen Kassen erlauben, den auf sie entfallenden Teil der Versicherungsleistungen nach Massgabe der angestellten eher pessimistischen Berechnung dauernd zu bestreiten.

B. Die Arbeitgeberbeiträge.

Die Verfassungsvorschrift von Art. 34^{quater} lässt, ebenso wie Art. 34^{bis}, der die Grundlage der Kranken- und Unfallversicherung bildet, die Frage der Arbeitgeberbeiträge offen. Werden solche aber auch nicht ausdrücklich erwähnt,

so sind sie doch zulässig. Demzufolge finanziert das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 die Versicherung der Betriebsunfälle ausschliesslich mit Arbeitgeberbeiträgen, während es in der Krankenversicherung, die von Bundes wegen freiwillig ist und die Einführung des Obligatoriums den Kantonen überlässt, noch ein besonderes Verbot solcher Beiträge für notwendig erachtet.

Der Inhalt des Dienstvertrages erschöpft sich heute nicht mehr in der Leistung von Arbeit durch den Dienstpflichtigen und der Vergütung des vereinbarten Lohnes durch den Dienstherrn. Mehr und mehr gewinnen im modernen Arbeitsrechte der Schutz von Gesundheit und Leben des Arbeitenden zur Erhaltung der nationalen Arbeitskraft, sowie der Gedanke einer gewissen Fürsorgepflicht des Arbeitgebers für seine Arbeitnehmer an Bedeutung. Die Sicherstellung der Mitarbeiter gegen die Wechselfälle des Lebens liegt im Zeitalter der Rationalisierung nicht zuletzt im wohlverstandenen Interesse des Unternehmers selber, dem genügende Fürsorgeeinrichtungen die zur Erzielung vermehrter Produktivität zweckmässigste Verwendung und die notwendige Erneuerung des Personalbestandes erleichtern. Diese Erkenntnis hat weitsichtige und verantwortungsbewusste Arbeitgeber schon ohne gesetzliche Verpflichtung zur Schaffung wertvoller Fürsorgeeinrichtungen für das Personal ihrer Betriebe veranlasst. Sie bildet auch die Grundlage der in den ausländischen Arbeiterversicherungsgesetzen den Arbeitgebern auferlegten umfangreichen Beitragsleistungen.

Gewiss gestatten beschränkte Verhältnisse, Schwierigkeiten des Erwerbs, bei weitem nicht allen Unternehmungen, so umfangreiche Fürsorgewerke zu schaffen wie es in einzelnen Berufen unter besonders günstigen Bedingungen möglich ist. Dagegen darf von allen Arbeitgebern verlangt werden, dass sie im Masse des Möglichen mithelfen, wenn der Staat, an ihre Stelle tretend, mittelst Zusammenfassung aller Kräfte der Wirtschaft das Problem einer vollkommeneren Fürsorge für die greisen Arbeiter, für die Witwen und Waisen zu lösen versucht. Die Erhebung von Arbeitgeberbeiträgen ist somit in dem zu schaffenden Versicherungswerke, das ganz besonders auch der grossen Masse der unselbständig Erwerbenden dienen soll, vollständig gerechtfertigt. Wie die Beiträge der einzelnen Versicherten dem Werke den von der Verfassung gewollten Versicherungscharakter verleihen sollen, so bringen die Arbeitgeberbeiträge die Solidarität zwischen Dienstgeber und Dienstnehmer zum Ausdruck, ohne welche soziale Gesetze von diesem Ausmasse nicht gelingen können. Von dieser allgemeinen und sozialen Begründung des Arbeitgeberbeitrages aus kommt es nicht darauf an, ob es sich um eine Klassen- oder um eine Volksversicherung handle. Ebenso ist die vom Gesetze gewählte Organisationsform ohne Bedeutung.

Die Gründe, die uns zur Volksversicherung, damit zur Wahl des Umlageverfahrens und zur Übertragung der Durchführung des Gesetzes an die Kantone nach einheitlichen und einfachen Grundsätzen nötigen, haben wir bereits auseinandergesetzt. Dieser Organisation entsprechend fliesst auch die Leistung des Arbeitgebers, wie der persönliche Beitrag des Versicherten, in die kantonale Kasse, welche daraus die Mittel zur

Ausrichtung ihres Anteils an Versicherungsleistungen schöpft. Damit ist allerdings die Verwendung der Arbeitgeberbeiträge speziell zugunsten derjenigen Arbeitnehmer, für welche sie in einer gegebenen Periode erhoben werden, ausgeschlossen. Eine solche Verwendung würde ihre Gutschrift auf das persönliche Konto des einzelnen Arbeitnehmers verlangen und damit zu einer Verwaltung der Versicherung führen, die mit dem von uns gewählten Organisationssystem unvereinbar ist. Es ist dem schon entgegengehalten worden, dass die Verfassung, wenn sie auch die Erhebung eines Arbeitgeberbeitrages nicht verbiete, doch von der Voraussetzung seiner speziellen Verwendung für die im Dienste des einzelnen beitragspflichtigen Arbeitgebers stehenden Arbeitskräfte ausgehe. Die Belastung des Arbeitgebers mit einer allgemeinen, nicht seinen eigenen Arbeitnehmern zugute kommenden Auflage nähere sich einer Sondersteuer und stosse daher auf verfassungsrechtliche Bedenken. Wir halten diese Auffassung für irrtümlich. Sie würde letzten Endes die Verwirklichung der Versicherung überhaupt verunmöglichen, weil man, um ihr zu entsprechen, entweder ein Organisationssystem zu wählen hätte, das unter den obwaltenden Verhältnissen nicht realisiert werden kann, oder dann auf Beiträge verzichten müsste, die einen wesentlichen Bestandteil der Finanzierung des Werkes bilden. Solches kann aber nicht der Verfassungswille sein, der im Gegenteil der Gesetzgebung hinsichtlich der Organisation mit ganz wenigen Einschränkungen freien Spielraum lässt.

Nichts würde zudem verbieten, die Beiträge der Versicherten angemessen zu erhöhen und die Bezahlung eines Teiles davon bei den unselbständig Erwerbenden dem Arbeitgeber aufzuerlegen. Diese Übernahme eines Teiles der Beitragsleistung des Versicherten wäre wohl die unmittelbarste Begünstigung der eigenen Arbeitnehmer durch den Arbeitgeber und könnte daher wohl nicht beanstandet werden. Die Erwägung, dass in diesem Falle mit Hilfe öffentlicher Mittel auch ein Teil des erhöhten Beitrages der selbständig Erwerbenden aufgebracht werden müsste, während wir die Gelder des Staates, wie wir auseinandersetzen werden, zur Hauptsache andern Zwecken zuführen möchten, verhinderte uns diese Lösung zu wählen. Ob nun aber die Arbeitgeberleistung als Bestandteil des Beitrages des Versicherten in die kantonalen Kassen fliesse und dort allgemein zur Ausschüttung der gesetzlichen Versicherungsleistungen diene, oder ob die beiden Beiträge getrennt voneinander zum gleichen Zwecke eingefordert werden, ist vom Standpunkte der Verfassungsvorschrift aus unerheblich. In beiden Fällen wird dadurch die entsprechende Erhöhung der Versicherungsleistungen ermöglicht. Dazu darf nicht übersehen werden, dass von sämtlichen Berufstätigen in der Schweiz etwa $\frac{3}{4}$ in unselbständig erwerbender Stellung stehen und nur $\frac{1}{4}$ selbständig Erwerbende sind. Die Arbeitgeberbeiträge werden also zur Hauptsache den versicherten Arbeitnehmern und nur in einer relativ geringen Masse auch den selbständig Erwerbenden zugute kommen. Berücksichtigt man endlich noch, dass die in die kantonale Versicherungskasse des Betriebssitzes einbezahlten Arbeitgeberbeiträge von jener für die Ausrichtung von Versicherungsleistungen an die im

betreffenden Kanton wohnenden Leistungsbezüger verwendet werden müssen. so darf gesagt werden, dass die Arbeitgeberbeiträge, wenn auch nicht im einzelnen, so doch im grossen und ganzen auch wieder den Arbeitskräften derjenigen Arbeitgeberkreise zufließen, die sie aufgebracht haben. Die getroffene Ordnung lässt sich schliesslich um so eher rechtfertigen, als der bescheidene Anteil an Arbeitgeberbeiträgen, welcher auf Selbständigerwerbende entfällt, durch die weit höheren Zuwendungen des Staates, die in überwiegendem Umfange der Arbeitnehmerschaft zugute kommen und so den Arbeitgeber entlasten, mehr als ausgeglichen wird.

Die geplante Volksversicherung umfasst neben den selbständig Erwerbenden die Arbeitnehmer aller Berufe ohne Ausnahme. Ausgeschlossen von der Versicherung sind nur Jugendliche und solche Personen, die bereits im rentenberechtigten Alter stehen, sowie der Natur ihrer Beschäftigung nach nur vorübergehend in der Schweiz tätige Ausländer. Es ist daher gegeben, dass auch die Arbeitgeberbeiträge auf breitester Grundlage erhoben werden. Jeder Arbeitgeber ist beitragspflichtig, gleichviel ob es sich um den Staat oder die Gemeinden als Inhaber öffentlicher Verwaltungen und öffentlicher Betriebe, oder um private Unternehmer der Industrie, des Handels und der Landwirtschaft handle. Auch derjenige wird erfasst, der seine persönlichen oder häuslichen Geschäfte mit fremden Arbeitskräften bewältigt.

Der Arbeitgeberbeitrag wird als fester Satz für die einzelne Jahresarbeitskraft erhoben. Bloss zeitweilige Beschäftigungen werden im Verhältnis der Beschäftigungszeit berücksichtigt. Mit dieser mehr abstrakten Erhebungsform werden die besondern Kontrollmassnahmen, welche eine Individualisierung des Beitrages nötig machen würde, vermieden. Der Arbeitgeberbeitrag soll zugleich für alle Arbeitnehmer und ohne Rücksicht auf die Art des Betriebes ein einheitlicher und gleichmässiger sein. Entgegen Auffassungen, die eine gewisse Abstufung nach Beruf, Betrieb und dergleichen gewünscht haben, halten wir den Einheitsbeitrag, wenn vielleicht auch die Gesamteinnahme etwas geringer wird, doch für richtiger und gerechter. Die mit jeder Abstufung und Zuteilung zu Klassen verbundenen zahlreichen Auseinandersetzungen und Verwaltungsaufgaben sind dabei ausgeschlossen, was ein nicht zu unterschätzender Vorteil ist. Dafür ist es bei der Wahl eines Einheitsbeitrages, ähnlich wie bei der Festsetzung der persönlichen Beiträge der Versicherten, notwendig, auf die Leistungsfähigkeit auch der geringer bemittelten und wirtschaftlich schwächeren Arbeitgeber angemessene Rücksicht zu nehmen. In Würdigung aller dieser Gesichtspunkte haben wir den Arbeitgeberbeitrag für jede Jahresarbeitskraft auf Fr. 15. — oder auf die Hälfte der Summe des persönlichen Beitrages des einzelnen Mannes und der einzelnen Frau bestimmt. Wenn man berücksichtigt, dass bei dieser Regelung kleine Unternehmungen, die häufig nicht einmal einen einzigen Arbeitnehmer das ganze Jahr hindurch beschäftigen, nur einen Teil dieses Beitrages werden aufzubringen haben, so dürfte die den Arbeitgebern zugedachte Leistung auch in bescheidenen und bescheidensten Verhältnissen im ganzen tragbar sein.

So notwendig die Arbeitgeberbeiträge im ganzen zur Verwirklichung einer Alters- und Hinterlassenenversicherung von praktischem Wert sind, so mässig erscheinen sie, wenn man sie mit den weitgehenden Zuwendungen von Bund und Kantonen vergleicht, indem einer Gesamtsumme von etwa Fr. 15 bis 17 Millionen an Arbeitgeberbeiträgen eine Staatsleistung von etwa Fr. 90—100 Millionen jährlich gegenübersteht.

Auch im Verhältnis zur Summe an Löhnen, die jährlich in unserem Lande ausgerichtet wird, bildet der gesamte Aufwand an Arbeitgeberbeiträgen an die Alters- und Hinterlassenenversicherung einen eher geringfügigen Posten. Es sei daran erinnert, dass allein in der schweizerischen obligatorischen Unfallversicherung, die bei weitem nicht alle Arbeitnehmer umfasst, so die von Handel und Landwirtschaft nicht, eine Lohnsumme von 2 Milliarden jährlich versichert ist. Die an sämtliche in die Alters- und Hinterlassenenversicherung einbezogenen Arbeitnehmer ausgerichteten Löhne übersteigen diesen Betrag noch bei weitem. So darf die Gesamtsumme der Arbeitgeberbeiträge von 15 bis 17 Millionen Franken im Jahre an diese Versicherung im Verhältnis zur totalen Lohnsumme wirklich als eine bescheidene bezeichnet werden.

Wir sind denn auch überzeugt, dass die Arbeitgeberschaft, in Erkenntnis ihrer sozialen Pflichten und ihrer Verbundenheit mit dem Volksganzen, die ihr zugemutete bescheidene Belastung willig tragen wird, um so zum Gelingen des grossen Werkes der Solidarität beizutragen, das nicht zuletzt dem innern Frieden und damit der Prosperität unseres Staatswesens dienen soll. Zu dieser Hoffnung berechtigen uns die grossen Anstrengungen, die schon bis heute auf dem Boden der Freiwilligkeit gemacht worden sind und deren Verallgemeinerung in einem bescheidenen und beschränkten Möglichkeiten angemessenen Mindestumfange gerade vom Standpunkte gleichmässiger Konkurrenzbedingungen aus begrusst werden dürfte.

Die vom Gesetze eingeräumte Möglichkeit, die neue Belastung durch eine entsprechende Anpassung der bereits bestehenden Personalfürsorgeeinrichtungen in geeigneter Weise auszugleichen, worauf wir in Abschnitt X der Botschaft zurückkommen werden, soll insbesondere denjenigen Arbeitgebern dienen, die schon von sich aus solche Einrichtungen geschaffen haben und so auch ihnen die Mitwirkung am Werke der Gemeinschaft erleichtern.

Wir können denn auch mit Befriedigung und Anerkennung feststellen, dass sowohl in vorangehenden Verhandlungen mit der zentralen Arbeitgeberorganisation als vor allem in der ausserparlamentarischen Kommission die von den Verbänden bezeichneten berufenen Vertreter der Arbeitgeberschaft sich der vorgeschlagenen Lösung gegenüber nicht nur grundsätzlich, sondern auch dem Masse nach zustimmend geäussert haben.

Die Heranziehung der Arbeitgeber zur Finanzierung der Sozialversicherung ist im Auslande allgemein anerkannt und geht im allgemeinen weit über das hinaus, was der vorliegende Gesetzesentwurf den Arbeitgebern zumutet. Wenn auch Vergleichen internationaler Art, die sich bloss auf

die Arbeitgeberbeiträge an die Sozialversicherung beschränken, vom Standpunkte der wirtschaftlichen Belastung aus gesehen nicht eben beweiskräftig und mit Vorsicht zu bewerten sind, so darf doch gesagt werden, dass die von uns vorgesehenen Arbeitgeberbeiträge nicht unerheblich hinter dem zurückbleiben, was in der Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung der wichtigsten europäischen Industrieländer verlangt wird, die für uns auf dem Weltmarkte in erster Linie in Betracht kommen. Bedenkt man dazu, dass auch in diesen Ländern die Steuerleistungen grosse Beträge erreichen, so kann man, auch wenn nicht alle Vergleichungsfaktoren berücksichtigt sind, doch die vorgesehenen Beträge als durchaus erträgliche bezeichnen. Die folgende Aufstellung gibt über die Arbeitgeberbeiträge in der sozialen Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung des Auslandes Aufschluss, wobei dort, wo die Versicherung nach Lohnklassen organisiert ist, die Verhältnisse mehrerer Lohnklassen wiedergegeben sind.

Der Arbeitgeberbeitrag beträgt in Deutschland für die 1. Lohnklasse mit einem Jahreseinkommen bis 312 M. im Jahre 7. 80 M. = Fr. 9. 64, in der 4. Lohnklasse mit einem Jahreseinkommen von 936—1248 M. im Jahre 31. 20 M. = Fr. 38. 57, in der obersten Lohnklasse mit einem Jahreseinkommen von über 1872 M. im Jahre 52 M. = Fr. 64. 28. Den höheren Lohnklassen der Angestelltenversicherung entsprechend sind die Arbeitgeberbeiträge dort noch wesentlich höher.

In Frankreich wird vom Arbeitgeber für Arbeitnehmer mit einem Jahreseinkommen bis zu Fr. 6000 ein Beitrag von Fr. 300 erhoben = Schw.-Fr. 61. 23, bei einem Versicherten mit einem Jahreseinkommen bis zu Fr. 12,000 ein solcher von Fr. 600 = Fr. 122. 46 in Schweizerwährung.

In Grossbritannien wird vom Arbeitgeber für die Ausrichtung einer einheitlichen Invalidenrente von jährlich 390 s. und einer Altersrente von 520 s. ein Beitrag von 39 s. = Fr. 49. 35 für die Männer und ein solcher von 30¹/₃ s. = Fr. 38. 39 für die Frauen eingefordert.

Österreich erhebt Arbeitgeberbeiträge, die sich je nach der Lohnklasse zwischen 28.80 s. = Fr. 21. 07 und 144 s. = Fr. 105. 94 bewegen.

Auch Italien kennt Arbeitgeberbeiträge von 12—72 Lire oder Fr. 3. 30—19. 78 jährlich, ebenfalls nach der Lohnklasse abgestuft.

Die Umrechnungen sind zu Devisenkursen vom 26. Januar 1928 erfolgt.

Bedenkt man im weitern, dass die schweizerische Krankenversicherung, sowohl im Bunde als freiwillige, als auch dort, wo sie kraft kantonalen Gesetzes oder Gemeindeerlasses obligatorisch ist, keine Arbeitgeberbeiträge kennt und dass auch die schweizerische Unfallversicherung die Arbeitgeber nur mit einem durchschnittlichen Prämienatz von 2,1 % der Lohnsumme belastet, so erscheinen die von uns in der Alters- und Hinterlassenenversicherung vorgesehenen Leistungen der Arbeitgeber als bescheiden.

Mit der Ausübung des verfassungsmässigen Gesetzgebungsrechtes im Gebiete der Alters- und Hinterlassenenversicherung zessiert das betreffende

Recht in den Kantonen. Diese sind dannzumal zur Gesetzgebung im gleichen Gebiete nur noch soweit zuständig, als das Bundesgesetz ihnen das Recht dazu ausdrücklich delegiert. Im Gesetzesentwurf ist denn auch die Erhebung von Arbeitgeberbeiträgen in der kantonalen Ergänzungsversicherung ausdrücklich als unzulässig erklärt. Die Festsetzung von Arbeitgeberbeiträgen im Bundesgesetze selber verleiht den Arbeitgebern somit den gewünschten Schutz vor einer ungleichen, vielleicht allzu weit gehenden Belastung durch einzelne kantonale Gesetze.

Gewiss wird die Erhebung der Arbeitgeberbeiträge in der Allgemeinheit, wie wir sie in Aussicht nehmen, besonders in kleinern gewerblichen Betrieben, vielfach auch in der Landwirtschaft und in der Hauswirtschaft, nicht ohne alle technischen und administrativen Schwierigkeiten vor sich gehen. Durch die Befreiung des Arbeitgebers von der Beitragspflicht für die mit ihm in Familiengemeinschaft lebenden verwandten und verschwägerten Personen werden diese Schwierigkeiten vermindert, wenn auch damit ein Teil der Einnahmen der Versicherung dahinfällt. Wir halten aber diese Befreiung für notwendig und gerechtfertigt, weil sie gerade denjenigen eine fühlbare Erleichterung bringen wird, denen die Mitarbeit von Familiengliedern sehr oft ihre wirtschaftliche Existenz ermöglicht. Der verbleibenden Schwierigkeiten beim Inkasso der Arbeitgeberbeiträge wird man Herr werden. Die Durchführung der Versicherung durch die Kantone und Gemeinden, welche den Verhältnissen nahestehen, wird die Erhebung der Beiträge erleichtern. Die Schwierigkeiten sind jedenfalls nicht so gross, dass sie uns dazu führen dürfen, auf einen erheblichen Teil einer zur Finanzierung der Versicherung unumgänglichen Einnahme zu verzichten.

C. Die Übergangsperiode.

Die Übergangsperiode nach Inkrafttreten des Gesetzes, während welcher zwar die vollen Beiträge eingezogen, aber nur reduzierte Versicherungsleistungen ausgerichtet werden, soll den kantonalen Versicherungskassen erlauben, die Reserven anzusammeln, deren Erträge in der Folge zur Deckung eines Teiles der vollen Belastung aus der Versicherung herangezogen werden können. Sie bildet somit einen wesentlichen und notwendigen Faktor der Finanzierung der Leistungen der kantonalen Kassen und muss daher im Zusammenhange mit dieser betrachtet werden. Wenn mit der Einsetzung einer Übergangsperiode auch eine Abschwächung des Umlageverfahrens verbunden ist, so erweist sie sich doch bei den beschränkten Mitteln, die zur Verfügung stehen, als unumgänglich, sofern die Versicherung bei erträglicher Beitragsbemessung und ohne sukzessive steigende Anforderungen an die Beitragspflichtigen dauernd im Gleichgewicht bleiben soll. Andererseits entspricht eine solche Periode einem Gebote der Gerechtigkeit, wäre es doch unbillig, denjenigen, die infolge ihres höhern Alters überhaupt keine oder nur wenige Beiträge zu bezahlen haben, gleich von Anfang an die vollen Versicherungsleistungen zu gewähren und sie

damit denjenigen gleichzustellen, die sich ihre Rechte mit jahrelanger Beitragszahlung erwerben müssen.

Damit gelangen wir zur Frage der Gestaltung der Übergangsperiode. Soll sich diese auf die Altersversicherung allein oder auf die Alters- und Hinterlassenenversicherung erstrecken? Soll sie eine absolute sein, in der Meinung, dass nach ihrem Ablauf nur noch unverkürzte Versicherungsleistungen zur Ausrichtung zu gelangen haben, sowohl an die neuen wie an die aus der Übergangszeit verbleibenden Bezüger? Oder soll es bei den reduzierten Leistungen jener Periode ein für allemal sein Bewenden haben, so dass bis zum Aussterben der Leistungsbezüger der Übergangsgeneration gewissermassen zwei Kategorien von Berechtigten nebeneinander stehen, solche die bloss mit Teilleistungen, und solche, die mit vollen Leistungen bedacht sind? Wie ist die Dauer der Übergangszeit zu bemessen und in welchem Umfange sind die in ihr entstehenden Leistungsansprüche zu kürzen? Sollen während der ganzen Periode die gleichen Kürzungen Anwendung finden oder sind je für gewisse Zeitabschnitte steigende Teilleistungen vorzusehen?

Bei der Beurteilung aller dieser Fragen wird man den Charakter der Übergangsperiode als Finanzierungsfaktor der Versicherung nicht übersehen und insbesondere nicht ausser acht lassen dürfen, dass ihre Gestaltung aus diesem Grunde in hohem Masse durch die andern Finanzierungsfaktoren bedingt wird. Der Entwurf des Volkswirtschaftsdepartementes nahm eine Übergangsperiode von 15 Jahren in Aussicht, innerhalb welcher in etwa einem Drittel der eintretenden Fälle keine Leistungen gewährt werden sollten, während in den verbleibenden zwei Dritteln aller Fälle die Hälfte der Versicherungsleistungen zur Ausrichtung gelangt wäre. Nach Ablauf der 15 Jahre sollten alle, auch die bisher vom Bezuge ausgeschlossenen Personen auf die normalen unverkürzten Leistungen berechtigt sein. Die vorgeschlagene Lösung ging von Beiträgen der Versicherten von Fr. 18. — für die Männer und von Fr. 12. — für die Frauen, sowie von einem Arbeitgeberbeitrag von Fr. 15. — auf die einzelne Arbeitskraft und das Jahr gerechnet aus, und hätte in Verbindung mit den Erträgnissen der in der Übergangszeit geäußneten Rücklagen den kantonalen Kassen erlaubt, im Dauerzustand einen Betrag von Fr. 200 als ihren Anteil an der Altersrente sowie entsprechend abgestufte Hinterlassenenleistungen auszurichten. Gegenüber dem Vorschlage des Departementes sind sowohl in Eingaben als auch besonders in der grossen ausserparlamentarischen Kommission eine Reihe von Anträgen auf Verbesserung der Versicherung in der Übergangsperiode eingereicht worden. Sie verlangen neben einer angemessenen Verkürzung der Periode auf 12, ja sogar auf 10 Jahre herunter, vor allem eine reichlichere Bemessung der Leistungen an die Hinterlassenen von innerhalb der Übergangszeit versterbenden Versicherten. Nicht ganz mit Unrecht wird geltend gemacht, so begreiflich es sei und so gewiss es allgemein verstanden werde, dass zur Ermöglichung des ganzen Werkes derjenige, der nicht oder nur während weniger Jahre Beiträge bezahlt habe, in der Altersversicherung geringere Leistungen erhalten solle, so ungerecht könne sich eine

solche Verkürzung in der Hinterlassenenversicherung auswirken. Von ihr würden besonders die Hinterlassenen jüngerer Versicherter betroffen, während die Hinterlassenenversicherung ja gerade in solchen Fällen frühzeitigen Todes des Ernährers helfen wolle und oft ihre wertvollsten Wirkungen entfalte. Andererseits hätte es keinen grossen Sinn, und es würde wiederum nicht recht begriffen, wenn Personen, die beim Beginn der Rentenzahlung nur reduzierte Leistungen erhalten, plötzlich, einfach weil sie nach Ablauf der Übergangszeit noch leben, ohne dass ihre Bedürfnisse sich vermehrt haben, eine Verdoppelung ihrer Bezüge erfahren.

Wir verstehen diese Einwendungen durchaus und würden uns selber glücklich schätzen, zu einer Verkürzung der Übergangszeit und einer Erhöhung der Leistungen in ihr Hand bieten zu können. Zu unserm Bedauern ist solches nicht möglich. Die Gestaltung der Übergangsperiode hängt von der Bemessung der andern Finanzierungsfaktoren ab. Gerade was diese betrifft, sind wir aber genötigt gewesen, die Vorschläge des Volkswirtschaftsdepartementes unverändert zu übernehmen. Eine Erhöhung der Beiträge der Versicherten kam von vornherein, wie leicht einzusehen ist, nicht in Betracht. Vielmehr mussten sogar die Vorschläge auf Ermässigung, die für einzelne Kreise einer gewissen Berechtigung nicht entbehren, abgelehnt werden. Aber auch eine Erhöhung der Arbeitgeberbeiträge konnte mit Rücksicht darauf, dass sie einheitliche sind und sein müssen und dass auf die Leistungsfähigkeit der geringer bemittelten Unternehmerkreise Bedacht zu nehmen ist, nicht in Frage kommen. Wenn man von diesen nun einmal festgestellten Tatsachen ausgeht und weiter am Gedanken festhält, dass der Anteil der kantonalen Kassen an den Versicherungsleistungen nicht unter Fr. 200 für die Altersrente und die entsprechend abgestuften Beträge der Hinterlassenenleistungen sinken sollte, so sind sowohl die Dauer der Übergangsperiode wie auch die Höhe der während ihr zur Ausrichtung gelangenden Leistungen zwangsläufig gegeben. Jede Verbesserung und daherige Mehrausgabe in der einen Richtung vermindert das Ansteigen der Rücklagen der kantonalen Kassen und muss daher durch Ersparnisse in anderer Richtung wieder eingebracht werden. Berechnungen haben gezeigt, dass eine Verkürzung der Übergangsperiode ganz ausgeschlossen ist. Der Ausfall auf den Rücklagen der kantonalen Kassen würde so bedeutend, dass deren Gleichgewicht nicht mehr gewährleistet wäre. Eine entsprechend weitgehende Verkürzung der Leistungen in dieser Periode, wie sie zur Wiederherstellung dieses Gleichgewichtes nötig wäre, würde aber zu Bezügen führen, denen jeder praktische soziale Wert fehlt. Ähnliches gilt für eine Verbesserung der übergangsweisen Leistungen der Hinterlassenenversicherung im oben dargestellten Sinne. Auch sie müsste durch eine weitere Verkürzung der Altersversicherungsleistungen eingebracht werden, z. B. in der Weise, dass nach Ablauf der Übergangszeit eine Erhöhung derselben nicht mehr Platz greifen könnte. Wir halten aber eine solche Ordnung bei aller Würdigung der für eine Verbesserung der Hinterlassenenleistungen vorgebrachten Erwägungen nicht für zweckmässig. Statt nach 15 Jahren aufzuhören, würde sich die Übergangszeit bis zum vollständigen Aussterben der

Bezüger von reduzierten Leistungen, somit auf 35—50 Jahre verlängern, eine Regelung, die nicht nur die Verwaltung, sondern auch die rasche Popularisierung des Werkes erschweren würde und deshalb nicht zweckmässig erscheint. Praktischer und rationeller ist es, ähnlich wie es bereits der Vorschlag des Departementes will, nach 15 Jahren die Übergangsperiode absolut abzuschliessen und dann nur noch eine Kategorie von Berechtigten vorzusehen, nämlich die Bezüger von vollen Versicherungsleistungen.

Wie bereits bemerkt, sollen in der Übergangszeit nur die minderbemittelten Kreise, diejenigen, für welche die Sozialversicherung in erster Linie geschaffen wird, auf die Leistungen der kantonalen Kassen berechtigt sein. Die Wohlhabenden und die sonst durch ausreichende Pensionen und Renten Gesicherten sollen während dieser Periode keine Leistungen empfangen und erst nachher leistungsberechtigt werden. Das bescheidene Opfer darf diesen Kreisen im Interesse des Gelingens des Werkes wohl zugemutet werden, um so mehr als für sie ein Bedürfnis nach Leistungen nicht vorhanden ist und sie zur Hauptsache aus Personen in vorgerückten Jahren bestehen, die keine oder nur wenige Beiträge bezahlt haben werden. Es handelt sich ja nicht um einen dauernden Ausschluss; vielmehr sollen auch diese Kreise nach Ablauf der Übergangsperiode, ohne jede Rücksicht auf ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse, zum mindesten die Leistungen der kantonalen Kasse erhalten, die gewissermassen den Gegenwert der erfüllten Beitragspflicht darstellen.

Wir gehen von der bei Behandlung der Staatszuschüsse an die Versicherung noch näher begründeten Annahme aus, dass in ungefähr zwei Dritteln der während der Übergangsperiode eintretenden Versicherungsfälle Leistungen zur Ausrichtung gelangen werden, so dass etwa ein Drittel der nach Ablauf der Periode ebenfalls berechtigten Personen ausgeschlossen bliebe. Die Richtigkeit dieser Annahmen vorausgesetzt, werden die Rücklagen der kantonalen Kassen nach Ablauf der fünfzehnjährigen Übergangszeit einen Betrag erreichen, dessen Erträge den Kassen zusammen mit den Beitragseinnahmen gestatten werden, auf die Dauer und ohne Gefährdung des Gleichgewichtes die volle gesetzliche Leistungspflicht zu erfüllen. Wir glauben, dass die Zahl der schon in der Übergangsperiode Leistungsberechtigten, im ganzen betrachtet, das angenommene Mittel von zwei Dritteln nicht überschreiten wird. Gewisse Abweichungen nach oben mögen besonders in einfachen ländlichen Verhältnissen, wie z. B. in den Gebirgskantonen, vorkommen. Wenn daraus auch eine gewisse Mehrbelastung einzelner kantonalen Kassen und damit ein weniger rasches Ansteigen ihrer Rücklage resultieren mag, so dürfte es sich um geringe Beträge handeln, die durch vorhandene stille Reserven ausgeglichen werden können. Eine solche Reserve erblicken wir vor allem in einer Mehrverzinsung der angelegten Gelder. Wir haben in vorsichtiger Bewertung des Zinsfaktors bei der Kapitalansammlung mit einem allmählich abnehmenden Zinsfuss von $4\frac{1}{2}$, $4\frac{1}{4}$ und zuletzt 4% gerechnet, so dass Zinsgewinne wohl im Bereich des Möglichen, ja Wahrscheinlichen liegen.

Die ganze Regelung der Übergangsperiode, wie wir sie vorschlagen, ist vom Gedanken getragen, zu möglichst einfachen und klaren, gewissermassen lapidaren Lösungen zu gelangen. Auf diese Weise werden am ehesten Komplikationen und Unzufriedenheit vermieden, welche bei jeder weitergehenden Differenzierung der Leistungen nicht ausgeschlossen sind.

Wir glauben, mit unserm Vorschlage diejenige Lösung gefunden zu haben, welche zwischen den Anforderungen genügender Finanzierung und Stabilität der kantonalen Kassen sowie dem sozialen Bedürfnis die richtige Mitte hält. Daneben sind noch die mannigfaltigsten Varianten denkbar. Für sie alle gilt aber der oben aufgestellte Satz, dass eine Verbesserung auf der einen Seite durch Opfer auf der andern Seite eingebracht werden muss, Opfer, die angesichts der Unabänderlichkeit der andern Finanzierungsfaktoren und der feststehenden endgültigen Rentenhöhe auch wieder bei den Übergangsleistungen gebracht werden müssen.

Wir hoffen, dass die Zahl der in der Übergangszeit leistungsberechtigten Personen im Rahmen des angenommenen Maximums von zwei Dritteln bleiben werde und dass eine unbedeutende Vermehrung durch die Wirkung stiller Reserven ausgeglichen werden könne. Sollte diese Annahme auf Bedenken stossen, in der Richtung, dass mit einer nicht unerheblich grössern Zahl von Berechtigten, z. B. mit drei Vierteln, gerechnet werden müsste, so könnte unter Umständen eine etwas stärkere Gliederung der Übergangsperiode ins Auge gefasst werden, z. B. so, dass im einzelnen Versicherungsfall statt durchgehend die Hälfte der Leistungen, während fünf Jahren ein Viertel oder ein Drittel der vollen Leistungen, während der zweiten fünf Jahre die Hälfte und während der letzten fünf Jahre zwei Dritteile oder drei Viertelle der normalen Leistungen ausbezahlt würden. Eine solche Ordnung würde den kantonalen Kassen gestatten, besonders in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes, vermehrte Reserven anzulegen, die bis zum Ablauf der Übergangsperiode auch entsprechend länger zur Verzinsung gelangen würden, womit das Gleichgewicht der Kasse im Zustande voller Belastung gewährleistet wäre.

VI. Die Zuwendungen des Bundes und der Kantone an die Versicherung.

Die zu schaffende Versicherung soll den breiten Schichten der Bevölkerung die Vorsorge für das Alter und für die Witwen und Waisen erleichtern. Ausser Beiträgen der Versicherten selber und der Arbeitgeber bedarf sie dazu finanzieller Zuwendungen des Staates. Diese sind in einer Volksversicherung mit einheitlichen Beiträgen, welche im wesentlichen nach dem Umlageverfahren organisiert ist und neben der Angestellten- und Arbeiterschaft viele wenig bemittelte selbständig Erwerbende, Landwirte und Handwerker umfasst, von besonderer Bedeutung. Die Zuwendungen des Staates in einer Volksversicherung erfüllen zum Teil die Funktion der weitgehenden

Arbeitgeberbeiträge in der ausländischen Klassenversicherung. Sie tragen als Mittel des Ausgleiches zum sozialen Charakter der Versicherung bei.

Art. 34^{quater} der Verfassung sieht denn auch in Absatz 5 Zuwendungen des Bundes und der Kantone vor, die jedoch die Hälfte des Gesamtbedarfes der Versicherung nicht übersteigen dürfen. Zweck der Bestimmung ist es, zu verhindern, dass die Versicherung, bei fortgesetzter Erhöhung ihrer Leistungen und gleichbleibenden Beiträgen der Versicherten, zu einer steigenden Inanspruchnahme des Staates und damit der Gemeinschaft führe.

Die Verfassung spricht von einer Beteiligung des Staates am Bedarf der Versicherung, ohne über deren Form und Umfang, abgesehen von der Festsetzung einer oberen Grenze, Näheres zu bestimmen. Sache des Ausführungsgesetzes ist es, die zweckmässigste Lösung zu finden, die bei aller Wahrung der finanziellen Interessen des Staates zugleich dem Sozialversicherungscharakter des Werkes möglichst gerecht wird.

Unter diesem Gesichtspunkte dürften die Lösungen ohne weiteres ausscheiden, welche darin beständen, staatliche Mittel in grösserem Umfange zu Beitragsermächtigungen zu verwenden oder gar zwecks allgemeiner Erhöhung der Leistungen der kantonalen Kassen bei an sich unzulänglichen Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber in jene einzuwerfen. Eine derartige Verwendung würde auch denjenigen staatliche Gelder zuführen, die richtiger- und zweckmässigerweise zwar in die Versicherung grundsätzlich einzubeziehen sind, die aber solcher öffentlicher Zuschüsse nicht bedürfen und bei denen sie auch nicht gerechtfertigt wären. Dazu kommt die Erwägung, dass die kantonalen Kassen auf eigenen Füssen stehen und wenigstens den ihnen auferlegten Anteil an den Versicherungsleistungen aus ihren eigenen Einnahmen aufbringen sollen. Einzig auf diese Weise ist Gewähr für eine sorgfältige und möglichst vollständige Beitragserhebung geboten.

Daher sehen wir zur Hauptsache eine Beteiligung des Staates an den Ausgaben der Versicherung in Form von Zuschüssen zu den Versicherungsleistungen vor. Der Gesamtbedarf der Versicherung, d. h. der gesamte Aufwand an Versicherungsleistungen wird gewissermassen in zwei Teile gegliedert, von denen der eine aus den Beitragseinnahmen der kantonalen Kassen, der andere aus den hinzugelegten Zuwendungen des Staates gedeckt wird. Solange diese letztern den ersten Teil nicht übersteigen, ist zugleich die verfassungsmässige Begrenzung auf die Hälfte in einfacher und zuverlässiger Art gewahrt. Jede Erhöhung der Gesamtleistungen der Versicherung wird somit, sobald einmal der Anteil des Staates die verfassungsmässige Grenze erreicht hat, zur Hälfte von den kantonalen Kassen übernommen werden müssen und daher nur möglich sein, wenn bei den Beitragspflichtigen die Bereitwilligkeit zur Bezahlung höherer Beiträge besteht. Die Verwendung der staatlichen Mittel zu Leistungszuschüssen, insbesondere zu Rentenerhöhungen statt zu Beitragsermächtigungen, ist überdies viel einfacher, weil man sich nur mit der gegenüber der Masse der Beitragspflichtigen erheblich geringeren Zahl von Leistungsempfängern zu befassen hat. eine Vereinfachung, die be-

sonders für ein Werk des Bundes von Vorteil ist. Eine unbedeutende Ausnahme von diesem Grundsatz, die besonders in bargeldarmen Gebieten, wie z. B. in unseren Gebirgsgegenden, etwelche Herabsetzung der Beiträge der Versicherten ermöglichen soll, wird im folgenden noch erörtert werden.

Mit der grundsätzlichen Verwendung der öffentlichen Mittel zur Ergänzung der Leistungen der kantonalen Versicherungskassen erhält das ganze Werk vom Standpunkt der Finanzierungsmöglichkeit aus eine grosse und äusserst wertvolle Elastizität. Dadurch, dass die Zuschüsse des Staates nicht zu einem integrierenden Bestandteil der Einnahmen der Versicherungskassen gemacht, sondern zu deren Leistungen hinzugelegt werden, wird die Stabilität der kantonalen Kassen von jenen Zuschüssen unabhängig und die Ausführung der Versicherung auch möglich, wenn sie nicht von Anfang an im vollen vorgesehenen Umfange zur Verfügung gestellt werden könnten. Einzig die Zuschüsse müssten verkürzt werden, wobei durch eine entsprechende Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen für eine Verteilung gesorgt werden könnte, die der Versicherung im ganzen ihren sozialen Wert erhalten würde.

Die von uns vorgeschlagene grundsätzliche Ordnung zur Verwendung der öffentlichen Mittel ist somit nicht nur praktisch und sozial gerecht, sie erlaubt auch, dem Verfassungswillen in einfacher und unzweideutiger Weise zu entsprechen.

Wir sind der Auffassung, dass, wenn irgendwie möglich, Bund und Kanton von Anfang an bis zum verfassungsmässig zulässigen Höchstbetrage ihrer Zuwendungen gehen sollten. Damit wird es möglich werden, die aus den notgedrungen niedrig angesetzten Einheitsbeiträgen der Versicherten und aus den Arbeitgeberbeiträgen gedeckten Versicherungsleistungen zugunsten der breitesten Schichten der Versicherten ganz erheblich zu erhöhen und so der Versicherung einen nützlichen und wertvollen Inhalt zu geben. Die Festsetzung einer Übergangszeit von 15 Jahren, während welcher, entsprechend dem geringen Aufwand an Versicherungsleistungen auch die Leistungen des Staates gering sind, wird dem Staat die Finanzierung seiner Zuschüsse erleichtern.

Die Zuwendungen des Bundes und der Kantone an die Versicherung werden, wie die vorstehenden Angaben zeigen, nicht unerhebliche Mittel fordern. Die volle Belastung tritt aber erst nach Ablauf der Übergangszeit ein, während sie sich vorher noch in bescheidenen Grenzen hält. Durch geeignete Reservestellungen in den Zeiten geringerer Inanspruchnahme dürfte es dem Bund wie den Kantonen möglich sein, die Belastung zeitlich zu verteilen und erträglich zu gestalten. Wir werden auf diese Frage in einem besonderen Abschnitte zurückkommen.

A. Die Zuwendungen des Bundes.

Die Verfassung lässt die Frage der Verteilung der staatlichen Zuwendungen zwischen Bund und Kantonen offen. Der Bund hat unseres Erachtens den Hauptanteil davon zu übernehmen. Die Versicherung ist grundsätzlich sein Werk. Die Verfassung hat ihn mit ihrer Schaffung beauftragt und ihm

dafür auch besondere Einnahmen aus der fiskalischen Belastung des Tabaks und der gebrannten Wasser zugewiesen.

Wir nehmen für den Bund einen Anteil von 80 % der Gesamtzuwendungen des Staates an die Rentenberechtigten in Aussicht, während wir den Kantonen die restierenden 20 %, somit einen Viertel der Bundesleistungen glauben zumuten zu dürfen. Über die Entwicklung der Belastung auf Grund dieser Annahme gibt Tabelle 2 Aufschluss, die als Anhang dieser Botschaft beigegeben ist. Sie zeigt, dass bei Inkrafttreten der Versicherung die Belastung des Bundes rund Fr. 16½ Millionen jährlich betragen und bis zum Ablauf einer 15jährigen Übergangsfrist auf etwa Fr. 23½ Millionen jährlich langsam ansteigen wird. Nach dieser Periode wird mit dem Einsetzen der vollen Leistungen der Versicherung die Belastung Fr. 72 Millionen erreichen und sich in der Folge allmählich auf Fr. 82 Millionen erhöhen.

B. Die Zuwendungen der Kantone.

Wir halten dafür, dass auch die Kantone finanziell an die Alters- und Hinterlassenenversicherung beitragen sollen. Dabei bleibt es ihnen überlassen, nach Massgabe ihrer eigenen Gesetzgebung die Gemeinden zur Erfüllung der vom Bunde auferlegten Verpflichtungen heranzuziehen. Unter dem Vorbehalt dieser Entlastung sind die Ausführungen über die Beitragsleistungen der Kantone in der vorliegenden Botschaft zu verstehen. Wenn auch die finanzielle Mitwirkung der Kantone sich in viel bescheideneren Grenzen zu halten hat als die des Bundes, so schliesst sie doch eine Reihe von Leistungen ein, auf die nicht verzichtet werden kann und deren Aufbringung zum Teil der Natur der Sache nach in ausgesprochenem Masse Aufgabe der Kantone ist.

Die Zuwendungen der Kantone und Gemeinden an die Versicherung sind von dreierlei Art. In erster Linie kommen Zuschüsse an die Versicherung in Betracht, die zur Hauptsache und im allgemeinen, ähnlich wie diejenigen des Bundes, zur Erhöhung der Versicherungsleistungen zu verwenden sind. Eine geringere Bedeutung haben die beiden anderen Belastungsposten, die ihres engen Zusammenhanges mit den allgemeinen Aufgaben der Kantone wegen von ihnen zu übernehmen sind: die Deckung von Ausfällen, welche die kantonale Kasse bei Unvermögen Beitragspflichtiger zur Beitragszahlung erleidet und die unentgeltliche Besorgung der auf den Kanton entfallenden Verwaltungsfunktionen für die Versicherung. Die beiden letztgenannten Grössen dürften sich aber, wie wir noch dartun werden, in so bescheidenem Rahmen halten, dass sie für die Frage der Finanzierung der Versicherung nicht bestimmend ins Gewicht fallen.

1. Die Zuwendungen zur Ausrichtung von Leistungszuschüssen.

Wenn auch die Zuwendungen der Kantone für Leistungszuschüsse und Beitragsermässigungen aus verschiedenen Gründen, zumal in Berücksichtigung des Umstandes, dass den Kantonen nicht, wie dem Bunde, besondere Finanzierungsquellen für die Versicherung erschlossen sind und wegen ihrer

Belastung durch uneinbringliche Beiträge und die Verwaltung ganz erheblich geringer sein müssen als die des Bundes, so wäre es doch ein Fehler, darauf vollständig zu verzichten.

Den Kantonen weist das Gesetz die Durchführung der Versicherung zur Hauptsache zu. Wird das Werk auch vom Bunde errichtet, so entfalten sich seine Wirkungen doch in den Kantonen und werden durch die kantonale Tätigkeit bedingt. Nur wenn diese die Pflichten, die ihnen das Gesetz überbindet, in genügender Weise erfüllen, kann die Versicherung ihrer Aufgabe gerecht werden. Eine finanzielle Beteiligung der Kantone am Versicherungswerke im Masse desjenigen, das ihnen zugemutet werden kann, wird bei ihnen das Bewusstsein von der Bedeutung der Aufgabe und das Gefühl der Verantwortung für das gute Gelingen stärken. Es ist psychologisch von Bedeutung, dass nicht nur der Bund, sondern auch die Kantone in der Übernahme eines Teiles der Zuschussleistungen dem einzelnen Versicherten gebend und ausgleichend gegenüberreten.

Wir haben oben auseinandergesetzt, dass die Zuwendungen des Staates von Anfang an das verfassungsmässig zulässige Höchstmass erreichen sollten und dabei gleichzeitig dem Bunde den Hauptanteil dieser Zuwendungen mit 80 % sämtlicher Leistungen der kantonalen Kassen in jedem Jahr auferlegt. Der gesamte Anteil der Kantone an diesen Leistungen beläuft sich auf 20 % oder auf einen Viertel des Bundeszuschusses. Jeder Kanton erhält demnach einen nach den Versicherungsleistungen seiner kantonalen Kasse berechneten prozentualen Beitrag aus den Bundesgeldern, dem er einen Viertel aus eigenen Mitteln hinzuzufügen hat. Auch die Belastung des Kantons wird sich somit nicht nach seiner Bevölkerungszahl, sondern nach der Summe der in seinem Gebiete im einzelnen Jahr ausgerichteten Alters- und Hinterlassenenleistungen richten und so von der Zahl seiner leistungsberechtigten Greise, Witwen und Waisen abhängen. Dementsprechend wird auch der dem einzelnen Kanton zukommende Teil der Bundeszuschüsse je nachdem grösser oder geringer sein, als es der Bevölkerungszahl des Kantons entspräche. Eine zuverlässige Rechnung kann für die Kantone nicht aufgestellt werden, da nicht nur die Zahl der Leistungsbezüger in der ganzen Schweiz für die Zukunft bloss annäherungsweise zu ermitteln ist, sondern insbesondere über die Veränderungen der kantonalen Rentnerzahlen zufolge Wanderungen der Rentner selber und zufolge zufälliger Schwankungen im Altersaufbau und in den Sterblichkeitsverhältnissen der einzelnen Kantone nichts Bestimmtes festgestellt werden kann.

Die Gesamtbelastung der Kantone durch ihren Anteil von 20 % der Versicherungsleistungen beläuft sich nach Tab. 2 anfangs auf ca. Fr. 4 Millionen jährlich, um bis zu Ende der Übergangszeit auf ca. Fr. 6 Millionen anzusteigen und sich nachher bei Ausrichtung der vollen Versicherungsleistungen bei ungefähr Fr. 18—20 Millionen zu stabilisieren. Dieses allmähliche Ansteigen wird, was wir nochmals betonen möchten, auch den Kantonen ermöglichen, durch Erschliessung von Finanzquellen oder durch Bildung von Fonds, deren

Ertragnisse später mit zur Finanzierung ihres Anteils herangezogen werden können, sich auf den Zeitpunkt der Vollbelastung rechtzeitig einzurichten. Es bildet einen wesentlichen Vorzug des Systems, die öffentlichen Mittel grundsätzlich zur Erhöhung der Leistungen der kantonalen Kassen zu verwenden, dass deren geringer Betrag in der Übergangsperiode auch den Staat bloss in entsprechend geringem Umfang belastet.

2. Verwendung der kantonalen Zuschüsse zu Beitragsermässigung.

Die Leistungen der Kantone sollen in der Regel im Sinne der Ausführungen unter Zif. 1 zur Erhöhung der Leistungszuschüsse verwendet werden. Wir möchten indessen den Kantonen im Hinblick darauf, dass die Beiträge von 18 Franken für Männer und 12 Franken für Frauen in Bargeld armen Verhältnissen noch als etwas hoch erscheinen mögen, eine andere Möglichkeit eröffnen. Sie bestände darin, dass die Kantone anstelle der Versicherten einen Teilbetrag des Beitrages an die kantonale Kasse einbezahlen und ihre Zuschüsse an die Renten entsprechend kürzen würden.

Die Beiträge zur Versicherung müssen einheitliche sein und können aus entscheidenden organisatorischen Gründen nicht abgestuft werden. Zugleich aber ist bei ihrer Bemessung auf die durchschnittliche Leistungsfähigkeit der Versicherten Bedacht zu nehmen, damit sie im allgemeinen tragbar sind. Die Beitragsleistung wurde nur etwa einen Drittel der gesamten Versicherungslast ausmachen, während die andern zwei Drittel durch den Staat und die Arbeitgeber beglichen werden. Diese Tatsache dürfte bei einiger Überlegung die Versicherten davon überzeugen, dass ihre Beiträge im Verhältnis zu den anderweitigen Zuschüssen und den zu erwartenden Versicherungsleistungen sehr bescheidene sind.

Die erhobenen Bedenken beziehen sich auf einfachere Verhältnisse, wie sie speziell bei der landwirtschaftlichen Bevölkerung unserer Gebirgsgegenden obwalten. Eine gewisse Entlastung der Beitragspflichtigen mag in solchen Verhältnissen in der Tat gerechtfertigt sein. Dabei kann natürlich nicht eine Herabsetzung des Beitrages als solcher, sondern nur eine Ordnung in Frage kommen, bei welcher der Kanton, eventuell in Verbindung mit den Gemeinden, einen Teil des Beitrages an Stelle der Versicherten in die kantonale Kasse einbezahlt, womit dieser der unverkürzte Beitragseingang gesichert ist. Zugleich kann die Beitragsentlastung nur generell für alle Versicherten des Kantons vorgenommen werden. Eine Beschränkung auf örtlich oder sonstwie enger umgrenzte Bestände würde nicht nur die Kritik der jenen Beständen nicht angehörenden Versicherten hervorrufen, sondern böte auch verwaltungstechnische Schwierigkeiten, alles Nachteile, welche sich bei einer allgemeinen, für das ganze Kantonsgebiet geltenden Entlastung vermeiden lassen.

Die Entlastung muss sich sodann aus Rücksicht auf die kantonalen Finanzen und weil in einer Versicherung das Prinzip der persönlichen Beitrags-

pflicht des Versicherten nicht allzusehr abgeschwächt werden darf, in bestimmten Grenzen halten. Eine Übernahme eines Sechstels des Beitrages, somit von Fr. 3. — beim Beitrag der Männer und von Fr. 2. — beim Beitrag der Frauen, dürfte in gerechter Würdigung der verschiedenen in Betracht fallenden Faktoren das zutreffende Mass bilden. Es ist verständlich, dass die für diesen Zweck verwendeten öffentlichen Gelder, im Gegensatz zu den im folgenden Abschnitt behandelten sogenannten Ausfallprämien, auf den verfassungsmässig begrenzten Anteil der öffentlichen Zuwendungen an dem Gesamtbedarf der Versicherung anzurechnen sind. In Kantonen, welche einen Teil der Beiträge übernehmen, wird somit der für Rentenzuschüsse zur Verfügung stehende Betrag an öffentlichen Mitteln des Kantons zurückgehen.

Eine allgemeine Beitragsermässigung um einen Sechstel würde bei einer jährlichen Gesamteinnahme von Fr. 40 Millionen an Beiträgen der Versicherten oder nach anderer Rechnung bei rund 2,7 Millionen Versicherten, wovon etwa 1,4 Millionen Frauen und 1,3 Millionen Männer sind, ungefähr eine Summe von 6,7 Millionen oder ca. Fr. 1.60 auf den Kopf der Bevölkerung beanspruchen. Diese Angaben sollen bloss ein Bild von der finanziellen Bedeutung der in Aussicht genommenen Möglichkeit vermitteln. In Wirklichkeit werden nur wenige Kantone, bei denen die oben erwähnten besonderen Voraussetzungen obwalten und zugleich das Bedürfnis nach Rentenzuschüssen im allgemeinen ein etwas geringeres ist, davon Gebrauch machen, während in den meisten Kantonen die vollen Beiträge vom Versicherten erhoben und die öffentlichen Gelder für die Gewährung von Rentenzuschüssen reserviert werden dürften.

Die im Anhang beigegebene Tabelle Nr. 2 zeigt, dass bei ausschliesslicher Verwendung der kantonalen Leistungen für Zuschüsse zu den Versicherungsleistungen die daherige Belastung für die Kantone in der Übergangszeit bloss etwas mehr als Fr. 4 Millionen erreicht und langsam bis zum Ende dieser Periode auf etwa Fr. 6 Millionen ansteigt, somit unter der errechneten Belastung bei allgemeiner Beitragsermässigung bleibt. Gerade diejenigen Kantone, welche zu dieser Massnahme greifen, wären somit in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes etwas stärker belastet, als bei der Gewährung von Leistungszuschüssen, wenn auch nur in geringem Umfange. Anders gestaltet sich dagegen das Bild nach Ablauf der Übergangszeit, wo die Gesamtleistung der Kantone für Leistungszuschüsse Fr. 18 Millionen im Jahre erreicht, um dann langsam auf Fr. 20 Millionen anzusteigen und somit die für eine teilweise Beitragsübernahme in der ganzen Schweiz notwendige Gesamtaufwendung von Fr. 6,7 Millionen jährlich wesentlich zu überschreiten, eine Erscheinung, die sich entsprechend auch in den einzelnen Kantonen zeigen wird. Daher ist es angezeigt, einen gewissen Ausgleich zwischen diesen Verhältnissen herbeizuführen. Wir sehen zu diesem Zwecke vor, dass Kantone, welche ihre Gelder zu einer allgemeinen Beitragsreduktion verwenden wollen, nicht nur in der Übergangszeit von Zuwendungen für Leistungszuschüsse zu nehmen, sondern auch nachher diese auf die Hälfte der ihnen

zugedachten Quote eines Viertels der Bundesleistung, somit auf 10 % zu beschränken haben. Da der Gesamtbetrag dieser letztern Zuwendung, wie erwähnt, im Zustand voller Belastung Fr. 18 bis 20 Millionen erreichen wird, die Hälfte somit bloss Fr. 9—10 Millionen beträgt und die Gesamtbelastung bei allgemeiner Prämienreduktion in der ganzen Schweiz sich dauernd auf nur etwa Fr. 6,7 Millionen hält, so resultiert aus dieser Ordnung im endgültigen Zustande eine gewisse Entlastung gerade der Gebirgskantone, welche zur teilweisen Beitragsübernahme schreiten dürften, eine Entlastung, die nicht nur erwünscht, sondern auch gerecht erscheint. Zugleich wird damit die Verfassungsvorschrift über die Begrenzung der staatlichen Zuwendungen an die Versicherung eingehalten.

3. Die Übernahme nicht erhältlicher Beiträge durch die Kantone.

Von der Herabsetzung der Beiträge der Versicherten für das ganze Kantonsgebiet kraft kantonalen Erlasses, die für alle Versicherten gilt, ist die Übernahme der nicht einbringlichen Beiträge durch die Kantone und Gemeinden zu unterscheiden. Während in jenem Falle die Beitragsverpflichtung nur noch in herabgesetztem Umfange besteht, schuldet hier der Beitragspflichtige den unverkürzten Beitrag, der jedoch im Falle seines Unvermögens an seiner Stelle ganz oder zum Teil durch das Gemeinwesen geleistet wird.

Die Haftung des Gemeinwesens für uneinbringliche Beiträge ist eine Folge des Obligatoriums der Versicherung. Es kann von ihr nicht abgesehen werden, wenn die Versicherung die vom Gesetze gewollte Wirkung erzielen soll. Eine Verrechnung nicht eingebrachter Beiträge mit den Versicherungsleistungen würde gerade Kreise, die der Versicherung am meisten bedürfen, in Beeinträchtigung ihres sozialen Charakters, in ihren Rechten ohne ihr Zutun verkürzen. Andererseits müssen die kantonalen Kassen, um die vollen Leistungen ausrichten zu können, die Gewähr eines vollständigen und lückenlosen Beitragseinganges besitzen, eventuell durch *Dritthaftung*, wenn der in erster Linie Beitragspflichtige seiner Verpflichtung nicht nachkommen kann. Da die Versicherung auf Rechnung kantonalen öffentlicher Kassen durchgeführt wird, ist es natürlich, den Kantonen mit ihren Gemeinden die Gewährleistung für die Vollständigkeit des Beitragseinganges sowie die Ersatzleistung für nicht einbringliche Beiträge zu überbinden. Dies rechtfertigt sich um so mehr, als sie den Verhältnissen näher stehen als der Bund und bereits im Wege der Armenpflege für die in Not geratenden Volksgenossen zu sorgen haben. Die Kantone werden über die Verteilung der Last zwischen ihnen und den Gemeinden bestimmen, sowie darüber, ob die Wohn- oder die Heimatgemeinde heranzuziehen sei. Im interkantonalen Verkehr soll es, um der Einheitlichkeit und Klarheit willen, der Wonsitzkanton sein, wobei wir eine Rückvergütung seitens des Heimatkantons, wie sie das Konkordat über die wohnörtliche Armenunterstützung kennt, nicht in Aussicht nehmen. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass es

sich nicht um Armenpflege, sondern um eine Versicherung handelt, bei welcher der einzelne, der von der kantonalen Kasse seines Wohnsitzkantons erfasst wird, als Korrelat auch fördern darf, dass dieser für ihn einstehe, wenn er seine persönliche Leistung nicht aufbringen kann. Eine Zulassung des Rückgriffs unter den Kantonen würde überdies gerade die wirtschaftlich schwächeren unter ihnen stark belasten, die nicht nur in ihrem eigenen Gebiete für relativ grössere Beitragsausfälle werden aufgenommen müssen, sondern auch verhältnismässig mehr Bürger an wirtschaftlich entwickeltere Gebiete abgeben.

Zur Herstellung eines gewissen Ausgleichs sehen wir eine Beteiligung des Bundes bis zum Ausmass von 25 % der Aufwendungen der Kantone und Gemeinden für uneinbringliche Beiträge vor.

Welches wird die wahrscheinliche Gesamtbelastung der Kantone durch uneinbringliche Beiträge sein?

Die Erstattung näherer Angaben hierüber stösst auf grosse Schwierigkeiten. Auf die Belastung wirken in erster Linie die wirtschaftlichen Verhältnisse ein, die im ganzen wie auch in einzelnen Landesteilen starken Schwankungen unterworfen sein können. Sodann wird sie in erheblichem Masse vom Verfahren abhängen, das Kantone und Gemeinden zwecks Feststellung der Unerhältlichkeit der Beiträge im Einzelfalle einschlagen. Wir haben hier von bundesrechtlichen Vorschriften abgesehen, in der Meinung, dass es sich um administrative, vom einzelnen Kanton zu beurteilende Massnahmen handelt, der auch ihre Wirkungen in erster Linie zu tragen hat, und in der Hoffnung, die Kantone werden die richtige Mitte zwischen einem allzu rigorosen Vorgehen und einer zu weitgehenden Liberalität mit ihren finanziellen Konsequenzen einzuhalten wissen.

Es kommen dabei verschiedene Lösungen in Betracht. Die härteste wäre die, durch vorgängige Betreibung mit anschliessender Pfändung die Zahlungsfähigkeit der Versicherten abzuklären und die Übernahme des Beitrages aus öffentlichen Mitteln von der Fruchtlosigkeit der Pfändung abhängen zu lassen. Wir glauben, dass man aus sozialen Gründen im allgemeinen nicht wird in dieser Weise vorgehen wollen. Vielmehr wird die lokale Behörde, meist die Gemeindebehörde, auf Grund ihrer Kenntnis der Verhältnisse des Beitragspflichtigen von vornherein bestimmen können, wo eine Beitragszahlung ganz oder teilweise nicht möglich und daher eine Übernahme durch das Gemeinwesen sich als notwendig erweist, oder wo dies nicht zutrifft. Auch diese Praxis lässt aber dem Ermessen der Behörden grossen Spielraum, kann deshalb in engen lokalen Verhältnissen leicht zu Willkürlichkeiten führen und die Belastung nicht nur unter den verschiedenen Kantonen, sondern auch unter den verschiedenen Gebietsteilen ein und desselben Kantons ganz verschieden gestalten.

Die Kantone werden deshalb, ähnlich, wie es bereits heute an einigen Orten in der obligatorischen Krankenversicherung geschieht, auch die Voraussetzungen, unter denen ganze oder teilweise Nichteinbringlichkeit des

Beitrages beim Versicherten angenommen werden darf, anhand bestimmter Kriterien, vielleicht der Steuerverhältnisse, generell umschreiben, eine Massnahme, die zu einer allgemeinen Herabsetzung der Beiträge im Wege kantonaler Zuschüsse hinzutreten kann. Immerhin ist eine solche generelle Ordnung um einer gewissen Einheitlichkeit willen und wegen der finanziellen Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der Kantone und Gemeinden für uneinbringliche Beiträge von der Genehmigung der zuständigen Bundesbehörde abhängig zu machen.

Derartige Massnahmen werden natürlich nur für die Beiträge der Versicherten getroffen werden können; die Übernahme von Arbeitgeberbeiträgen durch das Gemeinwesen wird nur von Fall zu Fall nach vorangehender Feststellung der Zahlungsunfähigkeit, durch Betreibung oder durch einlässliche administrative Untersuchung erfolgen können.

Jedenfalls wird sich aber die gesamte Belastung, wie die Erfahrungen der Kantone Appenzell A.-Rh. und Glarus und diejenigen einer ganzen Reihe von Kantonen und Gemeinden in der Krankenversicherung zeigen, in bescheidenen Grenzen halten, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Bruttoprämie der Krankenpflegeversicherung in städtischen Verhältnissen die Beiträge der neuen Alters- und Hinterlassenenversicherung übersteigt.

Nach dem Geschäftsbericht der appenzellischen Altersversicherungsanstalt waren im Jahre 1927 von sämtlichen Beiträgen 3,4 % unerhältlich; im Jahre 1928 waren es noch 3,3 %. Glarus hat sozusagen keine Ausfallprämien.

In der obligatorischen Krankenversicherung der Kantone und Gemeinden variieren die Zahlen je nach der Gesetzgebung und den örtlichen Verhältnissen zwischen 0,1 und 15,6 %. So beläuft sich der Ausfall im Durchschnitt der st. gallischen Gemeindekrankenkassen auf 3,1 %, bei der waadtländischen Kinderkrankenkasse auf 8,1 %, bei der öffentlichen Krankenkasse der Stadt Chur auf 12,8 % der Prämiensumme. Immerhin bleibt der Prozentsatz bei der grossen Mehrzahl der Kassen weit unter 10 %. Darnach dürften eine Schätzung des Beitragsausfalles in der Alters- und Hinterlassenenversicherung im Durchschnitt aller Kantone auf 10 % und die Annahme einer Ausfallsumme von Fr. 4 Millionen bei einer Gesamteinnahme von rund Fr. 40 Millionen an Beiträgen der Versicherten sehr vorsichtig und eher zu hoch als zu niedrig gegriffen sein, wobei wir auf das Bestehen anderer Versicherungen weitgehende Rücksicht genommen haben. Diese Belastung wird sich in den Kantonen, welche von der vorangehend erörterten Möglichkeit einer allgemeinen Beitragsherabsetzung Gebrauch machen, erst noch vermindern, und zwar nicht nur um den Minderbetrag des herabgesetzten gegenüber dem vollen Beitrag oder wenigstens um einen Teil davon bei den Versicherten, für welche das Gemeinwesen ganz oder teilweise einzutreten hat, sondern auch infolge eines gewissen Rückgangs der Zahl dieser Beitragspflichtigen selber. Die Belastung durch uneinbringliche Arbeitgeberbeiträge, bei deren

Einzug sich das der kantonalen Kasse eingeräumte Pfändungs- und Konkursprivileg besonders vorteilhaft geltend machen wird, kann nach den überaus günstigen Erfahrungen der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt dahingestellt bleiben.

Da es sich bei der Zahlung nicht einbringlicher Beiträge durch Kantone und Gemeinden nicht um eine Zuschussleistung des Staates zur Erhöhung des Aufwandes für die Versicherung, sondern um eine Ersatzleistung handelt, welche an die Stelle der Beitragsleistung der primär dazu verpflichteten Personen tritt, so fällt sie, insofern sie sich, wie dargetan, in bescheidenen Grenzen hält und nicht zu einer verkappten Beitragssubventionierung führt, nicht unter die verfassungsmässige Beschränkung der staatlichen Zuwendungen auf die Hälfte des Gesamtbedarfs der Versicherung.

4. Die Verwaltungskosten.

Die Verwaltung der allgemeinen obligatorischen Volksversicherung mit Einheitsbeiträgen und mit zivilstandsmässig feststellbaren Versicherungsfällen, Erreichung der Altersgrenze oder Tod, wird einfach sein. Sie wird zur Hauptsache durch die ordentlichen Verwaltungsbehörden des Bundes, der Kantone und der Gemeinden erfolgen können. Auch die Verwaltung der kantonalen Versicherungskassen wird, trotz rechtlicher Verselbständigung dieser, von Verwaltungsstellen des betreffenden Kantons, z. B. von einem Departement der Regierung, übernommen werden können. Die Einfachheit der neuen Aufgaben wird vielerorts gestatten, sie neben den ordentlichen Geschäften, ohne oder ohne wesentliche Personalvermehrung, zu besorgen. Der Staat, der für die zweckmässige Erfüllung der von ihm übernommenen Aufgabe der Versicherung zu sorgen hat, muss auch den notwendigen Verwaltungsaufwand zu Lasten seines ordentlichen Haushaltes übernehmen. Das gleiche gilt für die Gemeinden. Bei einer solchen Ordnung der Dinge werden die Schwierigkeiten vermieden, welche sich ergäben, wenn die Kosten für Funktionen einer Staats- oder Gemeindebehörde in der Versicherung von den Kosten der ordentlichen Aufgaben der Behörde ausgeschieden werden müssten. Wir haben deshalb in der Berechnung der Versicherungslast einen besondern Posten für Verwaltungskosten nicht aufgenommen. Die Schätzung dieser Ausgaben ist schwierig, um so mehr, als sie in den verschiedenen Kantonen je nach den Bevölkerungsverhältnissen, den topographischen Bedingungen und der gewählten Organisation verschieden sein können. Sie werden aber jedenfalls aus den entwickelten Gründen gering sein. Der Vollständigkeit halber sei hier eine Summe von Fr. 2 bis 3 Millionen für die ganze Schweiz genannt, auf die wir in Würdigung der Verhältnisse und anderwärts gemachter Erfahrungen gelangt sind, und die sich als nicht unzutreffend erweisen dürfte. Dass unter diesen Umständen die Verwaltungskosten nicht unter den Begriff besonderer Zuwendungen des Staates an die Versicherung fallen, dürfte unseres Erachtens gegeben sein.

5. Die Entlastung der Kantone im Armenwesen.

Wir sind uns bewusst, dass die Leistungen, die wir im Versicherungswerke nach Massgabe der vorangehenden Ausführungen den Kantonen zuzumuten, wenn auch die einzelnen Posten für sich allein genommen, zumal in der Übergangszeit, nicht viel ausmachen, immerhin im kantonalen Finanzhaushalt eine mehr oder weniger fühlbare Wirkung ausüben werden, wobei allerdings ein gewisser Anteil auf die Gemeinden wird abgewälzt werden können.

Andererseits bringt die Ausgestaltung der Sozialversicherung der Wirtschaft nicht bloss eine Mehrbeanspruchung, sie bedeutet zum Teil einfach eine Verschiebung von bisher schon bestehenden Belastungsposten; zum Teil schafft sie geradezu neue Werte, die sich als Aktivposten im wirtschaftlichen Prozesse geltend machen. Dies gilt ganz besonders auch mit Bezug auf die finanziellen Zuwendungen der Kantone an die Alters- und Hinterlassenenversicherung, denen nicht unwesentliche Ersparnisse im Armenwesen gegenüberstehen werden.

Wenn auch die ziffermässige Erfassung dieser zu gewärtigenden Entlastung, wie bereits in der Einleitung bemerkt, grosse Schwierigkeiten bietet, so hielten wir es doch für unsere Pflicht, durch eine Erhebung über die Armenunterstützungen an Greise, Witwen und Waisen in einer Anzahl von Gemeinden verschiedenartiger Struktur aller Kantone wenigstens die Grundlagen für eine gewisse Schätzung zu beschaffen. Ihre Ergebnisse sind in Beilage 2 zu dieser Botschaft niedergelegt.

VII. Die Versicherungsleistungen.

Die Ausführungen der vorangehenden Abschnitte über die Aufbringung der Mittel zeigen, dass den kantonalen Kassen in ihrer Gesamtheit zur Ausrichtung von Versicherungsleistungen folgende jährliche Einnahmen zur Verfügung stehen werden:

an Beiträgen der Versicherten	Fr. 40— 42 Millionen
an Arbeitgeberbeiträgen	» 15— 17 »
an Erträgen ihrer Rücklagen nach Ablauf der Übergangsperiode bei Annahme einer Verzinsung zu 4½ %	» 30— 32 »
an Zuwendungen des Bundes und der Kantone, ebenfalls nach Ablauf der Übergangsperiode .	» 90 »
Im ganzen	<u>Fr. 175—181 Millionen</u>

Welche Leistungen können nun mit diesen Mitteln aufgebracht werden?

Für die Höhe der Versicherungsleistungen im Einzelfalle sind bei gegebenem Umfange der verfügbaren Mittel, die Zahl der Berechtigten, die gesetzliche Leistungsform und in einer Sozialversicherung, wie der vorgeschla-

genen, die Verteilung der staatlichen Zuwendungen von Bedeutung. Aufgabe des Gesetzgebers ist es, diese Faktoren zutreffend zu berücksichtigen und zueinander in das richtige Verhältnis zu bringen. Während auf der einen Seite der Kreis der Berechtigten so weit auszudehnen ist, dass tunlichst allen Bedürfnissen entsprochen werden kann, soll eine gerechte und zweckentsprechende Verteilung der öffentlichen Gelder der Einzelleistung einen wirklichen Wert sichern. Die Aufgabe ist um so schwieriger, je beschränkter die verfügbaren Mittel sind. Dabei sind wir davon ausgegangen, dass jeder Beitragspflichtige bei Eintritt des Versicherungsfalles grundsätzlich mindestens auf diejenigen Versicherungsleistungen berechtigt sein soll, welche die kantonale Versicherungskasse aus den ihr zufließenden Beiträgen rechnungsgemäss übernehmen kann. Zu diesen Leistungen tritt der Zuschuss aus den der Kasse zur Verfügung gestellten öffentlichen Mitteln hinzu, welche von ihr unter Berücksichtigung des sozialen Bedürfnisses zu verteilen sind.

Die Verfassung schreibt die gleichzeitige Einführung der Alters- und Hinterlassenenversicherung vor, wobei auch die letztere einen vollwertigen Versicherungsweig zu bilden hat.

Der Kreis der Leistungsberechtigten ergibt sich daher bis zu einem gewissen Grade aus der Natur der Versicherungsweige.

In der Altersversicherung tritt die Berechtigung auf Altersrente mit Erreichung eines bestimmten Alters ein. Gleich wie die Festsetzung der Grenzen der Beitragspflicht auf die Höhe des Beitrages des einzelnen Pflichtigen von Einfluss ist, so die Festsetzung des Rentenberechtigungsalters auf die Höhe der im Einzelfalle möglichen Versicherungsleistung. Je höher dieses Alter gewählt wird, um so geringer die Zahl der Berechtigten, damit um so grösser der Anteil des einzelnen Berechtigten und umgekehrt.

Die Hinterlassenenversicherung soll auf die Fürsorge für die Witwen und Waisen beschränkt bleiben, für die der Mann in erster Linie zu sorgen hat und die von seinem Tode daher auch am härtesten betroffen werden.

A. Die Form der Versicherungsleistungen.

Wir nehmen als regelmässige Form der Versicherungsleistungen Renten in Aussicht. Kapitalabfindungen sind nur in beschränktem Masse für ganz bestimmte Fälle der Hinterlassenenversicherung vorgesehen; es sei auf die Ausführungen im Abschnitt über die leistungsberechtigten Personen verwiesen.

Die Rente als periodische Leistung wird am besten dem Zwecke der neuen sozialen Versicherung gerecht, Frauen und Männern im Alter und im Falle des Todes eines versicherten Mannes der Witwe und den Waisen das Auskommen zu erleichtern. Gewiss könnte die Kapitalzahlung im einen oder andern Falle, speziell in der Hinterlassenenversicherung, den Übergang zum Erwerbsleben, durch Übernahme eines Geschäftes oder durch Beteiligung an einem solchen, erleichtern. In der grossen Mehrzahl der Fälle hat aber die Versicherungsleistung selber der Familie als Subsistenzmittel zu dienen.

Die allgemeine Volksversicherung wird zahlreiche Personen umfassen, deren Erfahrung in der Verwaltung selbst beschränkter Kapitalien gering ist. Die Gefahr unzweckmässiger Verwendung und des Verlustes wäre bei häufigen Kapitalzahlungen gross. Mit dem Verluste des ausgerichteten Kapitals würde nicht nur der Versicherungszweck in zahlreichen Fällen illusorisch; auch das Ansehen der ganzen Versicherung würde in Mitleidenschaft gezogen. Als Kapital könnte nur die beschränkte Summe ausgerichtet werden, die, nach Massgabe der durchschnittlichen ferneren Lebensdauer im Alter des Leistungsberechtigten berechnet, gestatten würde, ihm bei Rentenzahlung die gesetzliche Rente bis an sein Lebensende zukommen zu lassen. Eine Kapitalsumme, deren Zinserträge für sich allein, zu einem durchschnittlichen Zinsfuss berechnet, die gesetzliche Rente ergeben würden, müsste nicht unerheblich höher sein, und ihre Ausrichtung würde die Versicherung wesentlich verteuern.

Wir haben auch darauf verzichtet, im Gesetze die blosse Möglichkeit der Umwandlung der Rente in Kapitalzahlung auf Begehren des Berechtigten vorzusehen. Die Begehren wären wahrscheinlich zahlreich, da sich die Leistungsberechtigten häufig über das Fehlen ihrer Eignung zur Kapitalverwendung nicht Rechenschaft geben und über die geltend gemachten Verwendungsmöglichkeiten täuschen würden. Sie müssten somit, wenn man nicht die Gefahr zahlreicher Verluste laufen wollte, meist abgewiesen werden, was wiederum zum Schaden der Versicherungsinstitution Unmut und Unzufriedenheit erzeugen würde.

B. Die Leistungsberechtigten.

Wir haben in der Altersversicherung den Beginn der Rentenberechtigung auf das 66. Altersjahr angesetzt. Dabei soll, ähnlich, wie es für den Beginn der Beitragspflicht vorgesehen ist, die Rente vom Anfange des Kalenderjahres an laufen, in welchem das genannte Altersjahr vollendet wird. Wenn auch mit dieser Ordnung die gegen Ende eines Jahres geborenen Rentner etwas bevorzugt werden, so bedeutet eine gleichmässige Ansetzung des Rentenbeginns für jeden neuen Rentnerjahrgang eine nicht unbedeutende Vereinfachung des Vollzuges des Gesetzes.

Das gewählte Grenzalter von 66 Jahren erscheint aus den verschiedensten Gründen als angemessen. Es entspricht sowohl dem allgemeinen sozialen Bedürfnisse wie auch der gebotenen Rücksichtnahme auf die zur Verfügung stehenden Mittel, und es sollte davon weder nach oben noch nach unten abgewichen werden. Wenn auch bei guter Gesundheit im Alter von 66 Jahren noch eine genügende Leistungsfähigkeit vorhanden sein kann, so bildet es doch im allgemeinen bei uns die obere Grenze für eine weitere vollwertige Beteiligung im Erwerbsleben. Eine Hinausschiebung, z. B. auf das 70. Altersjahr, die ja finanziell das Versicherungswerk nicht unerheblich zu entlasten vermöchte, würde seinen sozialen Wert in unzulässigem Masse verringern. Viele Beitragspflichtige, die ihr Leben lang regelmässig die Beiträge bezahlt haben, würden nicht mehr in den Genuss einer Rente gelangen, weist

doch die letzte Volkszählung vom Jahre 1920 unter insgesamt 227,000 Personen im Alter von 65 und mehr Jahren bloss 133,000 siebzig und mehr Jahre alte Greise auf. Diejenigen aber, die bereits vor dem 66. Altersjahr nicht mehr leistungsfähig sind, und von denen viele sehnsüchtig auf den Beginn der Rentenberechtigung harren werden, müssten noch länger zuwarten, was infolge Fehlens einer Invalidenversicherung besonders schmerzlich empfunden würde.

Andererseits kann aber auch nicht daran gedacht werden, etwa die Altersgrenze herunter zu setzen. So würde beispielsweise bei einer Ausrichtung der Rente vom 60. Altersjahr an, immer nach dem Volkszählungsergebnis des Jahres 1920, die Zahl der Altersrentner von 227.000 auf 360,000, somit um volle 133,000 oder um mehr als 50 % ansteigen, eine Mehrbelastung, die nur durch eine erhebliche Erhöhung der Beiträge oder dann durch eine fühlbare Verschlechterung der Versicherung in anderer Richtung eingebracht werden könnte. Wenn auch eine derartige Ausdehnung der Rentenberechtigung in einer gewissen Zahl von Fällen wohlthätig zu wirken vermöchte, so besteht doch bei der grossen Mehrzahl der zwischen 60 und 65 Jahre alten Personen kein zwingendes Bedürfnis dafür, so dass sich eine derartige Verbesserung der Versicherungsbedingungen mit der damit verbundenen wesentlichen Verschärfung der Beitragslast oder auf Kosten schutzwürdigerer Interessen der Versicherten nicht rechtfertigen liesse.

Dagegen haben wir die Frage geprüft, ob nicht zum mindesten im Falle nachgewiesener voller und dauernder Invalidität der Bezug der Altersrente beispielsweise auf das 60. Altersjahr vorgeschoben werden könnte. Schon diese bedingte Erweiterung der Leistungsberechtigung würde aber einen Aufwand von Fr. 10—15 Millionen sowie entsprechende Summen von Staatszuschüssen jährlich fordern, eine Mehrbelastung, die unseres Erachtens bei dem ohnehin knappen und angespannten Budget des Versicherungswerkes nicht übernommen werden darf. Die Erfüllung dieses Postulates muss somit, so gern wir ihm schon im Rahmen der Altersversicherung stattgegeben hätten, auf den Zeitpunkt der Verwirklichung der Invalidenversicherung verschoben werden.

Die Verfassung verpflichtet uns, gleichzeitig mit der Altersversicherung die Hinterlassenenversicherung zu realisieren. Diese letztere erst verleiht dem projektierten Sozialwerke seinen vollen Wert, indem sie gestattet, auch in den zahlreichen Fällen, in denen der Tod vor Beginn der Altersrentenberechtigung eintritt, Versicherungsleistungen auszurichten.

Die Rücksichtnahme auf die Finanzierung nötigte uns auch hier, uns auf die Befriedigung der dringendsten sozialen Bedürfnisse zu beschränken und die Anstrengungen darauf zu konzentrieren. Diese Beschränkung war in zweifacher Beziehung nötig. Während Männer und Frauen in gleicher Weise in die Altersversicherung einbezogen sind, ist nur der Mann daneben noch auf Hinterlassenenleistungen versichert. Er ist im allgemeinen der Träger der wirtschaftlichen Existenz der Familie und hat in erster Linie für sie zu

sorgen. Sein Tod ist es, der der Familie in der Regel den hauptsächlichsten Verdienst entzieht und das wirtschaftliche Bedürfnis nach einem gewissen Ersatz auslöst.

Gewiss beraubt auch der Tod der Gattin und Mutter die Familie einer wirtschaftlichen Stütze und bringt dem Haushalt, in der Notwendigkeit fremde Arbeitskräfte zuzuziehen, häufig dauernde und erhebliche Auslagen. Ja, in den Fällen, in denen, z. B. infolge Krankheit des Mannes, die Frau mit ihrem Berufe die Familie durchhalten muss, kann ihr Tod sogar deren wirtschaftliche Existenz in Frage stellen. So bedauerlich aber diese Fälle sind, so häufig sie auch vorkommen mögen und so berücksichtigungswert sie wären, so stellen sie doch im Verhältnis zum Regelfall, dass der Mann mit seinem Einkommen die Familie erhält, Ausnahmen dar. Ihre Berücksichtigung wurde eine Erhöhung des Beitrages der Frau verlangen, damit in den meisten Fällen doch wieder den männlichen Versicherten belasten und dürfte um so weniger berechtigt sein, als die Rücksichtnahme auf die Tragfähigkeit der Beitragspflichtigen uns bereits nötigt, die jüngeren Witwen von der Rentenberechtigung auszuschliessen, eine Benachteiligung, deren Beseitigung sicherlich der Vorrang vor einer Ausdehnung der Hinterlassenenversicherung auf die Witwer gebühren würde. Wir möchten dabei betonen, dass schon die von uns vorgesehene Ausrichtung von Witwen- und Waisenleistungen in jedem Todesfalle erheblich weiter geht als die entsprechende Regelung in der ausländischen Sozialversicherung, wo im allgemeinen nur die invalide Witwe beim Tode ihres versicherten Gatten Leistungen erhält.

Im weitern ist, wie bereits festgestellt, die Leistungsberechtigung in der Hinterlassenenversicherung auf Witwen und Waisen beschränkt. So wünschbar es wäre, ähnlich wie in der Lebensversicherung, in allen Sterbefällen eine Versicherungsleistung auszurichten, so muss doch der erheblichen Mehrkosten wegen darauf verzichtet werden. Auch hier gilt es, die Anstrengungen auf das sozial Wertvollste und Notwendigste zu konzentrieren, statt durch eine Erweiterung des Bereiches die Intensität der Wirkung zu vermindern. Frau und Kinder bilden die Familie im engern Sinne, für deren Unterhalt das Familienhaupt in erster Linie zu sorgen hat und die von seinem Verluste am härtesten betroffen wird. Trotz dieser Einschränkung wird die weit überwiegende Zahl der Sterbefälle Anlass zur Ausrichtung von Versicherungsleistungen geben. Dass aber beim Tod des ledigen Mannes oder desjenigen, der keine Witwe und keine minderjährigen Kinder hinterlässt, keine Leistungen gewährt werden, wird in einer sozialen Einrichtung, die sich den Schutz des Alters und der Familie im eigentlichen Sinne zum Ziele setzt, wohl ohne weiteres verstanden werden. Wenn auch der Beitragsleistung in diesen Fällen keine Gegenleistung entspricht, so darf dem, der seines ledigen Standes wegen keine Familienlasten zu tragen hat, wie auch demjenigen, dem es vergönnt war, vor seinem Tode seine Kinder aufzuerziehen, wohl eine Mithilfe an die Sicherstellung der Hinterlassenen seiner versterbenden Volksgenossen zugemutet werden.

Zur finanziellen Entlastung des Werkes hat es sich schliesslich noch als notwendig erwiesen, jüngere Witwen auf eine bescheidene Kapitalabfindung zu verweisen und die Gewährung von Rente auf die Fälle zu beschränken, in denen die Verwitwung erst in einem vorgerückteren Alter eintritt. Zu einer solchen Unterscheidung hielten wir uns für um so berechtigter, als die jüngeren Witwen in der Regel eher und leichter wieder in einem Berufe oder in einer Stellung unterkommen können, als dies später der Fall ist. In Würdigung aller hier zu berücksichtigenden Faktoren, der Finanzierung des Versicherungswerkes einerseits wie der Erwerbsmöglichkeiten andererseits, haben wir eine Gewährung von Renten in allen Fällen in Aussicht genommen, in denen die Verwitwung nach dem 50. Altersjahr der Frau eintritt, während in den andern Fällen ein Sterbegeld der Witwe die Anpassung an die veränderten Verhältnisse und den Übergang ins Erwerbsleben erleichtern soll. In der ausserparlamentarischen Kommission in Zürich sind speziell von Frauenseite Wünsche nach einer Verbesserung der Witwenversicherung geäussert worden, sei es durch eine Ausdehnung der Rentenberechtigung auf sämtliche Witwen ohne Rücksicht auf ihr Alter im Zeitpunkt der Verwitwung, sei es durch eine angemessene Herabsetzung des vorgesehenen Grenzalters. So berechtigt diese Wünsche vom sozialen Standpunkt aus auch sein mögen und so erfreulich es wäre, ihnen entsprechen zu können, so ist es wiederum im Hinblick auf die ganz erheblichen Mehrkosten, die daraus entstünden, nicht möglich. Die Ausstattung sämtlicher Witwen mit Rentenansprüchen würde einen Mehraufwand von Fr. 14 Millionen verursachen (eine entsprechende Mehrbelastung ergäbe sich für den Staat aus Zuschüssen); Summe, die ohne fühlbare Erhöhung der Beiträge zur Versicherung nicht gedeckt werden könnte. Eine Erhöhung der Beiträge ist aber, wie mehrfach betont wurde, ausgeschlossen.

Dagegen haben wir im Vergleich zu frühern Projekten die Waisenversicherung wesentlich ausgedehnt und verbessert. Während noch der Nachtragsbericht des Bundesrates vom 23. Juli 1924 eine Ausrichtung von Waisenrenten bloss an Doppelwaisen in Aussicht nahm, soll nun jedes Kind, das seinen Vater verliert, auf Waisenrente berechtigt sein; bei Verlust von Vater und Mutter und damit eingetretener Doppelverwaisung soll die Waisenrente verdoppelt werden. Der Tod der Mutter allein löst aus den oben dargelegten Erwägungen über die wirtschaftliche Stellung des Mannes keinen Anspruch auf Waisenrente aus, ausgenommen in dem Falle, wo Uneheliche oder Kinder von Abgeschiedenen von der Mutter unterhalten werden und somit ihr Verlust dem Kinde die hauptsächlichste wirtschaftliche Hilfe entzieht. Die Waisenrenten werden bis zum vollendeten 18. Altersjahr der Waise ausgerichtet, Alter, in welchem im allgemeinen Verdienstmöglichkeit besteht oder erwartet werden kann und mit welchem z. B. auch nach dem schweizerischen Zivilgesetzbuch die Alimentationspflicht des unehelichen Vaters aufhört. Eine Begrenzung der Zahl der auszurichtenden Waisenrenten ist nicht vorgesehen, eine Lösung, die besonders von den kinderreichen Familien als wohlthätig empfunden und begrüsst werden wird.

So glauben wir auch in der Hinterlassenenversicherung, wenn schon nicht alle Wünsche erfüllt werden konnten, im allgemeinen eine Regelung getroffen zu haben, die bei aller Rücksichtnahme auf die Finanzierung die wichtigsten sozialen Bedürfnisse deckt und insbesondere in der Ausgestaltung der Waisenversicherung den in unserem Volke vorherrschenden Anschauungen entspricht.

C. Die Höhe der Versicherungsleistungen.

Die Versicherungsleistungen werden von den kantonalen Versicherungskassen ausgerichtet. Sie bestehen aus einem aus den Beitragseinnahmen der Kasse und den Erträgen ihrer Rücklage bestrittenen einheitlichen Grundbetrag, sowie aus einem Zuschuss aus den der Kasse zur Verfügung gestellten Mitteln des Bundes und der Kantone.

Die Versicherung beruht auf Gegenseitigkeit. Wer seine Beiträge regelmässig entrichtet, erwirbt damit sich selber den Anspruch auf Altersrente, seinen Hinterlassenen denjenigen auf Witwen- und Waisenrente. Die kantonalen Kassen haben ihre Einnahmen ausschliesslich zur Ausrichtung der gesetzlichen Versicherungsleistungen zu verwenden. Zu diesem Zwecke ist ihnen der vollständige Beitragseingang mittelst der Haftung der Kantone und Gemeinden für vom Versicherten nicht erhältliche Beiträge, kraft besonderer Gesetzesvorschrift, garantiert. Die angestellten Berechnungen haben ergeben, dass die Beitragseinnahmen den kantonalen Kassen gestatten werden, mit Hilfe der Erträge ihrer in der Übergangsperiode angesammelten Rücklagen und unter Vorbehalt des vorgesehenen Ausgleichsverkehrs, auf diejenige Dauer hinaus, für welche bei der beschränkten menschlichen Voraussicht eine Verantwortung überhaupt übernommen werden kann, in jedem Versicherungsfall die einheitlichen Grundbeträge auszurichten. Sie belaufen sich auf Fr. 200 jährlich an Altersrente, Fr. 150 an Witwenrente und Fr. 50.— bzw. Fr. 100.— an Waisen- und Doppelwaisenrente. An Witwen unter dem 50. Altersjahr wird anstelle der Rente eine einmalige Abfindung von Fr. 500.— ausgerichtet.

Zu diesen Leistungen hinzu treten die Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln des Bundes und der Kantone, die im Einzelfalle ganz erhebliche Beträge erreichen und der Versicherung erst ihren sozialen Wert verleihen werden.

Die Zuwendungen des Bundes und der Kantone belaufen sich, wie hervorgehoben, insgesamt auf den Betrag der von den kantonalen Kassen aus ihren eigenen Mitteln ausgerichteten Versicherungsleistungen, vorbehaltlich einer geringen Verminderung in den Kantonen, welche einen Teil ihrer Mittel für die gesetzlich zulässige Herabsetzung der Beiträge der Versicherten verwenden werden.

Eine gleichmässige Verteilung der Zuwendungen des Bundes und der Kantone durch die kantonale Kasse auf sämtliche Leistungsberechtigte würde somit zu einer Verdoppelung der oben angeführten Grundbeträge führen.

Nun dürfte es aber selbstverständlich sein, dass diese Zuschüsse aus öffentlichen Geldern nicht allen Leistungsberechtigten zukommen sollen. Zwar ist allen dasjenige zu gewähren, was aus den Beitragseinnahmen bestritten wird und gewissermassen den Gegenwert der erfüllten Beitragspflicht darstellt. Im übrigen soll aber die zu schaffende Volksversicherung Sozialversicherungscharakter tragen. Wenn auch jedermann, auch der Wohlhabende und der gegen die Wechselfälle des Lebens sonst Gesicherte in das Versicherungswerk einbezogen werden soll, damit sie solidarisch an die Fürsorge zugunsten derjenigen beitragen, die in weniger günstigen Verhältnissen leben und da niemand, auch der Reichste nicht, seines zukünftigen Schicksals gewiss ist, so wäre es doch ungerecht und unzweckmässig, an die Versicherung solcher Personen aus öffentlichen Mitteln und damit auf Kosten und zum Nachteil der andern beizutragen.

Deshalb haben wir alle Systeme abgelehnt, bei denen öffentliche Mittel einfach in die kantonale Kasse zur allgemeinen Erhöhung der Versicherungsleistungen oder zur Herabsetzung der Beiträge eingeworfen worden wären und ihre selbständige Verwendung zu Leistungszuschüssen erst nach Eintritt des Versicherungsfalles und nach Massgabe der sozialen Bedürfnisse vorgeschrieben.

Eine Feststellung der Zahl derjenigen, die als Wohlhabende oder Bezüger von Pensionen, Renten, der staatlichen Zuschüsse in der Alters- und Hinterlassenenversicherung nicht bedürfen, ist nicht möglich; um so weniger, als selbstverständlich nicht jede so bescheidene regelmässige Fürsorgeleistung, die der Versicherte beispielsweise auf Grund seiner früheren Tätigkeit oder für Unfallfolgen bezieht, angerechnet werden darf. Immerhin wird man sie auf etwa $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ aller Rentner schätzen dürfen. Zu dieser Schätzung berechtigt einmal die nicht geringe Zahl von Pensionskassen und Personalfürsorgeeinrichtungen staatlicher Verwaltungen und privater Betriebe, welche Beamten und Angestellten sowie ihren Hinterlassenen nach entsprechend langer Dienstzeit durchaus ansehnliche Leistungen ausrichten. Sodann fällt in Betracht, dass eine ganze Reihe von Personen auch nach dem zurückgelegten 65. Altersjahr noch ihrem Erwerb nachgehen und besonders in höhern Berufen ein nicht unerhebliches Einkommen erzielen. Und endlich darf auf die eidgenössische Kriegssteuertatistik verwiesen werden, die eine ansehnliche Zahl von begüterten Personen ausweist, deren Vermögen bei der Entscheidung über die Zuschussberechtigung in angemessener Weise in Rechnung gestellt werden kann.

Die öffentlichen Mittel wären demnach, je nach den Verhältnissen in den Kantonen, auf rund $\frac{2}{3}$ bis $\frac{3}{4}$ sämtlicher Leistungsbezüger der kantonalen Kassen zu verteilen, so dass der einzelne Zuschuss $1\frac{1}{3}$ bis $1\frac{1}{2}$ mal so gross als der Grundbetrag der kantonalen Kasse, die Gesamtrente in der Altersversicherung z. B. somit auf Fr. 470—500 jährlich ansteigen würde. Dabei bedeuten speziell die Annahmen über die Zahl der zuschussberechtigten Per-

sonen Durchschnittswerte. So dürfte in wirtschaftlich entwickelteren Gebieten mit bessern Erwerbsmöglichkeiten deren effektive Zahl eher bei der untern Grenze von zwei Dritteln liegen, während sie in den vorwiegend agri-
colen Gebieten und besonders in unsern Gebirgsgegenden auf drei Viertel steigen kann. Dass infolgedessen der einzelne Zuschuss möglicherweise etwas kleiner wird, ist angesichts der geringern Lebenskosten gerade in solchen Gegenden erträglich.

Damit ist die Frage angeschnitten, ob über die Verteilung der Zuschüsse von Bundes wegen einheitliche Vorschriften erlassen werden sollen, oder ob sich das Bundesgesetz auf Rahmenbestimmungen zu beschränken habe, die von den Kantonen, natürlich unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch den Bund, des näheren auszuführen sind. Verschiedene Überlegungen haben uns dazu geführt, dem zweiten System entschieden den Vorzug zu geben und die Bundesvorschriften auf das Mindestmass zu beschränken, das notwendig ist, um den Rentenzuschüssen den Charakter von Normalleistungen zu bewahren, die, wenn auch nicht allen, so doch den meisten Bezü gern von Versicherungsleistungen der kantonalen Kasse zukommen sollen und um gleichzeitig wenigstens im Grundsatz eine gewisse Gleichmässigkeit im ganzen schweizerischen Landesgebiete herbeizuführen. Denn diese Zuschüsse dürfen nicht Armenleistungen sein, die nur Bedürftigen gewährt werden. Sie bilden wie der Grundbetrag der kantonalen Kasse eine Versicherungsleistung, auf die jeder Versicherte kraft seiner Beitragszahlung berechtigt ist, sofern er oder seine Hinterlassenen bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht in Verhältnissen leben, die eine Zuweisung öffentlicher Mittel zur Erhöhung des Grundbetrages nicht rechtfertigen. Auch der ursprünglich Wohlhabendste kann somit des Zuschusses teilhaftig werden, wenn sich seine Lage in einem Masse ungünstiger gestaltet, das seine Einreihung in die grosse Masse der auf öffentliche Leistungszuschüsse berechtigten Bezü ger erlaubt.

In seinen Vorschriften weiterzugehen, empfiehlt sich für den Bund schon deshalb nicht, weil die Kantone den Verhältnissen näherstehen und infolgedessen auch besser in der Lage sind, die für die Bemessung der Zuschüsse massgebenden Grundlagen zu bestimmen.

Im Rahmen dieser Grundsätze sollen die Kantone in der Bemessung der Zuschüsse im Einzelfalle frei sein. Sie werden darüber befinden, in welcher Weise sie den einzelnen Zuschuss je nach dem Einkommen des Rentners und nach den Lebenskosten in den verschiedenen Landesgebieten abstufen wollen. Der Bund will ihnen in diese Fragen, die sich für jeden Kanton verschieden stellen und für deren Entscheidung die verschiedensten Gesichtspunkte in Betracht kommen können, nicht hineinreden. Deshalb haben wir darauf verzichtet, etwa in Analogie zum Bundesgesetz über das Dienstverhältnis der Beamten, generell für das ganze Landesgebiet die Ortschaften in Klassen mit verschiedenen Zuschussbeträgen einzuteilen. Die Grundlagen der beiden Gesetze sind nicht die gleichen. Handelt es sich dort um die Regelung

der Arbeitsbedingungen des Bundespersonals als einer in sich geschlossenen, zum Bunde in der engeren Beziehung des Dienstverhältnisses stehenden Bevölkerungsguppe, die vom Arbeitgeber bei aller Differenzierung nach Arbeitsleistung und einzelnen sozialen Gesichtspunkten anhand einheitlicher leitender Grundsätze vorgenommen werden muss, so liegt hier ein Sozialwerk für die Bevölkerung als solche vor, das zur Hauptsache durch die Kantone durchgeführt, sich weitgehend an regionale Verhältnisse anpassen soll. Während für die Beamtenschaft auf Grund bestimmter, nicht stark auseinandergehender Lebensgewohnheiten und Anforderungen gewisse Kriterien für eine allgemeine schweizerische Einteilung des Landesgebietes nach Teuerungsverhältnissen noch abgeleitet werden können, wäre dies für die Gesamtbevölkerung mit den mannigfachen Interessen und Bedürfnissen der zahlreichen verschiedenen Erwerbsgruppen äusserst schwierig. Eine Einteilung, die vielleicht für Personen das Richtige träge, welche ihren Lebensbedarf im wesentlichen mit Hilfe eines festen Bareinkommens bestreiten müssen, würde sich für Selbständigerwerbende, insbesondere für landwirtschaftliche Selbstversorger, als höchst unzumutbar herausstellen und umgekehrt.

Die Beurteilung der Zuschussberechtigung im Einzelfalle wird, abgesehen von den örtlichen Verhältnissen, in der Hauptsache nach Massgabe der Einkommens- und Vermögensverhältnisse, wie sie sich aus den Steuerregistern ergeben, erfolgen müssen. Diese werden jedenfalls, auch wenn vielleicht noch auf andere Anhaltspunkte abgestellt werden kann, die Grundlage bilden. Die Gesetzgebung über die direkten Steuern und die Steuereinschätzung sind aber kantonale Angelegenheiten und von Kanton zu Kanton sehr verschieden. Dergestalt könnte eine vom Bund aufgestellte Grenze, je nach der Schärfer oder weniger scharfen steuerrechtlichen Erfassung des Einkommens und Vermögens durch den Kanton, bei tatsächlich gleichartigen Fällen und unter gleichartigen Lebensverhältnissen zu ganz verschiedener Beurteilung der Zuschussberechtigung führen.

So gestattet die von uns vorgesehene Ordnung eine weitgehende Anpassung an die so verschiedenartigen Verhältnisse unseres Landes. Während die Behandlung der Einzelfälle und die Würdigung mehr örtlicher Verhältnisse in die Hand der Stellen gelegt wird, die hierfür am geeignetsten sind, bietet das im Gesetze vorgesehene Genehmigungsrecht des Bundes Gewähr dafür, dass die kantonale Praxis sich im Rahmen der bundesrechtlich aufgestellten Grundsätze bewege und dass die Rentenzuschüsse, weder durch ihre Beschränkung auf wenige den Charakter von Armenleistungen erhalten, noch durch eine allgemeine Ausrichtung ungerechtfertigterweise auch Wohlhabenden zukommen, sondern dass sie das bleiben, was sie sein sollen, eine Ergänzung der Leistungen der Sozialversicherung aus staatlichen Mitteln, zugunsten aller derjenigen, denen diese zu dienen bestimmt ist.

Der Gesamtbetrag der öffentlichen Zuwendungen soll, wie bereits hervorgehoben, von Anfang an die Höhe der aus den Beitragsentnahmen der kan-

tonalen Kassen bestrittenen Versicherungsleistungen erreichen. Ihre Verteilung nach Massgabe der vorentwickelten Grundsätze wird gestatten, nach Ablauf der zur Finanzierung unumgänglichen Übergangsperiode in etwa $\frac{2}{3}$ bis $\frac{3}{4}$ der Fälle dem einzelnen Altersrentner Fr. 500.—, einem Ehepaar, falls Mann und Frau das 65. Altersjahr überschritten haben, zusammen sogar Fr. 1000.— auszurichten. Entsprechend werden regelmässige Witwenrenten von je Fr. 375.— im Jahre und Waisenrenten von je Fr. 125.— zur Ausrichtung gelangen. Die Kapitalabfindung an jüngere Witwen wird den Betrag von Fr. 1250 erreichen. Witwen mit 3, 4 oder 5 Kindern, von denen noch keines das 18. Altersjahr zurückgelegt hat, werden so, neben der Kapitalabfindung, eine jährliche Einnahme an Renten von Fr. 375.—, Fr. 500.— oder sogar Fr. 625.— beziehen. Verwitwen sie erst in vorgerückterem Alter, wobei sie noch jüngere Kinder aufzuerziehen haben, so steigt diese Summe erhöht durch die Witwenrente, auf Fr. 750.— bis 1000.— an.

Auf diese Weise gelangen wir durch eine zweckmässige Zusammenfassung aller Mittel und durch eine rationelle Verwendung der öffentlichen Gelder zu Leistungen, die in der grossen Mehrzahl der Fälle eine sehr wertvolle Hilfe und einen erheblichen Fortschritt darstellen. Gewiss vermag eine Volksversicherung, welche bei der Beitragsfestsetzung auf die breiten Schichten der Minderbemittelten Rücksicht zu nehmen hat, nicht das zu leisten, was häufig eine an das Dienstverhältnis anknüpfende und gewissermassen einen Arbeitsentgelt darstellende Fürsorge des Arbeitgebers für sein Personal bieten kann.

Das ist aber auch nicht Aufgabe und Ziel unseres Werkes. Es will vielmehr eine zwar bescheidene, aber um so gewissere Sicherung schaffen, die den einzelnen sein Leben hindurch begleitet, mögen sich seine Arbeits- und Erwerbsverhältnisse gestalten wie sie wollen, ohne durch eine Absorption der Kräfte die auf die freie Initiative gegründete Entwicklung zu hemmen und zu stören. Neben der Volksversicherung, wie wir sie verstehen, wird die Tätigkeit der Kantone und der Arbeitgeber einhergehen und sich möglichst ungehindert entfalten können. Sie wird, befruchtet durch das Sozialwerk des Bundes, dieses, wo die Verhältnisse es verlangen und ermöglichen, in wertvoller Weise ergänzen.

Über aller Sozialversicherung steht aber die Selbsthilfe. Eine ihrer natürlichen Schranken bewusste Gesetzgebung, die den vielfachen im Volke wirkenden ethischen und wirtschaftlichen Kräften ihr Betätigungsfeld lässt und es nicht unnötigerweise einengt, wird auch diese Selbsthilfe nicht schwächen, sondern im Gegenteil fördern und erleichtern.

Die Versicherungsleistungen, die unser Gesetz gewährt, übersteigen nicht unerheblich diejenigen der bestehenden ähnlichen Gesetzgebungen von Glarus und Appenzell A.-Rh. Sie dürfen sich aber auch, besonders wenn man die der Volksversicherung durch ihre Eigenart gezogenen Grenzen in Berücksichtigung zieht, neben ausländischen Sozialversicherungswerken durchaus

sehen lassen. Wo die ausländische Arbeiterversicherung mit ihrer weitgehenden Heranziehung und Einspannung der Arbeitgeberschaft in die Gesetzgebung des Staates weitergeht, wirkt sich das praktisch in der Regel nur zugunsten relativ geringer Bestände hochsalariierter Arbeitskräfte aus, die schon in jüngeren Jahren in diese bevorzugte Stellung gelangen und sie, ohne wesentliche Unterbrechungen, während des ganzen Lebens aufrechtzuerhalten vermögen. Nur dann wird ihre im Verhältnis zu der nach dem Lohne abgestuften Prämie berechnete Rente den nicht unerheblichen Betrag erreichen, der unter solch günstigen Bedingungen in diesen Gesetzgebungen zur Ausrichtung gelangen kann.

Gerade in solchen Verhältnissen wird aber auch bei uns, ausgehend von der Volksversicherung, die ergänzende Gesetzgebung der Kantone, sowie die freie Tätigkeit leistungsfähiger Wirtschaftskreise zu ähnlichem gelangen können, auf einem Boden, der der Selbsthilfe noch Raum lässt und unseren vielgestaltigen Verhältnissen und Möglichkeiten gerecht wird.

Die folgenden Hinweise und Vergleiche mögen diese allgemeinen Feststellungen erhärten.

Die schwedische Volksversicherung, die vielleicht am ehesten vergleichbar ist, wenn sie auch nach dem Prämiendeckungsverfahren mit Einkommensklassen von einer zentralen Staatsanstalt durchgeführt wird, richtet Leistungen aus, welche in den untern Klassen erheblich, aber auch in den obern und obersten Klassen noch hinter den um die staatlichen Zuschüsse erhöhten Leistungen unserer Versicherung zurückbleiben. Schweden gewährt bei einem Einkommen von 1600 bis 4200 Schweizerfranken nur eine Altersrente von rund Fr. 260 jährlich; bei einem Einkommen von Fr. 4200 bis Fr. 7000 eine solche von rund Fr. 360 und erst in der obersten Einkommenskategorie eine solche von Fr. 660. Diese Renten werden erst vom 67. Altersjahr an bezahlt. Die Invalidenrenten, deren Höhe sich nach dem Invaliditätsalter richtet, sind in ihren Höchstbeträgen noch etwas geringer. Berücksichtigt man ferner, dass in einer Volksversicherung die Hinterlassenenfürsorge, welche Schweden nicht kennt, sicherlich viel wertvoller ist als die Invalidenfürsorge, so gestaltet sich die Vergleichung für unsere Gesetzgebung noch wesentlich günstiger.

Die Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung ist sonst im Auslande, wie bereits festgestellt, Arbeitnehmerversicherung mit nach dem Lohne abgestuften Versicherungsleistungen, wobei überdies die Hinterlassenenversicherung wesentlich zurücktritt und das Hauptgewicht auf der Alters- und Invalidenfürsorge liegt. Es würde zu weit führen, hier auf Einzelheiten der Gesetzgebung der verschiedenen Länder einzutreten. Dagegen sei hervorgehoben, dass die Leistungen unserer Versicherung auch hier überall mindestens diejenigen der mittleren Lohnklassen der ausländischen Versicherung erreichen oder übersteigen, in einzelnen Gesetzgebungen sogar diejenigen aller Lohnklassen. So richtet Grossbritannien vom 65. Altersjahre an eine

einheitliche Altersrente von rund Fr. 660 aus, die Witwenrente beläuft sich allerdings ebenfalls auf Fr. 660 und die Waisenrente auf Fr. 200—500. In Österreich bewegt sich die Altersrente in den obersten Lohnklassen der Arbeiterversicherung zwischen Fr. 470 und Fr. 790 jährlich, in Italien erreicht sie etwas mehr als Fr. 300 jährlich. Die tschechoslowakische Altersversicherung zahlt Altersrenten aus, deren Betrag je nach der Lohnklasse zwischen Fr. 450 und Fr. 760 jährlich liegt.

Über die Leistungen unserer Versicherung hinaus gehen, abgesehen von der britischen Witwen- und Waisenversicherung, nur die Renten der neuen französischen Alters- und Invalidenversicherung in den höchsten Lohnklassen, die aber noch nicht in Kraft ist, sowie diejenigen der obersten Lohnklassen der deutschen Arbeiterversicherung und die der deutschen und der österreichischen Angestelltenversicherung. Sie können in Frankreich Beträge bis zu Fr. 1200 und Fr. 1500 jährlich erreichen; in der deutschen Arbeiterversicherung solche von rund Fr. 990 bis zu Fr. 1450 und in der deutschen und österreichischen Angestelltenversicherung Beträge von Fr. 1400 bis Fr. 2600 bzw. von Fr. 1750 bis zu Fr. 2800 jährlich. Es handelt sich hierbei aber, wie ausgeführt, um Ausnahmeverhältnisse, die eine langjährige Zugehörigkeit zur obersten Lohn- oder Gehaltsklasse der Versicherung mit entsprechend hohen Beiträgen der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber verlangen. Der Durchschnitt der Renten ist auch hier erheblich tiefer und liegt den Leistungen unserer Volksversicherung bedeutend näher.

VIII. Die Finanzierung der Leistungen des Bundes und der Kantone.

Über die Zuwendungen des Bundes an die Versicherung haben wir uns in Abschnitt VI hievor ausgesprochen. Danach stellt der Bund den kantonalen Kassen nach Art. 24 des Gesetzes jährlich einen Betrag in der Höhe von 80 % der von ihnen im betreffenden Jahre ausgerichteten Leistungen zur Verfügung.

Die Leistungen der kantonalen Kassen werden in den ersten 15 Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes nur zur Hälfte ausgerichtet. Wohlhabende und Bezüger anderweitiger angemessener Renten scheidet während der Übergangsperiode gänzlich aus. So werden nur etwa zwei Drittel der an sich Bezugsberechtigten in den ersten 15 Jahren eine auf die Hälfte des Normalansatzes reduzierte Rente erhalten. Die Belastung für diese Teilrente steigt während dieser Zeit entsprechend der Rentnervermehrung und infolge der allmählichen Umschichtung der Bevölkerung etwas an, um nach Ablauf der Übergangsperiode, wenn einmal die Leistungen in allen Fällen ausgerichtet werden, ihr volles Mass zu erreichen. Von da weg findet ebenfalls wegen der Zunahme der Rentnerzahl ein weiteres langsames Steigen bis zum sogenannten Beharrungszustand statt, in welchem das Verhältnis von beitragspflichtigen Versicherten einerseits und von Bezügern von Versicherungsleistungen andererseits ein konstantes ist.

Entsprechend verläuft die Belastung des Bundes und der Kantone, weil sie sich nach den Leistungen der kantonalen Kassen bemisst. Die im Anhang beigegebene Tabelle Nr. 2 stellt diese Verhältnisse im einzelnen dar. Hier seien daraus, unter der Annahme erstmaliger Ausrichtung von Versicherungsleistungen im Jahre 1934, folgende Zahlen festgehalten:

Jahr	Aufwendungen der kantonalen Kassen anVers.-Leistungen	Zuschüsse		Total der Belastung von Bund und Kantonen
		des Bundes	der Kantone	
(in Millionen Franken)				
1934	20,58	16,46	4,12	20,58
1940	25,20	20,16	5,04	25,20
1948	29,60	23,68	5,92	29,60
1949 (das erste Jahr der vollen Belastung)	89,73	71,78	17,95	89,73

Für das Jahr 1965 sind folgende Werte berechnet worden:

101,86	81,49	20,37	101,86
--------	-------	-------	--------

Wir beschäftigen uns nun zunächst mit den Ausgaben des Bundes und ihrer Deckung.

Nach Art. 34^{quater} leistet der Bund seit dem 1. Januar 1926 einen Beitrag in der Höhe der gesamten Einnahmen aus der fiskalischen Belastung des Tabaks an die Alters- und Hinterlassenenversicherung. Ein Ausführungsgesetz zur Verfassungsbestimmung wurde bis zurzeit nicht erlassen. Dagegen wurden die Tabakzölle schon vor der Annahme des Verfassungsartikels über die Versicherung durch den Bundesbeschluss vom 4. April 1924 geordnet. Die daherigen Einnahmen beliefen sich im Jahre 1928 auf 21,4 Millionen. Seit dem Jahre 1926 fallen die Erträgnisse der Besteuerung des Tabaks in einen Fonds für die Alters- und Hinterlassenenversicherung, der mit den Zinsen und einer Zuwendung von 3 Millionen aus dem Überschuss der Staatsrechnung des Jahres 1928 auf Ende des letzten Jahres den Betrag von 70 Millionen erreicht hat.

Bleibt es in den nächsten Jahren bei der bisherigen Belastung des Tabaks durch das Mittel der Zölle nach den Ansätzen, die durch den Bundesbeschluss vom 4. April 1924 gutgeheissen wurden, so würde der Fonds des Bundes bis Ende 1933, die Zinsen zu 4½ % gerechnet, auf 204,6 Millionen ansteigen. Von dortweg stünden also für die Zwecke der Alters- und Hinterlassenenversicherung rund 22 Millionen jährliche Einnahmen aus dem Tabak und 9 Millionen Zinsen, im ganzen also 31 Millionen, also erheblich mehr als es in der Übergangsperiode für die Bestreitung der dannzumaligen effektiven Ausgaben braucht. zur Verfügung.

Unser Volkswirtschaftsdepartement hat indessen bereits in seinem Motivenbericht vom August 1928 mit Recht nicht nur an die Deckung der Ausgaben gedacht, die dem Bund in der nächsten Zeit in jedem Jahre vorweg entstehen, sondern die Finanzierung des ganzen Unternehmens auch für eine spätere Zukunft ins Auge gefasst. Die Ausgaben des Bundes belaufen sich, wie oben dargelegt, allerdings für das Jahr 1934 nur auf einen Betrag von $16\frac{1}{2}$ Millionen, der bis 1948 sukzessive auf jährlich rund 24 Millionen steigt. Dazu käme jährlich noch 1 Million als Beitrag an die den Kantonen durch die Ausfallprämien erwachsenden Ausgaben. Mit dem Jahre 1949 steigt jedoch die Ausgabe des Bundes, weil von dortweg die vollen Renten an jedermann ausgerichtet werden und die Zuschüsse sich nach den Versicherungsleistungen richten, zunächst auf 72 Millionen, um im Jahre 1965 82 Millionen zu erreichen. Infolgedessen ist es nicht nur wünschenswert, sondern sogar notwendig, dass der Bund jetzt schon und in der Übergangszeit von 15 Jahren Massnahmen trifft, um nach deren Ablauf den viel höheren finanziellen Anforderungen ohne Störung des Gleichgewichts seiner Staatsrechnung genügen zu können. Der Ausgleich kann wohl am besten nur so gefunden werden, dass der Bund jetzt schon und in der Übergangszeit einen Fonds ansammelt, dessen Erträge genügend sind, um seiner Zeit die plötzlich steigende Anforderung an die Bundeskasse auszugleichen.

Von dieser Erwägung geleitet haben wir uns gefragt, welche Summe vom Inkrafttreten des Gesetzes an jedes Jahr für die Zwecke der Alters- und Hinterlassenenversicherung bestimmt und, soweit nicht für die effektive jährliche Ausgabe verwendet, dem bereits bestehenden Fonds einverleibt werden müsse, um vom Jahre 1949 an die Mehrausgabe ohne neue Belastung des Budgets zu decken. Vom Bestande des bereits erwähnten Fonds, der bis 1933 sich auf 204 Millionen beläuft, ausgehend, haben wir berechnet, dass von 1934 an die Zinsen des Fonds ungerechnet, eine jährliche Summe von $41,2$ Millionen nötig ist, um die dem Bunde entstehenden Ausgaben für die Zuschüsse an die kantonalen Versicherungsleistungen zu decken und gleichzeitig den Fonds mit den Zinsen so zu äufnen, dass vom Jahre 1949 an dessen Erträge genügen, um mit der Annuität von $41,2$ Millionen die jeweilige Ausgabe des Bundes zu decken. Die dieser Botschaft beigegebene Tabelle Nr. 4 zeigt, dass in diesem Falle der Fonds, ausgehend von 204 Millionen im Jahre 1933, bei mittlerer Verzinsung zu $4\frac{1}{2}$ %, im Jahre 1949, dem ersten Jahre voller Belastung des Bundes, die Höhe von $840,8$ Millionen, im Jahre 1965 diejenige von $922,1$ Millionen erreicht haben wird. Diese Tabelle beweist zugleich mit aller Deutlichkeit, wenn wir ihr die Aufstellungen über die Belastung des Bundes gegenüberstellen, dass in diesem Falle die Zuwendungen an die Alters- und Hinterlassenenversicherung auf die Dauer und in vollem Umfang sichergestellt sind. Die Rechnung stellt sich etwas günstiger, wenn das Gesetz über die Besteuerung des Tabaks z. B. schon im Jahre 1931 in Kraft treten könnte und mehr abwerfen würde als gegenwärtig die Tabakzölle einbringen. Könnte auf diese Weise

der erwähnte Fonds bis Ende 1933 auf 230 Millionen gesteigert werden, so würde eine Annuität von 40 Millionen statt, wie soeben berechnet, von 41,2 Millionen genügen, um dasselbe Resultat zu ergeben.

Wie kann nun der Bund diese jährliche Zuwendung von zirka 41 Millionen und den Zuschuss von jährlich 1 Million an die Ausfallprämien aufbringen?

Rund 22 Millionen werden durch die bisherige Belastung des Tabaks gedeckt, rund 20 Millionen sind noch zu finden. Es liegt auf der Hand, dass zunächst einmal die Besteuerung des Tabaks in einem Bundesgesetze endgültig geordnet werden muss. Das gegenwärtige Provisorium muss in einen definitiven, durch ein Bundesgesetz geregelten Zustand übergeführt werden, einerseits um das Bestehende festzulegen, andererseits um den Ertrag der Belastung des Tabaks zu vermehren und ihn wenn möglich auf 30 Millionen zu bringen. Der zurzeit vor den eidgenössischen Räten liegende Entwurf ist geeignet, eine Einnahme von dieser Höhe zu sichern.

Auch nach seiner Annahme fehlen jedoch bis zur Annuität von 40 Millionen noch etwa 10 Millionen Franken. Da die Ausgaben des Bundes fortgesetzt zunehmen und er eine schwerlastende öffentliche Schuld abzutragen hat, so kann nicht damit gerechnet werden, dass dieser Fehlbetrag aus den allgemeinen derzeitigen Mitteln des Bundes zugeschossen werden könnte. Es muss vielmehr durch eine weitergehende Besteuerung der gebrannten Wasser gefunden werden. Hierauf verweist auch bereits der Art. 34^{quater} der Verfassung, indem er bestimmt:

«Der Anteil des Bundes an den Reineinnahmen aus einer künftigen fiskalischen Belastung gebrannter Wasser wird für die Alters- und Hinterlassenenversicherung verwendet.»

Voraussetzung einer definitiven, für alle Zeiten genügenden Finanzierung des Versicherungswerkes ist somit die Annahme des zurzeit vor den eidgenössischen Räten liegenden Revisionsentwurfs für die Artikel 31 und 32^{bis} der Bundesverfassung. Nach der Ansicht des Finanzdepartements wird es möglich sein, aus der Belastung der gebrannten Wasser eine Summe von mindestens 10 Millionen für den Bund herauszuholen, eventuell noch mehr.

Was die Finanzierung der kantonalen Zuwendungen an die Versicherung betrifft, so haben wir uns damit direkt nicht zu befassen. Es ist nicht unsere Sache, uns in die kantonale Finanzpolitik einzumischen und den Kantonen Ratschläge zu erteilen. Wir möchten uns aber an dieser Stelle doch folgende Bemerkungen erlauben.

Die Belastung der Kantone wird sich, soweit die Zuschüsse in Betracht kommen, wie aus der Tabelle Nr. 2 hervorgeht, während der Übergangszeit

zwischen 4 und 6 Millionen Franken bewegen, um gleich wie diejenige des Bundes erst 15 Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes, also mutmasslich im Jahre 1949, das volle Mass von Fr. 18—19 Millionen jährlich zu erreichen. Auf den Kopf der Bevölkerung wird somit diese Belastung in der Übergangszeit Fr. 1 bis Fr. 1.50 nicht übersteigen und sich erst nachher auf etwa Fr. 4.50 jährlich belaufen. Dazu kommt allerdings die Belastung aus der Übernahme unerhältlicher und vom Kanton zu tragender Beiträge der Versicherten. Die bezügliche Ausgabe wird nach Abzug des Bundesbeitrages Fr. 3 Millionen im Jahre für alle Kantone nicht übersteigen (vgl. Seite 255 hiavor). Diese Ausgaben können die Kantone zum Teil auf die Gemeinden überwälzen, bei denen dieser Belastung eine nicht unerhebliche Entlastung im Armenwesen gegenübersteht. Nehmen wir an, dass die Hälfte dieser sogenannten Ausfallprämien von den Gemeinden übernommen wird, so hätten die Kantone als solche noch $1\frac{1}{2}$ Millionen zu tragen.

Die Gesamteinnahmen, wie sie durch die Verwaltungsrechnungen der schweizerischen Kantone für das Jahr 1927 ausgewiesen werden, beliefen sich auf 553 Millionen. Nach einer Mitteilung der Steuerverwaltung dürfen die Einnahmen der sämtlichen Gemeinden auf mindestens ebensoviel geschätzt werden. Eine Statistik besteht nur für die dem Städteverband angeschlossenen Gemeinden. Unsere Schätzung ist offenbar nicht zu hoch gegriffen. Die Gesamtausgaben der Kantone und Gemeinden für das Armenwesen belaufen sich laut einer Publikation im «Armenpfleger» vom 1. Juni 1929 auf ungefähr 60 Millionen. Dazu kommen noch die Ausgaben der organisierten freiwilligen Armenpflege, die auf ca. 12 Millionen geschätzt werden.

Hiervon ausgehend möchten wir feststellen, dass die Gesamtausgaben der Kantone und Gemeinden für Leistungszuschüsse und die Übernahme unerhältlicher Beiträge der Versicherten nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf in den ersten 15 Jahren mit 7—9 Millionen sich nicht einmal auf 1% der ca. 1100 Millionen betragenden Gesamteinnahmen der Kantone und Gemeinden belaufen werden. um seinerzeit, nach Ablauf der Übergangsperiode, wiederum an den heutigen Ausgaben der Kantone und Gemeinden gemessen, auf ca. 2% zu steigen. Zieht man jedoch die wahrscheinliche Entwicklung der kantonalen und Gemeindebudgets in den nächsten 18 Jahren in Betracht, so wird der Prozentsatz, an den dannzumaligen zweifellos gesteigerten Summen gemessen, kaum ein höherer sein als heute.

Nun kann aber nicht genug hervorgehoben werden, dass die Alters- und Hinterlassenenversicherung für eine grosse Zahl von Fällen und gerade für die in bescheidenen und ländlichen Verhältnissen lebende Bevölkerung eine fühlbare Entlastung im Armenwesen bringen wird. (Vgl. VI. Ziff. 5 hievor und Beilage 2 zu dieser Botschaft.) Überdies stehen diesen Ausgaben der Kantone und Gemeinden, die Summen gegenüber, die aus der Versicherung, sei es

an direkten Leistungen der Kassen, sei es an Sozialzuschüssen in das Volk hinaus und gerade an den bedürftigen Teil desselben fließen. Während der Übergangsperiode werden es, wie die Tabelle Nr. 2 nachweist, 41 Millionen im Jahre 1934 sein, die bis auf rund 60 Millionen im Jahre 1948 ansteigen. Von 1949 an sind es rund 180 Millionen, von 1965 an 200 Millionen. Es ist also vom Standpunkt der Kantone aus gesehen gutangelegtes Geld, was sie an Leistungen und Zuschüssen an das Versicherungswerk übernehmen.

Von den Kosten der Verwaltung haben wir hier nicht besonders gesprochen, da diese sich je nach der Organisation sehr verschieden gestalten und jedenfalls für die Kantone nicht drückend werden dürften.

Wir glauben, dass die bescheidene Inanspruchnahme der Kantone während der Übergangsperiode von 15 Jahren ihnen erleichtern wird, sich auf die Zeit der vollen Belastung einzurichten. Eine Reihe von Kantonen hat in weitsichtiger Weise vor Jahren schon oder in der letzten Zeit Versicherungsfonds angelegt, welche zur ganzen oder teilweisen Bestreitung der kantonalen Zuwendungen an die Alters- und Hinterlassenenversicherung bestimmt sind. Andere Kantone werden sicherlich diesem Beispiele nachfolgen. Die Finanzlage der meisten Kantone hat sich heute erheblich gebessert. Die Rechnungen schliessen nur noch in wenigen Kantonen mit Defiziten, in den meisten mit Überschüssen ab. So dürfte es den Kantonen möglich sein, schon vor Inkrafttreten der Versicherung und auch nachher während der Übergangszeit von 15 Jahren Mittel für die spätere Periode stärkerer Belastung zurückzulegen. Gehen die Kantone bei der Bereitstellung ihrer Mittel für die Versicherung in der angedeuteten Weise vor, so ist auch bei ihnen ein gewisser Ausgleich zu erzielen, der ihnen gestatten dürfte, die jährlichen Zuwendungen an das Versicherungswerk dauernd auf einer angemessenen, im wesentlichen gleichmässigen Höhe zu behalten. Wie der Bund mit einer mittleren Jahresquote von ca. 40 Millionen durchkommt, so werden die Kantone ihre Ausgaben mit einer rechtzeitig eingestellten, gleichbleibenden Quote von vielleicht 10—12 Millionen decken können.

Indessen ist nicht zu leugnen, dass auch für die Kantone die Anforderungen auf allen Gebieten stets steigen und dass ihre Einnahmen infolgedessen zur Hauptsache durch andere Aufgaben beansprucht werden. In dem Verfassungsentwurf über die Besteuerung der gebrannten Wasser wird die Hälfte der Reineinnahmen den Kantonen zugewiesen und ihnen so von Bundes wegen eine Finanzquelle erschlossen, die zur Bestreitung ihrer Zuwendungen an die Alters- und Hinterlassenenversicherung geeignet ist. Der Anteil der Kantone darf wie derjenige des Bundes auf ungefähr 10 bis 12 Millionen Franken, somit auf die Summe geschätzt werden, die genügt, um die kantonale Belastung aus der Versicherung zu decken, falls sie von Anfang an für diese Zwecke reserviert wird. Die Annahme der Alkoholvorlage ist somit auch für die Kan-

tone nicht nur wünschenswert, sondern für manche von ihnen sogar unumgänglich notwendig. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf ihre in späteren Jahren gesteigerten Ausgaben.

So gelangen wir sowohl vom Standpunkte des Bundes wie von demjenigen der Kantone aus übereinstimmend zu dem Schlusse, dass die Annahme der Verfassungsvorlage über die Besteuerung des Alkohols die notwendige Voraussetzung einer zuverlässigen dauernden Finanzierung der Alters- und Hinterlassenenversicherung ist. Volk und Stände werden vermutlich schon im nächsten Frühjahr Gelegenheit bekommen, sich darüber auszusprechen und durch eine Annahme der Vorschläge der Bundesversammlung die solide und dauernde Grundlage für das Versicherungswerk schaffen.

Das Gesetz über die Besteuerung des Tabaks ist Ihnen bereits unterbreitet worden. Auch hier dürfte ein Entscheid erfolgen, bevor die Beratung der Versicherungsvorlage zu Ende geführt ist.

Wir unterbreiten Ihnen die Vorlage über die Alters- und Hinterlassenenversicherung absichtlich in diesem Zeitpunkt. Vorab ist nicht zu vergessen, dass die Beratung des Gesetzes und die Vorbereitung der Ausführung durch Bund und Kantone einige Jahre in Anspruch nehmen werden. Dem Inkrafttreten folgt eine längere Übergangsperiode, die zur Konsolidierung der kantonalen Kassen unumgänglich notwendig ist. So kommt es, dass von heute an gerechnet erst in etwa 20 Jahren die vollen Auswirkungen des Gesetzes eintreten. Mit Rücksicht hierauf und auf die lange Zeit, welche die Vorbereitung des Verfassungsartikels erforderte, glauben wir, nicht länger zögern zu dürfen. Wir haben das Vertrauen in die eidgenössischen Räte und das Volk, dass sie die beiden Vorlagen annehmen werden, die beide unentbehrlich sind, um für die endgültige Durchführung des Versicherungswerkes die nötigen Mittel zu beschaffen. So wird von Anfang an die Durchführung der Alters- und Hinterlassenenversicherung in einer Weise sichergestellt, die den Anforderungen einer soliden und weitausschauenden Finanzpolitik entspricht. Andererseits halten wir dafür, dass eine klare Stellungnahme des Bundesrates in der Versicherungsfrage und die Vorlage des Gesetzes geeignet seien, die Annahme des Tabakbesteuerungsgesetzes zu erleichtern und der Bewegung für die Alkoholvorlage neue Impulse zu geben. So sollte es möglich sein, alle Parteien und Richtungen im Schweizervolke in einer gemeinsamen und grossen Aktion für die Durchführung der beiden Finanzierungsvorlagen und der Sozialversicherung zu vereinigen. Der Bundesrat ist sich seiner vollen Verantwortlichkeit, für die Finanzen der Eidgenossenschaft in vorausschauender Weise zu sorgen, bewusst. Er vergisst aber auch nicht, dass die nunmehrige Realisierung der Alters- und Hinterlassenenversicherung eine politische und soziale Notwendigkeit ist und dass eine Verschiebung geeignet wäre, grosse und verständliche Enttäuschungen hervorzurufen.

IX. Die Ergänzung der Volksversicherung.

Die Volksversicherung soll auf der Grundlage der allgemeinen Beitragspflicht und mit Hilfe des Staates jedem Versicherten im Alter, sowie der Witwe und den Waisen beim Hinschied ihres Gatten und Vaters einen Mindestschutz in der Not gewähren.

Entscheidende organisatorische Gesichtspunkte, die Rücksichtnahme auf grosse wenig leistungsfähige Bevölkerungsschichten verlangen, bei aller Dezentralisation, ihre Durchführung nach übereinstimmenden Grundsätzen, vor allem mit einheitlichen und bescheidenen Beiträgen, denen, abgesehen von den staatlichen Zuschüssen, einheitliche Versicherungsleistungen entsprechen.

Wir haben bereits darauf hingewiesen, dass besonders in mehr städtischen und industriellen Verhältnissen ein Mehreres nicht nur wünschenswert, sondern sogar notwendig ist. Aus dieser Erkenntnis heraus ist denn auch für einzelne begünstigte Erwerbskategorien durch öffentliche wie private Arbeitgeber bereits höchst Anerkennenswertes verwirklicht worden. Diese Kräfte sollen durch die Volksversicherung nicht unterbunden und eingeschränkt werden, sondern sich auf ihrer Grundlage und begünstigt durch das neue Bundesgesetz erst recht entfalten können.

Der Betrachtung aller dieser Bestrebungen auf gesetzlicher wie auf privater Grundlage, in freiwilliger oder obligatorischer Form, die wir unter dem Namen der Ergänzungsversicherung zusammenfassen, sind die nachstehenden Ausführungen gewidmet.

Wir wenden uns zunächst der Gesetzgebung der Kantone zu.

Mit dem Erlass eines auf Art. 34^{quater} der Bundesverfassung gestützten Ausführungsgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung zieht der Bund das Gesetzgebungsrecht in dieser Materie an sich. Die Kantone können nachher nur noch im Rahmen der ihnen im Bundesgesetze eingeräumten Kompetenzen legiferieren. Ausgenommen davon bleiben die Invalidenversicherung, welche der Bund vorläufig noch nicht ordnet, sowie die Beamtenversicherungen der Kantone und Gemeinden, die auf ihrer Zuständigkeit zur Regelung des Arbeitsverhältnisses ihrer Dienstpflichtigen beruhen, und selbstverständlich die Armengesetzgebung.

Es dürfte deshalb gegeben sein, auch im vorliegenden Gesetze über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, ähnlich wie es seinerzeit im Bundesgesetze vom 13. Juni 1911 für die Krankenversicherung geschehen ist, die den Kantonen verbleibende Zuständigkeit, zugleich im Interesse der Klarheit zu umschreiben. Wenn diese vielleicht auch nicht in grossem Umfange von ihrem Gesetzgebungsrecht Gebrauch machen und die meisten von ihnen sich mit der gemeinsamen Versicherung des Bundes begnügen werden, so werden doch da und dort bestehende Wünsche und Bedürfnisse weitergehenden gesetzgeberischen Erlassen einzelner Kantone rufen.

Neuenburg, Waadt, Glarus und Appenzell A.-Rh. haben bereits, teils schon vor Jahren, im Gebiete der Alters-, Invaliden- und Hinterlassenen-

versicherung oder einzelner Zweige legiferiert. Ihr Bestreben wird dahin gehen, die geschaffenen Institutionen in der einen oder andern Form unter einer gewissen Anpassung an das neue Werk des Bundes als ergänzende Versicherung beizubehalten oder noch auszubauen. In andern Kantonen, wie in Basel-Stadt und Zürich, befinden sich ähnliche Gesetze in Vorbereitung oder sind auf dem Wege der Gesetzesinitiative vorgeschlagen. Es wäre nun weder zweckmässig noch befriedigend, wenn die Bundesgesetzgebung derartigen Bestrebungen, zur Befriedigung besonderer Bedürfnisse, die sie selber nicht oder nicht in genügender Weise berücksichtigen kann, in den Weg träte.

Gelangen wir somit grundsätzlich dazu, im Bundesgesetz die kantonale Kompetenz vorzubehalten, so bleibt weiterhin zu prüfen, ob und allenfalls welche Bedingungen den Kantonen bei deren Ausübung aufzuerlegen seien. Es stellt sich mit andern Worten die Frage, ob derartige ergänzende Versicherungen kraft kantonaler Gesetzgebung nur in Form einer Erweiterung der Versicherung des Bundes zuzulassen seien, oder ob sie zu selbständigen Versicherungswerken sollen ausgestaltet werden können.

So wünschbar eine gewisse Angleichung der kantonalen Gesetze aneinander im Sinne der ersten Alternative (Motivenbericht vom August 1928) zur Erleichterung der Freizügigkeit unter den betreffenden Kantonen auch wäre, so kann sie wegen der grossen Unterschiede im Bevölkerungsaufbau und wegen der damit verbundenen verschiedenen versicherungstechnischen Unterlagen, von denen die Kantone auszugehen haben werden, kaum zur Verwirklichung gelangen.

Dazu treten folgende entscheidende Überlegungen. Wie im Bund, so sind auch in den meisten Kantonen die Erwerbsverhältnisse und das Versicherungsbedürfnis sowie die Tragfähigkeit der einzelnen Bevölkerungsteile verschieden. Neben den in der Landwirtschaft tätigen Personen, für welche die Versicherung des Bundes in der Regel genügen wird, stehen die Arbeitnehmer von Handel und Industrie, welche besonders in mehr städtischen Gebieten ein Bedürfnis nach höheren Leistungen haben, zugleich aber auch gewillt und in der Lage sein werden, höhere Beiträge zu entrichten.

Wir haben die Gründe einlässlich auseinandergesetzt, welche uns nötigen, das Werk des Bundes nach einheitlichen Grundsätzen zu gestalten, um, unter Anpassung an eine durchschnittliche Leistungsfähigkeit der grossen Masse der Bevölkerung, dem einzelnen einen wenn auch bescheidenen, so doch absolut zuverlässigen Versicherungsschutz zu gewähren, der von jedem Wechsel des Wohnsitzes, des Berufes wie des Einkommens unabhängig ist.

Demgegenüber soll die Ergänzungsversicherung die Möglichkeit bieten, den verschiedenartigen Bedürfnissen der einzelnen Bevölkerungsgruppen und Erwerbsschichten zu entsprechen. Dieser Aufgabe wird sie aber nur gerecht zu werden vermögen, wenn den Kantonen bei ihrer Ausgestaltung die grösste Freiheit gelassen wird. Die Kantone sollen darüber zu befinden haben, ob sie eine solche Versicherung obligatorisch erklären oder ob sie sich auf die Förderung einer freiwilligen Versicherung beschränken wollen. Im Falle der Einführung eines Obligatoriums werden sie zu entscheiden haben, ob es ebenfalls wie das

des Bundes ein Volksobligatorium sein soll, eventuell mit abgestuften Beiträgen und Versicherungsleistungen, oder ob sie den Versicherungszwang auf gewisse Kategorien ihrer Bevölkerung beschränken wollen. Alle diese Fragen, welche sich in jedem einzelnen Kanton verschieden stellen können, müssen in Würdigung der in Betracht kommenden besondern Verhältnisse geprüft und beurteilt werden. Die Aufstellung bindender Vorschriften seitens des Bundes würde sich hier nur als hinderlich erweisen und vermöchte gerade dem Zwecke, dem die Ergänzungsversicherung zu dienen hat, nicht gerecht zu werden. Es ist denn auch in der ausserparlamentarischen Kommission in Zürich, insbesondere von seiten der Vertreter der Kantonsregierungen verschiedenster politischer Richtung und aus den verschiedenartigsten grundsätzlichen Anschauungen heraus, mit Nachdruck der Wunsch nach einer möglichst unbeschränkten Zuständigkeit der Kantone im Gebiete der Ergänzungsversicherung geäußert worden.

Müssen aus den eben dargelegten Erwägungen in der Ergänzungsversicherung die grundsätzlichen Entscheidungen in die Hände der Kantone gelegt werden, so gilt dies natürlich auch für die damit in engem Zusammenhange stehenden finanziellen und organisatorischen Fragen. Die Kantone werden somit über die Höhe der in einer solchen Versicherung zu erhebenden Beiträge und der auszurichtenden Versicherungsleistungen sowie über die staatlichen Zuschüsse zu befinden haben. Immerhin ist bezüglich dieses Punktes festzustellen, dass auch für die Ergänzungsversicherung eines Kantons, wenigstens soweit es sich um die Zweige handelt, über die der Bund heute legisliert, die Alters- und Hinterlassenenfürsorge, die Bestimmung von Art. 34^{quater} Anwendung findet, wonach die staatlichen Zuschüsse die Hälfte des Gesamtbedarfes der Versicherung nicht übersteigen dürfen. Ein Vorbehalt muss vielleicht gemacht werden für bereits bestehende Gesetze, wie die von Glarus und Appenzell A.-Rh. Dagegen bleiben die Kantone hinsichtlich der Verwendung und Verteilung dieser Zuschüsse frei. Sie können diese zur Prämien-erleichterung wie zur Erhöhung der Versicherungsleistungen verwenden und auch die Normen für die Verteilung im Einzelfall festsetzen.

Das gleiche gilt hinsichtlich der organisatorischen Fragen, deren Lösung ja auf das engste mit der ganzen Anlage des Versicherungswerkes zusammenhängt. Während sich für die Volksversicherung des Bundes das Umlageverfahren und damit die Konzentration des Versicherungsbetriebes in einer einzigen Versicherungskasse für jeden einzelnen Kanton als zweckmässigste Organisationsform geradezu aufdrängte, so werden die Kantone die organisatorischen Fragen, die sich in der Ergänzungsversicherung stellen, je nach dem von ihnen gewählten Versicherungssystem — Freiwilligkeit, Volks- oder Teilobligatorium — verschieden zu würdigen und zu beurteilen haben. Je nachdem werden sie somit auch die Durchführung einer solchen Versicherung entweder ihrer kantonalen Kasse übergeben oder, sei es für sich allein, sei es in Verbindung mit der kantonalen Kasse, andere private und öffentliche Versicherungsinstitutionen zur Mitwirkung heranziehen können.

So wird die kantonale Ergänzungsversicherung ihrer Natur nach das Feld sein können, auf welchem die Wünsche nach Zulassung von privaten Versicherungsinstitutionen, Versicherungskassen von Verbänden, Betrieben usw., die in der Versicherung des Bundes entschieden abgelehnt werden mussten, ihre Befriedigung werden finden können. Die Kantone werden dabei natürlich, wenn sie sich zu der Zulassung einer Mehrheit von Versicherungsträgern entschliessen, die zur einwandfreien Besorgung der Versicherungsgeschäfte notwendigen Zulassungsbedingungen aufzustellen und ihre Innehaltung zu kontrollieren haben.

Die Freiheit der Kantone in der Ausgestaltung der Ergänzungsversicherung bedarf jedoch einer Einschränkung. Wir haben zur Finanzierung der Versicherung des Bundes einen Arbeitgeberbeitrag in Aussicht genommen, der in Würdigung der beschränkten Leistungsfähigkeit, insbesondere der kleinen Arbeitgeber, auf einen bescheidenen Einheitssatz bestimmt wurde. Es ist geboten, es dabei bewenden zu lassen. Würde man den Kantonen gestatten, in der Ergänzungsversicherung weitere Arbeitgeberbeiträge zu erheben, so könnte das nicht nur in vielen Fällen den Pflchtigen über seine Leistungsfähigkeit hinaus in Anspruch nehmen, sondern auch zu einer ungleichen Belastung gleichartiger Betriebe oder sogar von einzelnen Niederlassungen ein und desselben Unternehmens, je nach ihrem zufälligen Sitze im einen oder andern Teil unseres Landes, führen. Solches muss aber unter allen Umständen vermieden werden.

Die ergänzende Fursorgetatigkeit, zu welcher die projektierte Volksversicherung die Grundlage und einen wertvollen Ansporn bilden wird, erschöpft sich aber, wie wir bereits in der Einleitung zu diesem Abschnitte bemerkten, nicht in der gesetzgeberischen Tätigkeit der Kantone. In höherem Masse noch als die Gesetzgebung, deren Aufgabe es vor allem ist, eine gewisse allgemeine Fürsorge zu gewährleisten, vermögen die freie Initiative und das soziale Empfinden derjenigen zu helfen, denen die Mittel hierfür zu Gebote stehen. Nie wird eine gesetzliche Sozialversicherung alle Bedürfnisse befriedigen können und dürfen. Dies gilt für eine Volksversicherung, welche unter Rücksichtnahme auf die wirtschaftlich schwachen und schwächsten Schichten in möglichst einheitlichen und einfachen Formen durchzuführen ist, in ganz besonderem Masse. Ihre Aufgabe ist vielmehr die, eine Fürsorge zu gewähren, die, wenn sie sich auf der einen Seite zwar, wie gesagt, in gewissen Schranken halten muss, dafür um so zuverlässiger und von der Entwicklung des Schicksals jedes einzelnen unabhängiger sein kann und sein soll.

So verstanden, werden sich gesetzliche Sozialversicherung einerseits und die private Versicherungs- und Fursorgetatigkeit andererseits in wertvollster Weise ergänzen können.

Die von uns mit Hilfe des Zentralverbandes der schweizerischen Arbeitgeberorganisationen durchgeführte Enquête zeigt, welch wertvolle Ergebnisse diese von sozialem Verständnis getragene Initiative in einzelnen Erwerbszweigen unter besonders günstigen Umständen gezeitigt hat und immer noch

wird zeitigen können. Wir wissen, dass in einzelnen Kreisen der Wunsch bestand, die Gesetzgebung möchte an diese bestehenden Fürsorgeeinrichtungen anknüpfen und sie wenn möglich zur Mitarbeit heranziehen. Die Notwendigkeit, nicht nur für die unselbständig erwerbende Bevölkerung, sondern auch für die zahlreichen bescheidenen selbständigen Existenzen, insbesondere in Gewerbe und Landwirtschaft, zu sorgen, hat uns zur Volksversicherung und damit zu grundsätzlich andern organisatorischen Lösungen geführt. Dazu kommen, wie ebenfalls die vorgenannte Enquête ausweist, die ganz verschiedenartige Struktur dieser Einrichtungen sowie die Tatsache, dass sie sich, bei aller Anerkennung ihres Wertes und des sozialen Sinnes, der aus ihnen spricht, auf relativ geringe Bestandteile der Arbeitnehmerschaft erstrecken, während die grosse Mehrheit ihrer entbehrt. Alle diese Umstände verboten es, die Einrichtungen der Personalfürsorge in die Organisation der gesetzlichen Versicherung einzubeziehen.

Daraus werden ihnen aber keine Nachteile erwachsen. Wir glauben im Gegenteil, dass gerade ihre Freiheit von jeder staatlichen Intervention und Kontrolle, der sie sich im Falle der Mitwirkung an der Durchführung der obligatorischen Versicherung hätten unterziehen müssen, ihnen nur erwünscht und ihrer Entfaltung nur förderlich sein kann. Diese Freiheit wird ihnen erlauben, sich nach wie vor an die besondern Verhältnisse des Betriebes und des Personals, dem sie dienen, anzupassen und die Formen zu wählen, welche im Einzelfalle als die Zweckmässigsten erscheinen.

Dabei sind wir uns bewusst, dass die Mannigfaltigkeit dieser Formen, in denen heute solche Institutionen der Personalfürsorge aufgebaut und finanziert werden, der vom Standpunkte des Arbeitnehmers aus häufig erwünschten Freizügigkeit zwischen den einzelnen Unternehmungen oft Schwierigkeiten bietet. Sie auf gesetzlichem Wege zu realisieren, hätte aber weitgehende Eingriffe in die Selbständigkeit der einzelnen Kassen verlangt und wäre gerade wegen der so verschiedenen finanziellen Struktur wohl nur in ganz geringem Umfange möglich gewesen. Daher dürfte es richtiger sein, statt bereits Erreichtes und Erstrebtes in seinem Bestande zu gefährden, es zu erhalten und fortzubilden, wenn damit auch nicht alle Wünsche erfüllt werden können, in der Erwartung, dass vielleicht später die Entwicklung ohne gesetzliche Intervention zur Herstellung einer gewissen Freizügigkeit in einzelnen Branchen auf Grund freier Verständigung zwischen den einzelnen Unternehmungen führen könne.

Wenn wir somit von einer direkten gesetzgeberischen Beeinflussung der Personalfürsorge abgesehen haben, so will das nicht heissen, dass das Gesetz, das wir vorlegen, ihr nicht indirekt Förderung angedeihen lassen kann. In diesem Sinne sieht es zunächst vor, dass die Arbeitgeberbeiträge, welche in der obligatorischen Alters- und Hinterlassenenversicherung erhoben werden, mit den Zuwendungen, die der Arbeitgeber an von ihm errichtete Personalfürsorgeeinrichtungen macht, unter bestimmten Bedingungen verrechnet werden dürfen. In ähnlicher Weise können die von solchen Einrichtungen oder vom Arbeitgeber direkt ausgerichteten Rentenleistungen, im Hinblick auf seine Pflicht

zur Bezahlung von Arbeitgeberbeiträgen in der öffentlichen Versicherung, eine dem Werte dieser Beiträge entsprechende Reduktion erfahren.

Im weitern haben wir uns die Frage vorgelegt, ob nicht durch das Bundesgesetz selber solchen Einrichtungen bei Erfüllung bestimmter Bedingungen die Steuerfreiheit oder zum mindesten gewisse Steuervergünstigungen, nicht nur gegenüber dem Bunde, sondern auch gegenüber Kantonen und Gemeinden eingeräumt werden könnten. Wenn wir uns entschlossen haben, davon abzusehen, so war dafür vor allem die Tatsache massgebend, dass schon heute die meisten Kantone unmittelbar kraft Gesetzes oder kraft einer auf das Gesetz gestützten Verwaltungspraxis der zuständigen Behörde solche Vergünstigungen gewähren. Was auf dem Wege des Bundesrechtes erst erzielt werden sollte, ist somit zur Hauptsache in den Kantonen bereits verwirklicht. Dabei dürfen wir wohl der Hoffnung Ausdruck geben, dass es denjenigen Kantonen, die heute solche Vergünstigungen noch nicht kennen, in absehbarer Zeit möglich sein werde, sie einzuführen, aus der Überlegung heraus, dass die Personalfürsorge eine wertvolle und notwendige Ergänzung der durch die Gesetzgebung des Bundes geschaffenen allgemeinen Versicherung darstellt.

Eine Förderung der Personalfürsorgeeinrichtungen empfiehlt sich aber noch aus einer andern Überlegung. Diese Einrichtungen schliessen meistens auch den Invaliditätsfall ein, womit es dem Arbeitgeber möglich wird, nicht mehr leistungsfähige Arbeitskräfte schon vor Erreichung eines bestimmten höhern Alters ohne Härte aus dem Betriebe auszuschalten. Wir haben bereits in der Einleitung angedeutet, dass die Invalidenversicherung, wenn sie einmal zur Einführung gelangen wird, wohl nicht nach dem Muster des vorliegenden Gesetzes organisiert werden kann, sondern dass dafür wegen der Art ihres Risikos besondere Wege beschritten werden müssen. Muss auch die Alters- und Hinterlassenenversicherung Volksversicherungscharakter haben, so liegt es näher, die Invalidität im Wege einer Klassenversicherung zu berücksichtigen und dafür bereits bestehende Einrichtungen heranzuziehen. Von diesem Standpunkte aus aber erscheint eine weitere Entwicklung der freiwilligen Invalidenfürsorge, speziell innerhalb der einzelnen Unternehmungen und der Berufe, von besonderem Wert, vermag sie dann doch am ehesten die Grundlage für eine gewisse gesetzliche Verallgemeinerung zu liefern.

X. Erläuterungen zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen.

A. Allgemeines.

Wir haben in den vorangehenden Abschnitten der Botschaft die Grundlagen, auf denen der Gesetzesentwurf beruht und seine leitenden Gedanken einlässlich auseinandergesetzt. Die Bemerkungen zu den einzelnen Gesetzesbestimmungen können sich daher im wesentlichen auf dasjenige beschränken, was zum Verständnis besonderer Fragen und Formulierungen notwendig ist. Der Zusammenhang mit den allgemeinen Ausführungen ist je-

weilen durch eine kurze Rekapitulation des zur Besprechung stehenden Grundsatzes und durch einen Hinweis auf den entsprechenden Abschnitt jener hergestellt. Eine Darstellungsweise, deren Hauptgewicht auf der systematischen zusammenhängenden Erörterung der Ökonomie des ganzen Gesetzes beruht, schien uns in diesem Falle, wo es sich darum handelt, eine Institution zu schaffen und in ihren Grundzügen zu ordnen, den Vorzug vor einer mehr kommentatorischen Behandlung der Materie zu verdienen.

Der Gesetzesentwurf ist möglichst kurz und einfach gehalten, wie es bei einem Erlasse notwendig ist, der die Alters- und Hinterlassenenversicherung des grössten Teiles der Bevölkerung regelt und von jedem einzelnen soll zu Rate gezogen werden können. Immerhin müssen im Bundesgesetze die Grundzüge der Organisation soweit festgelegt sein, dass eine reibungslose Durchführung, insbesondere ein befriedigendes Zusammenarbeiten von Bund, Kantonen und Gemeinden, garantiert ist. Ferner hat das Gesetz die Rechte und Pflichten des einzelnen Versicherten festzulegen.

Das Gesetz gliedert sich in drei Hauptabschnitte, welche sich mit der Durchführung der Versicherung in organisatorischer Hinsicht, mit der Beitragspflicht der Versicherten und der Arbeitgeber, sowie mit der Festsetzung und der Ausrichtung der Leistungen befassen. An diese Hauptabschnitte reihen sich die Abschnitte über die Ergänzungsversicherung, über die Rechtspflege und über die Strafbestimmungen an. In den Schlussbestimmungen sind einige Sondernormen untergebracht. Der Gesetzesentwurf umfasst im ganzen 38 Artikel.

Den Verordnungen des Bundesrates und den kantonalen Einföhrungsvorschriften ist im Rahmen der gesetzlichen Grundsätze die Regelung des Versicherungsbetriebes und die Normierung von Einzelheiten vorbehalten. Die Verordnungen des Bundes haben vor allem für die nähere Ausführung des Bundesgesetzes im Sinne einer gewissen Einheitlichkeit zu sorgen. So wird der Bund in einer oder in verschiedenen Verordnungen insbesondere die Form der Berichterstattung und der Rechnungsablage der kantonalen Versicherungskassen und den Verkehr zwischen diesen Kassen zur Herbeiföhrung des Risikoausgleiches zu regeln haben. Dazu kommen die Aufstellung gewisser Grundsätze über den Beitragsbezug soweit es zur Vermeidung von Schwierigkeiten beim Übergang eines Versicherten von einem zum andern Kanton notwendig ist; Vorschriften über die Berechnung der Arbeitgeberbeiträge, über die Grenzen, innerhalb welcher die Kantone die Beiträge der Versicherten übernehmen können, über die Erhöhung der Altersrente bei Hinausschiebung ihres Bezuges, über die Bezeichnung der Rekursinstanz zur Behandlung von Streitigkeiten aus der Versicherung und die Festsetzung des Verfahrens.

Bei der weitgehenden Selbständigkeit, die den Kantonen im Bundesgesetze eingeräumt ist, kommt aber auch ihren Einföhrungserlassen eine grosse Bedeutung zu.

Die Kantone haben die kantonale Versicherungskasse zu errichten und die für ihre ordnungsgemässe Verwaltung erforderlichen Vorschriften aufzustellen.

Sie haben über die Art der Beitragserhebung, über die Auszahlung der Versicherungsleistungen und die Organisation der erstinstanzlichen Rechtspflege zu bestimmen. Von ganz besonderer Bedeutung sind endlich die von den Kantonen innerhalb des vom Bundesgesetze gezogenen Rahmens aufzustellenden Vorschriften über die Sozialzuschüsse (Art. 25 des Gesetzes) und gegebenenfalls über eine allgemeine Beitragsermässigung für ihre Bevölkerung aus öffentlichen Mitteln.

Sämtliche kantonale Erlasse bedürfen der Genehmigung des Bundesrates. Der Bund wird natürlich schon bei ihrer Vorbereitung den Kantonen auf ihren Wunsch an die Hand gehen.

B. Die einzelnen Gesetzesbestimmungen.

1. Organisation und Durchführung der Versicherung.

Art. 1. Diese Norm drückt den Grundsatz aus, dass die Versicherung ein Werk des Bundes sei, der in Erfüllung der ihm übertragenen Aufgabe das Wesentliche über ihre Anlage und Durchführung zu bestimmen hat.

Art. 2 überträgt die Durchführung der Versicherung gemäss den bundesrechtlichen Vorschriften und Anordnungen den Kantonen. Sie sollen die Versicherung durch das Mittel einer öffentlich-rechtlichen Versicherungskasse mit eigener Rechtspersönlichkeit besorgen lassen. Diese Kassen sind die eigentlichen Versicherungsträger, auf deren Rechnung der Versicherungsbetrieb geht. Sie sind Gläubiger der im Kantonsgebiet zahlbaren Beiträge und Schuldner der Versicherungsleistungen. Die Versicherung ist somit in Anlehnung an die gegebene politische Gliederung des Landes nach dem Prinzip der Dezentralisation organisiert. Dies war schon deshalb geboten, weil der Bund über eigene Organe, welche die Aufgabe übernehmen könnten, nicht verfügt und so auch hier, wie in andern Gebieten der Sozialpolitik, z. B. im Fabrikgesetz, an die Mitwirkung der kantonalen Behörden appellieren muss. Die Kantone als Inhaber der Polizei- und der Steuergewalt sind gerade in einer obligatorischen Versicherung auch am besten in der Lage, die fortgesetzte Erfüllung der Versicherungspflicht zu kontrollieren und für den regelmässigen Eingang der Beiträge zu sorgen.

Die juristische Verselbständigung der kantonalen Kassen ist hauptsächlich aus vermögensrechtlichen Gründen vorgeschrieben. Der Versicherte soll die Gewähr haben, dass seine Beiträge nicht im kantonalen Haushalt für allgemeine Staatszwecke verbraucht werden, wie andererseits die finanzielle Lage des Kantons nicht mit der Versicherung verkettenet und zum Schaden anderer Aufgaben beeinträchtigt werden darf. Diese Verselbständigung der kantonalen Kassen schliesst aber nicht aus, dass sie vom Staate verwaltet werden können, wie es z. B. schon heute in Glarus und Appenzell A.-Rh. der Fall ist.

Art. 3 bildet in gewissem Sinne eine nähere Ausführung und Präzisierung des in der vorangehenden Bestimmung aufgestellten Grundsatzes. Von besonderer Bedeutung ist die Vorschrift, dass die Gelder, die von der kantonalen Kasse einkassiert werden, nur dem Versicherungszwecke dienen dürfen. Die Kantone sollen die Mittel der Versicherung nicht im Staatshaushalte verwenden und dafür gegenüber der kantonalen Versicherungskasse eine blossе Buchschuld eingehen. In den kantonalen Versicherungskassen werden während der Übergangszeit von 15 Jahren, in der nur die halben Versicherungsleistungen ausgerichtet werden, aus den Überschüssen der Beitragseinnahmen nicht unerhebliche Rücklagen entstehen. Die Erträgnisse dieser Rücklagen haben zur teilweisen Deckung der vollen Versicherungsleistungen in der Folgezeit zu dienen. Sie sind deshalb so zu verwalten, dass sowohl Sicherheit für den Bestand des Kapitals selber wie auch Gewähr für die Erzielung eines den Geldmarktverhältnissen angemessenen Zinsfusses besteht. Wenn auch zu erwarten steht, dass die Kantone dieser Aufgabe gerecht werden können, so erscheint es doch zweckmässig, von Bundes wegen gewisse einheitliche Grundsätze über die Art der Anlagen, welche in Betracht kommen können, aufzustellen. Dies dürfte besonders im Hinblick auf den in *Art. 4* vorgesehenen Ausgleichungsverkehr zwischen den kantonalen Kassen gerechtfertigt sein, damit Auseinandersetzungen unter den Kantonen über die Verwaltung der Versicherungsgelder möglichst vermieden werden. Ist auch die Anlage solcher in kantonalen Anleihen selbstverständlich nicht ausgeschlossen, so wird doch dafür gesorgt werden müssen, dass nicht etwa die Versicherungskasse vom Kanton dazu benützt werde, seinen Geldbedarf unter Beeinträchtigung der Interessen der Versicherung zu besonders billigen Zinssätzen zu befriedigen.

Die Versicherung ist nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit und der Selbsterhaltung der kantonalen Kassen zu verwalten. Diese haben die ihnen obliegenden Verpflichtungen ausschliesslich aus ihren Einnahmen zu bestreiten. Andererseits dürfen aber die Kantone auch nicht etwa Gewinne aus der Versicherung andern Zwecken zuführen. Alle Überschüsse haben vielmehr in der kantonalen Kasse zu verbleiben und sind für die Alters- und Hinterlassenenversicherung zu verwenden. Daher ist auch ihr Vermögen nicht nur getrennt vom Staatsvermögen, sondern auch von demjenigen anderer Versicherungsinstitutionen zu verwalten, die der Kanton etwa einrichten oder der kantonalen Kasse angliedern könnte. Dies gilt auch für eine allfällige kantonale Ergänzungsversicherung nach Massgabe dieses Gesetzes.

Art. 4. Die Versicherung ist, wenn sie auch durch die Kantone durchgeführt wird, doch ein Werk des Bundes und stellt grundsätzlich eine Einheit dar. Auf diesem Boden allein kann sie den Anforderungen des Verkehrs gerecht werden. Wir haben in Abschnitt IV eingehend dargelegt, wie die zahlreichen Wanderungen im Innern unseres Landes eine solche einheitliche Ordnung durch den Bund verlangen, wenn nicht unübersehbare Komplikationen und Schwierig-

keiten entstehen sollen. Wer in einem gegebenen Kanton beitragspflichtig ist, soll bei Wohnsitzwechsel jederzeit ohne Einschränkung und ohne dass irgendwelche Geldüberweisungen stattfinden, seine Versicherung im neuen Wohnsitzkanton zu den gleichen Bedingungen fortsetzen können und dort ebenfalls ohne alle Einschränkungen, wenn der Versicherungsfall eintritt die Leistungen im bundesgesetzlich bestimmten Ausmass erhalten. Die Tatsache, dass die Kantone die Versicherung durchzuführen haben, darf in keiner Weise die Freizügigkeit behindern und soll vom Standpunkte des Verhältnisses des einzelnen zur Versicherung aus vollständig irrelevant sein.

Es liegt nun aber auf der Hand, dass eine solche Ordnung, welche in bezug auf Beitrags- und Versicherungsleistung die ganze Einrichtung als Einheit auffasst, während doch die kantonalen Kassen aus ihren Mitteln die jeweiligen im Gebiete ihres Kantons fälligen Versicherungsleistungen zu bestreiten haben, eines Ausgleichsverkehrs bedarf. Die Beiträge und Versicherungsleistungen sind auf Grund der mutmasslichen Entwicklung, Altersschichtung und Sterblichkeitsverhältnisse der gesamtschweizerischen Bevölkerung berechnet, während diese Verhältnisse in den einzelnen Kantonen stark voneinander abweichen. Wir haben im Abschnitt über die bevölkerungsstatistischen Grundlagen des nähern darauf hingewiesen. Besonders in industriellen Kantonen werden sich viele jüngere Leute zusammenfinden, während die mehr ländlichen Kantone infolge des Rückflusses von Arbeitskräften in ihre Heimat und aus andern Gründen eine den schweizerischen Durchschnitt übersteigende Zahl von alten Leuten aufweisen.

Nun wird die finanzielle Entwicklung einer Altersrentenkasse in erster Linie durch das Verhältnis der Rentnerzahl zu der Anzahl der prämienpflichtigen Personen beeinflusst. Die finanzielle Beanspruchung der Kasse ist umso stärker, je grösser die genannte Verhältniszahl ist. Es wäre nun nicht gerecht, die Kantone mit ungünstiger Altersstruktur die höhere Rentnerbelastung allein tragen zu lassen und sie damit zum vornherein zu einer ungünstigeren finanziellen Entwicklung zu verurteilen. Vielmehr müssen diese Ungleichheiten durch ein Ausgleichsverfahren zwischen den verschiedenen kantonalen Versicherungskassen beseitigt werden.

Die stärker industrialisierten Kantone werden aber, abgesehen von dem für die Versicherung günstigeren Verhältnisse zwischen der Zahl der Beitragspflichtigen und derjenigen der Rentenberechtigten, auch erheblich mehr an Arbeitgeberbeiträgen beziehen, welche nach dem Gesetzesentwurf in die kantonale Kasse des Unternehmungssitzes einzuzahlen sind. Diese wird dergestalt überdies der Arbeitgeberbeiträge für Personen teilhaftig, die zwar in einem Betrieb des betreffenden Kantons tätig sind, aber im Nachbarkanton wohnen und deshalb im Versicherungsfalle die kantonale Kasse dieses letztern belasten. Aus diesen Gründen ist es geboten, auch die Arbeitgeberbeiträge in den Ausgleichungsverkehr einzubeziehen.

Für die Durchführung der Ausgleichung sind verschiedene Verfahren denkbar.

In jedem Falle wird man, wie bereits im Abschnitte über die Organisation hervorgehoben, die Ausgleichung so einrichten müssen, dass die Kantone grundsätzlich für die in ihrem Gebiete zahlbaren Versicherungsleistungen verantwortlich und damit am sorgfältigen und vollständigen Einzug der Beiträge interessiert bleiben.

Im übrigen zeigt die Erfahrung, dass die Faktoren, welche auszugleichen sind, das Rentnerverhältnis und die Summen der Arbeitgeberbeiträge, sich im Laufe der Zeit immer mehr dem schweizerischen Mittel annähern. Die zunehmende Industrialisierung des Landes, die mehr oder weniger alle Kantone ergreift, sorgt gewissermassen durch die Herstellung ähnlicher Verhältnisse für eine Art natürlichen Ausgleiches, so dass die Unterschiede der Belastung, welche der gesetzlichen Ausgleichung bedürfen, an Bedeutung verlieren. Diese Tatsachen verlangen eine weitgehende Anpassungsfähigkeit des Ausgleichungsverkehrs an die wechselnden Verhältnisse, wie sie am besten gewährleistet ist, wenn seine Regelung und Durchführung in die Hände des Bundesrates gelegt wird.

Art. 5 begründet zugunsten der Alters- und Hinterlassenenversicherung ein Steuerprivileg, das den ähnlichen Vorschriften von *Art. 31* und *53* des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung entspricht. Es erschiene in der Tat nicht gerechtfertigt, eine Einrichtung, an der sich der Staat und speziell der Bund in so erheblichem Ausmasse finanziell beteiligt und die das soziale Versicherungsbedürfnis der grossen Schichten des Volkes befriedigen soll, mit den oft nicht unerheblichen kantonalen Steuern zu belasten und ihr Gelder zu entziehen, die für die Erfüllung ihres Zweckes notwendig sind. Die in der Bestimmung vorgesehene Steuer- und Gebührenfreiheit erstreckt sich sowohl auf die kantonalen Abgaben wie auf diejenigen des Bundes. Entsprechend den bereits zitierten ähnlichen Bestimmungen ist auch hier die Steuerpflicht für nicht unmittelbar dem Versicherungsbetriebe dienendes Grundeigentum vorbehalten worden.

Art. 6 bildet die Grundlage für die Kompetenzen der Kantone zur Regelung der Organisation und der Verwaltung der kantonalen Kasse. Die Kantone sind im allgemeinen frei, sich ihren besondern Bedürfnissen anzupassen, die von Kanton zu Kanton wechseln. Sie können insbesondere alle Verwaltungsaufgaben der kantonalen Kasse ihren Staats- und Gemeindebehörden übertragen oder sie auf einzelne davon beschränken und die andern besondern Kassenorganen zuweisen. Von Bedeutung ist die klare Ausscheidung der Kompetenzen zwischen den Kantons- und Gemeindebehörden. Der Bund mischt sich in diese Verhältnisse nicht ein. Wenn er an die Mitwirkung der Kantonsbehörden appelliert, so sind darunter nach Massgabe der bezüglichen kantonalen Vollziehungsvorschriften die Gemeindebehörden inbegriffen. Zweckmässig dürfte es sein, dass der Kanton speziell diejenigen Aufgaben, für welche lokale

Organe besonders geeignet sind — wie die Kontrolle über die Erfüllung der Beitragspflicht und den Einzug der Beiträge —, den Gemeindebehörden überträgt. Im fernern werden diese mit Nutzen zur Begutachtung der Verhältnisse und zur Antragstellung bei der Gewährung von Leistungserhöhungen aus öffentlichen Mitteln durch die kantonale Versicherungskasse herangezogen werden.

Es ist gewünscht worden, es möchten neben der kantonalen Kasse Versicherungsinstitutionen, z. B. solche von Verbänden und Betrieben, zur Durchführung der Volksversicherung zugelassen werden. Wir haben in Abschnitt III Seite 220 ff. dieser Botschaft ausführlich auseinandergesetzt, warum eine solche Mitwirkung in der Stellung selbständiger Versicherungs- und Risikoträger nicht möglich ist, zugleich aber angedeutet, dass jenen Organisationen unter Umständen die Besorgung einzelner Verwaltungsaufgaben auf Rechnung der kantonalen Kasse übertragen werden könnte. Da die Kantone die Sorge und die Verantwortlichkeit für eine gute Organisation und die richtige Abwicklung der Versicherungsgeschäfte zu tragen haben werden, so darf ihnen der Bund eine solche Delegation nicht vorschreiben. Sie sollen dagegen frei sein, sie von sich aus vorzunehmen, wenn sie ihnen zweckmässig erscheint und wenn die mitwirkenden Institutionen sich den Bedingungen unterziehen, welche die Kantone im Interesse sachgemässer Verwaltung ihnen glauben auferlegen zu sollen.

Art. 7 will ermöglichen, dass mehrere, insbesondere kleinere Kantone oder solche, die untereinander in engem wirtschaftlichem Zusammenhange stehen, die Durchführung der Versicherung für ihr Gebiet einer gemeinschaftlichen Kasse übertragen können. Wenn auch der Bund mit Rücksicht auf die staatsrechtliche Selbständigkeit der Kantone es vermeiden muss, zwingende Vorschriften aufzustellen, so ist doch zu hoffen, dass im Interesse der Verbilligung der Verwaltung und der sachgemässen Organisation von der gebotenen Möglichkeit da und dort Gebrauch gemacht werde.

Art. 8 ermächtigt die Kantone, die zur Vollziehung des Gesetzes erforderlichen Bestimmungen zu erlassen. Dabei ist dafür zu sorgen, dass kantonale Vorschriften, von denen die Möglichkeit der Vollziehung des Bundesgesetzes im betreffenden Kanton überhaupt abhängt, rechtzeitig erlassen werden, und dass sich ihr Inkrafttreten nicht infolge von Umständlichkeiten des kantonalen Gesetzgebungsweges verzögere oder vom Ergebnis eines kantonalen Referendums abhängt. Es könnte zur Folge haben, dass die ganze Versicherung, weil sie in einem Kanton nicht rechtzeitig zur Durchführung gelangen kann, überhaupt vorläufig unausgeführt bliebe. Wir haben deshalb eine den Art. 52 und 53 des Schlusstitels des Zivilgesetzbuches entsprechende Vorschrift aufgenommen, wonach die Kantone zur Aufstellung dieser Vorschriften nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet sind und es eventuell, trotz entgegenstehender Grundsätze des kantonalen Staatsrechtes, auf dem Verordnungswege tun können. Für den Fall, dass ein Kanton seinen Pflichten nicht nachkommt, ist, ebenfalls in Anlehnung an die analoge Vorschrift des Schweizer-

rischen Zivilgesetzbuches, die Ersatzvornahme durch den Bundesrat in Form einer bundesrechtlichen Verordnung vorgesehen, unter gleichzeitiger Anzeige an die Bundesversammlung. Dies bezieht sich natürlich nur auf die Erlasse, die zur Durchführung der allgemeinen Versicherung notwendig sind, nicht auf die Einführung einer Ergänzungsversicherung, wo für die Art des Erlasses das kantonale Staatsrecht massgebend bleibt.

Im übrigen stellt Art. 8 das Erfordernis der Genehmigung sämtlicher kantonalen Erlasse durch den Bundesrat auf.

Wenn auch die Kantone in der Gliederung der Organe und der Verteilung der Aufgaben sich nach ihrem Gutfinden einrichten können, so hat der Bund kraft seines Aufsichtsrechtes und seiner Verantwortlichkeit für die von ihm geschaffene Versicherung dafür zu sorgen, dass die Organisation zweckmässig und klar sei und einen reibungslosen Verkehr zwischen den verschiedenen beteiligten Stellen ermögliche.

Art. 9 regelt die Bundesaufsicht über die Durchführung der Versicherung in den Kantonen. Sie wird vom Bundesrate ausgeübt, der diese Aufsichtsfunktionen oder einzelne davon im Wege der Delegation auf Grund und im Rahmen des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesverwaltung vom Jahre 1914 an ein Departement oder an eine dem Departemente unterstellte Abteilung delegieren kann. Der Bundesrat wird auch Streitigkeiten zwischen den Kantonen und den kantonalen Kassen zu entscheiden haben, die sich aus der Anwendung des Gesetzes ergeben. Als gegebene Aufsichtsstellen unter dem Bundesrat dürften das eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement und das ihm angegliederte Bundesamt für Sozialversicherung in Frage kommen, denen die Vorbereitung des Gesetzes obliegt und die auch in den übrigen Zweigen der Sozialversicherung zuständig sind. Die Aufsicht des Bundes wird auf Grund der periodischen Berichte und der Rechnungen der kantonalen Kassen ausgeübt werden, deren Nachprüfung an Ort und Stelle anhand von Belegen und anderen Urkunden vorbehalten ist. Zwischen der periodischen Berichterstattung werden gelegentliche Inspektionen stattfinden, wie auch der Bundesrat unter Umständen die Erstattung von Zwischenberichten und Zwischenabrechnungen verlangen kann.

Im Hinblick auf den in Art. 4 vorgesehenen Ausgleichungsverkehr zwischen den kantonalen Kassen und die statistische Beobachtung des Gesamtverlaufes der Versicherung, welche nach den verschiedensten Richtungen von Bedeutung ist, müssen die Berichte und die Rechnungen der kantonalen Kassen nach einheitlichem Schema und Formular aufgestellt werden. Erst damit wird eine Vergleichung möglich.

Die Aufsicht und die Kontrolle werden in der Regel gegenüber der kantonalen Kasse ausgeübt werden, immerhin muss sich der Bund auch direkte Kontrollfunktionen, z. B. bei Gemeindebehörden, denen gewisse Aufgaben übertragen sind, vorbehalten. Die Intensität der Bundeskontrolle wird zur

Hauptsache durch die kantonale Organisation und Verwaltung der Versicherung bedingt sein. Eine nennenswerte Vermehrung der Beamtenschaft wird beim Bunde nicht nötig werden. Es sei darauf hingewiesen, dass einige wenige Revisoren des Bundesamtes für Sozialversicherung, zurzeit zwei, die ganze Kontrolle über die mehr als 1000 anerkannten Krankenkassen hinsichtlich der Ausrichtung der Bundesbeiträge besorgen. In der Alters- und Hinterlassenenversicherung dürfte die Kontrolle des Bundes erheblich erleichtert werden, wenn der Kanton selber, sei es durch seine kantonale Kasse oder durch eine besondere Kontrollstelle, die ganze Durchführung der Versicherung in seinem Gebiete fortlaufend und sorgfältig beaufsichtigt.

2. Die Beitragspflicht.

Der Abschnitt über die Beitragspflicht umfasst die Art. 10—19 des Entwurfes. Sie umschreiben insbesondere den Kreis der beitragspflichtigen Personen und setzen die Höhe der Beiträge sowie einige Grundsätze über deren Bezug fest, welche im nähern von den Kantonen auszuführen sind.

Art. 10. Beitragspflichtig ist prinzipiell jede auf schweizerischem Gebiete wohnhafte Person. Das Gesetz kennt, abgesehen von einigen Einschränkungen in bezug auf Ausländer, auf die wir zurückkommen werden, keine Ausnahmen von der Beitragspflicht. In den Fällen, in denen aus irgendeinem Grunde die Beitragszahlung ganz oder teilweise nicht möglich ist, haben die Kantone, eventuell unter Abwälzung auf die Gemeinden, gegenüber der kantonalen Kasse die Pflicht zu übernehmen. Dieser Grundsatz der allgemeinen ausnahmslosen Beitragspflicht entspricht der Grundlage des projektierten Werkes und verbürgt allein die einfache Verwaltung, die zu seiner rationellen Durchführung notwendig ist.

Der Entwurf erklärt die Personen zwischen dem 19. und dem 65. Altersjahr als beitragspflichtig. Wir haben im Abschnitt V auf S. 234/235 der Botschaft die Gründe, welche uns zu dieser zeitlichen Abgrenzung geführt haben, einlässlich dargelegt und können deshalb hier darauf verweisen.

Die Durchführung der Versicherung durch kantonale Kassen verlangt im Bundesgesetz zwecks Herbeiführung einer Einheitlichkeit und der Vermeidung von Konflikten eine Bestimmung darüber, wo die Beitragspflicht zu erfüllen ist. Die Beitragspflicht des einzelnen besteht grundsätzlich gegenüber der Kasse seines Wohnsitzkantons. Als Wohnsitz gilt der zivilrechtliche, als der Ort, an dem eine Person sich mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält, den sie zum Mittelpunkt ihrer persönlichen Verhältnisse macht und wo sie deshalb für die Beitragszahlung am ehesten und auf die Dauer erfasst werden kann. Mit dieser eindeutigen und einheitlichen Festsetzung des Zahlungsortes werden Schwierigkeiten und Konflikte im interkantonalen Verkehr im allgemeinen vermieden. Gewiss vermag auch der Begriff des zivilrechtlichen

Wohnsitzes nicht alle Fälle eindeutig zu lösen. Er bietet aber doch gegenüber andern Wohnsitzbegriffen, wie z. B. dem polizeilichen Wohnsitz, eine zuverlässigere Handhabe und ist deshalb entschieden vorzuziehen.

Mit der Wahl des zivilrechtlichen Wohnsitzes sind auch diejenigen Fälle geordnet, in denen ein Beitragspflichtiger vorübergehend in einem andern Kanton tätig ist als in demjenigen, in dem er sich ordentlicherweise aufhält. So bleibt z. B. ein Hotelangestellter, der mit seiner Familie das Jahr hindurch im Kanton Bern wohnt, aber eine Saisonstelle in einem Hotel des Wallis oder Graubünden bekleidet, im Kanton Bern beitragspflichtig. Es würde sich in der Tat nicht empfehlen, wegen solchen unter Umständen kurzfristigen auswärtigen Beschäftigungen, die sich auf wenige Monate beschränken können, eine Neuordnung der Beitragspflicht für den betreffenden Fall vorzunehmen.

Dem aufgestellten Prinzip entsprechend, dass die in der Schweiz wohnhaften Personen beitragspflichtig seien, führt die Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland zur Befreiung von der Beitragspflicht. Dagegen ändert ein vorübergehender Aufenthalt im Auslande, unter Beibehaltung des schweizerischen Wohnsitzes, wie er häufig im Falle einer Reise oder der Ausführung eines geschäftlichen Auftrages im Ausland vorkommt, an der Beitragspflicht nichts. Die Bestimmung ist vor allem für Monteure oder andere Angestellte von Betrieben von Bedeutung, welche oft für lange Zeit im Auftrage der Firma ins Ausland zu reisen haben.

Die Beitragspflicht geht vom schweizerischen Wohnsitz und nicht von der Staatsangehörigkeit aus. Die Ausländer sind daher grundsätzlich wie die Schweizer beitragspflichtig. Immerhin ist es aus verschiedenen Gründen zweckmässig, hier eine Einschränkung anzubringen. Ausländer, welche nur vorübergehend, ohne die Absicht längern oder dauernden Verbleibens in die Schweiz kommen, sei es zum Kuraufenthalt oder zur vorübergehenden Arbeitsleistung in einem schweizerischen Betriebe, sei es endlich im Dienste einer ausländischen Unternehmung, sollen nicht in die schweizerische Versicherung einbezogen werden und daher vorläufig von der Beitragspflicht befreit bleiben. In gewissen Erwerbszweigen, wie in der Landwirtschaft und in der Hotellerie, werden nicht selten ausländische Saisonarbeiter verwendet, welche mit dem Ende der Saison wieder in ihre Heimat zurückkehren. Die Auferlegung einer Beitragspflicht ihnen gegenüber würde sie mit einer Abgabe belasten, welcher der Natur der Sache nach eine Gegenleistung nicht gegenüberstehen kann. Diese ausländischen Arbeitskräfte werden überdies sehr häufig schon einer Sozialversicherungseinrichtung ihres Heimatstaates angehören. Ihre Erfassung durch die schweizerische Versicherung würde somit zu einer doppelten Inanspruchnahme führen, welche zu zahlreichen Schwierigkeiten Anlass gäbe und auch nicht gerecht wäre. Deshalb ist grundsätzlich vorgesehen, dass Ausländer erst beitragspflichtig und in das Versicherungswerk einbezogen werden sollen, wenn durch einen ununterbrochenen Aufenthalt von einiger Dauer eine engere Verbindung mit unserm Lande hergestellt ist. Der Gesetzesentwurf geht davon aus,

dass die Beitragspflicht nach einem Aufenthalt von einem Jahre beginnen soll, eine Frist, welche den Verhältnissen im allgemeinen gerecht werden dürfte. Die Bestimmung wird zugleich gestatten, auftauchende Konflikte in der Regel in einfacher und eindeutiger Weise zu lösen. Was die Berechtigung des einmal beitragspflichtig gewordenen Ausländers auf Versicherungsleistungen betrifft, so sei auf die Ausführungen zu Art. 23 des Gesetzesentwurfes verwiesen.

Art. 11. Diese Bestimmung will verhüten, dass beitragspflichtige Schweizer, welche ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen, aus dem Versicherungsverhältnis ausscheiden müssen, womit für sie auch der Verlust bisheriger Einzahlungen verbunden wäre. Sie sollen vielmehr ihre Beiträge freiwillig weiter entrichten und damit der Versicherung nach wie vor angehören können, um im Versicherungsfall auf die gesetzlichen Leistungen berechtigt zu sein. Die Beiträge sind an die Versicherungskasse desjenigen Kantons zu entrichten, in welchem der Betreffende vor seinem Wegzuge ins Ausland zuletzt Wohnsitz hatte.

Art. 12 setzt die Höhe des jährlichen Beitrages fest. Er beträgt Fr. 18 für die Männer und Fr. 12 für die Frauen. Wir haben uns über diese Ansätze im Abschnitt V auf S. 236/237 einlässlich ausgesprochen und wollen hier nicht Gesagtes wiederholen. Die Beiträge sind unserer Überzeugung nach im allgemeinen tragbar. In gewissen vorzugsweise landwirtschaftlichen und bargeldarmen Gebieten, wo ihre Aufbringung vielleicht auf gewisse Schwierigkeiten stossen wird, kann eine allgemeine Beitragsherabsetzung im Sinne von Absatz 2 der erörterten Bestimmung helfen. Die gewählten Beitragssätze brauchen aber den Vergleich mit dem, was für die gleichen Versicherungsleistungen z. B. in der Privatversicherung aufgebracht werden müsste, nicht zu scheuen. Schon die in Art. 20 vorgesehenen Leistungen der kantonalen Versicherungskassen stellen für alle über 24 Jahre alten Beitragspflichtigen, versicherungstechnisch gesprochen, mehr als den Gegenwert der Beitragszahlungen dar, so dass einzig die allerjüngsten Jahrgänge einen technisch etwas höhern Beitrag aufbringen, als es ihrem Alter entspricht. Dabei sind die erheblichen staatlichen Zuschüsse, welche zwei Dritteln bis drei Vierteln aller Rentenberechtigten zufließen und, in der Altersversicherung, in den meisten Fällen den Betrag von Fr. 300 erreichen werden, darin nicht inbegriffen. Zählt man sie dazu, so gehen die vom Gesetze vorgesehenen Leistungen auch für die jüngsten Jahrgänge weit über den versicherungstechnisch berechneten Gegenwert ihrer Beiträge hinaus.

Die in Art. 12 festgesetzten Beiträge werden in Verbindung mit den Arbeitgeberbeiträgen nach Art. 14 und den Erträgnissen der Rücklagen den kantonalen Kassen gestatten, in der Übergangszeit von 15 Jahren die in Art. 21 des Gesetzes und nachher die in Art. 20 vorgesehenen Leistungen auszurichten. Die Versicherung befindet sich, wie sorgfältige Berechnungen ergeben haben, im Gleichgewicht. Doch ist dabei zu berücksichtigen, dass trotz aller Sorgfalt, mit welcher die Untersuchungen über die voraussichtliche Entwicklung der schweizerischen Bevölkerung angestellt worden sind, Überraschungen und

nicht voraussehbare Veränderungen sich in einem für die Versicherung günstigen aber auch ungünstigen Sinne auswirken können. Sollte ersteres eintreten, was allerdings wenig wahrscheinlich ist, so wird man dannzumal vielleicht eine geringe Erhöhung der Leistungen in Aussicht nehmen können, während es andererseits ein Gebot der Vorsicht ist, im Gesetze für den Fall einer ungünstigeren Entwicklung ein Sicherheitsventil zu schaffen. Es steht in der Kompetenz des Bundesrates, die Beiträge bis um 25% zu erhöhen. Die Zuständigkeit ist somit nach oben begrenzt und die Massnahme unterliegt der Genehmigung der Bundesversammlung. Sie wird aber in keinem Falle ohne gründliche Untersuchung der dannzumaligen Verhältnisse vorgenommen werden. Dabei ist zu beachten, dass wenn sich ihre Notwendigkeit in einigen Dezennien einstellen würde, es in erster Linie die Folge der andersartigen Schichtung der schweizerischen Bevölkerung im Sinne einer Erhöhung des Durchschnittsalters und der Längerlebigkeit der Greise wäre. Mit dieser Entwicklung dürfte aber auch eine Zunahme der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Hand in Hand gehen, welche in gewissem Sinne gerade ihre materielle Grundlage bildet und infolgedessen auch die Aufbringung etwas höherer Beiträge ohne weiteres erlauben wird.

Art. 12, Absatz 2, bringt den bereits in Abschnitt VI auf S. 252 ff. hiervor erörterten Gedanken zum Ausdruck, dass die Kantone mit Bewilligung des Bundesrates die Beiträge ihrer beitragspflichtigen Bevölkerung um höchstens einen Sechstheil durch Übernahme der entsprechenden Quote zu Lasten der öffentlichen Finanzen reduzieren dürfen. Der Beitrag des Mannes würde somit, dort wo von dieser Ermächtigung Gebrauch gemacht wird, noch Fr. 15 jährlich, der der Frau Fr. 10 betragen, Ansätze, deren Durchschnitt nicht höher ist als das, was von landwirtschaftlicher Seite aus selber seinerzeit vorgeschlagen wurde. Die Bewilligung des Bundesrates zur Einführung der erörterten Massnahme durch einen Kanton ist vorbehalten, damit sich diese in den gesetzlich vorgesehenen Grenzen halte.

Wir gehen davon aus, dass vorzugsweise die Kantone mit zur Hauptsache kleinbäuerlicher Bevölkerung von der besprochenen Ermächtigung Gebrauch machen werden. In denjenigen Fällen, in denen auch die reduzierten Beiträge ganz oder teilweise nicht werden aufgebracht werden können, wird Art. 13 hiernach eingreifen müssen. Im übrigen verweisen wir bezüglich der Begrenzung der Beitragsermässigung und ihrer Rückwirkung auf die finanzielle Belastung der Kantone und Gemeinden auf die bereits zitierten allgemeinen Ausführungen auf S. 252 dieser Botschaft. Es soll noch erwähnt werden, dass die Ausgaben der Kantone für eine allgemeine Beitragsermässigung zweifellos unter die öffentlichen Aufwendungen gezählt werden müssen, die im ganzen nach den Bestimmungen des Verfassungsartikels die Hälfte des Gesamtbedarfes der Versicherung nicht übersteigen dürfen. Es handelt sich hier nicht um Leistungen an einzelne, die im Hinblick auf ihre Bedürftigkeit entlastet werden sollen, sondern um einen allgemeinen Beitrag an die Kosten der Versicherung.

Art. 13 stellt den Grundsatz auf, dass die Kantone im Rahmen bestimmter bundesrechtlicher Normen die Beiträge bedürftiger beitragspflichtiger Personen

übernehmen können. Es handelt sich hier um die sogenannten Ausfallprämien, über welche wir uns, speziell was die finanzielle Belastung der Kantone betrifft, bereits einlässlich in Abschnitt VI S. 254 ff. oben ausgesprochen haben. Wir haben dort diese Belastung auf ungefähr 4 Millionen Franken jährlich geschätzt, wovon der Bund einen Viertel, somit 1 Million Franken, übernehmen wird. Die Schätzung durfte, wie die in jenem Zusammenhang mitgeteilten Zahlen über die Erfahrungen der obligatorischen Altersversicherung der Kantone Appenzell A.-Rh. und Glarus und der obligatorischen Krankenversicherung in den verschiedensten Landesgebieten zeigen, eher zu hoch als zu niedrig gegriffen sein. Die Kantone werden darüber zu bestimmen haben, in welchem Umfange sie die daherige Belastung den Gemeinden überbinden und in welchem sie sie selber übernehmen wollen.

Bei Art. 13 handelt es sich um eine Intervention des Gemeinwesens zugunsten derjenigen Beitragspflichtigen, welche infolge Bedürftigkeit die Beiträge nicht oder nicht voll leisten können, wie dies beispielsweise bei kinderreichen Familien eintreten könnte. Die Zahlung durch Kantone und Gemeinden ist somit eine Leistung, die sich Armenausgaben nähert und in deren Gebiet gehört. Sie fällt deshalb nicht unter die verfassungsmässig beschränkten Zuwendungen des Staates an die Versicherung.

Daraus allein schon ergibt sich aber für Kantone und Gemeinden die Pflicht, in der ganzen oder teilweisen Übernahme der Beiträge Bedürftiger Zurückhaltung walten zu lassen und sich auf diejenigen Fälle zu beschränken, in denen das Unvermögen mit Grund angenommen werden darf. Die Übernahme darf sich aber nicht zu einer Beitragssubventionierung auswachsen. Es wäre gegen den Sinn des Gesetzes, dass Kantone oder Gemeinden auf Grund von Art. 13 für Personen eintreten, welche bei gutem Willen in der Lage sind, die bescheiden bemessenen Beiträge selber aufzubringen.

Die Bestimmung bezieht sich sodann der Natur der Sache nach nur auf die Beiträge nach Art. 12 des Gesetzes und nicht etwa auch auf die Arbeitgeberbeiträge, wo die Zahlungsunfähigkeit jeweilen von Fall zu Fall, sei es durch Betreibung oder sonst in geeigneter Weise wird festgestellt werden müssen.

Sache der Kantone ist es, durch geeignete Vorschriften für eine gleichmässige Praxis sowie für eine Anwendung der Bestimmung im erörterten Sinne zu sorgen. Der Bund, der sich an den daherigen Auslagen der Kantone und Gemeinden beteiligt, wird auf dem Verordnungswege den Rahmen bestimmen, innerhalb dessen die kantonalen Normen sich zu halten haben.

Art. 14 regelt die Erhebung der Arbeitgeberbeiträge. Wir können bezüglich ihrer Allgemeinheit und ihrer Höhe auf die Ausführungen in Abschnitt V S. 237 ff. verweisen. Pflichtig zur Bezahlung von Arbeitgeberbeiträgen ist jede Person, welche andere in ihrem Dienste beschäftigt. Die Pflicht zur Bezahlung der Arbeitgeberbeiträge bezieht sich auf alle Arbeitnehmer, welche selber im Sinne von Art. 10 des Gesetzes beitragspflichtig sind. Sie erstreckt sich somit

nicht auf diejenigen Personen, welche das in jener Bestimmung vorgesehene Mindestalter noch nicht erreicht oder das festgesetzte Höchstalter überschritten haben; ferner nicht auf ausländische Arbeitskräfte, solange die Voraussetzung eines einjährigen Aufenthaltes in der Schweiz nicht erfüllt ist. Für Familienglieder ist der Arbeitgeber innerhalb der in Art. 14 festgesetzten Schranken ebenfalls nicht beitragspflichtig.

Der Arbeitgeberbeitrag wird unter Zugrundelegung einer Jahresarbeitskraft als Einheit berechnet. Bei Personen, die der einzelne Arbeitgeber nur während eines Teiles des Jahres beschäftigt, wird der Arbeitgeberbeitrag nur im Verhältnis der Beschäftigungszeit erhoben werden. Die Aufstellung der nähern Berechnungsgrundsätze muss dem Verordnungswege überlassen bleiben. Um der notwendigen Einheitlichkeit willen wird es eine Verordnung des Bundes sein müssen. Von Bedeutung ist, dass die aufzustellenden Grundsätze klar und eindeutig seien, sowie dass die Erhebung in möglichst einfacher Weise mit einem Minimum an Schreibearbeit und Kontrolle vor sich gehe. Angesichts der grossen Unterschiede, welche in den Beschäftigungsverhältnissen der einzelnen Industrien und Gewerbe bestehen, wird man bei der Aufstellung dieser Grundsätze nicht nach einem starren Massstab vorgehen dürfen, sondern sie tunlichst den verschiedenen Bedürfnissen anpassen müssen. So wird zu prüfen sein, ob nicht bei Betrieben mit konstanten und wenig wechselnden Personalverhältnissen die Arbeitgeberbeiträge im Wege der Pauschalzahlung erhoben werden können. Als Grundlage für die Berechnung wird man auf die Lohnlisten sowie auf Arbeiterverzeichnisse abstellen und hinsichtlich bloss zeitweiliger Beschäftigungsverhältnisse die nötigen Umrechnungen vorzunehmen haben. Für die Unternehmungen, welche bereits heute der obligatorischen Unfallversicherung unterstehen, wird man unter Umständen die für diese erstellten Ausweise, eventuell unter entsprechender Ergänzung oder Abänderung, heranziehen können. Im ferneren bietet die geltende Krankenversicherung ein Beispiel, wo die Bundessubvention auf Grund der Mitgliederzahl der anerkannten Krankenkassen ausgerichtet und zu diesem Zwecke bloss zeitweilige Mitgliedschaften während des Jahres zusammengezählt und mittels Teilung durch 12 in ganzjährige umgewandelt werden. Sodann wird man, da die Arbeitgeberbeiträge jeweils zu Anfang des Betriebsjahres der kantonalen Kasse festzusetzen sind, in der Regel die Berechnung vorläufig nach den Verhältnissen des Vorjahres vornehmen. In Würdigung aller dieser Gesichtspunkte dürfte es möglich sein, die Erhebung der Arbeitgeberbeiträge in einer Weise zu ordnen, die nicht nur Garantie für ihre vollständige Erfassung bietet, sondern auch durch möglichst einfache Gestaltung und durch eine Beschränkung der Kontrolle auf ein Mindestmass dem Arbeitgeber die Erfüllung seiner Pflichten tunlichst erleichtert.

Zur Abschätzung der finanziellen Auswirkung dieses Artikels hat man in erster Linie von der Berufsgliederung und Altersverteilung der Erwerbenden im Zeitpunkt der letzten Volkszählung auszugehen. Zieht man von den

unselbständig erwerbenden Personen die nichtbeitragspflichtigen Jahrgänge ab, so ergeben sich auf Grund der Volkszählung von 1920 rund 700,000 beitragspflichtige männliche und rund 300,000 beitragspflichtige weibliche Arbeitskräfte. Von diesen Beständen sind die mitarbeitenden Familienglieder in Abzug zu bringen; nach der Volkszählung von 1920 umfassen sie rund $\frac{1}{6}$ der unselbständig Erwerbenden. Setzt man die verbleibenden Bestände zu der Bevölkerungszahl in Beziehung, so ergibt sich eine Verhältniszahl, welche geeignet erscheint, auch bei der künftigen Bevölkerungszahl angewendet zu werden und ein Mass für die Entwicklung der Arbeitgeberbeiträge zu bilden. Man kann diese Verhältniszahl bei den Männern auf 60% und bei den Frauen auf 25% der im Alter von 20 bis 64 Jahren stehenden Bevölkerungsjahrgänge schätzen. Auf der andern Seite sind aus den Untersuchungen über die künftige Bevölkerungsentwicklung Umfang und Gliederung dieser Jahrgänge für die einzelnen Kalenderjahre rechnerisch bekannt, so dass bei Anwendung der genannten Prozentsätze sich der Bestand der beitragspflichtigen Arbeitskräfte für jedes einzelne Betriebsjahr der Alters- und Hinterlassenenversicherung rechnerisch ermitteln lässt. Der Beitrag beträgt 15 Fr. pro Arbeitskraft und Jahr. Auf die angedeutete Weise ergaben sich die im Anhang mitgeteilten Budgetzahlen für die Arbeitgeberbeiträge, beispielsweise für das Jahr 1933 15,⁴⁰ Millionen Fr., 1940 16,⁰⁰ Millionen Fr., 1950 16,⁴⁴ Millionen Fr.

Die Arbeitgeberbeiträge sind der kantonalen Kasse des Unternehmungs-sitzes einzubezahlen. Unternehmungen mit Zweigniederlassungen oder Betriebs-teilen in andern Kantonen haben die darauf entfallenden Betreffnisse den Kassen der Kantone zu entrichten, in welchen diese gelegen sind. Der Bundesrat wird im übrigen wie über die nähere Berechnung der Arbeitgeber-beiträge so auch über ihre Bezahlung Verordnungsbestimmungen erlassen und in Konflikten zwischen Kantonen entscheiden.

Gleich wie für die Beiträge der Versicherten, so haben die Kantone, eventuell unter Mitwirkung der Gemeinden, auch für die uneinbringlichen Arbeit-geberbeiträge aufzukommen. Es wird sich aber, wie wir bereits in Abschnitt VI auf S. 257 dargelegt haben, bei einiger Sorgfalt nur um geringfügige Beträge handeln.

Art. 15. Die Beitragspflichtigen haben ihre Beiträge rechtzeitig, zu den von den Kantonen bestimmten Verfallterminen zu bezahlen. Sind sie mit der Zahlung im Verzuge, so ist der Beitrag samt einem Zuschlag zu entrichten. Dies gilt sowohl für die Beiträge gemäss Art. 10 wie für die Arbeitgeber-beiträge. Es wird Sache einer bundesrätlichen Verordnung sein, die Verzugs-folgen einheitlich zu bestimmen. In Frage kommen prozentuale oder feste Zuschläge. Für die Beiträge im Sinne von Art. 10 dürfte eher ein fester Zuschlag in der Höhe von etwa Fr. 1.— für das Beitragsjahr, was etwas mehr als 5% des Beitrages der Männer ausmacht, passen, wogegen bei den Arbeitgeber-beiträgen wohl ein prozentualer Zuschlag geeigneter wäre.

Art. 16. Diese Bestimmung ordnet verschiedene mit der Beitragserhebung zusammenhängende Fragen. Die nähere Regelung der Beitragserhebung ist grundsätzlich Sache der Kantone. Sie werden zunächst darüber bestimmen, ob der Beitragseinzug durch Organe der kantonalen Kasse, ihre eigenen Organe, oder mit Hilfe der Gemeinden vor sich gehen soll. Im fernern werden sie Normen über den ratenweisen Einzug der Beiträge aufzustellen haben. Dabei kann an einen jährlichen, halbjährlichen oder sogar quartalweisen oder monatlichen Einzug gedacht werden. Die Kantone werden sich nach den Verhältnissen richten und ihren Angehörigen die Erfüllung der Beitragspflicht durch Festsetzung geeigneter Verfalltermine und Ratenzahlungen tunlichst erleichtern.

Der kantonalen Versicherungskasse ist der Beitragseingang, sowohl was die Beiträge nach Art. 10 wie auch die Arbeitgeberbeiträge betrifft, unverkürzt zu garantieren, da die Kasse nur unter diesen Voraussetzungen ihren Verpflichtungen gegenüber den Rentnern wird nachkommen können. Die Kantone werden daher sowohl die von ihnen bei allgemeiner Beitragserhebung übernommenen Beitragsanteile wie die Beiträge der Bedürftigen im Sinne von Art. 13 direkt der kantonalen Kasse einzuzahlen haben. Sie haften ihr unter Vorbehalt eines allfälligen Rückgriffes auch für alle andern Beiträge, die aus irgendeinem Grunde vom Pflichtigen im Beitragsjahre nicht entrichtet werden.

Die Zahlung der Beiträge ist den Beitragspflichtigen in geeigneter Weise zu bescheinigen. Was die Beiträge nach Art. 10 betrifft, so ist wesentlich, dass dem Beitragspflichtigen für jede Beitragszahlung quittiert werde, damit er sich, wenn er die Versicherungsleistungen beziehen will, über die lückenlose Erfüllung seiner Beitragspflicht ausweisen kann. Es wird zu prüfen sein, ob dafür ein einheitliches Beitragsheft für die ganze Schweiz vorzuschreiben sei, oder ob den Kantonen auch hierin eine gewisse Freiheit gelassen werden solle. Die Einheitlichkeit des Beitragsheftes hätte den Vorteil, dass überall mit Leichtigkeit die notwendigen Feststellungen gemacht und die Zahlungen kontrolliert werden können. Es wird auch geprüft werden müssen, ob nicht an Stelle eines Beitragsheftes, das verloren gehen kann und dessen Wiederherstellung unter Umständen schwierig sein dürfte, Beitragskarten zu treten haben, welche, wenn sie vollständig ausgefüllt sind, bei der kantonalen Kasse aufzubewahren wären, während der Versicherte eine neue Beitragskarte erhält, auf welcher über die bisherigen durch die frühern Karten verurkundeten Zahlungen gesamthaft quittiert wird. Man hat der Befürchtung Ausdruck gegeben, dass die Freiheit der Kantone, die Zahlungsmodalitäten zu regeln, gewissen Schwierigkeiten beim Übergang eines Versicherten von einem Kanton in einen andern rufen könnte. Wir glauben, dass diese Befürchtungen unbegründet sind. Die Kantone oder die Gemeinden werden die Kontrolle der Beitragspflicht mit der Wohnsitzkontrolle verbinden und im Anschluss an die polizeiliche Anmeldung den Beitragspflichtigen auf das Register der Versicherung aufnehmen. Bei einem Beitragspflichtigen, der im Laufe einer

Periode, für die er in einem Kanton bereits seine Beiträge bezahlt hat, in einen neuen Kanton einzieht, wird diese Zahlung seitens seiner neuen Wohnsitzgemeinde vorgemerkt werden, so dass bei der allgemeinen Beitragserhebung, gestützt auf die Vormerkung, eine Einforderung für den betreffenden Zeitraum bei diesem Beitragspflichtigen unterbleibt.

Sache der Kantone ist es sodann, die geeignete Form zu bestimmen, in welcher den Arbeitgebern über die Bezahlung der ihnen obliegenden Arbeitgeberbeiträge quittiert werden soll.

Art. 17. Der Arbeitgeberbeitrag ist auch vom Bund für das Personal seiner Verwaltungen und Betriebe zu entrichten. Es erscheint richtig, die daherigen Gelder nicht ausschliesslich den wenigen Kantonen zukommen zu lassen, in welchen die Hauptbestände des Bundespersonals tätig sind, sondern sie im Sinne eines Ausgleichs in angemessener Weise unter die Gesamtheit der Kantone zu verteilen. Auch hierüber wird der Bundesrat das Nähere bestimmen.

Art. 18. Die Pflicht der kantonalen Versicherungskasse, aus den Beitragseinnahmen jeweilen fortlaufend Versicherungsleistungen auszurichten, hat zur Voraussetzung, dass ihr diese Beitragseinnahmen auch ungehindert und rasch zufließen. Sie muss nicht nur in der Lage sein, mit Hilfe der Kantons- und Gemeindebehörden den normalen Beitragseinzug durchzuführen, sondern auch bei Beanstandung alsbald ihrer Forderung Nachachtung verschaffen können. Dabei handelt es sich im ganzen um klare und einfache Verhältnisse. Die Beitragspflicht ist meist unschwer zu beurteilen, und die Beiträge sind in eindeutiger Weise durch das Gesetz festgelegt. Schwierigkeiten können höchstens bei den Arbeitgeberbeiträgen entstehen, wo in vielen Fällen Umrechnungen notwendig sind. Wir haben eine Privilegierung der kantonalen Versicherungskasse für alle ihre Beitragsforderungen im Pfändungs- und im Konkursverfahren gegenüber den Beitragspflichtigen vorgesehen.

Wer von Gesetzes wegen Leistungen unbedingt zu gewähren hat, soll für seine Forderung auf die Mittel, die ihm dazu dienen, einen Vorrang besitzen. Ähnlich ist es in der obligatorischen Unfallversicherung nach Massgabe des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung.

Der mit der Einziehung der Beiträge beauftragten Behörde soll auf Grund einer Vollstreckbarkeitsbewilligung des kantonalen Rechtspflegeorgans die Rechtsöffnung erteilt werden, um nach erteilter Rechtsöffnung die begonnene Betreibung ungehindert fortsetzen zu können. Damit ist Gewähr dafür geboten, dass vor Beseitigung des Rechtsvorschlages durch den Rechtsöffnungsrichter der Bestand der Beitragsforderung durch die zuständige Rechtspflegeinstanz der Alters- und Hinterlassenenversicherung überprüft werde. Eine ähnliche Regelung gilt in der schweizerischen Unfallversicherung, wo die Vollstreckbarkeitsbewilligung vom Präsidenten des eidgenössischen Versicherungsgerichts auf Antrag der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt ohne Befragung des Schuldners erteilt wird. Das Verfahren hat sich im ganzen durchaus bewährt.

Art. 19. Die kantonale Versicherungskasse hat aus ihren Beitragseinnahmen, sei es an Beiträgen der Versicherten, sei es an Beiträgen der Arbeitgeber, die gesetzlichen normalen Versicherungsleistungen zu bestreiten. Zu diesem Zwecke bedarf sie eines Betriebsfonds. Dieser kann in einfacher Weise dadurch geschaffen werden, dass die Beiträge eines Jahres jeweilen zur Bestreitung der Versicherungsleistungen des folgenden Jahres verwendet werden. Bei Eröffnung der Versicherung, beispielsweise auf Beginn des Jahres 1932, würden die Beiträge bereits in diesem Jahre einbezahlt und im Jahre 1933 erstmals die Versicherungsleistungen zur Ausrichtung gelangen. Wir haben diesem Grundsatz in Art. 19 Ausdruck verliehen.

3. Die Versicherungsleistungen.

Art. 20 regelt zunächst die Berechtigung auf Versicherungsleistungen. Berechtigt werden in der Altersversicherung alle Personen mit dem Jahre, in dem sie das 66. Altersjahr zurücklegen; in der Hinterlassenenversicherung sind die Witwen der versicherten Männer oder von Altersrentnern, sowie die Waisen berechtigt. Wir haben uns im Abschnitt VII S. 258 ff. dieser Botschaft betreffend die Versicherungsleistungen über die leitenden Gedanken des nähern ausgesprochen, welche dem Art. 20 zugrunde liegen. In diesem Zusammenhange sei noch einmal hervorgehoben, dass jeder Beitragspflichtige oder seine Hinterlassenen auf die in Art. 20 normierten festen Leistungen berechtigt sind, wenn die Beitragspflicht regelmässig erfüllt wurde. Wenn auch grundsätzlich nur die Männer in der Alters- und Hinterlassenenversicherung versichert werden, während die Frauen nur der Altersversicherung angehören, so haben wir doch eine kleine Erweiterung vorgenommen, die keine nennenswerten Mehrkosten verursacht und sich sozial rechtfertigt, indem wir den Waisen einer ledigen oder geschiedenen Frau ebenfalls die Berechtigung auf Waisenrente zuerkennen, sofern sie selber für den Unterhalt der Waise sorgte.

Der Beginn der Leistungsberechtigung ist ebenfalls, wie der der Beitragspflicht, je auf den 1. des Kalenderjahres festgesetzt, in welchem das massgebende Grenzalter zurückgelegt wird, eine nicht unerhebliche administrative Vereinfachung. In der Hinterlassenenversicherung setzen die Leistungen mit dem Todestage ein. Die Waisenrente läuft bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr der Waise. Das Alter entspricht demjenigen, das die meisten modernen Pensionskassen kennen und liegt etwas höher als das in Art. 85 des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung festgesetzte.

Die Bestimmung sieht vor, dass der Bezug der Altersrente auf Wunsch des Berechtigten bis zum 70. Altersjahr aufgeschoben werden kann. Die Rente wird in diesem Falle nach Massgabe eines vom Bundesrat festzusetzenden Tarifes erhöht. Mit dieser Möglichkeit soll den Bedürfnissen derjenigen entgegengekommen werden, welche im 66. Altersjahre, bei Beginn der Berechtigung auf Altersrente, noch erwerbstätig sind und es vorziehen, mit dem Bezug

ihrer Rente noch etwas zuzuwarten, wenn sie dafür später einen etwas höheren Betrag erhalten können. Berechnungen haben ergeben, dass für jedes Jahr des Aufschubes die Rente um 10 %, somit bei Beginn des Bezuges erst im 70. Altersjahr um volle 50 % erhöht werden kann. Die Altersrente kann somit, bei Aufschub bis zum 70. Altersjahr, unter Hinzurechnung des Sozialzuschusses, der allerdings infolge des Aufschubes keine Erhöhung erfährt, bis auf Fr. 600, oder für ein Ehepaar bis auf Fr. 1200 im Jahr gesteigert werden. Es sei noch beigefügt, dass die Möglichkeit des Aufschubes mit Leistungserhöhung bei den Hinterlassenenrenten nicht besteht.

Der letzte Absatz regelt das Erlöschen der Rentenberechtigung. Da nach dem Gesetze die vierteljährliche Auszahlung die Regel sein soll, so erschien es angemessen, zu bestimmen, dass die Rentenberechtigung mit dem Kalendervierteljahr aufhöre, in dem die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente dahinfallen.

Art. 21 regelt die Bezahlung der Versicherungsleistungen während der sogenannten Übergangsperiode von 15 Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes, in welcher nur reduzierte Leistungen zur Ausrichtung gelangen sollen. Wir haben uns über die Bedeutung und die Gründe, welche zu der vorgeschlagenen Gestaltung der Übergangsperiode geführt haben, einlässlich im Abschnitt V auf S. 243 ff. ausgesprochen. Über den Verlauf der Belastung in der Übergangsperiode gibt Tabelle Nr. 2 Auskunft. In der Übergangsperiode sollen die Leistungen der kantonalen Versicherungskassen nach Art. 20 nur an diejenigen Personen ausgerichtet werden, welche nach Massgabe des Art. 25 auf die Sozialzuschüsse berechtigt sind. Wohlhabende und Bezüger von anderweitigen angemessenen Pensionen und Renten sollen in der Übergangsperiode vom Bezug von Leistungen aus der Alters- und Hinterlassenenversicherung vollständig ausgeschlossen sein. Die Übergangsperiode soll, wie unsere allgemeinen Ausführungen dartun, den kantonalen Kassen ermöglichen, die Rücklagen zu bilden, deren Erträge später zur Deckung eines Teiles der vollen Belastung neben den laufenden Einnahmen herangezogen werden können. Wir haben die Zahl derjenigen, welche in der Übergangsperiode berechtigt sein werden, auf etwa zwei Drittel derjenigen, die an sich gemäss Art. 20 bezugsberechtigt wären, geschätzt. Auf dieser Grundlage beruhen auch die Berechnungen über die Entwicklung der Rücklagen der kantonalen Kassen während der Periode. Es wird somit für die Stabilität dieser Kassen von Bedeutung sein, dass die Kantone bei der Gewährung von Leistungen während dieser Zeit die nötige Zurückhaltung walten lassen, damit die vorausberechnete Belastung nicht überschritten und die Bildung genügender Rücklagen bei den Kassen zur Garantierung ihrer finanziellen Stabilität nicht erschwert oder verunmöglicht wird.

Die Regelung, die wir vorschlagen, ist eine möglichst einfache und verständliche. Nach Ablauf von 15 Jahren sollen nur noch volle Leistungen zur Ausrichtung gelangen und die Übergangsperiode absolut abgeschlossen

sein. Eine Verkürzung dieser Periode, wie wir sie auch selber gerne gewünscht hätten, ist aus finanziellen Gründen nicht möglich. Wir glauben aber, dass die Ausrichtung der halben Versicherungsleistungen zuzüglich der entsprechenden Staatszuschüsse an alle Personen, welche nicht wohlhabend oder sonst durch genügende Renten gesichert sind, d. h. in etwa zwei Dritteln aller Fälle, dem Versicherungswerke schon während der Übergangszeit einen nicht unerheblichen sozialen Wert verleiht.

Art. 22 stellt den Grundsatz auf, dass der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch auf die Leistungen anzumelden und sich in der Altersversicherung über die lückenlose Bezahlung seiner eigenen Beiträge, in der Hinterlassenenversicherung über die vollständige Bezahlung der Beiträge durch diejenige Person auszuweisen habe, aus deren Tod er Ansprüche ableitet. Neben dem entsprechenden Beleg, als welches das Beitragsheft oder die Beitragskarten dienen werden, hat er den erforderlichen Zivilstandsausweis über sein Alter, oder über den Tod des Beitragspflichtigen beizulegen, aus dem er Ansprüche ableitet.

Wenn auch die Versicherung eine Volksversicherung ist, die zwischen bestimmten Lebensaltern jedermann erfasst und entsprechend der allgemeinen Beitragspflicht jedem die Leistungen zuspricht, welche aus den Beitragseinnahmen der kantonalen Versicherungskasse bestritten werden, so werden vielleicht doch wohlhabende Personen auf den Bezug der Rente freiwillig verzichten. Daraus wird eine gewisse Entlastung der kantonalen Versicherungskassen resultieren, deren Ausmass allerdings nicht bestimmt werden kann. Ein Druck und ein Zwang sollen selbstverständlich nicht ausgeübt werden. Jedermann, der Beiträge bezahlt hat, besitzt den Anspruch auf die Leistungen gemäss Art. 20 des Gesetzes.

Die Bestimmung des Art. 22 steht im übrigen auf dem Boden, dass grundsätzlich nur volle Leistungen zur Ausrichtung gelangen sollen. Deshalb sind rückständige Beiträge im Zeitpunkt der Anmeldung des Anspruches auf Versicherungsleistungen mit dem Verzugszuschlage in erster Linie nachzubezahlen, und nur wenn die Nachbezahlung nicht möglich ist, findet eine Verrechnung mit den Versicherungsleistungen statt. In welcher Weise diese Verrechnung vorzunehmen ist, ob in einem Male oder allmählich, werden die Kantone festzusetzen haben. Sie werden eine Ordnung treffen, die in gerechter Weise auf die Beteiligten Rücksicht nimmt. Dagegen darf eine solche Verrechnung nur stattfinden mit Beiträgen, welche die einzelnen Versicherten nicht einbezahlt haben, und nicht mit solchen, die wegen Unerhältlichkeit von Kanton und Gemeinde bezahlt worden sind. Die Verpflichtung der Kantone und der Gemeinden, die unerhältlichen Beiträge zu übernehmen, soll auch den mindestbemittelten Schichten der Bevölkerung den vollen Wert der Versicherung garantieren, eine Wirkung, die nicht dadurch illusorisch gemacht werden darf, dass die Kantone und Gemeinden ihre Auslagen auf

den dem Versicherten oder seinen Hinterlassenen zukommenden Leistungen der kantonalen Kasse einbringen können.

Die Beiträge sind vom Zeitpunkte an nachzubezahlen, in welchem gemäss Art. 10 des Gesetzes die Beitragspflicht beginnt. Immerhin kann, da für alle bei Inkrafttreten des Gesetzes vorhandenen beitragspflichtigen Personen der Tag dieses Inkrafttretens als Beginn der Beitragspflicht gilt, die nachträgliche Bezahlung nicht entrichteter Beiträge längstens bis zu diesem Tage zurück verlangt werden.

Art. 23. Wie in Art. 10 festgestellt, werden Ausländer erst nach einem Jahre ununterbrochenen Aufenthaltes in der Schweiz beitragspflichtig. Damit soll verhütet werden, dass ausländische Saisonarbeitskräfte oder Ausländer, welche sich nur vorübergehend, z. B. zu Kurzwecken, in der Schweiz aufhalten, Beiträge an eine Einrichtung bezahlen müssen, aus der sie wegen ihres beschränkten schweizerischen Aufenthaltes doch keine Leistungen beziehen werden.

Es empfiehlt sich aber des weitern, auch dem beitragspflichtigen Ausländer die Leistungen bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht in allen Fällen zu gewähren, sondern nur unter der Voraussetzung, dass er während einer Reihe von Jahren seiner Beitragspflicht genügt hat. Ohne diese Einschränkung wäre die Möglichkeit gegeben, dass ein Ausländer kurz vor Erreichung des Berechtigungsalters in der Altersversicherung in der Schweiz sich vorübergehend, aber länger als ein Jahr niederlässt, um dann im 66. Altersjahr mittels Nachzahlung der seither verfallenen Beiträge sich das Recht auf die Altersrente zu erwerben. Die Gefahr, dass von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werde besteht besonders in den ersten Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes, wo mit einer relativ geringen Beitragszahlung Leistungsansprüche von einer gewissen Bedeutung erworben werden können.

Wir haben die Karenzzeit für Ausländer auf 10 Jahre angesetzt, wobei die Schlussbestimmung von Art. 36 die Möglichkeit bietet, auf dem Wege des Staatsvertrages gegen Einräumung entsprechender Vorteile zugunsten der Schweizer im Auslande Abweichendes zu vereinbaren.

Art. 24. Diese Bestimmung hängt mit der nachfolgenden von Art. 25 zusammen, und beide sind in enger Verbindung mit Art. 20 hiervor über die Leistungen der kantonalen Versicherungskasse zu würdigen.

Wie im Abschnitte VII S. 264 ff. dieser Botschaft eingehend dargelegt wurde, setzen sich die Leistungen grundsätzlich aus zwei Teilen zusammen: aus den Leistungen der kantonalen Versicherungskassen gemäss Art. 20 und aus den Zuschüssen aus öffentlichen Mitteln im Sinne der Art. 24 und 25 dieses Gesetzes. Während die Leistungen nach Art. 20, welche gewissermassen den Gegenwert der erfüllten Beitragspflicht darstellen, in jedem Falle zur Ausrichtung gelangen, sollen Wohlhabende sowie Personen, welche bereits aus andern Quellen ausreichende Renten und Pensionen beziehen, von der Gewährung öffentlicher Zuschüsse ausgeschlossen sein. Die Gründe für diese

Gliederung und ihre Vorzüge sind in den bereits zitierten allgemeinen Ausführungen erörtert. Hier sei nur einer der hauptsächlichsten nochmals erwähnt, der sich gewissermassen als Konsequenz der allgemeinen Volksversicherung darstellt. Während jedermann, auch der Wohlhabende und der bereits Versicherte grundsätzlich in das neue Versicherungswerk eingeschlossen werden muss, weil niemand seiner Zukunft dauernd gewiss ist, aber auch weil nur auf diese Weise die notwendige, klare und einfache Organisation der Volksversicherung erzielt werden kann, wäre es ungerecht und unzweckmässig, besser situierten Kreisen, für die bereits ausreichend gesorgt ist oder die es für sich selber tun können, noch öffentliche Mittel zuzuweisen. Dies wird durch die vorgesehene Zerteilung der Leistungen in einfachster Weise vermieden. Die Leistungen der kantonalen Kassen, welche sich ohne staatliche Mithilfe selbständig aus ihren Beitragseinnahmen erhalten müssen, sollen jedem zukommen, weil auch jeder Beiträge zahlt; die vom Staate zur Verfügung gestellten Mittel dagegen sollen nach Massgabe des sozialen Bedürfnisses Verwendung finden.

Art. 24 regelt den Umfang und die Berechnung der staatlichen Zuwendungen, während Art. 25 die für die Kantone massgebenden Verteilungsgrundsätze aufstellt.

Die staatlichen Zuschüsse werden der kantonalen Kasse überwiesen und sind von ihr, unter Vorbehalt der in Art. 12, Abs. 2, vorgesehenen Ausnahme, zur Erhöhung ihrer Versicherungsleistungen zu verwenden.

Wir haben uns im Abschnitt VI S. 247 ff. dieser Botschaft darüber ausgesprochen, wie unserer Auffassung nach die Belastung des Bundes und der Kantone durch die Zuschüsse, die nach Inkrafttreten der Versicherung nur allmählich zunehmen wird und erst nach 15 Jahren ihr volles Mass erreicht, zeitlich verteilt und damit erträglich gestaltet werden kann. Diese Verwendung der öffentlichen Mittel sichert dem Werke auch nach dieser Seite hin die notwendige Elastizität.

Art. 25 ist eine Rahmenbestimmung. Sie bringt bundesrechtlich den Grundsatz zum Ausdruck, dass die Erhöhung der Leistungen der kantonalen Kasse aus öffentlichen Mitteln zugunsten der breiten Schichten der Altersrentner und der Berechtigten aus der Hinterlassenenversicherung Platz greifen soll. Nur Personen, deren Lebensunterhalt nach Eintritt des Versicherungsfalles in auskömmlicher Weise gesichert ist, werden auf die Leistungen nach Art. 20 des Gesetzes beschränkt bleiben und keine Erhöhung aus öffentlichen Mitteln erfahren. Die nähere Ausführung der Bestimmung muss den Kantonen überlassen bleiben, da die Verhältnisse verschieden sind. Immerhin wird auf dem Wege der Genehmigung der bezüglichen Erlasse durch den Bundesrat dafür gesorgt werden, dass sie sich im Rahmen des aufgestellten Grundsatzes bewegen. Es ist schwierig zu bemessen, bei wieviel Personen eine Erhöhung der Leistungen nicht gerechtfertigt sein wird. Wenn wir diese Zahl auf einen Drittel der Rentenberechtigten schätzen, so werden volle zwei Drittel aller

Rentenbezüger der Leistungserhöhung teilhaftig werden. Diese selber soll in der Regel das Anderthalbfache der Leistungen der kantonalen Kasse nicht übersteigen. Wir verweisen auch hier auf die eingehenden Ausführungen in Abschnitt VII S. 264 ff. dieser Botschaft.

Die Gewährung von Sozialzuschüssen durch die kantonalen Kassen hat sich auf die Schweizerbürger zu beschränken.

Art. 26 regelt die Ausrichtung der Versicherungsleistungen. Wir schlagen als Regel eine vierteljährliche Zahlung vor. Den Kantonen soll es freistehen, die Renten in Monatsraten auszurichten. Mit Rücksicht auf den Beginn des Kalenderjahres und die Inanspruchnahme der öffentlichen Verwaltung durch andere Arbeiten in diesem Zeitpunkt erschien es zweckmässig, die Rentenzahlung je auf die Mitte eines Kalendervierteljahres vorzusehen.

Art. 27 sieht entsprechend der analogen Bestimmung über die Beitragspflicht auch die Ausrichtung der Versicherungsleistungen durch die Kasse des Wohnsitzkantons des Berechtigten vor. Die Rentenberechtigten haben der Zahlungsstelle insofern zur Hand zu gehen, als sie zur Mitteilung von Wohnsitzverlegungen verpflichtet sind.

Im übrigen werden die Kantone nähere Vorschriften über die Rentenauszahlung aufzustellen haben. Sie werden darüber bestimmen, ob diese durch die kantonale Kasse selber erfolgen soll, oder ob die eidgenössische Post dafür in Anspruch zu nehmen sei.

Ins Ausland sollen im allgemeinen keine Versicherungsleistungen ausgerichtet werden. Dagegen sieht das Gesetz vor, dass ein Bezugsberechtigter, welcher seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt, was insbesondere bei Ausländern der Fall sein wird, auf besondere Bewilligung hin die Versicherungsleistungen durch Vermittlung der kantonalen Kasse seines letzten schweizerischen Wohnsitzes erhalten kann.

Art. 28 setzt entsprechend dem Art. 96, Absatz 1, des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung, sowie in Übereinstimmung mit den meisten öffentlich-rechtlichen Versicherungskassen die Unpfändbarkeit und die Unabtretbarkeit der Versicherungsleistungen fest. Die Einschränkungen beziehen sich sowohl auf die ordentlichen Versicherungsleistungen nach Art. 20 wie auf die Sozialzuschüsse gemäss Art. 25 des Gesetzes.

4. Die Ergänzungsversicherung.

Art. 29 stellt im Sinne unserer Ausführungen über die Ergänzungsversicherung auf S. 277 ff. der Botschaft den Grundsatz auf, dass die Kantone zum Erlass weitgehender Bestimmungen über die Alters- und Hinterlassenen-

versicherung zuständig sein sollen. Im übrigen sei auf jene allgemeinen Ausführungen verwiesen.

5. Die Rechtspflege.

Art. 30. Der Betrieb einer Alters- und Hinterlassenenversicherung mit einheitlichen Prämien und einheitlichen Rentenleistungen wird wenig Anlass zu Streitigkeiten geben. Immerhin sind solche denkbar über die Beitragspflicht, unter Umständen auch über die Frage, ob bestimmte Beiträge bereits ganz oder teilweise bezahlt worden seien oder nicht. Etwas häufigere Differenzen dürften bei der Berechnung der Arbeitgeberbeiträge entstehen. Auch die Berechtigung auf Versicherungsleistungen kann im einen oder andern Falle zu einem Konflikt Anlass geben. Besonders die Festsetzung der Leistungserhöhung aus öffentlichen Mitteln, wo im Rahmen des Gesetzes ein gewisses Ermessen Platz zu greifen hat, kann zu Auseinandersetzungen führen.

Es entsteht die Frage, ob die Regelung von Streitigkeiten dem Richter oder einer besondern Verwaltungsbehörde zuzuweisen sei, oder endlich, ob dafür verschiedene Instanzen, für die einen Fälle Verwaltungsbehörden, für die andern gerichtliche Behörden, zu bestellen seien. Was die Anstände bei der Festsetzung von Leistungszuschüssen aus öffentlichen Mitteln betrifft, so sind sie unseres Erachtens durch Verwaltungsbehörden zu entscheiden, da hier weniger strenges Recht als eine weitgehend freie Würdigung örtlicher und persönlicher Verhältnisse massgebend sein muss. Anderseits empfiehlt es sich, womöglich die Erledigung aller Streitigkeiten in jedem Kanton in die Hände einer einzigen Instanz zu legen.

Dies hat dazu geführt, im Entwurf den Kantonen hinsichtlich der Bezeichnung der zuständigen Stelle Freiheit einzuräumen. Sie werden darüber befinden, ob sie einer Verwaltungsbehörde oder einer Gerichtsbehörde den Vorzug geben wollen. Wesentlich ist bloss, dass für das ganze Gebiet des Kantons bloss eine einzige Behörde und nicht eine in mehrere gleichgeordnete Instanzen gegliederte Behördenorganisation bezeichnet werde. Da die Streitigkeiten in der Regel nur geringe Beträge erreichen werden, so dürften die Kantone zweckmässigerweise eine Einzelkompetenz des Vorsitzenden der zuständigen Behörde für die Erledigung aller Fälle von untergeordneter Bedeutung vorsehen.

Art. 31. Im allgemeinen sollen Streitigkeiten aus der Versicherung vor der zuständigen kantonalen Behörde ihre endgültige Erledigung finden. Immerhin ist mit Rücksicht darauf, dass gewisse dieser Fälle eine prinzipielle Bedeutung besitzen können oder im Hinblick auf den Streitwert, der bei den Versicherungsleistungen und bei den Arbeitgeberbeiträgen nicht selten eine ansehnliche Höhe erreichen kann, eine Berufung an eine zentrale Stelle des Bundes vorzubehalten. Diese soll nicht wie im Unfallversicherungsgesetze, wo die Fragen im allgemeinen komplizierter sind, in allen Streitfällen zulässig

sein. Sie soll sich auf Rechtsverletzung oder auf Fälle höheren Streitwertes beschränken.

Wir haben die Höhe des Streitwertes, von der an die Berufung möglich sein soll, auf Fr. 1000 angesetzt, in der Meinung, dass diese Ordnung den Verhältnissen gerecht werden dürfte. Die Streitigkeiten um die Beitragspflicht nach Art. 10, in welchen diese Summe in der Regel nicht erreicht werden wird, werden angesichts der klaren Lösung des Gesetzes relativ selten sein. Zu etwas häufigeren Zweifeln und Streitfällen können, wie erwähnt, die Arbeitgeberbeiträge führen, wo aber, sobald es sich um Differenzen von einiger Bedeutung handelt, der Streitwert Fr. 1000 übersteigen wird, so dass die Berufung an die zentrale Stelle des Bundes möglich ist. Das gleiche gilt für die Gewährung der Versicherungsleistungen. Während in bezug auf die Leistungen der kantonalen Kassen nach Art. 20 der Natur der Sache nach ein Streit kaum möglich ist, werden die häufigeren Streitigkeiten um die Sozialzuschüsse, da ihr Wert nach der Lebenserwartung des Rentners kapitalisiert wird, in der Regel den Streitwert von Fr. 1000 übersteigen, so dass die Zuständigkeit des Bundes begründet ist. Diesen Schutz bietet übrigens auch die uneingeschränkte Berufungsmöglichkeit im Falle einer Rechtsverletzung, worunter auch Rechtsverweigerung und Rechtsverzögerung fallen.

6. *Strafbestimmungen.*

Art. 32—34 stellen die Strafbestimmungen auf. Wir haben uns hier auf das unbedingt Notwendige beschränkt. Die Tatbestände, welche zur Aufstellung einer Strafnorm Anlass geben, resultieren aus dem Inhalt des Gesetzes. Bei den von der Versicherung erfassten Personen können die Erstattung unwahrer Angaben zwecks Befreiung von der Beitragspflicht oder bei der Berechnung der Beiträge und Arbeitgeberbeiträge, sowie die rechtswidrige Erlangung von Versicherungsleistungen Anlass zur Strafverfolgung geben. Im weitern sind Delikte von öffentlichen Funktionären oder auch von Funktionären privater Kassen bei der Vollziehung des Gesetzes und der Ausstellung von Urkunden denkbar. Die Aufstellung von bundesrechtlichen Normen ist zur Erreichung einer einheitlichen Regelung im ganzen Gebiete des Landes notwendig. Ohne eine solche würde die gleiche Handlung je nach dem Strafrecht des einzelnen Kantons ungeahndet bleiben oder zur strafrechtlichen Verfolgung führen, ein Zustand, welcher der richtigen Durchführung des Gesetzes äusserst hinderlich wäre. Zu weitern Bemerkungen geben die Strafbestimmungen nicht Anlass.

7. *Schlussbestimmungen.*

Unter den Schlussbestimmungen haben wir einige Vorschriften zusammengefasst, die ihrer speziellen Natur wegen nicht wohl in anderm Zusammenhange untergebracht werden konnten.

Art. 35 regelt das Verhältnis der neuen gesetzlichen Alters- und Hinterlassenenversicherung zu den Personalfürsorgeeinrichtungen der Arbeitgeber. Es ist gerecht, dass diejenigen Arbeitgeber, welche bereits solche Einrichtungen geschaffen haben und ihnen oft nicht unerhebliche Mittel zuweisen, die neue Belastung, welche ihnen die Pflicht zur Bezahlung von Arbeitgeberbeiträgen nach dem vorliegenden Gesetze bringt, verrechnen können. Wie unsere in Beilage 1 verarbeitete Enquête zeigt, handelt es sich sehr oft um weitgehende Zuwendungen, so dass dem Arbeitgeber wenigstens die Möglichkeit einer Anrechnung der ihm neu auferlegten Beiträge in der obligatorischen Alters- und Hinterlassenenversicherung zugestanden werden muss. Das Recht zur Verrechnung der Belastung durch Arbeitgeberbeiträge nach dem vorliegenden Gesetze mit Zuwendungen an eine Personalfürsorgeeinrichtung ist dem Arbeitgeber für alle Institutionen zu gewähren, die den Schutz seiner Arbeitnehmer für den Alters- und den Todesfall bezwecken, gleichviel in welche Rechtsform sie gekleidet sind. Hat der Arbeitgeber eine Stiftung errichtet, so kann er seine bisherigen Zuwendungen an diese kürzen. Hat er aber zur Durchführung der Fürsorge beispielsweise einen Gruppenversicherungsvertrag bei einer konzessionierten Versicherungsgesellschaft abgeschlossen, so darf er auf Grund dieser Bestimmung eine Neuregelung des Vertragsverhältnisses mit entsprechender Entlastung im gesetzlich vorgesehenen Umfange verlangen.

Sehr oft sind in Personalfürsorgeeinrichtungen, welche vom Arbeitgeber geschaffen sind oder an welche er beiträgt, auch die Arbeitnehmer zu bestimmten Beiträgen verpflichtet. Auch ihnen soll mit Rücksicht auf die Belastung, welche ihnen das neue Gesetz bringt, die Möglichkeit geboten sein, einen Ausgleich zu verlangen, wenn der Arbeitgeber von seinem Rechte zur Verrechnung Gebrauch macht.

Mit der Zulassung einer Herabsetzung der Zuwendungen des Arbeitgebers oder der Beiträge der Arbeitnehmer an eine Personalfürsorgeeinrichtung und der damit verbundenen Verringerung der der Einrichtung zur Verfügung stehenden Mittel muss konsequenterweise die Möglichkeit verbunden sein, auch die Leistungen, welche die Einrichtung gewährt, herabzusetzen. Wir sehen eine Reduktion im Ausmasse desjenigen Anteils der Renten der obligatorischen Versicherung vor, welche aus den Arbeitgeberbeiträgen nach diesem Gesetze aufgebracht wird, somit um ungefähr einen Drittel der Leistungen nach *Art. 20*. Wo ein Arbeitgeber keine besondere rechtlich selbständige Fürsorgeeinrichtung geschaffen hat, sondern, ohne Rechtspflicht oder mit rechtlicher Verbindlichkeit gegenüber seinen Arbeitnehmern unmittelbar aus den Betriebsergebnissen Renten ausrichtet, soll er diese selber im besprochenen Ausmasse kürzen können.

Art. 36. Das vorliegende Gesetz regelt das Verhältnis der Ausländer zur Versicherung in mehreren Beziehungen verschieden von denjenigen der Schweizerbürger. Zunächst wird der Ausländer erst nach einem ununterbrochenen

Aufenthalte von einem Jahr beitragspflichtig. Sodann erhält er auch nach einmal gegebener Beitragspflicht die Versicherungsleistungen der kantonalen Kasse erst dann, wenn dem Eintritt der den Anspruch begründenden Tatsache ein zehnjähriger Aufenthalt in unserm Lande vorangegangen ist und endlich sollen ihm keine Sozialzuschüsse im Sinne der Art. 24 und 25 dieses Gesetzes ausgerichtet werden. Immerhin können die internationalen Beziehungen im Gebiete der Sozialversicherung sowie insbesondere die Stellung der Schweizer in ausländischen Gesetzgebungen es als wünschbar und angezeigt erscheinen lassen, auch das Verhältnis ausländischer Staatsangehöriger zur schweizerischen Alters- und Hinterlassenenversicherung abweichend zu regeln. Das Bedürfnis nach einer solchen abweichenden Regelung kann sowohl hinsichtlich der Beitragspflicht und Zugehörigkeit zur Versicherung, wie auch hinsichtlich der Rentenberechtigung bestehen. So sehen zahlreiche ausländische Gesetze vor, dass die Staatsangehörigen anderer Länder nur dann auf die öffentlichen Zuschüsse zu den Versicherungsleistungen berechtigt sind, wenn ihr Heimatstaat Gegenrecht hält. Um den obwaltenden Bedürfnissen gerecht werden zu können, ist es gegeben, eine abweichende staatsvertragliche Regelung ausdrücklich vorzubehalten.

Art. 37. Die Verfassung weist der Versicherung bedeutende öffentliche Mittel des Bundes zu, welche demzufolge auch besonders in einer zweckkonformen Weise zu verwalten sind. Es erschien deshalb richtig, im vorliegenden Gesetze durch die Errichtung eines Fonds des Bundes für die Versicherung die Grundlage dafür zu schaffen. Der Fonds ist aus den Einnahmen der fiskalischen Tabakbelastung sowie aus den zukünftigen Reineinnahmen des Bundes aus der Alkoholbelastung zu speisen.

Art. 38. Wenn auch die zu schaffende Versicherung ein Werk des Bundes ist, so ist doch ihre Durchführung den Kantonen überlassen. Der Bundesgesetzgeber hat sich im wesentlichen darauf beschränkt, die Grundlagen des Werkes einheitlich zu regeln, während die Aufstellung der zur Verwaltung und Durchführung des Gesetzes notwendigen Normen vielfach der Zuständigkeit der Kantone überlassen ist. Immerhin muss auch hierin eine gewisse Übereinstimmung herrschen, soll nicht die Vielgestaltigkeit von Vorschriften, welche nicht miteinander in Einklang stehen, Schwierigkeiten und Komplikationen schaffen. Daher wird der Bund im Verordnungswege eine Reihe von Bestimmungen aufzustellen haben, deren Zweck es ist, bei aller Freiheit der Kantone im einzelnen, doch wenigstens im ganzen und wesentlichen ein reibungsloses und zweckgemässes Funktionieren der Einrichtung zu gewährleisten. Wir haben in den allgemeinen Bemerkungen zu diesem Abschnitte die wichtigsten Gebiete, in welchen bundesrätliche Verordnungen notwendig sein werden, aufgeführt und können hier darauf verweisen.

Was den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes betrifft, so muss er vom Bundesrate bestimmt werden. Die Botschaft und die angestellten Berechnungen gehen von einem Inkrafttreten im Jahre 1933 aus, in der

Meinung, dass in diesem Jahre zum ersten Male Beiträge erhoben und im Jahre 1934 zum ersten Male Versicherungsleistungen ausgerichtet würden. Beim heutigen Stande der gesetzgeberischen Arbeiten und unter der Voraussetzung einer weitem normalen Entwicklung darf wohl der Hoffnung Ausdruck gegeben werden, dass diese Termine eingehalten werden können, ja dass es vielleicht möglich sein werde, bereits im Jahre 1932 die Beiträge zu erheben, um so schon 1933 mit der Ausrichtung der Versicherungsleistungen zu beginnen.

XI. Schlussbetrachtungen.

Mit diesen Ausführungen glauben wir, den vorliegenden Gesetzesentwurf gerechtfertigt und in seinen einzelnen Bestimmungen erläutert zu haben.

Es braucht an diesem Ort nicht mehr eingehend auf die grosse Bedeutung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, die vom Volke mit grosser Mehrheit gebilligt, ja man darf sogar sagen gefordert worden ist, hingewiesen zu werden. Sozusagen alle Parteien haben ihre grundsätzliche Zustimmung erklärt und die Ausführung von Art. 34^{quater} der Bundesverfassung in ihr Programm aufgenommen. Unsere Aufgabe ist es, der Verwirklichung den Weg zu weisen.

Wir haben uns hierbei von der Überzeugung leiten lassen, dass nur ein Projekt, das einfach ist, das überblickt werden kann und auf unsere schweizerischen Verhältnisse, besonders unsere bundesstaatliche Organisation zugeschnitten ist, Aussicht auf Erfolg hat. Die Grösse der Aufgabe nötigt zur Mässigung. Auch so stehen wir noch vor einem Werke, das in seinem Ausmasse alle bisherigen sozialpolitischen Massnahmen weit übertrifft.

Die Durchführung der Versicherung durch kantonale Kassen und die Einräumung wichtiger Kompetenzen an die Kantone hindern nicht, dass das Werk ein eidgenössisches ist und unter der Führung des Bundes nach einheitlichen Prinzipien auf dem Boden der absoluten Freizügigkeit realisiert werden muss. Die Alters- und Hinterlassenenversicherung, wie wir sie vorschlagen, vereinigt das ganze Volk in einer grossen Aufgabe im Dienste mitfühlender Humanität und sozialer Gerechtigkeit. Sie weist den einzelnen direkt auf seine Pflicht hin, für sich und seine Familie zu sorgen, verwirklicht aber durch die staatliche Hilfe zugleich den Gedanken der Solidarität, die das Leitmotiv unserer Politik sein muss.

Es ist nicht zu vermeiden, dass ein Werk dieses Ausmasses der Kritik begegnet. Allein diese hat bis jetzt andere positive Grundlagen, auf denen aufgebaut werden könnte, nicht geboten. Die Konferenz von Zürich hat andererseits bewiesen, dass alle Volkskreise dem vorgeschlagenen Ausbau der Sozialversicherung Sympathie entgegenbringen und dass auch die Ausführungsform in der Hauptsache gebilligt wird. An dem ursprünglichen Projekt des

Volkswirtschaftsdepartements haben wir auf dessen Antrag eine ganze Reihe von Änderungen vorgenommen, die nach unserer Überzeugung Verbesserungen und Vereinfachungen sind. An dieser Stelle sei nur an die Freiheit erinnert, die den Kantonen für die Zusatzversicherung eingeräumt wird. Die Garantie allerdings, dass die Soziallasten in der ganzen Schweiz wesentlich die gleichen sein sollen, wurde mit guten Gründen beibehalten, und es konnte den Kantonen nicht das Recht eingeräumt werden, für Ergänzungsversicherungen Arbeitgeberbeiträge zu beziehen.

Die finanziellen Leistungen des Bundes und der Kantone sind genau umschrieben. Wir haben gezeigt, wie eine solide, voraussichtlich auf alle Zeiten genügende Finanzierung der staatlichen Zuschüsse sowohl was den Bund wie die Kantone betrifft, erreicht werden kann. Wir hoffen zuversichtlich, dass das Gesetz über die Besteuerung des Tabaks zustande kommt und dass die Verfassungsartikel über die Änderung des Alkoholregimes die Zustimmung des Volkes finden. Damit werden auch viele stille Bedenken beseitigt und der Weg für das grosse soziale Werk ist vollends offen und frei.

Im Vorbereitungsstadium haben wir den politischen Parteien und wirtschaftlichen Gruppen, ja sogar dem ganzen Volke Gelegenheit gegeben, Anregungen zu machen und bei der Ausarbeitung des Gesetzes gleichsam mitzuwirken. Wir sind für alle Anregungen und Meinungsäusserungen dankbar und haben sie tunlichst berücksichtigt. Allein, kommt einmal die Stunde der Verwirklichung, so müssen auch in der Demokratie Sonderwünsche zurückgestellt und im Interesse des Zustandekommens grosser Werke Opfer nicht nur an Geld, sondern auch an besserem Wissen gebracht werden. Nicht allen Meinungen und Ideen kann man gerecht werden. Viele auf den ersten Blick bestechend scheinende Vorschläge erweisen sich bei näherem Studium als undurchführbar. Sollen die Bestrebungen von Erfolg gekrönt werden, so darf man sich nicht in Einzelheiten verlieren und sich nicht in untergeordneten Fragen an bestimmte Formeln klammern, sonst kommt man nie ans Ziel.

Wir glauben, mit unserem Gesetzesentwurf das Erreichbare zu bieten. Verständliche Wünsche nach einer weitherzigeren Lösung müssen aus naheliegenden Gründen zurückgestellt werden. Andererseits darf man aber auch nicht das Vorgeschlagene als zu weitgehend bezeichnen und in einem Geiste der Mutlosigkeit und Unentschlossenheit zögernd an ein Werk herantreten, das nur durch festen Willen, zielbewusste Arbeit und durch Opferwilligkeit geschaffen werden kann. Die Auffassungen und Bedürfnisse unserer Zeit verlangen die Verwirklichung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, die an sich schon, zumal aber im Ausbau einer späteren Zeit Zeugnis von der Einsicht und vom sozialen Verständnis unserer Generation ablegen wird. Nur Vertrauen in die Zukunft und Optimismus sind fähig, grosse Werke von dauerndem Werte zu schaffen.

Deshalb bitten wir Sie, mit uns mutig an die Arbeit zu gehen und den Glauben nicht zu verlieren, dass gute und grossmutige Taten, die dem lebendigen Solidaritätsgefühl entspringen, mehr als alles andere dazu beitragen. Brücken der Verständigung zu schlagen und das gegenseitige Vertrauen zu befestigen, das die Grundlage unseres demokratischen Staatswesens ist.

Wir bitten Sie, auf die Beratung der Vorlage einzutreten und sie zum Beschlusse zu erheben.

Bern, den 29. August 1929.

Im Namen des schweiz. Bundesrates,

Der Bundespräsident:

Dr. Haab.

Der Bundeskanzler:

Kaeslin.

Bundesgesetz

über

die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

Die Bundesversammlung
der schweizerischen Eidgenossenschaft,
in Ausführung von Art. 84^{quater} der Bundesverfassung;
nach Einsicht einer Botschaft des Bundesrates vom

beschliesst:

Art. 1.

Der Bund richtet nach Massgabe der nachfolgenden Gesetzesbestimmungen die Alters- und Hinterlassenenversicherung ein.

I. Die Durchführung der Versicherung.

Art. 2.

Die Kantone führen die Alters- und Hinterlassenenversicherung im Rahmen dieses Gesetzes durch. Sie errichten zu diesem Zwecke eine kantonale Kasse, der das Recht der Persönlichkeit zusteht.

Art. 3.

Die kantonalen Kassen erhalten sich selbst. Ihr Vermögen ist von demjenigen des Kantons und allfällig anderer kantonalen Versicherungsinstitutionen getrennt zu verwalten und darf den Zwecken der Alters- und Hinterlassenenversicherung nicht entfremdet werden. Es ist zinstragend in sichern Werten anzulegen.

Art. 4.

Zwischen den kantonalen Kassen besteht volle Freizügigkeit. Unterschiede im Verlaufe der Versicherung sind zwischen ihnen jährlich auszugleichen. Der Bundesrat setzt die Grundsätze hierfür fest und führt das Ausgleichungsverfahren durch.

Art. 5.

Das Einkommen und Vermögen der kantonalen Kassen ist von jeder Besteuerung durch den Bund, die Kantone und Gemeinden befreit, mit Ausnahme von Steuern für Grundeigentum, das nicht unmittelbar ihrem Betriebe dient. Die eidgenössischen Stempelabgaben werden nicht erhoben, soweit nach den Vorschriften der Gesetzgebung die kantonale Kasse als Abgabepflichtige in Betracht kommt.

Alle dem Betriebe dienenden Urkunden sind gebührenfrei.

Art. 6.

Die Kantone regeln im übrigen die Organisation und Verwaltung der kantonalen Kassen. Sie bestimmen über die Mitwirkung der Kantons- und Gemeindebehörden.

Die Organisation und die Verwaltung haben die zuverlässige Durchführung der Versicherung zu gewährleisten.

Die Kantone bestimmen, ob und unter welchen Bedingungen andere öffentliche und private Versicherungskassen auf Rechnung der kantonalen Kasse einzelne Verwaltungsaufgaben übernehmen können.

Art. 7.

Mit Bewilligung des Bundesrates kann für mehrere Kantone eine gemeinsame Kasse geschaffen werden, oder es kann die Kasse eines Kantons die Aufgabe auch für andere Kantone übernehmen.

Art. 8.

Die Kantone erlassen die zur Ergänzung des Gesetzes vorgesehenen Bestimmungen. Soweit das Bundesgesetz zu seiner Ausführung notwendig der Ergänzung durch kantonale Vorschriften bedarf, sind die Kantone verpflichtet, solche aufzustellen. Es kann dies auf dem Verordnungswege geschehen.

Hat ein Kanton die notwendigen Anordnungen nicht rechtzeitig getroffen, so erlässt der Bundesrat vorläufig die erforderliche Verordnung an Stelle des Kantons unter Anzeige an die Bundesversammlung.

Die kantonalen Ausführungserlasse bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Genehmigung des Bundesrates.

Art. 9.

Die Kantone unterbreiten jährlich dem Bundesrat in einheitlicher, von ihm vorgeschriebener Form Bericht und Rechnung.

Der Bundesrat übt die Aufsicht über die Durchführung dieses Gesetzes durch die Kantone aus. Er ist ermächtigt, zu diesem Zwecke die Geschäftsführung nachprüfen zu lassen.

Der Bundesrat entscheidet über Streitigkeiten zwischen den Kantonen, die sich aus der Anwendung dieses Gesetzes ergeben.

II. Die Beitragspflicht.

Art. 10.

Die in der Schweiz wohnhaften Personen haben vom 19. bis zum 65. Altersjahr einen jährlichen Beitrag an die kantonale Kasse ihres zivilrechtlichen Wohnsitzes zu entrichten. Die Beitragspflicht beginnt mit dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem das 19. Altersjahr zurückgelegt wird; sie endet mit dem 31. Dezember des Kalenderjahres, in dem das 65. Altersjahr vollendet wird. Vorübergehender Aufenthalt im Auslande befreit nicht von der Beitragspflicht.

Ausländer werden nach einem ununterbrochenen Aufenthalte von einem Jahr beitragspflichtig.

Art. 11.

Schweizerbürger, die ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen, können durch freiwillige Entrichtung der Beiträge an die Kasse ihres letzten Wohnsitzkantons der Versicherung weiterhin angehören.

Art. 12.

Die Beiträge belaufen sich auf Fr. 18 jährlich für die Männer und auf Fr. 12 jährlich für die Frauen. Sie können erforderlichenfalls durch den Bundesrat mit Genehmigung der Bundesversammlung, indessen nicht um mehr als 25 %, erhöht werden.

Die Kantone können mit Bewilligung des Bundesrates für ihre gesamte beitragspflichtige Bevölkerung die Zahlung eines Sechstels des Beitrages übernehmen. Solange ein Kanton von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, fallen seine Zuschüsse zu den Versicherungsleistungen während der Übergangszeit (Art. 21) gänzlich dahin. Unter derselben Voraussetzung werden sie nachher auf die Hälfte des in Art. 24 vorgesehenen Anteils beschränkt.

Art. 13.

Die Kantone werden im Rahmen der durch bundesrätliche Verordnung aufzustellenden Bestimmungen festsetzen, unter welchen Voraussetzungen sie oder die Gemeinden die Beiträge an Stelle bedürftiger Beitragspflichtiger gemäss Art. 10 ganz oder teilweise übernehmen.

Der Bund beteiligt sich an den daherigen Ausgaben mit Zuschüssen, die im ganzen 25 % nicht übersteigen dürfen.

Art. 14.

Wer Personen in seinem Dienste beschäftigt, die gemäss Art. 10 dieses Gesetzes beitragspflichtig sind, hat auf das Jahr und die Arbeitskraft gerechnet Fr. 15 an die kantonale Kasse zu entrichten. Nicht mitzuzählen sind der Ehegatte, sowie die mit dem Arbeitgeber in Familiengemeinschaft lebenden verwandten und verschwägerten Personen in auf- und absteigender Linie und in der Seitenlinie bis zum zweiten Grade.

Diese Arbeitgeberbeiträge sind der kantonalen Kasse des Unternehmungs-sitzes, für auswärtige Zweigniederlassungen und Betriebsteile der Kasse des Kantons, in welchem diese gelegen sind, zu entrichten. Der Bundesrat wird für die Berechnung und den Bezug der Arbeitgeberbeiträge einheitliche Vorschriften aufstellen. Diese sollen, wo die Verhältnisse es erlauben, die Möglichkeit einer pauschalen Berechnung und Bezahlung vorsehen.

Jede Abrede, dass der Arbeitgeberbeitrag ganz oder teilweise durch den Arbeitnehmer zu tragen sei, ist ungültig.

Art. 15.

Verfallene, nicht rechtzeitig bezahlte Beiträge aus Art. 10 und 14 sind mit einem vom Bundesrat festzusetzenden Zuschlag nachzubezahlen.

Art. 16.

Die Kantone sorgen für die Aufstellung und Führung des Verzeichnisses der Beitragspflichtigen (Art. 10 und 14). Sie haften der kantonalen Kasse für den lückenlosen Eingang aller, auch der uneinbringlichen Beiträge.

Die Zahlung der Beiträge ist dem Beitragspflichtigen in geeigneter Weise zu bescheinigen.

Art. 17.

Der Bundesrat ordnet die Bezahlung der vom Bund und seinen Betrieben und Anstalten zu leistenden Arbeitgeberbeiträge; er wird dabei für eine angemessene Verteilung auf die Kassen sämtlicher Kantone sorgen.

Art. 18.

Die Forderungen der kantonalen Kassen auf die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber sind im Konkurse des Beitragspflichtigen sowie bei Aufstellung eines Kollokationsplanes in der Betreuung auf Pfändung in die zweite Forderungsklasse einzureihen.

Art. 219 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs erhält folgenden Zusatz: Zweite Klasse: lit. d. Die Beitragsforderungen der mit der Durchführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung beauftragten kantonalen Versicherungskasse.

Der Kasse steht das Recht jederzeitiger Anschlusspfändung zu (Art. 111 SchKG).

Bei Rechtsvorschlag des Beitragspflichtigen ist auf Grund einer Vollstreckbarkeitserklärung der zuständigen Behörde definitive Rechtsöffnung zu erteilen.

Das Recht zur Rückforderung nicht geschuldeter Beiträge bleibt vorbehalten.

Art. 19.

Die in einem Jahre fällig werdenden Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber sind von der kantonalen Kasse der Rechnung des folgenden Jahres gutzuschreiben.

III. Die Versicherungsleistungen.

Art. 20.

Die kantonale Kasse richtet aus den ihr zufließenden Beiträgen, sowie aus den Erträgen ihrer Rücklagen folgende Leistungen aus:

- A. Eine Altersrente von jährlich Fr. 200 an Männer und Frauen vom Anfang des Kalenderjahres an, in welchem sie das 66. Altersjahr zurücklegen bis und mit dem Kalendervierteljahr, in dem der Tod eintritt.

Der Bezug dieser Rente kann auf Verlangen des Berechtigten bis zum zurückgelegten 70. Altersjahr aufgeschoben werden. Der Rentenanspruch erhöht sich in diesem Fall nach einem durch Verordnung des Bundesrates festgesetzten Tarif. Der Aufschub kann durch den Berechtigten jederzeit widerrufen werden.

- B. An Witwen und Waisen beitragspflichtiger oder rentenberechtigter, nach dem Inkrafttreten des Gesetzes verstorbener Männer:
1. eine Rente von jährlich Fr. 150 an Witwen, die im Zeitpunkt der Verwitwung das 50. Altersjahr zurückgelegt haben. Diese Rente ist zahlbar bis die Berechtigung auf Altersrente (lit. A hiervor) beginnt. Sie fällt dahin mit der Wiederverheiratung. In diesem Falle wird der Witwe der doppelte Betrag der Jahresrente, höchstens aber der Betrag der ihr zukommenden Rentenraten als Abfindung ausgerichtet;
 2. eine einmalige Kapitalabfindung von Fr. 500 an Witwen, welche im Zeitpunkt der Verwitwung das 50. Altersjahr noch nicht zurückgelegt haben;
 3. eine Waisenrente von Fr. 50 jährlich an jedes Kind bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr. Uneheliche anerkannte oder mit Standesfolgen zugesprochene Kinder sowie Adoptivkinder des Vaters sind den ehelichen Kindern gleichgestellt;
 4. eine Doppelwaisenrente von Fr. 100 jährlich an jedes Kind vom Beginn der Doppelverwaisung an bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr.
- C. An die Waisen einer geschiedenen oder ledigen, nach dem Inkrafttreten des Gesetzes verstorbenen Frau, wenn diese beitragspflichtig oder rentenberechtigt war und für den Unterhalt ihrer Kinder selber gesorgt hat, eine Rente von Fr. 50 für jede Waise bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr.

Die Rentenberechtigung erlischt mit dem Kalendervierteljahr, in dem der Tod eintritt oder die Voraussetzungen für den Bezug von Witwen- und Waisenrenten dahinfallen.

Art. 21.

In den ersten 15 Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes wird die Hälfte der in Art. 20 vorgesehenen Leistungen ausgerichtet. Personen, welche aus eigenen Mitteln und Pensionen ihren Lebensunterhalt in auskömmlicher Weise bestreiten können, sind während dieser Periode von allen Bezügen ausgeschlossen.

Art. 22.

Wer auf die in Art. 20 und 21 vorgesehenen Leistungen Anspruch erhebt, hat sich anzumelden und darüber auszuweisen, dass in der Altersversicherung er selber, in der Hinterlassenenversicherung derjenige, aus dessen Tod Ansprüche abgeleitet werden, die Beiträge bezahlt hat.

Nicht geleistete Beiträge sind nachzubezahlen oder mit den Leistungen zu verrechnen. Die Pflicht zur Nachbezahlung gilt für sämtliche seit dem Beginn der Beitragspflicht nach Art. 10, längstens aber seit Inkrafttreten des Gesetzes fällig gewordenen Beiträge. Von Kantonen oder Gemeinden an Stelle des Beitragspflichtigen bezahlte Beiträge dürfen weder mit den Leistungen nach Art. 20 und 21 noch mit denen nach Art. 25 dieses Gesetzes verrechnet werden.

Art. 23.

Ausländer sind nur auf Leistungen berechtigt, wenn dem Eintritt der Tatsache, die den Anspruch darauf begründet, ein ununterbrochener Aufenthalt von mindestens 10 Jahren in der Schweiz vorangegangen ist.

Art. 24.

Der Bund stellt den kantonalen Kassen jährlich einen Betrag in den Höhe von 80% der von ihnen im betreffenden Jahre ausgerichteten Leistungen zur Verfügung.

Der Kanton hat aus allgemeinen Mitteln einen Viertel der Bundesleistung beizufügen. Art. 12, zweiter Absatz, bleibt vorbehalten.

Art. 25.

Die kantonalen Kassen haben aus diesen Zuwendungen des Bundes und der Kantone ihre Leistungen an Schweizerbürger zu erhöhen.

Personen, welche aus eigenen Mitteln und Pensionen ihren Lebensunterhalt in auskömmlicher Weise bestreiten können, sind von solchen Zuschüssen auszuschliessen.

Diese Zuschüsse sollen nach der Einkommens- und Vermögenslage der Berechtigten abgestuft werden und in der Regel das Anderthalbfache der Versicherungsleistungen nach Art. 20 nicht übersteigen.

Die Kantone stellen im Rahmen dieser Grundsätze und in Würdigung der örtlichen Verhältnisse Bestimmungen über die Gewährung dieser Zuschüsse auf.

Art. 26.

Die Ausrichtung der Renten erfolgt in Raten je auf Mitte eines Kalendervierteljahres. Die Kantone sind befugt, die Renten in Monatsraten auszurichten.

Art. 27.

Die kantonalen Kassen richten die Leistungen und Zuschüsse an die im Kantonsgebiet wohnhaften Personen aus, die gemäss Art. 20 bis 25 bezugsberechtigt sind. Die Rentenberechtigten haben jede Veränderung des Wohnsitzes der bisherigen und der neuen Zahlungsstelle zu melden.

Im Auslande wohnhaften Bezugsberechtigten können die Leistungen und Zuschüsse ausnahmsweise mit besonderer Bewilligung durch die kantonale Kasse des letzten schweizerischen Wohnsitzes ausgerichtet werden.

Art. 28.

Die Leistungen und die Ansprüche auf solche dürfen weder gepfändet, noch mit Arrest belegt, noch in eine Konkursmasse einbezogen werden.

Jede Abtretung oder Verpfändung solcher Leistungen oder Ansprüche ist nichtig.

IV. Die Ergänzungsversicherung.

Art. 29.

Die Kantone können weitere Einrichtungen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung schaffen oder unterstützen.

Die Zuschüsse des Kantons dürfen die Hälfte des Gesamtbedarfes der Versicherung nicht übersteigen.

Die Erhebung von Arbeitgeberbeiträgen ist unzulässig.

V. Die Rechtspflege.

Art. 30.

Die Kantone bezeichnen die Behörde, welche über Streitigkeiten aus der Beitragspflicht und über die Ansprüche auf die Leistungen der Versicherung zu entscheiden hat.

Sie setzen das Verfahren fest, das eine einfache und beförderliche Erledigung der Streitfälle gewährleisten soll.

Art. 31.

Die Entscheide der kantonalen Behörden können bei Rechtsverletzung, oder wenn der streitige Betrag Fr. 1000 übersteigt, an eine vom Bundesrat mit Genehmigung der Bundesversammlung zu bezeichnende Behörde weitergezogen werden.

Der Bundesrat setzt das Verfahren fest.

VI. Strafbestimmungen.

Art. 32.

Wer vorsätzlich durch unwahre Angaben der Beitragspflicht zu entgehen oder Leistungen zu erlangen sucht, die ihm nicht zukommen,

wer vorsätzlich als Beamter des Bundes, eines Kantons, einer kantonalen Kasse, einer Gemeinde oder als Organ einer öffentlichen oder privaten Kasse Ausweise unrichtig ausstellt, die für die Alters- und Hinterlassenenversicherung bestimmt sind,

wird mit Busse bis Fr. 1000 oder mit Gefängnis bis zu 3 Monaten bestraft. Die beiden Strafen können verbunden werden. Ist der Täter während

der letzten fünf Jahre, von der Zuwiderhandlung an gerechnet, schon einmal auf Grund dieses Gesetzes verurteilt worden, so gelten die Strafandrohungen als verdoppelt.

Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Busse bis Fr. 500.

Art. 33.

Wer vorsätzlich den Ausführungserlassen des Bundesrates oder einer Kantonsregierung zuwiderhandelt, wird mit Busse bis Fr. 500 bestraft.

Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Busse bis Fr. 200.

Art. 34.

Die allgemeinen Bestimmungen des Bundesgesetzes über das Bundesstrafrecht der schweizerischen Eidgenossenschaft vom 4. Februar 1853 finden Anwendung.

Die Verfolgung und Beurteilung der in diesem Gesetz und den Ausführungserlassen unter Strafe gestellten Handlungen liegt den Kantonen ob.

VII. Schlussbestimmungen.

Art. 35.

Unterstützt ein Arbeitgeber Fürsorgeeinrichtungen zugunsten seiner Arbeitnehmer im Alters- oder Todesfall, so ist er berechtigt, seine Beiträge an diese Einrichtungen um den Betrag zu kürzen, welchen er nach Art. 14 dieses Gesetzes zu zahlen hat. Er hat das Recht, die entsprechenden Abänderungen an bestehenden Statuten, Reglementen und Verträgen zu verlangen.

Macht der Arbeitgeber von seinem Rechte zur Kürzung seiner Beiträge Gebrauch, so ist auch der Arbeitnehmer befugt, eine entsprechende Herabsetzung seiner eigenen Beiträge zu verlangen.

Hat der Arbeitgeber selber oder eine von ihm geschaffene oder unterstützte Einrichtung für den Alters- oder Todesfall eines Arbeitnehmers Renten zu bezahlen, so können diese um den Teilbetrag der Renten aus Art. 20 gekürzt werden, der dem Arbeitgeberbeitrag gemäss Art. 14 entspricht.

Art. 36.

Auf dem Wege des Staatsvertrages können die Beitragspflicht und die Leistungsberechtigung der Ausländer abweichend von diesem Gesetze geordnet werden.

Art. 37.

Der Bund errichtet einen Fonds für die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

Dem Fonds werden die gesamten Einnahmen aus der fiskalischen Belastung des Tabaks sowie der Anteil des Bundes an den Reineinnahmen aus der fiskalischen Belastung gebrannter Wasser zugewiesen. Die Fondsgelder sind, soweit sie nicht angelegt sind, vom Bund zum mittleren Anleihszinsfuss zu verzinsen.

Der Fonds hat ausschliesslich zur Bestreitung der jährlichen Zuwendungen des Bundes an die Alters- und Hinterlassenenversicherung nach Massgabe dieses Gesetzes zu dienen.

Art. 38.

Der Bundesrat ist mit dem Vollzug dieses Gesetzes beauftragt; er erlässt die nötigen Ausführungsverordnungen.

Er setzt den Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes fest.

Übersicht über die Tabellen.

	Seite
Tab. 1. Die Zahl der Beitragspflichtigen und Leistungsberechtigten . . .	323
» 2. Umfang der Versicherungsleistungen	324/325
» 3. Gesamtbudget der Versicherung	326
» 4. Beispiel für die Aufbringung der Bundeszuschüsse und die Entwicklung des Versicherungsfonds des Bundes	327
» 5. Übersicht über die grundlegenden Bestimmungen und die finanzielle Tragweite des Gesetzentwurfes	328

Tab. 1.

Die Zahl der Beitragspflichtigen und Leistungsberechtigten.

NB. Die Angaben der Kol. 4—10 reduzieren sich für die Warteperiode (1984—1948) um die Zahl der vom Bezug ausgeschlossenen Personen.

Kalender- jahr	Zahl der Beitragspflichtigen (Art. 10)			Zahl der Rentenberechtigten (Art. 20)						Anzahl Fälle mit Sterbegeld (Witwen unter 50) (Art. 20, lit. B, 2)
	Männer	Frauen	Männer und Frauen	Greise	Greisinnen	Greise und Greisinnen	Witwen (Art. 20, lit. B, 1)	Waisen	Doppel- waisen	
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1933	1 264 976	1 397 755	2 662 731	—	—	—	—	—	—	—
1934	1 272 942	1 406 620	2 679 562	126 798	162 764	289 562	5 312	14 262	837	4367
1935	1 280 425	1 414 821	2 695 246	128 872	165 283	294 105	10 235	27 394	1 670	4404
1936	1 287 087	1 422 411	2 709 498	131 342	167 846	299 188	14 782	39 440	2 496	4441
1937	1 293 621	1 430 333	2 723 954	133 522	169 665	303 187	18 950	50 394	3 310	4478
1938	1 298 899	1 436 332	2 735 231	136 564	172 971	309 535	22 723	60 395	4 114	4516
1939	1 303 971	1 442 515	2 746 486	139 419	175 655	315 074	26 196	69 509	4 912	4553
1940	1 308 549	1 447 808	2 756 357	142 398	178 823	321 221	29 201	77 816	5 672	4591
1941	1 312 374	1 451 823	2 764 197	145 770	182 865	328 635	31 824	85 244	6 387	4628
1942	1 315 865	1 455 603	2 771 468	149 130	186 759	335 889	34 078	91 846	7 058	4664
1943	1 319 215	1 459 234	2 778 449	152 281	190 427	342 708	35 979	97 736	7 694	4701
1944	1 322 761	1 462 861	2 785 622	154 935	193 742	348 677	37 540	102 935	8 291	4737
1945	1 326 414	1 466 518	2 792 937	157 157	196 677	353 834	38 788	107 472	8 826	4773
1946	1 330 339	1 470 591	2 800 925	158 820	198 868	357 688	39 745	111 305	9 292	4809
1947	1 333 991	1 474 435	2 808 426	160 452	200 979	361 431	40 368	114 509	9 693	4835
1948	1 337 337	1 477 709	2 815 046	162 122	203 355	365 477	40 837	117 097	10 032	4860
1949	1 340 399	1 481 209	2 821 608	163 809	205 217	369 026	41 100	119 123	10 317	4886
1950	1 343 680	1 484 399	2 828 079	165 025	207 107	372 132	41 365	120 577	10 529	4912
1951	1 347 245	1 487 799	2 835 044	165 718	208 525	374 243	41 663	121 486	10 681	4937
1952	1 350 622	1 490 630	2 841 252	166 370	210 272	376 642	41 982	122 119	10 797	4947
1953	1 353 747	1 493 381	2 847 128	167 061	211 856	378 917	42 323	122 688	10 886	4957
1954	1 356 722	1 495 782	2 852 504	167 690	213 556	381 246	42 694	123 201	10 959	4967
1955	1 359 797	1 498 005	2 857 802	168 020	215 220	383 240	43 089	123 617	11 027	4977
1956	1 363 471	1 500 858	2 864 329	167 558	216 937	383 595	43 524	123 949	11 056	4987
1957	1 365 790	1 502 379	2 868 169	168 274	217 991	386 265	43 983	124 212	11 080	4987
1958	1 368 088	1 503 638	2 871 726	168 840	220 020	388 860	44 471	124 418	11 098	4986
1959	1 369 796	1 504 343	2 874 139	169 840	222 415	392 255	44 980	124 576	11 112	4985
1960	1 371 409	1 504 841	2 876 250	170 780	224 843	395 623	45 497	124 687	11 122	4985
1961	1 372 487	1 505 072	2 877 559	172 106	227 378	399 484	46 006	124 741	11 127	4984
1962	1 372 651	1 504 408	2 877 059	174 220	230 658	404 878	46 500	124 767	11 129	4981
1963	1 372 616	1 503 665	2 876 281	176 409	233 875	410 284	46 976	124 759	11 129	4978
1964	1 372 573	1 502 399	2 874 972	178 484	237 477	415 961	47 426	124 735	11 126	4974
1965	1 371 568	1 501 002	2 872 570	181 407	241 078	422 485	47 847	124 690	11 122	4971
∞	1 373 193	1 507 559	2 880 752	201 317	258 522	459 839	49 174	125 047	11 157	4999

Umfang der Ver- (Übergangsregelung gemäss

Tab. 2.

Beträge in

Kalenderjahr	I. Leistungen der kantonalen Versicherungskassen					
	Rentenzahlungen an					Kapital- zahlungen (Sterbe- gelder an Witwen)
	Greise	Greisinnen	Witwen	Waisen	Doppel- waisen	
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1933	—	—	—	—	—	—
1934	8.45	10.85	0.27	0.24	0.03	0.74
1935	8.59	11.02	0.52	0.47	0.06	0.74
1936	8.76	11.19	0.75	0.67	0.09	0.75
1937	8.90	11.31	0.97	0.85	0.11	0.76
1938	9.10	11.53	1.16	1.03	0.14	0.76
1939	9.29	11.71	1.34	1.18	0.17	0.78
1940	9.49	11.92	1.49	1.33	0.19	0.78
1941	9.72	12.19	1.62	1.45	0.22	0.78
1942	9.94	12.45	1.74	1.56	0.24	0.79
1943	10.15	12.70	1.83	1.66	0.27	0.80
1944	10.33	12.92	1.91	1.75	0.28	0.81
1945	10.48	13.11	1.98	1.83	0.30	0.81
1946	10.59	13.26	2.03	1.89	0.31	0.82
1947	10.70	13.40	2.05	1.94	0.33	0.82
1948	10.81	13.56	2.08	1.99	0.34	0.82
1949	32.76	41.05	6.28	6.08	1.06	2.50
1950	33.01	41.42	6.32	6.16	1.08	2.50
1951	33.14	41.71	6.38	6.20	1.08	2.52
1952	33.27	42.06	6.42	6.24	1.10	2.52
1953	33.41	42.37	6.48	6.26	1.10	2.52
1954	33.54	42.71	6.54	6.28	1.12	2.54
1955	33.61	43.04	6.60	6.30	1.12	2.54
1956	33.51	43.21	6.66	6.32	1.12	2.54
1957	33.65	43.60	6.72	6.34	1.14	2.54
1958	33.77	44.00	6.80	6.34	1.14	2.54
1959	33.97	44.48	6.88	6.34	1.14	2.54
1960	34.16	44.96	6.96	6.36	1.14	2.54
1961	34.42	45.48	7.04	6.36	1.14	2.54
1962	34.85	46.13	7.12	6.36	1.14	2.54
1963	35.28	46.78	7.18	6.36	1.14	2.54
1964	35.70	47.49	7.26	6.36	1.14	2.54
1965	36.28	48.22	7.32	6.36	1.14	2.54
∞	40.26	51.71	7.52	6.38	1.14	2.54

* Es ist angenommen, dass in der Übergangszeit (1934–1948) die Versicherungsleistungen auf zwei Drittel der berechtigten Personen (Tab. 1) beschränkt bleiben. Ge-

sicherungsleistungen.

Gesetzesentwurf, Art. 21.)

Millionen Franken.

Tab. 2.

(Art. 20 *)			II. Leistungen aus öffentlichen Mitteln (Art. 24 und 25)			III. Total aller Leistungen		
Total der Leistungen			Bund (80% von Kol. 9)	Kantone (20% von Kol. 9)	Total (10) und (11)	Aus den kantonalen Versicherungskassen (Art. 20 und 21) (Kol. 9)	Aus öffentlichen Mitteln (Art. 24/25 und 21) (Kol. 12)	Total (13) und (14) (14)
an Alte (1) und (2)	an Hinterlassene (3), (4), (5), (6)	insgesamt (7) und (8)						
(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
19.30	1.28	20.58	16.46	4.12	20.58	20.58	20.58	41.16
19.61	1.79	21.40	17.12	4.28	21.40	21.40	21.40	42.80
19.95	2.26	22.21	17.77	4.44	22.21	22.21	22.21	44.42
20.21	2.69	22.90	18.32	4.58	22.90	22.90	22.90	45.80
20.64	3.09	23.73	18.98	4.75	23.73	23.73	23.73	47.46
21.00	3.47	24.47	19.58	4.89	24.47	24.47	24.47	48.94
21.41	3.79	25.20	20.16	5.04	25.20	25.20	25.20	50.40
21.91	4.07	25.98	20.78	5.20	25.98	25.98	25.98	51.96
22.39	4.33	26.72	21.38	5.34	26.72	26.72	26.72	53.44
22.85	4.56	27.41	21.93	5.48	27.41	27.41	27.41	54.82
23.25	4.75	28.00	22.40	5.60	28.00	28.00	28.00	56.00
23.59	4.92	28.51	22.81	5.70	28.51	28.51	28.51	57.02
23.85	5.05	28.90	23.12	5.78	28.90	28.90	28.90	57.80
24.10	5.14	29.24	23.39	5.85	29.24	29.24	29.24	58.48
24.37	5.23	29.60	23.68	5.92	29.60	29.60	29.60	59.20
73.81	15.92	89.73	71.78	17.95	89.73	89.73	89.73	179.46
74.43	16.06	90.49	72.39	18.10	90.49	90.49	90.49	180.98
74.85	16.18	91.03	72.82	18.21	91.03	91.03	91.03	182.06
75.33	16.23	91.61	73.29	18.32	91.61	91.61	91.61	183.22
75.78	16.36	92.14	73.71	18.43	92.14	92.14	92.14	184.28
76.25	16.48	92.73	74.18	18.55	92.73	92.73	92.73	185.46
76.65	16.56	93.21	74.57	18.64	93.21	93.21	93.21	186.42
76.72	16.64	93.36	74.69	18.67	93.36	93.36	93.36	186.72
77.25	16.74	93.99	75.19	18.80	93.99	93.99	93.99	187.98
77.77	16.82	94.59	75.67	18.92	94.59	94.59	94.59	189.18
78.45	16.90	95.35	76.28	19.07	95.35	95.35	95.35	190.47
79.12	17.00	96.12	76.90	19.22	96.12	96.12	96.12	192.24
79.90	17.08	96.98	77.58	19.40	96.98	96.98	96.98	193.96
80.98	17.16	98.14	78.51	19.63	98.14	98.14	98.14	196.28
82.06	17.22	99.28	79.42	19.86	99.28	99.28	99.28	198.56
83.19	17.30	100.49	80.39	20.10	100.49	100.49	100.49	200.98
84.50	17.36	101.86	81.49	20.37	101.86	101.86	101.86	203.72
91.97	17.58	109.55	87.64	21.91	109.55	109.55	109.55	219.10

mäss Art. 21 betragen die Leistungen je 50% der vollen Leistungen. Nach Ablauf der Übergangszeit werden die Leistungen auf 100% erhöht und auf alle berechtigten Personen ausgedehnt.

Gesamtbudget der Versicherung (Übergangsregelung gemäss Gesetzesentwurf, Art. 21).

Tab. 3.

Beträge in Millionen Franken.

326

Jahr	Einnahmen						Ausgaben			Überschuss der Einnahmen (= Einlage in den Fonds). Ab 1951 zu decken der Ausgaben-Überschuss	Fonds der kantonalen Kassen, je auf Jahresende
	Beiträge der		Fondszinsen 1934-43: 4 1/2 % 1944-53: 4 1/4 % 1954 ff.: 4 %	Zuschüsse		Total	Leistungen		Total		
	Ver-sicher-ten (a 18. — und 12. —)	Arbeit-geber (a 15. —)		des Bundes (Art. 24)	der Kantone (Art. 24)		aus den Bei-trägen und Zinsen (Art. 20)	aus den Zuschüs-sen des Bundes und der Kantone (Art. 24 u 75)			
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1933	39.54	15.40	—	—	—	—	—	—	—	54.94	54.94
1934	39.79	15.51	2.47	16.46	4.12	78.35	20.58	20.58	41.16	37.19	92.13
1935	40.03	15.60	4.15	17.12	4.28	81.18	21.40	21.40	42.80	38.38	130.51
1936	40.24	15.69	5.87	17.77	4.44	84.01	22.21	22.21	44.42	39.59	170.10
1937	40.45	15.78	7.65	18.32	4.58	86.78	22.90	22.90	45.80	40.98	211.08
1938	40.62	15.88	9.50	18.98	4.75	89.73	23.73	23.73	47.46	42.27	253.35
1939	40.78	15.92	11.40	19.58	4.89	92.57	24.47	24.47	48.94	43.63	296.98
1940	40.93	16.00	13.36	20.16	5.04	95.49	25.20	25.20	50.40	45.09	342.07
1941	41.04	16.04	15.39	20.78	5.20	98.45	25.98	25.98	51.96	46.49	388.56
1942	41.15	16.08	17.49	21.38	5.34	101.44	26.72	26.72	53.44	48.00	436.56
1943	41.26	16.14	19.65	21.93	5.48	104.46	27.41	27.41	54.82	49.64	486.20
1944	41.36	16.18	20.66	22.40	5.60	106.20	28.00	28.00	56.00	50.20	536.40
1945	41.47	16.21	22.80	22.81	5.70	108.99	28.51	28.51	57.02	51.97	588.37
1946	41.59	16.26	25.01	23.12	5.78	111.76	28.90	28.90	57.80	53.96	642.33
1947	41.71	16.32	27.30	23.39	5.85	114.57	29.24	29.24	58.48	56.09	698.42
1948	41.80	16.35	29.68	23.68	5.92	117.43	29.60	29.60	59.20	58.23	756.65
1949	41.90	16.40	32.16	71.78	17.95	180.19	89.73	89.73	179.46	0.73	757.98
1950	42.00	16.44	32.19	72.39	18.10	181.12	90.49	90.49	180.98	0.14	757.52
1951	42.10	16.48	32.19	72.82	18.21	181.80	91.03	91.03	182.06	— 0.26	757.52
1952	42.20	16.51	32.19	73.29	18.32	182.51	91.61	91.61	183.22	— 0.71	757.52
1953	42.29	16.56	32.19	73.71	18.43	183.18	92.14	92.14	184.28	— 1.10	757.52
1954	42.37	16.59	30.30	74.18	18.55	181.99	92.73	92.73	185.46	— 3.47	757.52
1955	42.45	16.64	30.30	74.57	18.64	182.60	93.21	93.21	186.42	— 3.82	757.52
1956	42.55	16.68	30.30	74.69	18.67	182.89	93.36	93.36	186.72	— 3.83	757.52
1957	42.61	16.70	30.30	75.19	18.80	183.60	93.99	93.99	187.98	— 4.38	757.52
1958	42.67	16.71	30.30	75.67	18.92	184.27	94.59	94.59	189.18	— 4.91	757.52
1959	42.71	16.74	30.30	76.28	19.07	185.10	95.35	95.35	190.70	— 5.60	757.52
1960	42.74	16.74	30.30	76.90	19.22	185.90	96.12	96.12	192.24	— 6.34	757.52
1961	42.77	16.75	30.30	77.58	19.40	186.80	96.98	96.98	193.96	— 7.16	757.52
1962	42.76	16.75	30.30	78.51	19.63	187.95	98.14	98.14	196.28	— 8.33	757.52
1963	42.75	16.75	30.30	79.42	19.86	189.08	99.28	99.28	198.56	— 9.48	757.52
1964	42.74	16.75	30.30	80.39	20.10	190.28	100.49	100.49	200.98	— 10.70	757.52
1965	42.70	16.74	30.30	81.49	20.37	191.60	101.86	101.86	203.72	— 12.12	757.52
∞	42.81	16.78	30.30	87.64	21.91	199.44	109.55	109.55	219.10	— 19.66	757.52

Beispiel für die Aufbringung der Bundeszuschüsse und die Entwicklung des Versicherungsfonds des Bundes.

Beträge in Millionen Franken.

Tab. 4.

Jahr	Einnahmen			Ausgaben	Fonds- einlage	Fonds des Bundes auf Jahres ende
	Einlage in den Fonds aus Erträgen der Tabak- und Alkoholbelastung usw.	Zinsen a 4 $\frac{1}{2}$ %	Total	Zuschüsse (Art. 24) (vgl. Tab. 2)		
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1933				—		204.62
1934	41.20	9.21	50.41	16.46	33.95	238.57
1935	41.20	10.74	51.94	17.12	34.82	273.39
1936	41.20	12.30	53.50	17.77	35.73	309.12
1937	41.20	13.91	55.11	18.32	36.79	345.91
1938	41.20	15.57	56.77	18.98	37.79	383.70
1939	41.20	17.27	58.47	19.58	38.89	422.59
1940	41.20	19.02	60.22	20.16	40.06	462.65
1941	41.20	20.82	62.02	20.78	41.24	503.89
1942	41.20	22.68	63.88	21.38	42.50	546.39
1943	41.20	24.59	65.79	21.93	43.86	590.25
1944	41.20	26.56	67.76	22.40	45.36	635.61
1945	41.20	28.60	69.80	22.81	46.99	682.60
1946	41.20	30.72	71.92	23.12	48.80	731.40
1947	41.20	32.91	74.11	23.39	50.72	782.12
1948	41.20	35.20	76.40	23.68	52.72	834.84
1949	41.20	37.57	78.77	71.78	6.99	841.83
1950	41.20	37.88	79.08	72.39	6.69	848.52
1951	41.20	38.18	79.38	72.82	6.56	855.08
1952	41.20	38.48	79.68	73.29	6.39	861.47
1953	41.20	38.77	79.97	73.71	6.26	867.73
1954	41.20	39.05	80.25	74.18	6.07	873.80
1955	41.20	39.32	80.52	74.57	5.95	879.75
1956	41.20	39.59	80.79	74.69	6.10	885.85
1957	41.20	39.86	81.06	75.19	5.87	891.72
1958	41.20	40.13	81.33	75.67	5.66	897.38
1959	41.20	40.38	81.58	76.28	5.30	902.68
1960	41.20	40.62	81.82	76.90	4.92	907.60
1961	41.20	40.84	82.04	77.58	4.46	912.06
1962	41.20	41.04	82.24	78.51	3.73	915.79
1963	41.20	41.21	82.41	79.42	2.99	918.78
1964	41.20	41.35	82.55	80.39	2.16	920.94
1965	41.20	41.44	82.64	81.49	1.15	922.09
1966	41.20	41.49	82.69	82.68	0.01	922.10
∞	41.20	41.49	82.69	87.64	-4.95	922.10

**Übersicht über die grundlegenden Bestimmungen und die
Tab. 5. finanzielle Tragweite des Gesetzentwurfes.**

I. Allgemeine Grundsätze.

- A. Allgemeine Volksversicherung mit Obligatorium.
- B. Organisation auf öffentlich-rechtlicher Basis, durch Bund und Kantone; Durchführung durch selbständige, kantonale Kassen; finanzielle Ausgleichung von Abweichungen durch eidgenössisches Ausgleichungsverfahren.
- C. Finanzierungssystem: Umlageverfahren, kombiniert mit Fonds.
- D. Einführung in zwei Stufen:
 - 1. Übergangsperiode von 15 Jahren, vom Zeitpunkt des Inkrafttretens hinweg, mit halben Leistungen unter Ansammlung eines Fonds;
 - 2. volle Entfaltung, mit ganzen Leistungen, nach Ablauf der Übergangsperiode.
- E. Versicherungsleistungen in zwei Teilen:
 - 1. Normalleistungen aus den Beiträgen und Fondserträgen der kantonalen Kassen, an alle Bezugsberechtigten;
 - 2. Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln an alle Berechtigten, ausgenommen die Personen mit auskömmlichem Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln und Pensionen.

II. Kantonale Kassen.

A. Beitragspflicht und Beiträge.

- 1. Versicherte:
 - a. Beitragspflichtige: Vom 19. bis zum 65. Altersjahr;
 - b. Beitrag: Jährlich Fr. 18 für Männer und Fr. 12 für Frauen;
 - c. Beitragserhöhung: zulässig bis auf 25 %.
- 2. Arbeitgeber:
 - a. Beitragspflichtig für alle Arbeitskräfte, ausgenommen Ehegatten, verwandte und verschwägte Personen;
 - b. Beitrag: Fr. 15 pro Arbeitskraft und Jahr;
 - c. Beitragserhöhung: Nicht zulässig.

B. Versicherungsleistungen.

- 1. Altersrente an jeden Mann und jede Frau, vom 66. Altersjahr hinweg
Fr. 200 im Jahr
(Ehepaar Fr. 400)
- 2. Witwenrente an jede Witwe, die im Zeitpunkt der Verwitwung das 50. Altersjahr zurückgelegt hat, bis zur Wiederverheiratung bzw. bis zum Bezug der Altersrente. Fr. 150 im Jahr

3. Waisenrenten, bis zum vollendeten 18. Altersjahr:

an eine Waise	Fr. 50 im Jahr
an zwei Waisen	» 100 » »
» drei »	» 150 » »
» vier »	» 200 » »
» fünf »	» 250 » »
» sechs »	» 300 » »
usw.	

4. Doppelwaisenrenten, bis zum vollendeten 18. Altersjahr:

an eine Waise	Fr. 100 im Jahr
» zwei Waisen	» 200 » »
» drei »	» 300 » »
» vier »	» 400 » »
» fünf »	» 500 » »
» sechs »	» 600 » »
usw.	

5. Kapitalabfindung an jede Witwe, die im Zeitpunkt der Verwitwung das 50. Altersjahr noch nicht zurückgelegt hat, einmalig Fr. 500

III. Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln.

1. Zweck: Die Zuschüsse dienen zur Erhöhung der unter Ziffer II aufgeführten Leistungen der kantonalen Versicherungskassen.
2. Umfang: Der Bund leistet jährlich an jede kantonale Kasse 80 % der von ihr ausbezahlten Leistungen, der Kanton seinerseits 20 %, zusammen 100 %.
3. Bezugsberechtigte: Jede bei der Versicherungskasse bezugsberechtigte Person hat auf den Zuschuss Anspruch, sofern sie nicht aus eigenen Mitteln und Pensionen ihren Unterhalt in auskömmlicher Weise bestreiten kann.
4. Ausschluss von der Bezugsberechtigung: durch die Kantone und Gemeinden.
5. Höhe des Zuschusses: Der Zuschuss darf das 1½fache der Leistung aus der kantonalen Kasse nicht übersteigen, er beträgt also im Einzelfall höchstens
 - Fr. 300 bei der Altersrente (Ehepaar Fr. 600);
 - » 225 bei der Witwenrente;
 - » 75 bei jeder Waisenrente;
 - » 150 bei jeder Doppelwaisenrente;
 - » 750 bei der Kapitalabfindung an die Witwe.

IV. Gesamtbudget der Versicherung.

Die Beiträge werden jeweilen ein Jahr im voraus für das Folgejahr erhoben.

Annahme über das Inkrafttreten: 1. Januar 1933 (eventuell 1932).

Beginn der Auszahlungen: 1934 (eventuell 1933).

A. Einnahmen.	Betrag im Einzelfall		Betrag im ganzen										
	Fr.		am Anfang der Über- gangsperiode (1933 bzw. 1934) Mill. Fr.	nach Ablauf der Über- gangsperiode (1949) Mill. Fr.									
1. Beiträge der Versicherten . .	18 und 12		40	42									
2. Beiträge der Arbeitgeber . .	15		15	16									
3. Fondszinsen			—	32									
Total 1—3			55	90									
4. Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln (Bund 80 %, Kan- tone 20 %)			21	90									
		Total	76	180									
B. Ausgaben.													
1. Normalleistungen aus Bei- trägen und Zinsen	<table border="0"> <tr><td>Altersrente</td><td>200.—</td></tr> <tr><td>Witwenrente</td><td>150.—</td></tr> <tr><td>Waisenrente</td><td>50.—</td></tr> <tr><td>Doppelwaisen- rente</td><td>100.—</td></tr> <tr><td>Sterbegeld</td><td>500.—</td></tr> </table>	Altersrente	200.—	Witwenrente	150.—	Waisenrente	50.—	Doppelwaisen- rente	100.—	Sterbegeld	500.—	21	90
Altersrente	200.—												
Witwenrente	150.—												
Waisenrente	50.—												
Doppelwaisen- rente	100.—												
Sterbegeld	500.—												
2. Leistungen aus öffentlichen Mitteln	¹⁾ <table border="0"> <tr><td>Altersrente</td><td>300.—</td></tr> <tr><td>Witwenrente</td><td>225.—</td></tr> <tr><td>Waisenrente</td><td>75.—</td></tr> <tr><td>Doppelwaisen- rente</td><td>150.—</td></tr> <tr><td>Sterbegeld</td><td>750.—</td></tr> </table>	Altersrente	300.—	Witwenrente	225.—	Waisenrente	75.—	Doppelwaisen- rente	150.—	Sterbegeld	750.—	21	90
Altersrente	300.—												
Witwenrente	225.—												
Waisenrente	75.—												
Doppelwaisen- rente	150.—												
Sterbegeld	750.—												
Total 1 und 2	<table border="0"> <tr><td>Altersrente</td><td>500.—</td></tr> <tr><td>Witwenrente</td><td>375.—</td></tr> <tr><td>Waisenrente</td><td>125.—</td></tr> <tr><td>Doppelwaisen- rente</td><td>250.—</td></tr> <tr><td>Sterbegeld</td><td>1250.—</td></tr> </table>	Altersrente	500.—	Witwenrente	375.—	Waisenrente	125.—	Doppelwaisen- rente	250.—	Sterbegeld	1250.—	42	180
Altersrente	500.—												
Witwenrente	375.—												
Waisenrente	125.—												
Doppelwaisen- rente	250.—												
Sterbegeld	1250.—												

¹⁾ Maximalzuschuss im Einzelfall.

Anhang.

	Seite
1. Die in der Schweiz bestehenden Versicherungseinrichtungen für Alter, Invalidität und Tod, insbesondere die Personalfürsorge der öffentlichen und privaten Unternehmungen	332
2. Armenstatistische Erhebung	348
3. Der Stand der Gesetzgebung über Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung im Auslande	359
4. Gutachten der Direktorenkonferenz der schweizerischen Lebensversicherungsgesellschaften vom 30. Mai 1924	371
5. Gutachten von Dr. Schaertlin: Können für die Durchführung der Alters- und Hinterlassenenversicherung die öffentlichen und privaten Versicherungskassen beigezogen werden?	375
6. Gutachten der Herren Direktor Dr. G. Schaertlin, Prof. Dr. A. Bohren und Dr. J. Lorenz betreffend die vom Bundesamt für Sozialversicherung aufgestellten bevölkerungsstatistischen Grundlagen	378

1. Die in der Schweiz bestehenden Versicherungseinrichtungen für Alter, Invalidität und Tod, insbesondere die Personalfürsorge der öffentlichen und privaten Unternehmungen.

Schon die Botschaft des Bundesrates vom Jahre 1919 zum Verfassungsartikel über die Versicherung enthält Angaben über eine Reihe von Pensionskassen staatlicher Verwaltungen und über die Lebensversicherung, ohne natürlich ein auch nur einigermaßen vollständiges Bild geben zu können.

Zu den Vorarbeiten für die Ausführungsgesetzgebung gehörte es, sich auf Grund einer besondern umfassenden Enquête einen möglichst vollständigen Überblick darüber zu verschaffen, in welchem Umfange und in welcher Weise heute schon im Gebiete der Alters- und Hinterlassenenversicherung auf gesetzlicher oder auf vertraglicher Grundlage für den einzelnen gesorgt wird. Anhand einer solchen Erhebung lässt sich nicht nur das Mass des Bedürfnisses für eine gesetzliche Versicherung auf dem Boden des Bundes beurteilen, sondern sie bietet auch Anhaltspunkte für die Beantwortung der Frage, ob eine solche gesetzliche Regelung etwa an bestehende Einrichtungen anknüpfen könnte, oder ob für sie eine selbständige Organisation gewählt werden müsse. Dabei galt es zur richtigen Würdigung der Erhebungsergebnisse zwischen den Pensions- und Hilfskassen der öffentlichen Verwaltungen und einer Reihe von privaten Unternehmungen vorzugsweise aus Handel und Industrie einerseits und den gewerbsmässigen, konzessionierten Versicherungsunternehmungen andererseits zu unterscheiden, die dem Einzelnen Gelegenheit zur freiwilligen Befriedigung seines Versicherungsbedürfnisses bieten. Schliesslich waren noch die wenigen kantonalen Versicherungsanstalten zu würdigen, die entweder auf dem Boden des Zwanges oder ebenfalls auf dem der Freiwilligkeit den Versicherungsschutz der Kantonsbevölkerung zum Ziele haben.

Dem ihm vom eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement erteilten Auftrage gemäss hat das Bundesamt für Sozialversicherung sofort nach der Annahme der Verfassungsbestimmung über die Versicherung im Dezember 1925 die Erhebung in die Wege geleitet.

Bei der Durchführung der Erhebung wurden die Pensionskassen des Staates, der Gemeinden und der selbständigen öffentlichen Anstalten für ihre Beamten, sowie diejenigen der konzessionierten Transportunternehmungen und der konzessionierten Versicherungsgesellschaften für ihr Personal vom Bundesamt

direkt erfasst, während die Erhebung im übrigen nach Verständigung und Bereinigung der Erhebungsgrundsätze mit dem Amte durch den Zentralverband der schweizerischen Arbeitgeberorganisationen in Zürich durchgeführt wurde. Dieser hat die Ergebnisse seiner Erhebung im August 1928 unter dem Titel: «Die Fürsorge privater Unternehmungen für ihr Personal bei Alter, Tod und Invalidität» (Schriften des Zentralverbandes schweizerischer Arbeitgeberorganisationen Nr. 26) publiziert.

Die nachfolgende Darstellung enthält in gedrängter Form die Hauptergebnisse der Gesamtenquête, wie sie sich bei Zusammenfassung der öffentlichen und privaten Versicherungs- und Fürsorgeeinrichtungen ergeben. Nähere Angaben sind einem Berichte des Bundesamtes für Sozialversicherung vorbehalten, der demnächst veröffentlicht werden wird.

Die Mitteilungen beruhen, soweit es die Pensions- und Hilfskassen der öffentlichen Verwaltungen sowie privater Betriebe betrifft, auf dem Material, das die den einzelnen Kassen zugestellten einlässlichen Fragebogen zutage gefördert haben. Die Angaben beziehen sich auf den 31. Dezember 1925 als Stichtag bzw. das Kalenderjahr 1925 als Erhebungsjahr. Bloss in einzelnen Fällen musste im Hinblick auf besondere Verhältnisse ein anderer Stichtag bzw. ein anderes Erhebungsjahr gewählt werden.

Die Angaben über die kantonalen Versicherungsanstalten konnten den Jahresberichten dieser Institute entnommen werden.

Über die von den privaten Lebensversicherungsunternehmungen abgeschlossenen privaten Einzelversicherungsverträge orientiert der Bericht des eidgenössischen Versicherungsamtes, aus dem wir ebenfalls einige Angaben mitteilen werden.

Die Ergebnisse der angestellten Erhebungen beweisen, dass besonders von Bund, Kantonen und Gemeinden, dann aber auch von öffentlichen Korporationen und von zahlreichen privaten Arbeitgebern wertvolle und von hohem sozialem Verständnis zeugende Fürsorgeeinrichtungen zugunsten ihres Personals geschaffen worden sind. Zugleich geht aber aus der Enquête hervor, dass diese Institutionen sich vorwiegend auf die öffentliche Beamtenschaft wie auf die Angestellten besonders begünstigter privater Erwerbszweige beschränken, während die breiten Schichten der arbeitenden Bevölkerung einer solchen Fürsorge noch vollständig entbehren oder sich mit ganz geringfügigen Leistungen bescheiden müssen. Gerade diese Schichten sind aber auch nicht in der Lage, etwa aus eigener Kraft vorzusorgen. Dies gilt gleichermassen für unselbständig wie für selbständig Erwerbende, für die grosse Masse der Arbeiterschaft, wie für die so zahlreichen, zwar äusserlich selbständigen, aber häufig in beschränkten und engen Verhältnissen lebenden Handwerker, kleinen Händler und Landwirte.

Diesen Kreisen vor allem, die in unserm Volke die Mehrheit bilden, wird die projektierte Alters- und Hinterlassenenversicherung dienen, so eine von ihnen mit der Zunahme der Personalfürsorgeeinrichtungen für begünstigte

Gruppen immer mehr empfundene Lücke ausfüllen und schliesslich durch die Verallgemeinerung einer gewissen Mindestfürsorge zu etwelcher Ausgleichung der jetzt bestehenden, oft bedeutenden Unterschiede beitragen.

1. Die Pensions- und Hilfskassen.

Wir müssen der Übersichtlichkeit halber auf eine gesonderte Besprechung der aus den einzelnen Erhebungen hervorgegangenen Ergebnisse verzichten und uns der Kürze halber auf die Wiedergabe der Gesamtzahlen beschränken.

Vorerst können wir feststellen, dass Ende des Jahres 1925 insgesamt (mindestens) 1221 Personalfürsorgekassen bzw. Fonds gezählt wurden, welche ihren Mitgliedern Versicherung gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Invalidität und Tod gewährten. Dabei sind allerdings ein Teil dieser Fonds zu Fürsorgeverbänden zusammengefasst, so die Fonds der Elektrizitätswerke in der Pensionskasse schweizerischer Elektrizitätswerke usw. Auch befinden sich darunter die bei den konzessionierten Versicherungsgesellschaften angeschlossenen Gruppenversicherungen. Diese 1221 Fonds zählten 262,440 aktive Versicherte und 40,335 Rentenbezüger, worunter 5455 Waisen. Lassen wir die letzteren weg, so ergeben sich 297,320 erwachsene aktive Mitglieder und rentenberechtigte Personen. Nun darf angenommen werden, dass die Zahl der erwachsenen Personen in der Schweiz, umfassend alle Jahrgänge vom Alter 20 an, Ende 1925 rund 2,574,000 Personen betrug. Demnach hätten die vorhandenen Personalfürsorgekassen rund $11\frac{1}{2}$ % der gesamten erwachsenen Personen unserer Bevölkerung umfasst.

Wir können noch eine andere Zahl zum Vergleiche heranziehen, die der erwerbstätigen unselbständigen Personen. Ihre Zahl darf für das Jahr 1925 auf rund 1,350,000 Personen geschätzt werden. Wir dürfen also sagen, dass rund ein Fünftel der gesamten unselbständig erwerbstätigen Bevölkerung bei den 1221 durch die Statistik festgestellten Hilfskassen als aktive Mitglieder versichert waren.

Diesen Kassen flossen als Einnahmen im Berichtsjahr 161,⁶⁸ Millionen Franken zu, und zwar 115,¹⁷ Millionen Franken (71 %) aus Beiträgen und Einlagen aller Art und 46,⁵¹ Millionen Franken (29%) aus Kapitalerträgen. Von diesen Einnahmen mussten 81,⁷⁰ Millionen Franken, also rund die Hälfte im gleichen Jahr wieder verausgabt werden, während die andere Hälfte kapitalisiert werden konnte. Die angesammelten Fonds betragen Ende 1925 nahezu 1 Milliarde Franken, nämlich 981,⁵⁷ Millionen Franken.

Wir verweisen auf nachstehende Übersichtstabelle, welche noch einen etwas deutlicheren Einblick in die Verhältnisse gestattet.

Zusammenstellung betreffend den Umfang und Finanzhaushalt der Hilfskassen (Stand vom Jahre 1925).

Kassenart	Anzahl der Kassen (bzw. der Fonds)	Anzahl der		Einnahmen						
		Aktivmitglieder	Rentenbezügiger (Alte, Invalide, Witwen, Waisen und Verwandte)	Ordentliche Beiträge		Einlagen bei Gehalts-erhöhungen und Eintritt	Besondere Aufwendungen der Arbeitgeber (für Aufbringung des Deckungskapitals usw.)	Kapitalerträge	Sonstige Einnahmen	Total der Einnahmen
				der Arbeitgeber	der Versicherten					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Personalf Hilfskassen von Bund, Kantonen, Gemeinden usw.	169	78,270	16,436	26,449,875	18,614,232	3,580,355	4,452,551	13,917,781	1,218,286	68,233,080
2. Idem von konzessionierten Transportanstalten (inkl. S. B. B.) . . .	32	39,046	15,625	16,796,019	9,671,519	1,800,825	1,852,943	14,096,542	450,948	44,668,796
3. Idem von konzessionierten Versicherungsunternehmungen	19	2,057	133	1,775,335	9,887	1,294	419,039	948,724	478,500	3,632,779
4. Idem v. sonst. Privatunternehmungen	982	138,546	7,847	9,731,973	5,628,162	*)	8,971,198	16,507,514	---	40,838,847
5. Sonstige Hilfskassen	19	4,521	294	138,224	1,358,648	1,610,499	---	1,044,792	152,743	4,304,906
Total der Hilfskassen	1,221	262,440	40,335	54,891,426	35,282,448	6,992,973	15,695,731	46,515,353	2,300,477	161,678,408

Kassenart	Ausgaben						Vorhandene Deckung (Kapitalanlagen und Guthaben)
	Versicherungsleistungen		Sonstige Kassenleistungen	Verwaltungskosten und Steuern	Sonstige Ausgaben	Total der Ausgaben	
	Kapitalzahlungen	Rentenzahlungen					
	11	12	13	14	15	16	17
1. Personalf Hilfskassen von Bund, Kantonen, Gemeinden usw.	Fr. 221,574	Fr. 32,811,661	Fr. 1,630,327	Fr. 260,245	Fr. 261,254	Fr. 35,185,061	Fr. 300,648,851
2. Idem von konzessionierten Transportanstalten (inkl. S. B. B.) . . .	54,405	33,034,513	415,604	10,782	2,464,274	35,979,578	286,510,981
3. Idem von konzessionierten Versicherungsunternehmungen	207,426	396,971	75,526	10,060	165,211	855,194	17,603,571
4. Idem v. sonst. Privatunternehmungen	1,466,684	7,359,803	?	?	?	8,826,487	353,931,862
5. Sonstige Hilfskassen	23,816	495,612	268,425	62,504	4,595	854,952	22,878,953
Total der Hilfskassen	1,973,905	74,098,560	2,389,882	343,591	2,895,334	81,701,272	981,574,218

*) In Kolonne 7 inbegriffen.

Diese Übersicht lässt erkennen, dass es sich in der Mehrzahl um Einrichtungen handelt, welche gemeinsam von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gespiesen und verwaltet werden. Von den ordentlichen Beiträgen in der Höhe von insgesamt 90,17 Millionen Franken wurden 61 % durch die Arbeitgeber und 39 % durch die Versicherten selbst bestritten. Ferner legten die Arbeitgeber ausser den ordentlichen Beiträgen noch weitere 15,70 Millionen Franken in diese Kassen ein, wobei namentlich die hohen Zuwendungen der privaten Unternehmungen ins Auge fallen.

Unter den Versicherungsleistungen der Kassen nehmen die Rentenzahlungen mit 74,10 Millionen Franken den breitesten Raum ein, während auf einmalige Kapitalzahlungen bloss 1,97 Millionen Franken entfielen. Es handelt sich um ausgesprochene Rentenkassen; das macht es auch erklärlich, weshalb diese Gebilde so gewaltige Fonds notwendig haben und für eine starke Äufnung dieser Fonds noch lange sorgen müssen. Von den Versicherungsleistungen des Berichtsjahres entfielen rund 80 % auf die Invaliden- und Altersversicherung und 20 % auf die Hinterlassenenversicherung.

Versicherungsleistungen der Hilfskassen.

Versichert	Betrag der ausbezahlten Jahresleistungen			
	Kapitalzahlungen	Rentenzahlungen	Total	
	Mill. Fr.	Mill. Fr.	Mill. Fr.	%
Invaliden- und Altersversicherung . . .	1. 29	59. 49	60. 78	79. 9
Hinterlassenenversicherung	0. 68	14. 61	15. 29	20. 1
Total	1. 97	74. 10	76. 07	100. 0
%	2,6	97,4		

Einen Anhaltspunkt über die bei den einzelnen Gruppen von Hilfskassen durchschnittlich ausbezahlten Leistungen vermag nachstehende Tabelle zu verschaffen, wobei allerdings mit Rücksicht auf das Vorwiegen der Rentenzahlung die Kapitalabfindungen weggelassen wurden.

Gliederung der Rentenbestände und Durchschnittsleistungen.

Art der Leistungen	1. Kassen des Bundes, der Kantone, Gemeinden usw.			2. Kassen der konzess. Eisenbahn- und Dampfschiff- unternehmungen			3. Kassen der konzess. Privatversicherungsunternehmungen für ihr Personal		
	Anzahl der Bezüger	Betrag der Jahresrenten im ganzen	Durchschnittsrente	Anzahl der Bezüger	Betrag der Jahresrenten im ganzen	Durchschnittsrente	Anzahl der Bezüger	Betrag der Jahresrenten im ganzen	Durchschnittsrente
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Fr.	Fr.		Fr.	Fr.		Fr.	Fr.
Invaliden- und Altersrenten	9,552	26,831,220	2,809	8,241	26,014,730	3,157	71	289,230	4,074
Witwenrenten	4,323	4,973,813	1,150	4,905	5,927,469	1,208	54	101,843	1,886
Waisenrenten	2,354	913,989	388	2,297	1,052,681	458	6	2,900	483
Verwandtenrenten	207	92,639	448	182	39,633	218	2	2,998	1,499
Total	16,436	32,811,661		15,625	33,034,513		133	396,971	
Art der Leistungen	4. Kassen privater Unternehmungen			5. Sonstige Kassen			Total aller Kassen		
	Anzahl der Bezüger	Betrag der Jahresrenten im ganzen	Durchschnittsrente	Anzahl der Bezüger	Betrag der Jahresrenten im ganzen	Durchschnittsrente	Anzahl der Bezüger	Betrag der Jahresrenten im ganzen	Durchschnittsrente
	10	11	12	13	14	15	16	17	18
		Fr.	Fr.		Fr.	Fr.		Fr.	Fr.
Invaliden- und Altersrenten	6,107	5,900,864	966	251	458,762	1,828	24,222	59,494,806	2,456
Witwenrenten	946	1,198,424	1,267	39	36,327	931	10,267	12,237,876	1,192
Waisenrenten	794	260,515	328	4	523	131	5,455	2,230,608	409
Verwandtenrenten	—	—	—	—	—	—	391	135,270	346
Total	7,847	7,359,803		294	495,612		40,335	74,098,560	

Aus dieser Darstellung entnehmen wir, dass die in rund 24,000 Fällen ausbezahlte Invaliden- und Altersrente durchschnittlich 200 Franken im Monat betrug, die Witwenrente (in rund 10,000 Fällen) durchschnittlich Fr. 100 im Monat, die Waisenrente (rund 5500 Fälle) durchschnittlich Fr. 35 pro Kind und pro Monat und die Verwandtenrente (rund 400 Fälle) durchschnittlich Fr. 30 pro Fall und pro Monat. Diese Durchschnittszahlen müssen mit allem Vorbehalt gewürdigt werden. Einmal deswegen, weil die Anzahl der Bezüger sich meistens auf den Stichtag (31. Dezember 1925) bezieht und in der Regel nicht mit der Zahl der Fälle im Berichtsjahre genau übereinstimmt; dann aber namentlich deswegen, weil von Kasse zu Kasse grosse Abweichungen vom Durchschnitt nach oben und nach unten festzustellen sind. Immerhin vermitteln diese statistischen Durchschnitte wertvolle Anhaltspunkte über die Höhe der von den schweizerischen Pensions- und Hilfskassen in vielen Einzelfällen ausgerichteten Renten und das Verhältnis der durchschnittlichen Rentensätze in der Invaliden- und Altersversicherung einerseits zu denen der Witwen- und Waisenversicherung andererseits.

Von grossem Interesse wäre es nun namentlich auch, einige Anhaltspunkte über die Sicherheit der verschiedenen Gruppen von Hilfskassen zu erhalten. Die Sicherheit liesse sich beurteilen anhand der Bilanz, wobei als vollständige Bilanz einzig diejenige zu gelten hätte, welche eine richtige Gegenüberstellung zwischen den Verpflichtungen und verfügbaren Mitteln böte, mit andern Worten die sogenannte versicherungstechnische Bilanz. Aus derselben ergäbe sich einmal, ob für die Verpflichtungen der Versicherungskasse (Kapitalwert) genügende Deckungsmittel (Fonds und Mitgliederbeiträge, ebenfalls im Kapitalwert in die Bilanz eingestellt) zur Verfügung stehen. Das zweite, ebenfalls wichtige Kriterium zur Beurteilung der finanziellen Sicherheit ergibt sich aus der Zusammensetzung der Kapitalanlagen, wobei Bonität, Liquidität und Rendite entsprechend der Eigenart des Versicherungsbetriebes zu würdigen sind. Leider fehlt es an vollständigen zuverlässigen Angaben sowohl betreffend des Verhältnisses der verfügbaren Mittel zu den Verpflichtungen als auch über die Zusammensetzung der Kapitalanlagen. Immerhin lässt sich, soweit Angaben vorliegen, der Schluss ziehen, dass, soweit Mittel zurückgestellt sind, diese zu einem schönen Prozentsatz aus gut verzinslichen und mündelsicheren Anlagewerten bestehen, dass aber eine grosse Zahl der Versicherungskassen nicht über genügende Deckungskapitalien verfügt. Es wird also bei vielen dieser Gebilde noch grosser Anstrengungen bedürfen, bis sie im richtigen finanziellen Gleichgewicht stehen werden. Auch wird bei einem Teil der Kassen die im Interesse der dauernden Sicherheit gebotene Ausscheidung des Vermögens aus dem Vermögen des Arbeitgebers erst noch vollzogen werden müssen.

Im übrigen geben die mitgeteilten Gesamtzahlen ein eindrucksvolles Bild über das Ergebnis der bisherigen Bemühungen auf dem Gebiete der Alters- und Hinterlassenenfürsorge für die unselbständig Erwerbenden in Handel und Industrie sowie in den öffentlichen Verwaltungen und Betrieben.

Man darf aber aus diesen Zahlen nicht zu weitgehende Schlüsse ziehen. Vor allem ergibt sich die Tatsache, dass durch diese Gebilde nur ein recht geringer Prozentsatz der unselbständig Erwerbenden erfasst wird. Das Verhältnis der von diesen Pensions- und Hilfskassen erfassten Personen in den einzelnen Erwerbsgruppen ist ausserordentlich schwankend. Während von den Angestellten und Arbeitern der öffentlichen Verwaltungen und der Verkehrsanstalten einschliesslich der Funktionäre von Unterricht, Erziehung, Seelsorge und Kirchendienst rund 80 % versichert sind, ist dieser Prozentsatz in der Landwirtschaft 0 und in zahlreichen andern Erwerbszweigen verschwindend klein. Einzig bei einzelnen Branchen der Rubrik Handel, Banken und Versicherungen sowie in der Maschinenindustrie, Chemischen Industrie, Elektrizitätserzeugung und Textilindustrie sind Ansätze zu etwas umfassenderer Fürsorge vorhanden (wobei allerdings die Leistungssätze sehr wesentlich auseinandergehen). Lässt man die Beamten und Angestellten der öffentlichen Verwaltungen und Verkehrsanstalten sowie die Lehrer, Geistlichen und ähnliche Stände weg, so verbleiben bloss 145,273 in Pensionskassen Versicherte oder rund $\frac{1}{8}$ aller in den betreffenden Erwerbszweigen tätigen unselbständig erwerbenden Personen. Wir können in dieser Hinsicht auf die nachstehende Tabelle verweisen, in welcher aus der eidgenössischen Berufsstatistik von 1920 die Zahl der unselbständig Erwerbenden der Zahl der durch die Hilfskassenstatistik im Jahre 1925 erfassten versicherten Angestellten und Arbeiter gegenübergestellt ist. Dabei konnte eine Gliederung nach 13 verschiedenen Erwerbszweigen durchgeführt werden. Trotz der Verschiedenheit der Stichtage gestatten diese Zahlen einen Einblick in die Versicherungshäufigkeit, wie er bis dahin nie geboten werden konnte. Die Zahlen bilden für sich eine eindrucksvolle Manifestation für die Notwendigkeit der Ausdehnung der Fürsorgetätigkeit auf die breiten Volkskreise durch das Mittel einer obligatorischen Alters- und Hinterlassenenversicherung auf eidgenössischem Boden.

Durch dieses Obligatorium wird einmal innerhalb der verschiedenen Erwerbszweige die Versicherung auf alle unselbständig Erwerbenden ausgedehnt. Dann aber wird die Alters- und Hinterlassenenversicherung in bescheidenem Masse auch den selbständig Erwerbenden (über $\frac{1}{2}$ Million Personen) zugänglich. Sie wird aber auch auf die nicht in der Erwerbswirtschaft tätigen Personen, namentlich die Frauen und alle sonst in der Hauswirtschaft Tätigen ausgedehnt.

Durch die Versicherungsleistungen der obligatorischen Versicherung können die Leistungen bereits bestehender Einrichtungen in bescheidenem Umfang erhöht werden. Es besteht aber auch die Möglichkeit der Schaffung weiterer privater und öffentlicher Versicherungskassen und Gruppenversicherungen, um die Leistungen der obligatorischen Grundversicherung auf eine den Bedürfnissen bestimmter Erwerbsgruppen angepasste Höhe zu bringen. Andererseits können nach dem Gesetzesentwurf die Zuwendungen der Arbeitgeber an bestehende Fürsorgekassen innerhalb gewisser Grenzen herabgesetzt werden, womit wiederum eine Anpassung der bestehenden Versicherungen an die gesetzlichen Normen des Obligatoriums ermöglicht wird.

Übersicht über die Zahl der unselbständig Erwerbenden (1920) und die bei Pensions- und Hilfskassen versicherten Personen (1925).

Erwerbszweige	Zahl der unselbständig Erwerbenden nach der eidg. Berufsstatistik, Stand von 1920	Zahl der Aktivmitglieder der Pensions- und Hilfskassen nach der Hilfskassenstatistik, Stand von 1925	Verhältniszahlen in Prozenten $100 \times \frac{(3)}{(2)}$
(1)	(2) Personen	(3) Personen	(4) %
1. Baugewerbe	135,089	3,195	2.4
2. Maschinen-Industrie	141,310	38,758	27.4
3. Elektrizitätswerke u. a.	12,550	4,402	35.1
4. Uhren-Industrie und Bijouterie	56,455	3,763	6.7
5. Textil-Industrie	119,073	44,298	37.2
6. Bekleidungs-Industrie	74,690	7,069	9.5
7. Chemische Industrie	18,360	6,767	36.9
8. Papierindustrie, Graph. Gewerbe u. dgl.	33,578	6,207	18.5
9. Nahrungsmittel-Industrie	58,671	9,528	16.2
10. Handel, Bank- u. Versicherungswesen	102,168	20,130	19.7
11. Öffentliche Verwaltungen, Verkehr, Unterricht, Erziehung, Seelsorge und Kirchendienst	145,669	117,167	80.4
12. Land- und Forstwirtschaft	270,468	—	0.0
13. Sonstige	140,322	1,156	0.8
Total	1,308,403	262,440	20.1
Total ohne Position 11	1,162,734	145,273	12.5

Wir haben nun noch zu prüfen, welche weiteren privaten Versicherungsmöglichkeiten ausser den genannten Pensions- und Hilfskassen bestehen. In Betracht fallen einmal die bei einzelnen Kantonen bestehenden Versicherungsanstalten, dann aber namentlich die bei konzessionierten Versicherungsunternehmungen laufenden Lebensversicherungen. Hierüber können, ebenfalls für das Stichjahr 1925. folgende Ergebnisse mitgeteilt werden.

2. Kantonale Versicherungsanstalten.

Unsere Berichterstattung wäre in der Tat unvollständig, wenn sie nicht auch die im Zeitpunkt der Erhebung bestehenden drei kantonalen Versicherungsanstalten umfassen würde, nämlich die Alters- und Invalidenversicherung des Kantons Glarus, die staatliche Rentenkasse des Kantons Waadt und die staatliche Volksversicherungskasse des Kantons Neuenburg.

Neuenburg. Die neuenburgische Anstalt ist die erste kantonale Personenversicherungskasse in der Schweiz. Schon im Jahre 1898 (Gesetz vom 29. März 1898) sah sich die neuenburgische Regierung veranlasst, eine kantonale Volks-

versicherungskasse einzurichten, welche den Zweck hatte, Aktiven und Passiven einiger bestehender, in finanzielle Schwierigkeiten geratener Hilfskassen zu übernehmen und deren Tätigkeit weiterzuführen. Es wurde eine auf Gegenseitigkeit beruhende, mit den Rechten einer juristischen Person ausgestattete Volksversicherungsanstalt unter staatlicher Kontrolle und staatlichen Zuschüssen geschaffen. Diese betreibt die Kapital- und Rentenversicherung nach dem Vorbild der privaten konzessionierten Lebensversicherungsgesellschaften und in Konkurrenz mit diesen im freien Wettbewerb, auf Grund von Tarifen, die nach dem Beitrittsalter abgestuft sind. Das Gesetz wurde im Jahre 1906 revidiert (Gesetz vom 15. Mai 1906). Im Zeitpunkt der letzten eidgenössischen Volkszählung, Ende 1920, umfasste die Kasse insgesamt 12,862 Policen für Kapitalversicherungen und 676 Policen für Rentenversicherungen, also im ganzen 13,538 Versicherungen. Nehmen wir an, es seien keine Doppelversicherungen darunter gewesen, so ergäbe sich unter Beschränkung auf die 89,834 Personen im Alter von 18 und mehr Jahren ein Prozentsatz von 15,1 %, d. h. auf je 100 der für die Versicherung in Betracht fallenden Personen der neuenburgischen Bevölkerung wären 15 versichert gewesen.

Im Zeitpunkt unserer Erhebung, Ende 1925, umfasste die neuenburgische Kasse folgende Versicherungsbestände:

12,133 Kapitalversicherungen über Fr. 19,392,156. —	Kapitalsumme,
837 Rentenversicherungen über »	462,657.40 Rentensumme.

Durchschnittlich waren also pro Police versichert Fr. 1598 in der Kapitalversicherung und Fr. 553 in der Rentenversicherung. Die Anstalt besass Ende 1925 einen Gesamtfonds von Fr. 12,489,254, von dem rund 80 % in öffentlichen Anleihen und 11 % in Hypothekendarlehen placiert waren, während die übrigen 9 % auf Policendarlehen, Bankguthaben und dergleichen entfielen.

Der Staat übernimmt von Gesetzes wegen sämtliche Verwaltungskosten (einschliesslich Arzthonorare) und die Mehrbelastung aus der Versicherung anormaler Risiken (Personen mit beschränkter Gesundheit). Ferner leistet er einen Prämienzuschuss bei allen Versicherungen, die vor dem Alter 40 abgeschlossen werden.

Waadt. Auch die durch Gesetz vom 2. März 1907 begründete waadtländische Altersrentenkasse beruht wie die neuenburgische Kasse auf dem Prinzip des freiwilligen Beitrittes und dem Finanzsystem der nach dem Beitrittsalter abgestuften Prämien bzw. Versicherungsleistungen. Sie beschränkt ihre Tätigkeit jedoch ausschliesslich auf die Altersversicherung, und zwar die Rentenversicherung. Auch sie ist eine autonome Versicherungsanstalt auf Gegenseitigkeit unter der Kontrolle und Garantie des Staates. Hinsichtlich der Organisation wird ihre Aufgabe wesentlich erleichtert durch die Hilfsgemeinschaften (Sociétés mutualistes) und Schulsparkassen (Mutualités scolaires), welche von ihren Mitgliedern die Prämien in Empfang nehmen und global an die kantonale Rentenkasse abliefern, womit einerseits die Kosten der Aussenorganisation herabgedrückt werden können, andererseits der Versicherungs-

gedanke in breitere Volksschichten und namentlich unter die Jugend getragen wird. Jede Prämie wird als Einmaleinlage aufgefasst und nach dem Alter des Versicherten in Rente umgerechnet. Dieses System hat die Folge, dass der Versicherte in der Leistung seiner Beiträge nach Höhe und Einzahlungstermin vollständig frei ist. Die Versicherung kann ohne oder mit Rückgewähr der Einlagen im Todesfall geschlossen werden. Die letztere Form wird bevorzugt, da sie in bescheidener Form eine Hinterlassenenversicherung mit der Altersversicherung verknüpft. Bei vorzeitiger Invalidität kann das Mitglied verlangen, sofort in den Genuss seiner, allerdings reduzierten Rente zu treten, wobei ein Zuschuss aus dem Invalidenfonds (Ende 1925: Fr. 870,630) gewährt werden kann.

Der Staat leistet Prämienzuschüsse, sogenannte Aufmunterungsprämien, die betragen

Fr. 6	für jede jährliche Einzahlung von Fr. 6 bis Fr. 11. 99,
» 8	» » » » » » 12 » » 23. 99,
» 10	» » » » » » 24 » » 71. 99,
» 12	» » » » » » 72 » » 120. —.

Bei den Kinderversicherungen (Mitglieder der Schulsparevereine) beträgt der staatliche Zuschuss gleichviel wie die Prämie selbst, solange diese weniger als Fr. 6 beträgt. Der Staat übernimmt, gegen eine Provision von 4 % auf allen Einlagen, sämtliche Verwaltungskosten der Anstalt und trägt überdies durch Leistung einer Subvention an die Hilfsgemeinschaften deren Prämienbezugs-kosten. Die waadtländische Rentenkasse umfasste im Jahre 1925 im Kanton Waadt 25,610 Versicherte, was 8 % der waadtländischen Bevölkerung ausmacht, und ausserdem gingen ihr aus der übrigen Schweiz 284 und aus dem Ausland 44 Einlagen zu. Ferner zählte sie im Berichtsjahr 149 Renten im Gesamtbetrag von Fr. 27,355.10 oder durchschnittlich Fr. 183. 59 pro Police und Jahr.

Der Finanzhaushalt der Kasse wird alle 3 Jahre versicherungstechnisch überprüft. Die Tatsache, dass von den Jahreseinnahmen bloss etwa 8 % für laufende Zahlungen verbraucht werden, der Rest von nahezu 1 Million Franken aber kapitalisiert werden konnte, ist leicht erklärlich, angesichts der Tatsache, dass es sich um einen jungen Versicherungsbestand (12jährige Tätigkeit der Kasse) mit lauter aufgeschobenen Altersrenten handelt.

Die Kasse verfügte Ende 1925 über einen Fonds von Fr. 8,202,730, der zu 59 % durch Hypotheken, zu 36 % durch Obligationen des Bundes, der Kantone und Gemeinden sowie sonstige Titel und zu 5 % durch verschiedene Guthaben sichergestellt war.

Glarus. Unter allen schweizerischen Kantonen war Glarus bis zum Jahr unserer Erhebung der einzige geblieben, der durch Gesetz eine alle Bevölkerungsklassen umfassende obligatorische Alters- und Invalidenversicherung eingeführt hatte. Das bezügliche Gesetz datiert vom 7. Mai 1916 und trat am

1. Januar 1918 in Kraft; ein Nachtrag vom 3. Mai 1925 beseitigte die Unterschiede zwischen den Versicherungsleistungen an männliche und weibliche Versicherte. Die Versicherung wird durch eine staatliche Anstalt durchgeführt, die unter Garantie des Staates steht. Versicherungspflichtig sind alle Personen vom 17. bis zum vollendeten 50. Altersjahr, die im Kanton Glarus ihren rechtlichen Wohnsitz haben. Die Beitragspflicht dauert bis zum vollendeten 65. Altersjahr.

Die Mittel für die gesetzlichen Versicherungsleistungen werden durch Verwendung der Zinsen des Fonds der staatlichen Alters- und Invalidenversicherung sowie durch jährliche Beiträge des Kantons, der Ortsgemeinden und der Versicherten aufgebracht. Der Kanton leistet aus der Staatskasse einen festen jährlichen Beitrag von Fr. 85,000 und wendet der Versicherungsanstalt ferner zu 1. die Zinsen aus dem speziellen Fonds für die Alters- und Invalidenversicherung, 2. einen Teil des Ertrages der Wirtschaftspatente, der Wasserwerksteuer, der Überschüsse der kantonalen Gebäudeversicherungsanstalt und schliesslich das dem Kanton zufallende Ergebnis der eidgenössischen Kriegssteuer. Die Ortsgemeinden leisten einen jährlichen Beitrag von einem Franken pro Kopf der Bevölkerung. Die Versicherten schliesslich entrichten einen festen Jahresbeitrag von sechs Franken; für Versicherte, welche aus dem Kantonsgebiet wegziehen, aber Mitglied der glarnerischen Versicherung bleiben wollen, erhöht sich dieser Beitrag auf 16 Franken. Anspruch auf Versicherungsleistungen erhält der Versicherte erst nach Ablauf einer Wartefrist von 5 Jahren. Bei Eintritt des Todes oder der Invalidität vor Ablauf der Wartefrist werden bloss die einbezahlten Beiträge ohne Zins zurückbezahlt. Wer nach Ablauf der Wartefrist invalid wird, erhält eine jährliche Invalidenrente, die mit Fr. 150 beginnt und mit jedem weitem Jahr der Invalidität um Fr. 10 ansteigt, bis der Höchstbetrag von Fr. 300 erreicht ist. Nach Vollendung des Alters 65 wird die Invalidenrente durch die Altersrente abgelöst, welche jedem Versicherten ohne Rücksicht auf den Gesundheitszustand von Beginn des 66. Altersjahres an zukommt und Fr. 180 beträgt; sie steigt jedes Jahr um Fr. 30, um den Höchstbetrag von Fr. 300 zu erreichen, wenn der Rentenbezüger ins 70. Altersjahr eingetreten ist. Versicherungsleistungen an die Hinterlassenen fallen nicht in Betracht, doch sind beide Ehegatten für Invaliden- und Altersrente versichert und Beitragspflichtig.

Die Durchführung der Versicherung geschieht im wesentlichen durch die Ortsgemeinden, die auf ihre Kosten das Verzeichnis der Versicherten zu führen, den Einzug der Beiträge zu besorgen und überhaupt der Versicherungspflicht Geltung zu verschaffen haben. Die Leitung wird durch einen Verwalter besorgt. Die Kosten der allgemeinen Verwaltung fallen zu Lasten des Kantons.

Die Anstalt zählte am Stichtag unserer Erhebung 17,528 Versicherte in der obligatorischen und 13 Versicherte in der ganz unbedeutenden freiwilligen Versicherung. Die Kasse steht, was die Versicherungsleistungen anbetrifft, erst am Anfang ihrer Entwicklung. Es können infolgedessen, ähnlich wie bei der waadtländischen Rentenkasse, nahezu 100 % aller Einnahmen

kapitalisiert und als Deckung für die im Laufe der kommenden Dezennien anwachsenden Rentenverpflichtungen zurückgestellt werden. Das zurückgestellte Deckungskapital betrug Ende 1925 im ganzen Fr. 4,582,119.

Es seien nun die wichtigsten Zahlen über den Finanzhaushalt der drei kantonalen Kassen noch kurz zusammengestellt.

Anstalt des Kantons	Einnahmen und Ausgaben im Jahre 1925				Zurückgestellte Fonds Ende 1925
	Prämien der Versicherten samt Zuschüssen des Staates und der Gemeinden	Fondszinsen	Einnahmen an Prämien und Zinsen	Auszahlungen für Versicherungsleistungen	
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Neuenburg	1,055,885	587,995	1,643,880	919,537	12,489,254
Waadt	561,362	383,695	945,057	48,272	8,202,730
Glarus	289,201	198,786	487,987	14,842	4,582,119
Total	1,906,448	1,170,476	3,076,924	982,651	25,274,103

Im Jahre 1926 trat zu diesen Instituten noch eine vierte kantonale Versicherungsanstalt hinzu, die durch das Gesetz vom 26. April 1925 geschaffene obligatorische Altersversicherungsanstalt des Kantons Appenzell A.-Rh. die in ihren Grundzügen durchaus der glarnerischen Versicherung nachgebildet ist. Sie kommt jedoch für die vorliegende Statistik, die sich auf den Stand Ende 1925 bezieht, nicht in Betracht.

3. Die privaten konzessionierten Lebensversicherungsunternehmungen.

Nach dem Bericht des eidgenössischen Versicherungsamtes über die privaten Versicherungsunternehmungen in der Schweiz im Jahre 1925 liefen Ende 1925 bei den konzessionierten Lebensversicherungsgesellschaften in der Schweiz 711,209 Kapitalversicherungen über eine Versicherungssumme von Fr. 2,377,305,415 und 9,480 Rentenversicherungen über einen Gesamtrentenbetrag von Fr. 9,270,328. Die durchschnittlich versicherte Summe betrug in der Kapitalversicherung Fr. 3,342 und bei den Rentenversicherungen Fr. 978. Bei den Kapitalversicherungen spielen der Zahl nach die sogenannten kleinen Versicherungen oder Volksversicherungen eine grosse Rolle, wie nachstehende Übersicht beweist.

Versicherungsart	Zahl der Policen	Versicherungssumme	
		im ganzen	im Durchschnitt pro Police
		Fr.	Fr.
Kapitalversicherungen auf den Todesfall . .	304,370	1,952,175,424	6,414
» » » Lebensfall .	9,179	39,765,489	4,332
Kleine Versicherungen (Volksversicherungen)	397,660	385,364,502	969
Kapitalversicherungen im ganzen	711,209	2,377,305,415	3,343

Dieser Versicherungsbestand entfiel zu 94,7 % auf unsere 11 einheimischen konzessionierten Lebensversicherungsanstalten und nur Fr. 126,326,405 oder 5,3 % waren bei ausländischen Anstalten versichert.

Die schweizerische Prämieinnahme für diese Versicherungsbestände belief sich im Jahre 1925 insgesamt auf 130,76 Millionen Franken, wovon 121,43 Millionen Franken für Kapitalversicherungen und 9,33 Millionen Franken Renteneinlagen. Auf der andern Seite beliefen sich die entsprechenden Auszahlungen im Schweizergeschäft auf 45,98 Millionen Franken, und zwar 38,96 Millionen Franken für Kapitalversicherungen und 7,02 Millionen Franken für Rentenversicherungen.

Um noch einen etwas deutlicheren Einblick in den Finanzhaushalt dieses schweizerischen Privatversicherungsbestandes zu erhalten, ist es wiederum notwendig, das Deckungskapital, also die mathematisch notwendige Reserve, in den Kreis unserer Betrachtungen zu ziehen. Hierüber geben die Bilanzen der einzelnen Gesellschaften, soweit ihr Gesamtbestand in Frage kommt, in einlässlicher Weise Auskunft. Im Bericht des eidgenössischen Versicherungsamtes für das Jahr 1925 finden sich erstmals auch Angaben über das Deckungskapital des Schweizerbestandes. Danach hat das Deckungskapital des schweizerischen Versicherungsbestandes Ende 1925 rund 639 $\frac{1}{3}$ Millionen Franken betragen. Diese Deckungskapitalien sind durch erstklassige Kapitalanlagen sichergestellt, deren Zinserträge für das Jahr 1925 auf rund 30 Millionen abgeschätzt werden können.

Es hätten demnach die Einnahmen des Schweizerbestandes insgesamt rund 160 Millionen Franken betragen, nämlich 130 Millionen Franken aus Prämien und 30 Millionen Franken aus Fondszinsen.

Es wäre nun im Hinblick auf den Zweck unserer Statistik von grossem Interesse gewesen, über die von den Privatversicherungsgesellschaften in neuester Zeit getätigte Gruppenversicherung noch einige besondere Ergebnisse mitzuteilen. Leider war es jedoch nicht möglich, weder aus den Geschäftsberichten der einzelnen Gesellschaften noch aus einer besonderen Umfrage des Bundesamtes für Sozialversicherung, verlässliche Anhaltspunkte über den Umfang des neuen Versicherungszweiges zu gewinnen. Es kann lediglich mitgeteilt werden, dass Ende 1925 nach den Angaben von 6 konzessionierten Gesellschaften in der Schweiz 262 derartige Gruppenversicherungen liefen, die eine Gesamtzahl von 12,523 Policen und einen Versicherungsbestand von

109,94 Millionen Franken versicherten Kapitals und

10,57 Millionen Franken versicherten Jahresrenten umfassten. Die diesem Bestand entsprechenden Prämien, Fondszinsen, Auszahlungen und Fonds sind bereits in den mitgeteilten Gesamtergebnissen und zum grössten Teil auch in den Angaben über die Hilfskassen inbegriffen. Es seien hier bloss noch einige allgemeine Bemerkungen über Wesen und Bedeutung der Gruppenversicherungen angeschlossen. Eine Gruppenversicherung kommt zustande durch Abschluss eines Vertrages zwischen der Firma (Unternehmung) bzw. eines besonderen Fürsorgevereins und einer konzessionierten Lebensversiche-

rungsgesellschaft (Anstalt). Die Unternehmung ist Versicherungsnehmerin und schliesst auf Grund des Gruppenversicherungsvertrages für jeden einzelnen Angestellten oder Arbeiter eine besondere Versicherungspolice ab. Die Leistungen werden nach einem bestimmten Versicherungsreglement einheitlich bemessen (ähnlich wie in den Statuten der Pensionskassen oder Fürsorgeverbände). Die Prämie wird für jeden einzelnen Angestellten oder Arbeiter nach Massgabe des Alters und der im Reglement festgesetzten Versicherungsleistung berechnet und in der Police notiert. Die Summe aller Prämien bildet die von der Versicherungsnehmerin jährlich oder einmalig an die Anstalt zu entrichtende Zahlung, an welche das Personal manchmal einen Teil beizutragen hat, der in der Regel nach der Jahresbesoldung abgestuft ist. Die Versicherung unterliegt den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag. An Stelle der Statutenbestimmungen einer Pensionskasse treten die allgemeinen Versicherungsbedingungen, welche der Police beige druckt sind. Die Firma bzw. der Fürsorgeverein als Versicherungsnehmerin hat einen unbedingten Rechtsanspruch auf die vollen Versicherungsleistungen, die sie bei Eintritt des Versicherungsfalles unverkürzt oder teilweise an den versicherten Angestellten bzw. seine Hinterlassenen, gemäss dem Fürsorgereglement, ausrichten wird. Da die Prämien dem Risiko angepasst sind, ermöglichen sie die Bildung einer ausreichenden Reserve, so dass die Anstalt eine unbedingte Garantie für die Leistungen einzuräumen in der Lage ist. Die Durchführung der Versicherung und die Verwaltung der notwendigen Rücklagen ist auf vollkommen neutralen Boden getragen. Die Gruppenversicherung ist ein reines Rechtsgeschäft zwischen Unternehmung und Anstalt, welche letztere ihrerseits eine Gesamtheit von Unternehmungen und Einzelversicherten zu einer grossen Gefahrengemeinschaft zusammenfasst. Tritt ein Angestellter oder Arbeiter aus der Unternehmung aus, so kann er doch Mitglied dieser Gefahrengemeinschaft bleiben, sofern ihm die Unternehmung beim Austritt die Police zu Eigentum übergibt und er, sei es allein, sei es mit Hilfe des neuen Arbeitgebers, die Prämien weiter an die Versicherungsgesellschaft entrichtet. Auf dem Boden der Gruppenversicherung ist also eine unbeschränkte Freizügigkeit der Versicherten möglich.

Es wären noch andere Eigenheiten dieser neuen Fürsorgeform zu erwähnen, doch muss in diesem Zusammenhang darauf verzichtet werden.

Wir haben nun die mitgeteilten Ergebnisse noch einer kurzen Würdigung hinsichtlich unseres Problems, der Schaffung einer eidgenössischen Alters- und Hinterlassenenversicherung zu unterziehen. Mit Hilfe zahlreicher Agenten und Vertreter ist es den privaten Versicherungsgesellschaften durch eine unaufhörliche Werbetätigkeit und die intensive Arbeit eines grossen Stabes von Beamten gelungen, in der Schweiz bis zum Jahre 1925 einen Bestand von rund 720,000 Policen zusammenzubringen. Dabei sind die Versicherungen von Kindern und Erwachsenen, Kapital- und Rentenversicherungen sowie Gruppenversicherungen inbegriffen und namentlich auch die Versicherungen auf ein und dieselbe Person alle einzeln gezählt. Es ist infolgedessen schwierig, festzustellen, welcher Prozentsatz der schweizerischen Bevölkerung effektiv bei

den privaten Gesellschaften versichert ist. Nicht wenige Personen besitzen nämlich zwei, drei oder mehr Policen bei verschiedenen Gesellschaften und man müsste vorerst diese mehrfachen Versicherungen feststellen können, ein Punkt über den auch der Bericht des eidgenössischen Versicherungsamtes aus begrifflichen Gründen keine Angaben enthält.

Verzichtet man vorderhand auf diese Absonderung der mehrfach Versicherten, so ergibt sich als Resultat, dass auf 100 Personen der schweizerischen Wohnbevölkerung Ende 1925 rund 18 Policen entfielen. Auf 100 erwachsene Personen dürften rund 25 Policen entfallen, auf je 100 erwerbstätige Personen schätzungsweise 35 Policen. Beachtet man nun auch noch die Tatsache der mehrfachen Versicherungen, so darf man behaupten, dass höchstens ein Drittel unserer erwerbstätigen Bevölkerung durch die Speisung einer Privatversicherung Mittel für den Fall vorzeitigen Todes oder für das eigene Alter bereitstellt und dass mindestens $\frac{2}{3}$ der Erwerbstätigen keine Lebensversicherung besitzen. Nicht wenige Leute bringen auch heute noch der Versicherung ein ungerechtfertigtes Misstrauen entgegen. Wieder andere versäumen den richtigen Zeitpunkt zum Abschluss einer angemessenen Police. Kurzum der Versicherungsgedanke ist noch nicht bei allen Schichten der Bevölkerung genügend verankert.

Ferner aber darf darauf hingewiesen werden, dass die durchschnittlich versicherten Leistungen im Gegensatz zur landläufigen Auffassung sehr bescheidene sind. Wie wir oben mitgeteilt haben, ist die mittlere Summe bei den grossen Policen etwas über 6000 Franken, bei den Volksversicherungen dagegen nicht ganz 1000 Franken. Bedenkt man nun, dass für eine Rente von 100 Franken beim Alter 65 eine Einlage von rund 900 Franken (Mann), beim Alter 40 eine solche von rund Fr. 1700 (Frau, Witwe) erforderlich ist, so erkennt man ohne weiteres, dass diese Versicherungsleistungen für sich allein zu einem dauernden Unterhalt im Alter oder zu einer Sicherung der Hinterlassenen (Witwe und Waisen) in keiner Weise hinreichen. Die Kapitalversicherung ist meistens als sogenannte gemischte Versicherung auf ein bestimmtes Alter fällig und der ausbezahlte Betrag ist nicht selten für die Ausbildung der Kinder oder sonstwie verbraucht, wenn der Familienvater an die Schwelle des Greisenalters herantritt und eine Altersversorgung nötig hätte. Die kommende eidgenössische Alters- und Hinterlassenenversicherung wird mit ihren bescheidenen Renten eine segensreiche Ergänzung der bestehenden Privatversicherungen bilden und diese freiwillige Versicherung in wirksamer Weise unterstützen und beleben.

2. Armenstatistische Erhebung.

1. Allgemeines.

Schon bei der Vorbereitung der Kranken- und Unfallversicherung erachtete es der Bundesrat als seine Pflicht, eine Untersuchung über die Einwirkung dieser beiden Versicherungszweige auf die Armenpflege zu veranlassen. Wie nicht anders zu erwarten war, kam der mit der Untersuchung beauftragte Experte zum Schlusse, dass eine wesentliche Entlastung eintreten werde. Im Jahre 1927 haben die anerkannten Krankenkassen und die Schweiz. Unfallversicherungsanstalt in Luzern zusammen rund 80½ Millionen Fr. an Versicherungsleistungen ausgerichtet. Es macht das auf den Kopf der Bevölkerung mehr als Fr. 20.— aus. Niemand wird heute im Ernste in Abrede stellen wollen, dass diese für unser Land beträchtlichen Leistungen die Armenpflege erheblich entlasten. Vergegenwärtigt man sich nun, dass die Alters- und Hinterlassenenversicherung nach der Übergangszeit Leistungen von 180 Millionen Fr. jährlich gewähren wird, so wird man ohne weiteres annehmen dürfen, dass diese Aufwendungen in noch weit höherem Masse eine Rückwirkung auf die Budgets der Armenpflegen ausüben müssen. Dabei ist es nicht nur die hohe Summe an sich, die diese Wirkung auslösen muss, sondern vor allem der Umstand, dass der Leistungen aus der Alters- und Hinterlassenenversicherung, weil es sich um eine allgemeine Volksversicherung handelt, auch die ärmsten Kreise der Bevölkerung teilhaftig werden, was bei der Kranken- und Unfallversicherung nicht in gleichem Masse der Fall ist.

2. Die Vorarbeiten und die Durchführung der Erhebung.

So wahrscheinlich die Entlastung der Armenpflege durch die künftige Alters- und Hinterlassenenversicherung auch ist, so glaubte der Bundesrat gleichwohl, nicht von einer armenstatistischen Erhebung absehen zu sollen, um auf Grund derselben für einzelne Gemeinden den mutmasslichen Einfluss auf die Armenpflege feststellen zu können. Bald nach Annahme des Verfassungsartikels wurde das Bundesamt für Sozialversicherung mit der Durchführung der Aufgabe betraut. Dieses setzte sich mit dem Ausschuss der ständigen Kommission der schweiz. Armenpflegerkonferenz in Verbindung.

Das Volkswirtschaftsdepartement bestellte sodann eine Kommission, bestehend aus 3 Vertretern von Kantonsregierungen und 2 Mitgliedern des ständigen Ausschusses der schweiz. Armenpflegerkonferenz. Diese Kommission sprach sich grundsätzlich für die Durchführung der Statistik, und zwar in möglichst vielen Kantonen aus, jedoch unter Beschränkung auf typische Gemeinden, mittels individueller Fragebogen. Die Kommission begutachtete ebenso die vom Bundesamt für Sozialversicherung vorgelegten Entwürfe zustimmend. Hierauf wandte sich das Volkswirtschaftsdepartement an die Kantonsregierungen mit der Bitte, gegen eine allfällige Entschädigung die Erhebung durchführen zu lassen und ersuchte um Vorschläge für die Beispielsgemeinden. Mit Ausnahme von 2 Kantonen (Solothurn und Appenzel I.-Rh.) beteiligten sich sämtliche Kantone an der Erhebung. Bei der Auswahl der Gemeinden wurde darauf Bedacht genommen, ein Bild von der Armenpflege in Gemeinden mit verschiedenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu gewinnen (rein landwirtschaftliche Gemeinden, Gemeinden mit Industrie und Gewerbe und solche Gemeinden, deren Bevölkerung in allen drei Produktionszweigen tätig ist). Über jede Gemeinde sollte ein allgemeiner Bericht abgefasst werden, mit Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse der Gemeinden, die Höhe der Gesamtausgaben für die gesetzliche Armenpflege und die Art der Aufbringung der Mittel. Als Erhebungsjahr wurde das Jahr 1927 bestimmt, bzw. das Rechnungsjahr der massgebenden Armenbehörde, das im Jahr 1927 endete. Die letzten ausgefüllten Erhebungsformulare kamen dem Bundesamt für Sozialversicherung erst zu Beginn dieses Jahres zu. Eine grosse Zahl der allgemeinen Berichte ist sehr summarisch abgefasst worden, so dass die Einnahmen der Armenbehörden, die Gliederung der Ausgaben und die Angaben über die Armensteuern kein richtiges Bild ergeben. Wegen der geräumten Zeit, die bis zur Ablieferung des Erhebungsmaterials von vielen Gemeinden beansprucht wurde, war es leider nicht möglich, die fehlenden Angaben noch einzufordern, wenn man den Abschluss der Untersuchung nicht über Gebühr verzögern wollte.

3. Die Ergebnisse der Erhebung.

Bei der Bearbeitung des Erhebungsmaterials verzichtete das Bundesamt für Sozialversicherung darauf, auf die Eigenart der verschiedenen kantonalen Armengesetze Rücksicht zu nehmen. Es begnügte sich damit, festzustellen, welche Belastung die Gemeinden im Jahre 1927 aus solchen Armenunterstützungen zu tragen hatten, an deren Stelle beim Bestehen einer eidg. Alters- und Hinterlassenenversicherung Leistungen gewährt worden wären und ihr die Leistungen der künftigen Versicherung gegenüberzustellen. Dabei ging das Bundesamt für Sozialversicherung von der Annahme aus, dass sämtlichen von der Armenpflege unterstützten Personen die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Höchstleistungen zukommen, also Fr. 500 an Männer und Frauen, die über 65 Jahre alt sind, Fr. 375 an Witwen, die im Zeitpunkt der Verwitwung das 50. Altersjahr zurückgelegt hatten, Fr. 125 an einfache und Fr. 250 an

Doppelwaisen. Die im Entwurf vorgesehenen Kapitalabfindungen an Witwen, die im Zeitpunkt der Verwitwung das 50. Altersjahr noch nicht zurückgelegt haben, wurden nicht berücksichtigt. Um die Durchführung der statistischen Erhebungen nicht zu sehr zu erschweren, wurde auf den Fragebogen für die Witwen nach dem Jahr der Verwitwung nicht gefragt. Der Vorsteher des Fürsorgeamtes der Stadt St. Gallen hat sich in entgegenkommender Weise bereit erklärt, für 329 Verwitwungsfälle, mit denen sich sein Amt zu befassen hatte, die Erhebung in dieser Hinsicht zu ergänzen. Obwohl es gewagt erscheint, aus dieser aus einem so wenig umfangreichen Erhebungsmaterial abgeleiteten Verhältniszahl Schlüsse zu ziehen, wurde sie gleichwohl verwendet.

Die Erhebung ergab, dass für die weitaus grösste Zahl der Gemeinden, die nach der Übergangszeit zur Auszahlung gelangenden vollen Versicherungsleistungen mehr ausmachen werden als die Armenunterstützungen. Für einige Städte über 10,000 Einwohner folgen hier Angaben über das Verhältnis der zukünftigen Leistungen der Versicherung zu jenen der Armenpflege. Dabei wurden die Ausgaben der Armenpflege gleich 100 gesetzt:

Zürich	47
Basel	49
St. Gallen	107
Neuenburg	79
Herisau	109
Thun	114
Bellinzona	81

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, dass bei bestehender Versicherung, die nach den Städten St. Gallen, Herisau und Thun fliessenden Leistungen für Greise, Witwen und Waisen mehr ausmachen, als die bisherigen Leistungen der Armenpflege. Es mögen auch die nachfolgenden Angaben von Interesse sein, die sich auf einige Gemeinden mit Gebirgscharakter beziehen:

Alpthal (Kt. Schwyz)	120
Mosnang (Kt. St. Gallen)	131
Arvigo (Kt. Graubünden)	53
Igis (Kt. Graubünden)	48
Poschiamo (Kt. Graubünden)	153
Safien (Kt. Graubünden)	119
Olivone (Kt. Tessin)	105
L'Abbaye (Kt. Waadt)	137
Provence (Kt. Waadt)	213
Hérémenche (Kt. Wallis)	191
Liddes (Kt. Wallis)	213

Diese Ergebnisse mögen überraschen. Sie finden aber ihre Bestätigung in den im Anschluss an diese Ausführungen folgenden Tabellen, in denen die durchschnittlichen Leistungen der Armenpflege für Greise (Männer und Frauen,

einschliesslich Witwen über 65 Jahren) für Witwen im Alter von 50 bis 65 Jahren und Doppelwaisen zusammengestellt sind. Um Zufälligkeiten, wie sie sich beim Vorhandensein einzelner, die Armenpflegen besonders schwer belastender Unterstützungsfälle ergeben, nach Möglichkeit auszuschalten, sind in der Zusammenstellung nur solche Gemeinden berücksichtigt, die mindestens 10 Unterstützungsfälle der gleichen Art (Greise, Witwen und Doppelwaisen) aufweisen. Nur für wenige Gemeinden ergeben sich für den einzelnen Unterstützten in der Armenpflege höhere Leistungen, als sie von der Versicherung zu erwarten sind.

Von diesen Unterstützungen sind die Rückvergütungen nicht abgerechnet worden, die den Armenbehörden von den Gemeinden, den Kantonen oder vom Bunde — von diesen im Fall von Wiedereinbürgerungen — geleistet werden. Vergleicht man die Leistungen der Armenpflege mit denen der Versicherung nach Abzug der Rückvergütungen, so ergibt sich, dass die Versicherungsleistungen ein Mehrfaches ausmachen. Bei Berechnungen, die auf diese Nettoleistungen der Armenpflege abstellen, darf man aber nicht ausser acht lassen, dass die Beiträge der Kantone meistens prozentual zu den Leistungen der Gemeinden bemessen werden. Verminderte Leistungen der Gemeinden haben also reduzierte Staatsleistungen zur Folge. Es muss auch damit gerechnet werden, dass bei verminderten Leistungen der Gemeinden die Heranziehung Verwandter zur Erfüllung der gesetzlichen Unterstützungspflicht sich schwieriger gestaltet.

Es muss noch untersucht werden, in welchem Verhältnis die Armenunterstützungen an Greise, Witwen und Waisen zu den Gesamtleistungen der gesetzlichen Armenpflege stehen. Leider ist aus den Angaben vieler Beispielsgemeinden nicht ersichtlich, ob es sich dabei um Brutto- oder Nettoausgaben handelt. Aus den Angaben solcher Gemeinden, bei denen hierüber kein Zweifel besteht, darf geschlossen werden, dass die Bruttoausgaben für jene Kreise, an die bei Einführung der Alters- und Hinterlassenenversicherung Renten ausgerichtet werden, 24 bis 40 % sämtlicher Bruttoausgaben ausmachen dürften; für die Nettoausgaben ergeben sich 12 bis 44 %. Man wird also nicht zu hoch gehen, wenn man annimmt, dass die Greise, Witwen und Waisen das Budget der Armenpflegen mit mindestens 25 % belasten. Geht man von diesem Mindestsatz aus und legt man den Berechnungen den Unterstützungsbetrag zugrunde, den Pfarrer Wild für die gesetzliche Armenpflege sämtlicher Kantone im Jahre 1927 ermittelt hat, nämlich 47,2 Millionen Fr., so kommt man zum Schluss, dass die Entlastung der Armenpflege, bei voller Wirksamkeit der Alters- und Hinterlassenenversicherung, annähernd 12 Millionen Fr. ausmachen wird. Während der Übergangszeit dürfte die Entlastung gegen 6 Millionen Fr. betragen.

4. Mehrbelastung der Armenpflege durch die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

Die bisherigen Ausführungen befassten sich lediglich mit der entlastenden Wirkung der Alters- und Hinterlassenenversicherung. Nun muss aber der

Vollständigkeit halber erwähnt werden, dass auch mit einer Belastung zu rechnen ist. Ein Teil der Ausfallprämien dürftiger Mitglieder wird den Armenpflegen überbunden werden. Die Botschaft nimmt an, dass sich die Ausfallprämien auf rund 10 % der von den Versicherten aufzubringenden Beiträge belaufen werden, für die ganze Schweiz also auf 4 Millionen Fr., von denen der Bund 1 Million übernimmt. Wollte man diesen ganzen Restbetrag auf die Armenverwaltungen abwälzen, so blieben immerhin noch 9 Millionen Fr. als Nettoentlastung der gesetzlichen Armenpflege der Kantone. Es könnten die Ausfallprämien sogar während der Übergangszeit aus Einsparungen auf der gesetzlichen Armenpflege bestritten werden.

5. Überprüfung der Schätzungsergebnisse.

Die Schätzungen des Bundesamtes für Sozialversicherung sollen nun noch mit solchen verglichen werden, die von andern Amtsstellen und Privaten gemacht wurden. — Der Kanton Glarus leistete im Durchschnitt der Jahre 1921—1925 jährlich Beiträge an das Armenwesen in der Höhe von Fr. 190,000. Nach 20jähriger Wirksamkeit der Versicherung und Gewährung einer Alters- und Invalidenrente im Betrage von Fr. 300 rechnet er mit einer Verminderung jener Beiträge um rund 10—20 %. Nimmt man an, dass die Leistungen der eidg. Hinterlassenenversicherung mindestens jene der Invalidenversicherung aufwiegen, und berücksichtigt man, dass die Rentenhöhe nach 15jährigem Bestehen der eidg. Versicherung um $\frac{2}{3}$ höher ist als jene der glarnerischen Versicherung, so kommt man zu einer Entlastung von $16\frac{2}{3}$ bis $33\frac{1}{3}$ %.

Das Departement des Innern des Kantons St. Gallen geht von den für das Bundesamt für Sozialversicherung durchgeführten Erhebungen der Gemeinden Altstätten, Grabs, Mosnang, Oberuzwil und St. Gallen aus und rechnet diese auf den ganzen Kanton St. Gallen um. Unter Zugrundelegung von Rentenansätzen, die um $\frac{1}{5}$ niedriger sind als jene, von denen das Bundesamt für Sozialversicherung ausgegangen ist, kommt es zum Schlusse, dass die Gesamtunterstützungsauslagen jener st. gallischen Gemeinden, die ihre Armenlasten durch Armensteuern decken müssen, um 22,3 % vermindert würden; während der Übergangszeit betrage die Entlastung 11,1 %. Unter Zugrundelegung der Ansätze des Bundesamtes für Sozialversicherung käme man somit zu einer Entlastung von rund 28 bzw. 14 %. Für die Stadt St. Gallen ermittelte der Chef des dortigen Fürsorgeamtes, dass für das Jahr 1926 die Ausgaben der Einwohnerarmenpflege für Alters- und Hinterlassenenfürsorge 50,3 % der Gesamtaufwendungen für Unterstützungen betragen; für das Jahr 1927 wurden 51 % ermittelt. Bei diesen Berechnungen wurde allerdings von der Annahme ausgegangen, dass die Altersversicherung Renten an Greise über 60 Jahre gewähren werde.

Pfarrer Wild machte zu Ende 1920 eine Berechnung über die entlastende Einwirkung der Alters- und Invalidenversicherung der Kantone und Gemeinden. Von Renten im Betrage von Fr. 500 ausgehend, kam er zum Schlusse, dass

die Entlastung rund 50 % betrage. Vergegenwärtigt man sich wiederum, dass die Hinterlassenenrenten zum mindesten die Invalidenrenten aufwiegen, so ergibt sich, dass Pfarrer Wild die entlastende Wirkung der Versicherung annähernd doppelt so hoch einschätzt als das Bundesamt für Sozialversicherung.

Gegenüber Ausführungen, die den Nachweis einer Entlastung der Armenpflege zum Gegenstande haben, wird gelegentlich der Einwand erhoben, dass sich eine Entlastung wohl errechnen lasse, diese sich aber tatsächlich nicht verwirkliche. Zum Beweis dafür wird auf das Anwachsen der Armenlasten hingewiesen, das sich durch die Sozialversicherung nicht habe verhindern lassen. Die Richtigkeit dieser Auffassung sucht man mit dem Hinweis auf Untersuchungen zu beweisen, die in Deutschland vorgenommen wurden. Wenn man für die dortigen Verhältnisse zum Schlusse kommt, dass durch die Sozialversicherung die Begehrlichkeit jener Kreise, die nicht der Versicherung unterstellt sind, gewachsen ist, so dürfte das für unsere Verhältnisse deswegen nicht zutreffen, weil eine Volksversicherung in Aussicht genommen ist. Man darf zudem nicht ausser acht lassen, dass die Armenpflege der Gegenwart sich in weit höherem Masse, als das früher der Fall war, von sozialen Gesichtspunkten leiten lässt. Diesem Umstande ist das Steigen der Armenlasten zuzuschreiben. Ins Ungemessene können aber die Unterstützungen nicht gesteigert werden, und man darf wohl annehmen, dass die einzelnen Unterstützungsbeiträge unserer Grossstädte auf einem Maximum angelangt sind. Für die Schweiz, die neben wenigen Grossstädten viele kleinere Städte und Ortschaften mit ländlichem und Gebirgscharakter aufweist, dürfte das gelten, was Dr. Friedrich Zahn in seiner Studie «Wirkung der deutschen Sozialversicherung» festgestellt hat: «Am meisten tritt der entlastende Einfluss der Arbeiterversicherung in kleinen, ärmlichen Gemeinden zutage, wo die Armenpflege sich mit ihrer Hilfe aufs notwendigste beschränken muss; dort spürt man in den Armenetats jede neue, in die Gemeinde fliessende Versicherungsrente. Die Grossstädte können wegen ihrer in der Regel günstigen Finanzen weitherzigere Armenpflege üben, sie widmen die durch die Arbeiterversicherung frei gewordenen Mittel neuen, bisher unberücksichtigt gelassenen Unterstützungsfällen und neuer intensiverer Unterstützung des Einzelfalles, doch geben auch sie den entlastenden Einfluss der Arbeiterversicherung auf die Armenpflege unumwunden zu.»

Tabelle I.

Gemeinde	Zahl der unter- stützten Greise	Unterstützungen an Greise		Unterstützungen nach Abzug der Rückvergütungen	
		absolut	pro Greis	absolut	pro Greis
1.	2.	3.	4.	5.	6.
		Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Kanton Zürich:					
Zürich-Stadt	578	571,425	989	489,832	847
Kanton Bern:					
Thun	71	29,868	421	12,372	174
Burgdorf	69	31,723	460	12,894	187
St. Immer	55	26,943	490	25,340	461
Frutigen	39	14,564	373	5,997	154
Langenthal	50	25,778	516	10,794	216
Langnau	84	31,332	373	11,891	142
Neuenegg	20	4,035	202	1,620	81
Trub	26	7,984	307	7,934	305
Kanton Luzern:					
Escholzmatt	29	7,932	274	7,572	261
Kriens	25	10,761	430	10,396	416
Emmen	12	6,825	569	5,348	446
Luthern	18	8,150	453	8,150	453
Kanton Obwalden:					
Lungern	17	5,748	338	5,733	337
Kanton Nidwalden:					
Stans	18	9,311	517	7,407	412
Kanton Glarus:					
Ennenda	17	10,119	595	9,999	588
Schwanden	15	9,423	628	8,922	595
Kanton Zug:					
Walchwil	10	4,563	456	4,513	451
Kanton Freiburg:					
Attalens	14	3,413	244	3,413	244
Plaffeyen	10	4,093	409	3,478	348
Romont	16	7,944	497	6,498	406

Tabelle I (Fortsetzung).

Gemeinde	Zahl der unterstützten Greise	Unterstützungen an Greise		Unterstützungen nach Abzug der Rückvergütungen	
		absolut	pro Greis	absolut	pro Greis
1.	2	3	4.	5.	6
		Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Kanton Basel-Stadt	567	457,628	807	200,135	353
Kanton Basel-Land:					
Pratteln	15	9,418	628	9,418	628
Kanton Schaffhausen:					
Neunkirch	13	12,384	953	11,234	864
Gächlingen	10	7,091	709	5,309	531
Kanton Appenzell A.-Rh.:					
Herisau	150	68,019	453	65,911	439
Reute	13	6,871	529	5,732	441
Speicher	33	14,956	453	14,956	453
Kanton St. Gallen:					
St. Gallen-Stadt	522	223,546	428	82,715	158
Grabs	42	15,504	369	14,079	335
Altstätten	79	34,041	431	28,886	366
Mosnang	31	12,309	397	9,857	318
Oberuzwil	22	10,511	478	7,662	348
Kanton Graubünden:					
Poschivao	12	3,837	320	3,737	311
Kanton Aargau:					
Muri	21	8,376	399	7,205	343
Kanton Thurgau:					
Arbon, evangel.	13	5,682	437	5,682	437
Berg, evangel.	10	3,909	391	3,389	339
Schönholzerswil, evangel.	15	6,036	402	5,554	370
Sirmach, kathol.	13	5,794	446	5,794	446
Kanton Tessin:					
Bellinzona	27	16,961	628	16,421	608
Biasca	12	5,183	432	5,001	417
Giubiasco	12	8,272	689	7,815	651

Tabelle I (Schluss).

Gemeinde	Zahl der unter- stützten Greise	Unterstützungen an Greise		Unterstützungen nach Abzug der Rückvergütungen	
		absolut	pro Greis	absolut	pro Greis
1	2	3.	4.	5.	6.
		Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Kanton Waadt:					
L'Abbaye	30	9,105	304	8,067	269
Grandson	12	6,367	531	5,889	491
Ormont-dessous	30	8,768	292	8,768	292
Provence	22	4,031	183	3,846	175
Kanton Wallis:					
Monthey	12	5,465	455	4,505	375
Kanton Neuenburg:					
Neuenburg-Stadt	132	83,042	629	*)	*)
Couvet	19	11,176	588	*)	*)
Dombresson	11	6,082	553	*)	*)
Verrières	22	14,464	657	*)	*)
Kanton Genf	1426	661,442	464	522,166	366

*) Der Kanton Neuenburg gewährt seine Beiträge für das Armenwesen in Gesamtsummen, so dass eine Ausscheidung auf die einzelnen Unterstützungsfälle ausgeschlossen ist.

Tabelle II.

Gemeinde	Zahl der unter- stützten Witwen	Unterstützungen an Witwen		Unterstützungen nach Abzug der Rückvergütungen	
		absolut	pro Witwe	absolut	pro Witwe
1.	2.	3.	4.	5.	6.
		Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Kanton Zürich:					
Zürich-Stadt	209	189,237	905	164,338	786
Kanton Bern:					
Thun	15	6,134	409	2,809	187
Burgdorf	16	9,657	604	5,159	322
St. Immer.	10	5,044	504	4,939	494
Kanton Luzern:					
Escholzmatt.	11	4,087	372	4,087	372
Kriens	10	5,804	580	4,394	439
Kanton Baselstadt	435	387,658	891	270,168	621
Kanton Baselland:					
Pratteln	10	6,055	606	5,105	511
Kanton Appenzell A.-Rh.:					
Herisau	41	17,386	424	16,493	402
Kanton St. Gallen:					
St. Gallen-Stadt	264	118,920	450	39,220	149
Grabs	13	3,607	277	3,162	243
Altstätten.	26	8,324	320	6,348	244
Kanton Aargau:					
Muri	10	6,351	635	5,461	546
Kanton Tessin:					
Bellinzona.	12	7,239	603	6,013	501
Kanton Waadt:					
Ormont-dessous	14	3,356	240	3,356	240
Provence	11	3,460	315	3,074	279
Kanton Neuenburg:					
Neuenburg-Stadt.	33	19,051	577	*)	*)
Kanton Genf	424	187,475	442	148,058	349

*) Der Kanton Neuenburg gewährt seine Beiträge für das Armenwesen in Gesamtsummen, so dass eine Ausscheidung auf die einzelnen Unterstützungsfälle ausgeschlossen ist.

Tabelle III.

Gemeinde	Zahl der unterstützten Waisen	Unterstützungen an Doppelwaisen		Unterstützungen nach Abzug der Rückvergütungen	
		absolut	pro Waise	absolut	pro Waise
1.	2.	3.	4.	5.	6.
		Fr.	Fr.	Fr.	Fr.
Kanton Zürich:					
Zürich-Stadt	22	14,635	665	11,021	501
Kanton Bern:					
Thun	14	3,837	274	1,075	77
Kanton Freiburg:					
Attalens	10	4,359	436	4,359	436
Kanton Basel-Stadt	36	21,549	599	18,139	504
Kanton St. Gallen:					
St. Gallen-Stadt	11	4,136	376	1,400	127
Kanton Neuenburg:					
Neuenburg-Stadt	14	7,444	532	*)	*)
Kanton Genf	44	24,266	552	19,475	443

*) Der Kanton Neuenburg gewährt seine Beiträge für das Armenwesen in Gesamtsummen, so dass eine Ausscheidung auf die einzelnen Unterstützungsfälle ausgeschlossen ist.

3. Der Stand der Gesetzgebung über Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung im Auslande.

Wir haben in der Botschaft vom 21. Juni 1919 eine einlässliche Darstellung dessen gegeben, was bis zu jenem Zeitpunkte im Auslande im Gebiete der gesetzlichen Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung geleistet worden ist. Es dürfte zweckmässig sein, diese Übersicht durch eine Bericht-erstattung über das seither Vorgekehrte zu ergänzen. Wenn auch, wie einleitend erwähnt, unsere besonders Verhältnisse uns nötigen, abweichende Wege einzuschlagen, so vermag doch eine Darlegung der starken Entwicklung, die die Sozialversicherung gerade seit dem Krieg im Auslande gefunden hat, zu zeigen, welche Bedeutung ihr innewohnt und wie notwendig es ist, dass die schweizerische Gesetzgebung nicht länger zurückbleibe. Zugleich wird sich daraus ergeben, dass gewisse fundamentale Prinzipien, wie dasjenige des Obligatoriums, auf Grund der gemachten Erfahrungen fast allgemeine Anerkennung gefunden haben und gewissermassen zum Wesensmerkmal der Sozialversicherung geworden sind. Dabei konnte es sich natürlich nicht darum handeln, die Gesetzgebung aller Staaten in den Kreis der Betrachtung zu ziehen, die seither ihre Sozialversicherung neugeordnet und erweitert oder eine solche eingeführt haben. Wir haben uns schon der Kürze halber auf unsere Nachbarländer, sowie auf andere europäische Staaten beschränkt, welche im letzten Jahrzehnt im Gebiete der Sozialversicherung besonders tätig gewesen sind. Schon diese beschränkte Darstellung zeigt aber eindringlich die Bedeutung, welche die Sozialversicherung gewonnen hat. Darüber hinaus ist sie in grösserm oder geringerm Umfange Bestandteil der sozialen Gesetzgebung fast aller Kulturländer und ein wesentliches Arbeitsgebiet der internationalen Arbeitsorganisation des Völkerbundes und seiner Organe, der internationalen Arbeitskonferenz wie des internationalen Arbeitsamtes geworden.

Unsere Darstellung behandelt in alphabetischer Reihenfolge die Gesetze von Belgien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Italien, Österreich, Schweden und der Tschechoslowakei.

Belgien.

1. Arbeiterversicherung. Durch das Gesetz vom 10. Dezember 1924, in Kraft getreten auf 1. Januar 1926 und teilweise abgeändert durch Gesetze vom 20. Juli 1927 und 24. Dezember 1928 hat Belgien das System der Begünstigung der freiwilligen Altersversicherung durch Staatszuschüsse ver-

lassen und für die Arbeiterbevölkerung den Boden der staatlichen Zwangsversicherung betreten. Die Versicherungspflicht erstreckt sich auf alle Arbeiter beiderlei Geschlechts, sofern ihr Jahreslohn einen gewissen Grenzbetrag (12,000 belgische Franken, für Arbeiter mit Kindern mit deren Zahl um je 1000 Fr. steigend) nicht überschreitet.

Die Beiträge werden zur Hälfte vom Versicherten, zur andern Hälfte vom Arbeitgeber getragen und sind in monatlichen Raten zahlbar. Sie betragen 72 belg. Fr. im Jahr für die Männer, 24 belg. Fr. für die weiblichen Versicherten und die Arbeiter unter 18 Jahren. Der Staat leistet Prämienzuschüsse von je $\frac{1}{2}$ bis 1 Fr. für jeden Franken, der auf Rechnung eines Versicherten einbezahlt wird, und zwar bis zum Zeitpunkt, bis durch die vereinten Zahlungen eine Altersrente von 720 belg. Fr. gebildet ist. Die Beiträge jedes Versicherten, des Arbeitgebers und Staates werden nämlich nach dem reinen Kapitaldeckungsverfahren nach dem Einzahlungsalter individuell in Renten umgerechnet.

Die Beiträge sind so bemessen, dass sich als Versicherungsleistungen je eine Altersrente von 720 belg. Fr. zugunsten der obligatorisch Versicherten und der Ehefrauen von solchen ergibt, wovon in der Regel $\frac{1}{3}$ aus den Prämienzuschüssen des Staates stammt. Ferner ist eine jährliche Witwenrente von 360 belg. Fr., eine Waisenrente von 120 Fr. für Halbwaisen, sowie eine solche von 240 Fr. für Vollwaisen, zahlbar bis zum vollendeten 16. Altersjahr, versichert. Durch die genannten Gesetzesänderungen wurde jedem Bezüger einer Altersrente ein weiterer staatlicher Rentenzuschuss zugesprochen, der höchstens 720 Fr. beträgt, so dass die Gesamtrente normalerweise sich auf 1440 belg. Fr. stellt. Die Waisenrente wurde auf 180 belg. Fr. und die Vollwaisenrente auf 300 belg. Fr. erhöht.

Die Durchführung der Versicherung ist der staatlichen «Allgemeinen Rentenkasse» übertragen.

2. Angestellten-Versicherung. Durch ein Gesetz vom 10. März 1925 wurden auch die belgischen Angestellten einer obligatorischen Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung unterworfen, deren Durchführung ebenfalls der staatlichen Rentenkasse übertragen ist. Die Angestellten haben einen persönlichen Beitrag von 3 % zu entrichten, wozu noch der Arbeitgeberbeitrag von 5% des Gehaltes hinzutritt. Der Staat selber leistet die gleichen Prämienzuschüsse bzw. Rentenzuschüsse wie in der Arbeiterversicherung. Die Beiträge werden in drei getrennten Fonds gutgeschrieben; ein Teil wird zur Bildung der durch das Arbeiterversicherungsgesetz auch für die Angestellten vorgeschriebenen Pflichtleistungen verwendet, ein zweiter Teil für die Mehrleistungen an die rentengenössigen Angestellten und ihre Hinterlassenen und der dritte Teil zur Deckung der Leistungen im Invaliditätsfall in der Übergangszeit. Die Versicherungsleistungen ergeben sich hier individuell, je nach der Höhe der bezahlten Beiträge und dem Alter bei deren Einzahlung. Das Gesetz ist auf 1. Januar 1927 in Kraft getreten, aber bereits in Revision begriffen.

Deutschland.

Die deutsche Sozialversicherung hat im letzten Jahrzehnt grosse Umwälzungen erfahren, einmal bedingt durch die wirtschaftlichen und sozialen Nachkriegerscheinungen, welche als Ausgleich zur Geldentwertung der gesetzlichen Renten eine Erhöhung der öffentlichen Zuschüsse erforderten, dann als Folge der Markstabilisierung, welche ermöglichte, auch der Sozialversicherung wieder feste Grundlagen zu geben.

Die «Reichsversicherungsordnung» gilt heute in der Fassung vom 15. Dezember 1924, das Gesetz über die Angestelltenversicherung in derjenigen vom 28. Mai 1924; beide sind seitdem wiederholt abgeändert worden.

Hinsichtlich der Mittelbeschaffung darf als wesentliche Änderung der Übergang zum Umlagesystem erwähnt werden.

1. **Arbeiterversicherung.** Die Invalidenversicherung der deutschen Arbeiter ist im 4. Buch der Reichsversicherungsordnung geregelt. Der Versicherung unterstellt sind alle Arbeiter, Gesellen, Dienstboten usw., die nicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetz versicherungspflichtig sind.

Die Durchführung der Versicherung ist den «Versicherungsanstalten» sowie «Sonderversicherungsanstalten» übertragen. Sie erfolgt unter Mitwirkung der Landesverwaltung und der Post. Insbesondere liegt der letztern der Verkauf der Beitragsmarken und die Auszahlung der Versicherungsleistungen ob.

Die Versicherungsleistungen bestehen in Invaliden- und Altersrenten samt Kinderzuschüssen, Witwen-(Witwer-)renten an invalide oder mehr als 65 Jahre alte Witwen (Witwer) im Betrage von 60 % der Invalidenrente und Waisenrenten von 50 % der Invalidenrente. Die Invalidenrente besteht aus einem einheitlichen Grundbetrag von 168 RM. jährlich, vermehrt um den nach der Höhe der bezahlten Beiträge abgestuften Steigerungsbetrag.

Der Staat gewährt zu diesen Renten jährliche Zuschüsse, und zwar 72 RM. an die Invalidenrente und gleichviel an die Witwen- und Witwerrente, 36 RM. an die Waisenrente.

Die Beiträge der Versicherten belaufen sich je nach der Klasse auf wöchentlich 15—100 Pf. Die Arbeitgeber haben dieselben Beiträge zu leisten. Für Versicherte, deren regelmässiger wöchentlicher Entgelt 6 RM. nicht übersteigt, haben sie die vollen Beiträge zu entrichten.

2. **Angestelltenversicherung.** Die deutsche Angestelltenversicherung wurde als selbständiges Institut am 1. Januar 1913 in Kraft gesetzt und, nachdem sie namentlich in der Nachkriegszeit zahlreiche Abänderungen erfahren hatte, im Jahre 1924 durch Zusammenfassung aller Änderungen neu geregelt.

Träger der heute ungefähr 3 Millionen Personen umfassenden Angestelltenversicherung sind nach wie vor die Reichsversicherungsanstalt in Berlin und einige zugelassene Ersatzkassen. Der Versicherungspflicht unterliegen alle «Angestellten», d. h. diejenigen erwerbstätigen Bevölkerungskreise,

die zwischen den wirtschaftlich Selbständigen einerseits und den Handarbeitern anderseits stehen. — Die Höchstgrenze für die Versicherungspflicht liegt bei 8400 RM. Jahresgehalt.

Die Versicherungsleistungen bestehen in einem «Ruhegeld» samt Kinderzuschüssen, einer Witwen- und Witwerrente von 60 % des Ruhegeldes und einer Waisenrente von 50 % des Ruhegeldes. Das letztere selbst wird ausgerichtet bei Invalidität sowie bei Erreichung des 65. Altersjahres und besteht aus einem jährlichen Grundbetrag von 480 RM. und einem Steigerungsbetrag, der nach der Höhe der bezahlten Beiträge abgestuft ist.

Staatszuschüsse werden bei der Angestelltenversicherung nicht ausgerichtet.

Die Beiträge betragen je nach der Lohnklasse für die Versicherten und die Arbeitgeber je 1—15 RM. monatlich. Für Lehrlinge und die Versicherten, deren Monatslohn 50 RM. nicht übersteigt, hat der Arbeitgeber die vollen Beiträge zu übernehmen.

Frankreich.

Mit der Verabschiedung der neuen Versicherungsvorlage durch das Parlament (14. März 1928) ist Frankreich in die Reihe der Staaten getreten, die die Arbeitnehmer durch eine umfassende obligatorische Sozialversicherung gegen die Wechselfälle des Lebens schützen wollen. Erst nach 7 Jahre dauernden Beratungen der Kammer, des Senats, der Kommissionen, Interessentengruppen, ist der Entwurf endgültig zum Gesetz erhoben worden (Gesetz vom 5. April 1928). Die Inkraftsetzung ist vorläufig für das Jahr 1930 in Aussicht genommen.

Das neue Gesetz schafft eine für alle Lohnarbeiter beiderlei Geschlechtes bis zu einem gewissen Grenzbetrag des Jahresverdienstes (15,000 französische Franken, erhöht für Versicherte mit Kindern) obligatorische, einheitliche Kranken-, Invaliden-, Alters- und Sterbegeldversicherung. Es sieht ferner Familienunterstützung, Wochen- und Arbeitslosenhilfe vor. Ihre Durchführung ist sogenannten Departementskassen übertragen, die der Oberaufsicht des nationalen Versicherungsamtes unterstellt sind und sich zum Einzug der Beiträge und der Ausrichtung der Leistungen örtlicher Versicherungsstellen (Grundkassen) bedienen können. Der Versicherte kann sich die Grundkasse, der er angehören will, frei wählen, eventuell Mitglied einer bisher anerkannten Kasse oder sonstigen derartigen Einrichtung bleiben.

Neben dem nationalen Versicherungsamt bestehen zur Anwendung des Gesetzes besondere departementale oder interdepartementale Versicherungsämter.

Die Versicherungsleistungen bestehen in Invalidenrenten (40—50 % des Lohns im Regelfall, für die nach dem Alter 30 in die Versicherung eintretenden Personen weniger), erhöht durch einen jährlichen Kinderzuschuss von je 100 fr. Fr. für jedes Kind; Altersrenten, beginnend nach 30 Beitragsjahren, beim Alter 60, in der Höhe von mindestens 40 % des seit dem Alter 16

durchschnittlich bezogenen Lohnes; einmaligen Sterbegeldern an die Hinterlassenen in Höhe von 20 % des seit dem Alter 16 durchschnittlich bezogenen Lohnes samt allfälligen Kinderzuschüssen von je 100 fr. Fr. pro Kind; Waisenrenten im Jahresbetrag von 50 Fr. an die Witwen von Versicherten, die für mehr als 2 Kinder unter 13 Jahren zu sorgen haben, zahlbar für das dritte und jedes folgende Kind.

Die Mittel zur Deckung dieser Leistungen werden in der Hauptsache durch die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber aufgebracht. Diese betragen je 5 % des jährlichen Gesamtarbeitsverdienstes des Versicherten. Ausserdem sind für die Versicherung Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln vorgesehen. In erster Linie wird ihr die bisher für die Arbeiterpensionskassen ins Budget aufgenommene Summe zugewiesen. Ferner soll sie die Hälfte derjenigen Ersparnisse verwenden dürfen, die durch die Einführung der Versicherung in andern Verwaltungszweigen, namentlich in der Armenfürsorge erzielt werden können. — Zudem ist eine Reihe anderer Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln vorgesehen. Reichen die privaten und öffentlichen Beiträge an die Versicherung nicht aus, so können die Versicherungsleistungen für gewisse Zeit herabgesetzt oder die Bedingungen für ihre Ausrichtung erschwert werden. Reicht auch das nicht aus, so können die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber höchstens um je 1 Lohnprozent erhöht werden.

Während der parlamentarischen Beratungen des neuen Gesetzes verpflichtete sich die Regierung, den Kammern vor der Inkraftsetzung einen Nachtrag zu unterbreiten, der den Abänderungsanträgen namentlich aus landwirtschaftlichen Kreisen Rechnung tragen würde. Durch einen besonderen Gesetzesentwurf sind inzwischen diese verschiedenen Punkte dem Parlament unterbreitet und vorläufig vom Senat in seiner Sitzung vom 19. März 1929 behandelt worden. Es handelt sich hauptsächlich um Fragen der praktischen Durchführung des Sozialversicherungsgesetzes und um die Beseitigung von organisatorischen Mängeln, welche namentlich die Landbevölkerung betroffen hätten.

Grossbritannien.

1. Invalidenversicherung. Die britische Sozialversicherungsgesetzgebung regelt die Invalidenversicherung im Zusammenhang mit der Krankenversicherung in dem «nationalen Krankenversicherungsgesetz» von 1924, abgeändert durch Gesetze von 1926 und 1928, sowie durch das Witwen-, Waisen- und Alters-Pensionsgesetz vom 7. August 1925.

Die Durchführung erfolgt mit Hilfe der anerkanntesten Kassen, wobei als eigentlicher Risikoträger neben diesen ein nationaler Versicherungsfonds dient. Es bestehen territoriale Versicherungskommissionen, die für jede Grafschaft und Stadtgemeinde ernannt werden und die Durchführung der Krankenversicherung überwachen.

Die Versicherung ist für alle unselbständig erwerbenden Personen obligatorisch.

Die nach einer Wartezeit von mindestens 104 Beitragswochen seit dem Eintritt in die Versicherung und nach Bezug der Krankenunterstützung während der Dauer von 26 Wochen, zur Ausrichtung gelangende Invalidenrente beträgt einheitlich $7\frac{1}{2}$ s. pro Woche.

Der feste Versicherungsbeitrag beträgt wöchentlich $4\frac{1}{2}$ d. bei den Männern und 4 d. bei den Frauen, während der einheitliche Arbeitgeberbeitrag $4\frac{1}{2}$ d. pro Woche beträgt.

Die Beiträge sind so bemessen, dass sie die allmähliche Amortisation des bei Eröffnung der Versicherung vorhandenen Eintrittsdefizits gestatten. Die vorgesehene Finanzierung führt so automatisch zu dem für die Versicherung gewählten Anwartschaftsdeckungsverfahren. In Abständen von 5 Jahren wird eine versicherungstechnische Prüfung der Kassen durch das mathematische Bureau des Schatzamtes vorgenommen.

Der Staat leistet feste Zuschüsse zu den Versicherungsleistungen und den Verwaltungsauslagen der Versicherungskassen. Die Zuschüsse an die Versicherungsleistungen betragen $\frac{1}{7}$ der Renten für die Männer und $\frac{1}{5}$ der Renten für die Frauen.

Die Versicherung umfasste im Jahre 1925 insgesamt 15,480,000 Personen (rund 35 % der Bevölkerung).

2. Alters- und Hinterlassenenversicherung. Die Altersversicherung ersetzt teilweise die durch Gesetz von 1908 eingeführte beitragsfreie Altersfürsorge. Sie ist in Verbindung mit der Hinterlassenenversicherung eingeführt worden durch das Gesetz «über die Schaffung von Renten für Witwen, Waisen und Personen vom 65. bis zum 70. Lebensjahr», vom 7. August 1925, in Kraft getreten am 4. Januar 1926, in voller Wirksamkeit seit dem 2. Januar 1928.

Die Versicherung erfasst zwangsweise alle auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes Versicherten, die das Alter 65 noch nicht erreicht haben, gleichviel ob sie nach diesem Gesetz versicherungspflichtig sind oder nicht; ferner alle über 65 Jahre alten Personen, die noch eine die Versicherungspflicht im Sinne dieses Gesetzes begründende Beschäftigung haben.

Risikoträger ist der Staat. Die Durchführung der Versicherung erfolgt durch die anerkannten Kassen der Invaliden- und Krankenversicherung. Diese besorgen die Aufnahme der Versicherten und kassieren die Beiträge ein. Die Renten werden durch die Post und das Gesundheitsministerium ausbezahlt. Die Versicherungsleistungen bestehen in einer Altersrente vom 65. Lebensjahre an, im Betrage von 10 s. wöchentlich, die mit der Erreichung des 70. Altersjahres durch die auf Grund der allgemeinen Altersversorgung zu gewährende Alterspension abgelöst wird; in einer Witwenrente von 10 s. wöchentlich, vermehrt um 5 s. für das erste und 3 s. für jedes weitere Kind; in einer Rente für Doppelwaisen von $7\frac{1}{2}$ s. wöchentlich für jedes Kind bis zum 14. Altersjahr, bei Schulbesuch bis zum 16. Altersjahr.

Die Versicherten bezahlen einen Wochenbeitrag von $4\frac{1}{2}$ d. (Frauen 2 d.), die Arbeitgeber $4\frac{1}{2}$ d. (für Frauen $2\frac{1}{2}$ d.). Nach dem Finanzplan sollen nach Ablauf der ersten 10 Betriebsjahre diese Prämien erhöht werden, um schliesslich am 1. Januar 1956 auf $7\frac{1}{2}$ d. ($3\frac{1}{2}$ d.) für die Versicherten und $7\frac{1}{2}$ d. (4 d.) für die Arbeitgeber angelangt zu sein. Die Beiträge entsprechen dem Risiko des niedrigsten Eintrittsalters. Das dieser Festlegung der Beiträge entsprechende Eintrittsdefizit soll durch den Staatsbeitrag amortisiert werden.

Als Staatsbeitrag sind für die ersten 10 Betriebsjahre jährlich 4 Millionen £ veranschlagt.

Italien.

Auch im Königreich Italien waren die Ergebnisse der durch das Gesetz vom 17. Juli 1898 mit Hilfe der Nationalen Kasse für die Invaliden- und Altersversicherung geschaffenen freiwilligen Versicherung derart unbefriedigend, dass durch das Gesetz vom 21. April 1919 das Obligatorium der Versicherung für alle unselbständig Erwerbenden der Landwirtschaft, des Handels, der Industrie, der öffentlichen Verwaltungen und freien Berufe ausgesprochen wurde. Dieses Gesetz wurde inzwischen durch das Gesetz vom 30. Dezember 1923 ersetzt, das selbst mehrmals abgeändert und zuletzt durch einen Nachtrag vom 13. Dezember 1928 ergänzt wurde.

Die Durchführung der Versicherung ist der nationalen Sozialversicherungsanstalt übertragen, welche ihrer Aufgabe unter Mitwirkung von Provinzialanstalten gerecht wird.

Die Versicherungsleistungen bestehen in Invaliden- und Altersrenten, ergänzt durch eine während 6 Monaten vom Todestage des Versicherten an zahlbare Unterstützung an die Witwe und die Doppelwaisen, deren Höhe auf 50 Lire im Monat festgesetzt ist. Die eigentlichen Renten werden individuell nach der Höhe der einbezahlten Beiträge abgestuft und durch einen jährlichen Staatszuschuss von 100 Lire erhöht.

Die Beiträge werden je zur Hälfte vom Versicherten und Arbeitgeber aufgebracht und stellen sich pro 14tägigen Zahltag auf 1—6 Lire.

Österreich.

Wie die deutsche Sozialversicherung schien in den Nachkriegsjahren auch die österreichische wegen der Wirkungen des Währungszerfalls dem Untergang geweiht. Auch hier ist es jedoch gelungen, erst durch Erlass zahlreicher Vorschriften über die Höhe der Leistungen und Beiträge, hernach durch Anpassung der Versicherung an die neu geschaffenen, bessern Verhältnisse, diese Gefahr abzuwenden. Heute umfasst die österreichische Alters- und Invalidenversicherung bedeutend weitere Kreise der Bevölkerung als vor dem Kriege. Unterstanden ihr damals nur die Angestellten und die Bergarbeiter, so ist die Versicherungspflicht heute sowohl für die Arbeiterschaft im allgemeinen und die Arbeiter der Land- und Forstwirtschaft im besonderen als auch die Angestellten statuiert.

1. **Arbeiterversicherung.** Das Gesetz betreffend die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung der Arbeiter ist am 1. April 1927 erlassen worden. Durch ein Bundesgesetz vom 20. Dezember 1928 sind seine Bestimmungen über eine Altersfürsorge während der Übergangszeit teilweise abgeändert worden. In bezug auf die Invalidenversicherung ist es bis heute noch nicht in Kraft getreten.

Träger der Versicherung ist der Staat. Die Durchführung der Unfall- und Invalidenversicherung ist der «Arbeiterversicherungsanstalt» in Wien übertragen.

Versicherungspflichtig sind, einschliesslich der Heimarbeiter, alle Personen, die in einem Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnis berufsmässig beschäftigt sind. Als Versicherungsleistungen sind neben den nach den Beiträgen abgestuften Invaliden- und Altersrenten nebst Kinderzuschüssen auch Witwenrenten an invalide oder alte Witwen (bzw. Witwer) im Betrag der halben Invalidenrente, Renten an Waisen und Doppelwaisen im Betrage von $\frac{1}{4}$ bzw. $\frac{3}{8}$ der Invalidenrente und ein Ausstattungsbeitrag an sich verheiratende weibliche Versicherte vorgesehen. Die Invalidenrente ist nach unten auf 12 S., nach oben auf 54 S. im Monat begrenzt.

Der Staat gewährt Rentenzuschüsse im monatlichen Betrage von 6 S. zu der Invaliden- und Altersrente, 3 S. zu der Witwenrente, $1\frac{1}{2}$ S. und 2,25 S. zu der Waisen- und Doppelwaisenrente und 1 S. zum Kinderzuschuss.

Der wöchentliche Beitrag der Versicherten und Arbeitgeber beträgt je 10 % eines Taglohnes, also je nach der Lohnklasse 0,03 S. bis 0,84 S.

Für die Übergangszeit sind an Stelle der gesetzlichen Leistungen Altersfürsorgereuten vorgesehen. Anspruch auf eine solche Rente haben österreichische Staatsangehörige, die am 1. Juli 1927 das 60. Lebensjahr vollendet haben, wenn sie die Voraussetzungen für die Gewährung der Notstandsaushilfe nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz erfüllen, oder wenn sie lediglich wegen Arbeitsunfähigkeit von der Arbeitslosenunterstützung ausgeschlossen sind. Die Rente beträgt monatlich mindestens 18 S.

2. **Versicherung der Land- und Forstarbeiter.** Durch Gesetz vom 18. Juli 1928 ist für die landwirtschaftliche Bevölkerung eine besondere obligatorische Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung geschaffen worden, die allerdings hinsichtlich der Invalidenversicherung noch nicht in Kraft gesetzt werden konnte.

Als Träger der Unfall- und Invalidenversicherung figurieren heutzutage Landesanstalten, während ursprünglich die Schaffung einer Landarbeiterversicherungsanstalt für das ganze Bundesgebiet vorgesehen war.

Der Versicherung sind neben den eigentlichen Land- und Forstarbeitern auch die Familienangehörigen von Arbeitgebern mit Ausnahme der Ehefrau unterstellt. Ferner können unter gewissen Voraussetzungen auch die selbständigen Landwirte in die Versicherung einbezogen werden.

Die Versicherungsleistungen und öffentlichen Zuschüsse sowie die Versicherungsbeiträge sind im wesentlichen gleich geregelt wie in der allgemeinen Arbeiterversicherung.

3. Angestelltenversicherung. Durch ein Gesetz vom 29. Dezember 1926 wurde an Stelle der altösterreichischen «Pensionsversicherung» aus dem Jahre 1906 eine «Angestelltenversicherung» geschaffen. Dieses Gesetz ist vom 1. Januar 1926 bis zum 1. September 1927 stoffelweise in Kraft getreten, hat aber seitdem wiederholt Abänderungen erfahren und ist in endgültiger Form unter dem Titel «Wiederverlautbarung des Angestelltenversicherungsgesetzes» im Bundesgesetzblatt vom 13. September 1928 veröffentlicht worden und mit jenem Tage in Kraft getreten.

Die Abteilung Invaliden- und Altersversicherung wird im Gesetz nach dem Beispiel des altösterreichischen Erlasses als «Pensionsversicherung» bezeichnet.

Die Durchführung der Versicherung ist einer «Hauptanstalt für Angestelltenversicherung» in Wien, verschiedenen Versicherungskassen für Angestellte und drei «Sonderversicherungsanstalten» übertragen.

Die Versicherungspflicht beginnt mit dem 17. Altersjahr und erstreckt sich auf alle Beamten und Angestellten der Landwirtschaft, des Gewerbes, in Handel und Industrie.

Die Versicherungsleistungen werden wie in der Arbeiterversicherung nach der Höhe der Löhne und bezahlten Beiträge abgestuft und bestehen in Invaliden- und Altersrenten von mindestens 50—70 S. monatlich, vermehrt um die Kinderzuschüsse von 7.₅₀—15 S. monatlich, Witwenrenten im Betrage der halben Invalidenrente und Witwerrenten an invalide Witwer, Waisenrenten sowie in einem Ausstattungsbeitrag an weibliche Versicherte bei der Verheiratung. Die Versicherungsbeiträge betragen für Angestellte und Arbeitgeber je 3 % des Gehaltes im ersten Betriebsjahr und erhöhen sich binnen 4 Jahren auf 4 %. Später werden die Beiträge nach Massgabe des Bedarfes vom Bundesministerium für soziale Verwaltung jährlich festgesetzt.

Auch das Angestelltenversicherungsgesetz sieht für eine gewisse Übergangszeit Altersfürsorgereuten vor.

4. Selbständigenversicherung. Das österreichische Bundesministerium für soziale Verwaltung hat im April 1928 «Grundzüge für eine Versicherung der selbständig Erwerbstätigen» herausgegeben. Eine Regierungsvorlage ist dem Parlament bis jetzt nicht zugegangen und soll für die nächste Zeit auch noch nicht vorgesehen sein.

Schweden.

Über das schwedische Volksversicherungsgesetz vom 30. Juni 1913 ist bereits in der Botschaft betreffend Einführung des Gesetzgebungsrechtes über die Invaliditäts-, Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 21. Juni 1919, berichtet worden. Dieses Gesetz wurde letztmals durch Gesetz vom 18. Juni 1927 abgeändert.

Die schwedische Versicherung umfasst obligatorisch die ganze schwedische Bevölkerung vom 16. Altersjahre an. Risikoträger ist der Staat, während die Durchführung der Versicherung einer zentralen Pensionsdirektion übertragen ist, deren Organe die lokalen, für jede Gemeinde gebildeten Pensionskommissionen sind. Ausserdem besorgen die Gemeinden und die staatlichen Verwaltungen den Prämienbezug im Zusammenhang mit dem Einzug der Gemeindeabgaben und Staatssteuer.

Die Beiträge der Versicherten betragen je nach dem Jahreseinkommen 3 Kronen bis 33 Kronen jährlich.

Die Altersrente beginnt mit dem 67. Altersjahre. Ihre Höhe richtet sich nach der Höhe der entrichteten Beiträge und beträgt je nach dem Alter bei deren Einzahlung 15 %—70 % der Beiträge (Frauen 12 %—56 %). Der höchste Satz (70 % bzw. 56 %) gilt für den beim niedrigsten Alter 16 bezahlten Beitrag.

Zu diesen persönlich ersparten Renten treten staatliche Zuschüsse, die nach dem Einkommen bemessen werden und höchstens 225 Kronen für Männer und 210 Kronen für Frauen betragen, aber auf die erwerbsunfähigen Rentenbezüger beschränkt sind. Die Kosten dieser Staatszuschüsse werden zu $\frac{3}{4}$ vom Staat und zu je $\frac{1}{8}$ von der Provinz und den Gemeinden getragen.

Tschechoslowakei.

1. **Arbeiterversicherung.** Durch Gesetz vom 9. Oktober 1924 wurde in der tschechoslowakischen Republik eine obligatorische Versicherung der Arbeitnehmer für den Fall der Krankheit, der Invalidität und des Alters geschaffen. Die Inkraftsetzung erfolgte auf 1. Juli 1926. Im gleichen Jahre fand aber nach dem im März 1926 erfolgten Regierungswechsel die Umarbeitung des Gesetzes statt. Schon vor Inkrafttreten der Arbeiterversicherung waren nämlich von verschiedenen Seiten her Wünsche nach Abänderung des Gesetzes geltend gemacht worden. Arbeitgeber wie Arbeitnehmer erachteten sich als zu stark belastet und zu wenig begünstigt, den ganzen Versicherungsbetrieb für zu kostspielig usw. Die abgeänderte Versicherungsvorlage bildete lange Zeit den Gegenstand erbitterter Kämpfe zwischen der bürgerlichen Regierung und den Linksparteien des Parlamentes, wurde aber am 8. November 1928 zum Gesetz erhoben. Am 1. Januar 1929 ist dieses Gesetz in Kraft getreten.

Die Versicherung wird von der «Zentralsozialversicherungsanstalt» in Prag durchgeführt, der in den einzelnen Ländern sogenannte Landesstellen zur Seite stehen und die ihrerseits der Aufsicht des Ministeriums für soziale Fürsorge untersteht.

Versicherungspflichtig sind alle unselbständig Erwerbenden mit Ausnahme der einem besonderen Gesetz unterstehenden Privatangestellten und einiger anderer schon anderweitig versicherten Personengruppen. Zur Festsetzung der Leistungen sind die Versicherten in Lohnklassen eingeteilt. Versichert sind in der Alters- und Invalidenversicherung neben einer nach der Höhe der Beiträge abgestuften Invaliden- und Altersrente noch Erziehungszuschüsse an

die Kinder (je $\frac{1}{10}$ der Invaliden- oder Altersrente); eine Witwenrente (bzw. Witwerrente) an den Ehegatten, sofern er invalid ist oder das 65. Altersjahr erreicht hat, in Höhe von 50 % der Invaliden- oder Altersrente; Waisenrenten von je $\frac{1}{5}$ der Rente bzw. $\frac{2}{5}$ bei Doppelwaisen bis zum 17. Altersjahr; ein Ausstattungsbeitrag an weibliche Versicherte, die sich verheiraten, im Betrage von 400—600 Kronen.

An Stelle der Rente kann den Rentnern mit deren Zustimmung die unentgeltliche Versorgung in Invaliden- oder Altersheimen, Waisenhäusern und ähnlichen Anstalten gewährt werden; notorische Trinker können auch gegen ihren Willen in einer für sie geeigneten Anstalt untergebracht werden.

Der Staat gewährt zu diesen Leistungen Zuschüsse, die betragen bei der Invaliden- und Altersrente 500 Kronen, bei der Ehegattenrente 250 Kronen, bei der Waisenrente 100 Kronen und der Doppelwaisenrente 200 Kronen.

Die Versichertenbeiträge sind von den Versicherten und Arbeitgebern je zur Hälfte zu tragen und belaufen sich je nach der Lohnklasse auf 2,60—8,40 Kronen wöchentlich.

2. Angestelltenversicherung. Durch das Gesetz betreffend die Pensionsversicherung der Privatangestellten in höheren Diensten vom 21. Februar 1929 werden obligatorisch versichert alle Personen, die auf Grund eines vertragsmässigen Dienstverhältnisses mit vorwiegend geistigen Arbeiten beschäftigt sind in Handel, Gewerbe, Industrie, sowie Angestellte von Erziehungs-, Heil- und Wohltätigkeitsanstalten, in Sekretariaten von Vereinigungen und Gesellschaften und bei Selbständigerwerbenden wissenschaftlicher oder künstlerischer Berufe.

Von der Versicherungspflicht sind ausgenommen Angestellte, die das 16. Lebensjahr nicht überschritten haben, Angestellte des Staates, der tschechoslowakischen Nationalbank, sowie von Interessen- oder Gebietszwangsverbänden, von anerkannten Kirchen- und Religionsgesellschaften, die genügend sichergestellte Pensionsansprüche haben.

Die Versicherung ist rückwirkend auf 1. Januar 1929 in Kraft getreten und umfasst ungefähr 300,000 Personen. Sie tritt an Stelle des altösterreichischen Pensionsversicherungsgesetzes von 1906.

Die Durchführung ist der «Allgemeinen Pensionsanstalt» in Prag übertragen.

Die Versicherungsleistungen sind nach der Höhe der bezahlten Beiträge und entsprechend den Lohnklassen abgestuft und bestehen in Invaliden- und Altersrenten, Erziehungszuschüssen an die Kinder im Betrage von $\frac{1}{3}$ der Invalidenrente, Ehegattenrenten (50 % der Invalidenrente), Waisenrenten und Doppelwaisenrenten (25 % bzw. 50 % der Invalidenrente), Elternrenten von mindestens 1500 Kronen sowie Ausstattungsbeiträgen an sich verheiratende weibliche Versicherte und ein Begräbnisgeld. Für die Renten sind gewisse Mindestbeträge vorgesehen, nämlich 3600 Kronen für die Invaliden- und Altersrente,

3000 Kronen für die Witwenrente, 1500 Kronen für die Waisenrente (Doppelwaisenrente 3000 Kronen).

Die Versicherungsbeiträge belaufen sich je nach der Lohnklasse auf 12—250 Kronen monatlich und sind je zur Hälfte von den Versicherten und Arbeitgebern zu tragen.

3. Selbständigenversicherung. Das Gesetz über die Versicherung der selbständig wirtschaftenden Personen für den Fall der Invalidität und des Alters vom 10. Juni 1925 ist bis heute noch nicht wirksam geworden, abgesehen von einem einzigen Artikel, der sich auf die Ernennung eines vorbereitenden Ausschusses bezieht.

Die Versicherung soll obligatorisch jede über 18 Jahre alte Person umfassen, die auf eigene Rechnung eine der allgemeinen Erwerbssteuer unterstehende Erwerbsunternehmung oder eine andere dieser Steuer unterworfenen Beschäftigung betreibt, oder durch landwirtschaftliche Bearbeitung einen der Grundsteuer unterliegenden Boden benützt bzw. auf deren Rechnung eine solche Tätigkeit ausgeübt wird, soweit dies nicht als Nebenbeschäftigung geschieht. Zu ihrer Durchführung ist die Errichtung einer besonderen Monopolanstalt, der Versicherungsanstalt der selbständigen Personen, mit Sitz in Prag, vorgesehen, die ihrerseits durch die sogenannten Distriktstellen mit den Versicherten verkehren wird. Die Versicherungsleistungen und Staatszuschüsse sind nach ähnlichen Regeln wie bei der Angestelltenversicherung festgesetzt. Von der Bildung von Klassen ist allerdings abgesehen, und der Beitrag der Versicherten ist einheitlich auf 22 Kronen festgesetzt.

4. Gutachten der Direktorenkonferenz der schweizerischen Lebensversicherungsgesellschaften vom 30. Mai 1924.

Zürich, den 30. Mai 1924.

An das Bundesamt für Sozialversicherung,

Bern.

Sehr geehrter Herr Direktor!

Am 13. Oktober 1923 haben Sie uns ersucht, die Frage zu beantworten, ob und unter welchen Voraussetzungen für die schweizerischen Lebensversicherungsgesellschaften eine Übernahme der öffentlichen Alters- und Hinterlassenenversicherung in Frage kommen könnte.

Als Grundlage für die Prüfung der Frage standen uns zur Verfügung die Protokolle:

1. der Konferenz vom 4. Juli 1923, zu der das eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement die Vertreter der hauptsächlichsten schweizerischen Unternehmungen auf dem Gebiete der Lebens- und Rentenversicherung eingeladen hatte;
2. der Kommission, bestehend aus den Herren Direktor Dr. Giorgio, Direktor Dr. Schaertlin, Direktor Dr. Renfer, Professor Dr. Dumas, Direktor Dr. Zollinger, Direktor E. Jester und Professor Dr. Bohren, und ferner
3. der Bericht des Bundesrates über den Stand und die weitere Entwicklung der gesetzgeberischen Arbeiten für die Einführung der Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung vom 9. November 1923.

Die Direktorenkonferenz setzte zum Studium der Angelegenheit eine Kommission ein, bestehend aus den Herren Direktor Dr. Renfer als Präsidenten, Professor Dr. Dumas, Dr. Hans Müller, Direktor Dr. Schaertlin und Direktor Dr. Zollinger, und befasste sich mit deren Anträgen in ihrer Sitzung vom 23. Mai 1924.

Der Berichterstattung über ihre Erwägungen und Beschlüsse vorgängig, entsprechen wir dem Wunsche mehrerer Mitglieder, welche darauf halten, festzustellen, dass nach ihrer Auffassung die beste Lösung durch das Umlageverfahren gegeben würde. Dabei wäre eine Mitwirkung der privaten Anstalten nicht in Aussicht zu nehmen. Die Gründe, die im genannten Bericht vom 9. November 1923 gegen das Umlageverfahren geltend gemacht werden, scheinen ihnen nicht schlüssig. Da die Direktorenkonferenz aber damit nicht befasst, sondern vor eine bestimmte Frage gestellt wird, welche das Umlageverfahren der Natur der Sache nach zum vornherein ausschliesst, ist eine Erörterung darüber hier müssig.

Was nun die uns gestellte Frage selbst betrifft, so halten wir dafür, es sei darauf eine bestimmte Antwort zu geben, die unabhängig ist davon, welche Teile der Sozialversicherung in erster Linie verwirklicht und in welcher Form und in welcher Höhe die Versicherungsleistungen geboten werden. Sie muss, mit anderen Worten gesagt, gelten, gleichviel ob früher oder später auch die Invalidenversicherung eingeführt wird, ob Kapitalabfindung oder Renten gewährt werden, ob der Bund und die Kantone ihre Leistungen in die Form von Prämien oder von Zuschüssen an die Renten kleiden.

Die Schwierigkeiten nun, die zu überwinden sind, wenn die privaten schweizerischen Lebensversicherungsgesellschaften die öffentliche Versicherung übernehmen sollen, sind teils technischer, teils organisatorischer Art, rühren aber der Hauptsache nach davon her, dass eine Vielheit von Gesellschaften heranzuziehen ist. Die private Versicherung hat auf Grund ihrer Erfahrungen sich dagegen ausgesprochen, dass die in Frage stehende Sozialversicherung, sofern sie mit öffentlichen Anstalten durchgeführt wird, einer Vielheit von Versicherungsträgern übertragen werde. Wenn es nun aus naheliegenden Gründen, deren Erörterung wir uns wohl ersparen können, ein Nachteil ist, dass zum Beispiel von Kantonen zu errichtende Anstalten Versicherungsträger werden, so gilt das in erhöhtem Masse für private Anstalten.

Die lückenlose Versicherung, welche durch die Sozialversicherung geboten werden muss, führt unter anderem dazu, dass eine öffentliche Korporation — voraussichtlich die Gemeinde — dafür sorgen und einstehen muss, dass für alle Pflichtigen die Prämien bezahlt werden. Die Gemeinde hätte demnach mit jeder Gesellschaft in einen Abrechnungsverkehr einzutreten, wodurch eine wesentliche Erschwerung der Organisation herbeigeführt würde.

Die nähere Prüfung stellt überdies fest, dass eine Lösung noch andern schwer überwindlichen Hindernissen begegnet, wenn eine Vielheit von privaten Anstalten in Betracht fällt. Wir erwähnen als solche nur die Notwendigkeit der Aufteilung des Versicherungsbestandes und der Gefahrenausgleichung. Wenn mehrere Versicherungsgesellschaften sich an der öffentlichen Versicherung beteiligen sollen, so muss, soll nicht ein Wirrwarr entstehen, eine Teilung des Versicherungsbestandes erfolgen. Am nächsten liegt die territoriale Abgrenzung des Gebietes. Sie wäre recht schwer und müsste wegen der Wanderungen dazu führen, dass ständig Zugänge und Abgänge mit den damit in Verbindung stehenden Abrechnungen zu gewärtigen wären. Im andern Fall, wenn es bei der einmal erworbenen Zugehörigkeit zu einer Anstalt sein Bewenden hätte, würde sich trotz der territorialen Abgrenzung der Versicherungsbestand jeder Gesellschaft zufolge der Wanderungen bald auf das ganze Gebiet der Schweiz ausdehnen.

Wollte man von einer Aufteilung des Versicherungsbestandes absehen und jedem Versicherungspflichtigen die Wahl der Gesellschaft überlassen, so wäre ein Wettbewerb der Gesellschaften um den Versicherungsbestand in Aussicht zu nehmen. Ein solcher wäre hinzunehmen und unbedenklich, wenn es anginge, von jedem Versicherten die nach Massgabe der individuellen Gefahr, also unter

Berücksichtigung des Alters, des Gesundheitszustandes, des Zivil- und Familienstandes festzustellende Prämie erhältlich zu machen. Darauf kann aber, weil voraussichtlich Durchschnittsprämien erhoben werden, nicht abgestellt werden. In diesem Falle sind für den einzelnen Versicherten die Werte der von ihm zu zahlenden Prämien einerseits und die von ihm zu beziehenden Versicherungsleistungen anderseits nicht gleich; denn: der Gesunde zahlt für den Kranken, der Ledige für den Verheirateten, der Kinderlose für den Kinderreichen. Damit ist einem System der obligatorischen Versicherung mit freier Wahl der Versicherungsgesellschaft, so wie es z. B. auf dem Gebiet der Mobiliarversicherung in einzelnen Kantonen besteht, der Boden entzogen. Dieser Boden müsste durch eine besondere Massnahme — die Ausgleichung der Gefahr — neu geschaffen werden.

Da die Versicherung obligatorisch sein soll und voraussichtlich mit Durchschnittsprämien rechnen muss, ohne Rücksicht auf die Unterschiede der Versicherungsleistungen für Versicherte desselben Alters, so können unter den Versicherungsbeständen der Gesellschaften grosse Unterschiede hinsichtlich der damit verbundenen Belastungen entstehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Wahl des Versicherungsträgers dem Versicherten freigestellt und ein Wettbewerb eingreifen wird. Um diese Gefahr zu verhüten, könnten die Gesellschaften eine Vereinbarung zur gemeinsamen Tragung der Gefahr treffen. Die Normen dafür sind aber nicht leicht aufzustellen. Auf alle Fälle würden dadurch die Geschicke der Gesellschaften auf die Dauer untrennbar verknüpft.

Alle diese Schwierigkeiten und noch weitere, die besonders namhaft zu machen sich erübrigt, fallen weg, wenn die Gesellschaften zur Übernahme der Sozialversicherung eine besondere private Anstalt, sei es als Aktiengesellschaft, sei es als Genossenschaft, bilden. Dazu sind die schweizerischen Gesellschaften mit ihrer Erfahrung, ihrer durchgebildeten Organisation und den erforderlichen technischen Einrichtungen wohl in der Lage. Sie hätten das Gesellschaftskapital mit ihren Mitteln aufzubringen. Die zu errichtende Anstalt hätte unter der Führung und Leitung der privaten Anstalten zu stehen; ihnen müsste in der Organisation und Verwaltung der Anstalt, namentlich auch in der Feststellung der Prämien und Bestellung der Reserven, die notwendige Bewegungs- und Verfügungsfreiheit gewahrt werden. Anderseits wäre die Aktien- oder Genossenschaftsdividende auf 6% zu beschränken und ein allfälliger Überschuss über diese Dividende hinaus dem Bund auf Rechnung seiner Leistungen an die Sozialversicherung zu vergüten. Bei einem allfälligen späteren Übergang der öffentlichen Versicherung an eine Bundesanstalt wäre den schweizerischen Gesellschaften lediglich das Aktienkapital — oder das Genossenschaftskapital — auszuweisen. Dafür könnte allenfalls der Bund als Garant für die Verpflichtungen der Anstalt eintreten. Diese hätte besondern strengen Auflagen und Kontrollen hinsichtlich ihrer Geschäftsführung, namentlich auch hinsichtlich der Anlage der Gelder, zu genügen. Damit würde sie eine halb öffentliche, halb private. Wir gehen davon aus, dass sie sich auf die obligatorische Minimalversicherung zu beschränken hätte.

Ob und inwiefern der Versicherte seine Pflicht zur Versicherung bei einer der bestehenden privaten Gesellschaften erfüllen (Ersatzversicherung) und vom Beitritt zur «Nationalversicherungsanstalt» entbunden werden kann, bedarf der nähern Prüfung.

Auf dieser Grundlage sind schweizerische private Lebensversicherungsgesellschaften bereit, an der Lösung der öffentlichen Alters- und Hinterlassenenversicherung mitzuwirken, und in diesem Sinne bejahen sie die an die Direktorenkonferenz gestellte Frage.

Eine Minderheit der in der Direktorenkonferenz vertretenen Gesellschaften vertritt die Auffassung, dass dieser Vorschlag nicht zum Ziele führen kann und glaubt, auch aus Gründen politischer Natur, die in der Sozialversicherung eine überwiegende Rolle spielen, Zurückhaltung üben zu wollen.

Mit diesen Ausführungen glaubt die Direktorenkonferenz Ihre Frage erledigt zu haben. Wenn wir es vermeiden, ins Einzelne einzugehen und alle Fragen zu besprechen, die sich aufdrängen, so dürfen wir darauf hinweisen, dass es sich in der Hauptsache um dieselben Fragen handeln wird, die auch bei der Lösung durch eine zentrale Bundesanstalt zu beantworten sind. Sie sind unserem Vorschlage nicht eigen, brauchen also auch nicht in Verbindung damit erledigt zu werden.

Wie man sich zu unserem Vorschlage stellt, ob man ihm oder einer Monopolanstalt des Bundes den Vorzug geben will, hängt davon ab, ob man Aufgaben mit wirtschaftlichem Einschlag besser dem Bund oder privater Tätigkeit und Organisationskraft anvertraut. Die Lösung wird von der Art des besonderen Falles und von der Auffassung dessen abhängen, der die Antwort zu geben hat. Wir wollen uns zurzeit damit bescheiden, einen Weg zu zeigen, der gangbar ist und zum Ziel führt.

Hochachtungsvoll

Namens der
Direktorenkonferenz der schweizerischen
Lebensversicherungsgesellschaften,
Schweizerische
Lebensversicherungs- und Rentenanstalt
G. Schaertlin. Koenig.

5. Gutachten von Dr. Schaertlin: Können für die Durchführung der Alters- und Hinterlassenenversicherung die öffentlichen und privaten Versicherungskassen beigezogen werden?

Der Artikel 84^{quater} der Bundesverfassung bestimmt: «Die Durchführung (der Alters- und Hinterlassenenversicherung) erfolgt unter Mitwirkung der Kantone; es können öffentliche und private Versicherungskassen beigezogen werden.»

Worin diese Mitwirkung der Kantone bestehen soll und was unter der Beiziehung öffentlicher und privater Versicherungskassen zu verstehen ist, das ist mit Recht nicht umschrieben, sondern der Gesetzgebung überlassen worden. Man kann sich deswegen im besondern die Frage stellen, ob und inwiefern öffentliche und private Kassen bei der Durchführung der Alters- und Hinterlassenenversicherung beigezogen werden sollen und können.

Hinsichtlich der privaten Versicherungsunternehmungen ist die Frage schon zeitig vom eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement der Direktorenkonferenz der schweizerischen Lebensversicherungsgesellschaften gestellt und von dieser in ihrer Eingabe vom 30. Mai 1924 beantwortet worden. Es lag nahe, die Frage der genannten Vereinigung zu stellen. Denn wer wäre gegebenenfalls besser geeignet, die öffentliche Versicherung durchzuführen als die wohlorganisierten schweizerischen Lebensversicherungsgesellschaften, die über eine Erfahrung von Jahrzehnten, einen ausgebildeten Beamtenstab und ein ausgebreitetes Agenturnetz verfügen. Wer böte mehr Gewähr für eine sachverständige, sichere Durchführung als sie, die unter der Aufsicht des Bundes und gemäss den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag Hunderttausenden der schweizerischen Bevölkerung den Schutz der Lebensversicherung bieten. Sie, die schweizerischen Lebensversicherungsgesellschaften, die durch die Pflege der Volksversicherung und der Gruppenversicherung für die soziale Alters- und Hinterlassenenversicherung Pionierarbeit verrichten. Wie lautet nun die Antwort der Direktorenkonferenz? Sie kommt mit einlässlicher Begründung zum Ergebnis, dass die privaten Gesellschaften die obligatorische Alters- und Hinterlassenenversicherung nur gemeinsam durch Gründung einer besondern privaten Anstalt übernehmen könnten. Damit wird der Verzicht auf die Beteiligung der einzelnen Gesellschaft ausgesprochen. Man wird mit Sicherheit annehmen dürfen, dass dieser Verzicht nicht leichtthin ausgesprochen worden ist, muss sich aber überzeugen, dass die

gegebene Begründung zwingend dazu hat führen müssen. Die Haltung der Direktorenkonferenz ist um so bedeutsamer, als sie zu einer Zeit eingenommen wurde, da über die in Aussicht zu nehmende Organisation der Alters- und Hinterlassenenversicherung, ihre technischen Grundlagen und die Deckung des Bedarfs für die zu gewährenden Versicherungsleistungen noch nichts bestimmt war, als es also frei stand, darüber für eine Lösung durch die private Versicherung die günstigste Annahme zu treffen und die angemessensten Bedingungen zu stellen. Diese günstigsten Bedingungen, auf welche die privaten Gesellschaften abstellten, werden aber, was zum vornherein zu erwarten war, tatsächlich nicht erfüllt werden können. Bei einer allgemeinen obligatorischen Versicherung kann im Interesse der Vereinfachung unter bestimmten Voraussetzungen von einem nach dem Alter abgestuften Prämientarif abgesehen werden. Um ferner schon der gegenwärtigen Generation in einem bestimmten Masse die Wohltat von Versicherungsleistungen zukommen zu lassen, empfiehlt es sich, an Stelle des Kapitaldeckungsverfahrens ein anderes, das auf eine teilweise Deckung abstellt, zu wählen. Zwingende Erwägungen führen also bei einer allgemeinen obligatorischen Alters- und Hinterlassenenversicherung zu einer Lösung, für welche die erwähnten günstigen Bedingungen nicht zutreffen. Diese Lösung kann bestehen, aber auch nur dann bestehen, wenn die Gesamtheit der Versicherten zu einem Ganzen zusammengefasst und als solches weiter geführt wird. Was aber für das Ganze gilt, Gleichgewicht von Leistung und Gegenleistung, von Einnahmen und Ausgaben, gilt nicht für einen Teil des Versicherungsbestandes, gilt auch nicht für den einzelnen Versicherten. Dass bei diesem Tatbestande eine private Unternehmung nicht beigezogen werden kann und in ihrem eigenen Interesse zur Wahrung ihrer Sicherheit davon absehen muss, einen Teil des Versicherungsbestandes für sich zu gewinnen, ist einleuchtend. Muss der besondern Natur der obligatorischen Alters- und Hinterlassenenversicherung wegen von einer Beiziehung der einzelnen privaten konzessionierten Lebensversicherungsgesellschaften abgesehen werden, so kann von einer Beteiligung anderer privater Kassen erst recht nicht die Rede sein. Diese ermangeln in der Regel dessen, was unbedingt gefordert werden muss und von den konzessionierten und zu konzessionierenden Lebensversicherungsgesellschaften ohne weiteres geboten wird, der erforderlichen Garantien, der ausgebauten Organisation und der technischen Durchbildung. Ihnen die Durchführung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, die zu den verwickeltesten Versicherungsformen führt, anzuvertrauen, hiesse ihre Kraft überschätzen und ihre Verantwortung sowie die der Aufsichtsorgane des Bundes überlasten. Eine Vergleichung mit der Durchführung der Krankenversicherung durch private Kassen ist, wie jeder Sachkundige anerkennen wird, nicht zulässig.

Dazu kommt noch ein weiteres. Wer es mit der Beiziehung privater Kassen ernst meint, muss fordern, dass nicht nur bestehende private Kassen, sondern auch neue, zu bildende, unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch darauf erheben können, zur Durchführung der Alters- und Hinterlassenenversicherung beigezogen zu werden.

Man stelle sich vor, welche Forderung damit an den Bund gestellt wird, der verantwortlich ist für den Gang und Stand der öffentlichen Versicherung, für eine einfache und übersichtliche Organisation, für eine sparsame Verwaltung und die Sicherung der Erfüllung der Versicherungsansprüche.

Die Durchführung der Alters- und Hinterlassenenversicherung ist schon an und für sich ungewöhnlich schwierig. Wer sie unternehmen und erfolgreich durchführen will, darf nicht an vorgefasste Organisationsvorschriften gebunden werden. Solche aufstellen und fordern, dass danach das Werk unternommen und ausgeführt werde, kehrt das natürliche Verhältnis um und opfert den Zweck den Mitteln.

* * *

Muss man von den privaten Kassen absehen, so lässt sich fragen, ob nicht gleichzeitig mit der Organisation der Alters- und Hinterlassenenversicherung öffentlich-rechtliche Korporationen errichtet werden könnten, denen die Versicherung zu überbinden wäre. Man denke an die Bildung von *Berufsgenossenschaften*.

Wenn man darüber befinden soll, wird man wissen müssen, ob die Alters- und Hinterlassenenversicherung eine allgemeine obligatorische Volksversicherung oder eine Klassenversicherung werden soll. Ist jenes der Fall, so ist nicht einzusehen, warum die damit ermöglichte und anzustrebende Vereinfachung der Organisation wieder preisgegeben werden soll durch eine Trennung des Versicherungsbestandes nach Klassen. Dazu kommt die Schwierigkeit, was mit dem Versicherungsbestand vorzukehren ist, der nicht nach Berufsmerkmalen aufgeteilt werden kann.

Weiter erheben sich in der Hauptsache alle die Schwierigkeiten, die bereits bei der Beteiligung der privaten konzessionierten Gesellschaften zur Sprache gekommen sind.

Sieht man von der allgemeinen obligatorischen Volksversicherung ab und geht zur Klassenversicherung über, so steht man hinsichtlich der Bildung von Berufsgenossenschaften vor derselben Frage, die seinerzeit bei der Einführung der Unfallversicherung mit der Errichtung der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt in Luzern in einer bestimmten Weise beantwortet wurde. Meines Erachtens hinsichtlich des Verzichtes auf Berufsgenossenschaften mit Recht.

Wenn ich soeben gesagt habe, es handle sich um *dieselbe* Frage, so muss ich eine bestimmte Einschränkung vornehmen. Unfallversicherung einerseits, Alters- und Hinterlassenenversicherung andererseits sind sehr verschiedene Dinge, und was bei der einen durchführbar gewesen wäre, bietet bei der andern grosse Schwierigkeiten. Sie sind nicht unüberwindlich; ihre Bewältigung führt aber, wie naheliegende Beispiele zeigen, zu recht komplizierten und schwerfälligen Organisationen. Sich einlässlich damit zu beschäftigen, ist jetzt, da nicht die Klassenversicherung, sondern die obligatorische Volksversicherung im Vordergrund steht, nicht an der Zeit.

Zürich, am 11. August 1928.

G. Schaertlin.

6. Gutachten der Herren Direktor Dr. G. Schaertlin, Prof. Dr. A. Bohren und Dr. J. Lorenz betreffend die vom Bundesamt für Sozialversicherung aufgestellten bevölkerungsstatistischen Grundlagen.

An das
Bundesamt für Sozialversicherung,

Bern.

Durch das Bundesamt für Sozialversicherung ist auf den 11. März 1927 eine Konferenz zur Würdigung technischer Vorarbeiten und ihrer ersten Ergebnisse über die Alters- und Hinterlassenenversicherung einberufen worden. An der Tagung in Bern haben teilgenommen: als Vorsitzender Herr Dr. H. Giorgio, Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung; als Experten die Herren Dr. Schaertlin, Direktor der Schweizerischen Lebensversicherungs- und Rentenanstalt, in Zürich, Prof. Dr. Bohren, Subdirektor der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt in Luzern. Dr. Lorenz, P. D., Freiburg. Ferner nahmen daran teil die Herren Dr. Ney, Direktor des Eidgenössischen Statistischen Bureaus in Bern, Prof. Dr. Dumas, Direktor des Eidgenössischen Versicherungsamtes, Bern, sowie vom Bundesamt für Sozialversicherung die Herren Dr. Niederer, Abteilungssekretär, Dr. Friedli, Mathematiker, und Wolf, Hilfsmathematiker. Der Konferenz lagen als Beilagen zum Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 7. Februar 1927 zwei Untersuchungen von Dr. Friedli, versicherungstechnischem Experten des Bundesamtes für Sozialversicherung, vor. Die erste vom 20. Dezember 1926 beschäftigt sich mit der Bevölkerungsbewegung in der Schweiz seit 1860 und der Theorie der Bevölkerungsbewegung in den kommenden Dezentennien.

Die zweite vom 28. Januar 1927 ist ein Nachtrag dazu.

Die beiden Gutachten werden der Konferenz mit einem Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 7. Februar 1927 unterbreitet. Es fasst die Ergebnisse der Untersuchungen von Dr. Friedli zusammen und stellt der Konferenz die folgenden Fragen:

1. Erachten Sie die im Bericht vom 20. Dezember 1926 enthaltene Grundannahme über die künftige Bevölkerungsvermehrung der Schweiz als zulässig oder sogar, mit Rücksicht auf die wirtschaftlichen und geographischen Tatsachen, als die einzig gegebene;
2. Sollten ausser dem verwendeten Ausgangsmaterial noch andere statistische Faktoren in Berücksichtigung gezogen werden;
3. Halten Sie die Rechnungsergebnisse, namentlich die Angaben über das Zahlenverhältnis zwischen Rentnern und Prämienzahlern, für wahr-

scheinlich, und sollen diese Ergebnisse als Grundlage zu den Untersuchungen über die finanzielle Tragweite der Alters- und Hinterlassenenversicherung gewählt werden?

Über die Verhandlungen vom 11. März liegt ein Protokoll mit einem Referat von Dr. Friedli und den Äusserungen der Teilnehmer an der Konferenz vor.

Sodann haben Herr Dr. Lorenz am 31. März 1927 und das Eidgenössische Statistische Bureau am 25. April 1927 ergänzende Untersuchungen angestellt. Dr. Lorenz befasst sich mit der volkswirtschaftlichen Seite der Aufgabe, das Eidgenössische Statistische Bureau untersucht den Gang der Bevölkerungsbewegung auf Grund der Geburtszahlen von 1901 bis 1925 und der Volkszählung von 1920.

Das Ziel dieser Untersuchungen ist die Einsicht in den Gang und Stand der Bevölkerung der Schweiz in den kommenden Jahrzehnten und ihrer Schichtung nach Altersklassen.

Wenn man von der Wanderung absieht, so liesse sich diese Einsicht, ausgehend vom Stand zu einer bestimmten Zeit, also von einer Volkszählung, gewinnen, wenn man über das Absterben der Bevölkerung in der Zukunft einerseits, über die Geburtenfrequenz in der Zukunft andererseits Bestimmtes wüsste. Für das Absterben kann man sich mit einer genügenden Annäherung auf die Absterbeordnung der schweizerischen Bevölkerung in der jüngsten Vergangenheit, auf die Tafel aus der Erfahrung der Jahre 1920/21 stützen. Anders ist es mit der Geburtenfrequenz.

Ihre starke Abnahme im Verlauf der letzten Jahre lässt auf starke Änderungen in der Zukunft schliessen und einem Schluss von der Vergangenheit auf die Zukunft widersprechen. Herr Dr. Friedli hat es deshalb vermieden, einen solchen Schluss zu ziehen, und ist auf Grund seiner Untersuchungen und Erwägungen volkswirtschaftlicher Natur, für welche wir auf seine Gutachten verweisen, dazu gekommen, bestimmte Annahmen über den Gang des Bevölkerungszuwachses in der Schweiz in den kommenden Jahrzehnten zu machen. Er nimmt an, dass die Volkszahl nach einer bestimmten Norm anfänglich noch ziemlich rasch, dann immer langsamer zunimmt, um einem Beharrungszustand zuzustreben, der mit 5,053,000 Einwohnern im Jahre 2000 erreicht würde.

Auf Grund dieser Annahme lässt sich, ausgehend von der Volkszählung von 1920 und der Sterbetafel der schweizerischen Bevölkerung, die Schichtung der Bevölkerung nach Altersklassen für jedes der Jahre bis 2000 berechnen, insbesondere also die Zahl der Personen des Alters 20 bis 64 (Prämienzahler) und die Zahl der über 65 Jahre alten Personen.

Für die mathematische Formulierung der Annahmen von Dr. Friedli und das Ergebnis seiner Berechnungen ist auf seine Arbeiten zu verweisen. Hier sei nur die Bemerkung angebracht, dass die Annahme eines bestimmten Bevölkerungszuwachses in Verbindung mit der Anwendung der schweizerischen Sterbetafel auch eine bestimmte Annahme über die Geburtenfrequenz in sich schliesst, worauf später zurückzukommen ist.

Das Ergebnis der Untersuchungen von Dr. Friedli, das für den vorliegenden Fall von Wichtigkeit ist, bildet die voraussichtlich zu erwartende starke Umschichtung der Bevölkerung nach Altersklassen. Das Verhältnis der über 65 Jahre alten Personen zu den Personen des Alters 20 bis 64 wird voraussichtlich stark zunehmen. In welchem Masse, das erhellt aus der folgenden Tabelle.

Auf je 10,000 Personen vom Alter 20—64 (Prämienzahler) entfallen Rentner von 65 und mehr Jahren:

Jahresende	bei den Männern	bei den Frauen
1920	935	1184
1930	1039	1218
1940	1204	1361
1950	1332	1513
1960	1358	1631
1970	1582	1902
1980	1628	1918
1990	1581	1828
2000	1560	1796

Ist die Rentenlast für die 65- und mehr-jährigen von den gleichzeitig Lebenden des Alters 20—64 zu tragen, so ist demgemäss mit einer stark zunehmenden Belastung zu rechnen. Dr. Friedli hat das Ergebnis seiner Untersuchung dadurch gestützt, dass er zwei Grenzlagen untersucht hat, innerhalb welchen seine Annahme eine Mittellage einnimmt. Die obere Grenze fusst auf der Annahme, die Bevölkerungszahl wachse künftig in geometrischer Progression jährlich um 1 % ihres Bestandes. Die untere Grenzlage geht davon aus, die Bevölkerung bleibe vom Jahre 1920 hinweg unverändert gleich gross.

Für die Männer ergibt sich dann folgendes:

Kalenderjahr 31. Dezember	Auf 100 Personen des Alters 20—64 entfallen solche vom Alter 65 und mehr Jahren (Rentner)		
	Konstanz der Bevölkerung von 20 und mehr Altersjahren	Mittellage nach der Annahme von Dr. Friedli	Die Bevölkerung nimmt jährlich um 1 % zu
1920	9,35	9,35	9,35
1930	11,83	10,39	10,59
1940	14,85	12,04	11,85
1950	17,25	13,32	12,25
1960	18,0	13,58	11,45
1970	16,62	15,82	11,39
1980	14,01	16,28	11,25
1990	14,77	15,81	11,47
2000	16,19	15,60	11,67

Bemerkenswert ist, dass auch für die Grenzlagen der Wachstumveränderung die Verhältniszahlen mit den Jahren wachsen. Würde man die Grenze noch weiter hinausrücken, so käme man vom Stand der erwartungsmässigen Veränderungen zu weit ab, als dass man darauf abstellen dürfte.

In diesem Zusammenhang mag noch darauf hingewiesen werden, dass für die Mittellage, also für die Annahmen von Dr. Friedli, nicht nur die Verhältniszahlen steigen, sondern auch die absoluten Zahlen der Personen des Alters 65 und mehr Jahre (Rentner).

Darüber gibt die folgende Tabelle Auskunft:

Kalenderjahr 31. Dezember	Zahl der 65 und mehr Jahre alten	
	Männer	Frauen
1920	97,100	129,862
1930	120,085	155,588
1940	146,770	183,807
1950	167,011	209,723
1960	173,573	228,763
1970	200,574	263,675
1980	206,805	267,053
1990	202,088	257,038
2000	199,917	253,389

Ausser den Untersuchungen von Dr. Friedli liegt eine wertvolle Arbeit des Eidgenössischen Statistischen Bureaus über die voraussichtliche Bevölkerungsbewegung in den Jahren 1920—1945 vor. Sie geht von der wirklichen Zahl der Geburten in den Jahren 1901—1925 und der Volkszählung von 1920 aus. Mit der Sterbetafel aus den Erfahrungen der Jahre 1920 und 1921 lässt sich, wenn man von den Wanderungen absieht, für jedes Kalenderjahr des Bereichs 1920—1945 die Zahl der Personen der Altersklasse 20—64 einerseits (Prämienzahler) und der 65 und mehr Jahre alten Personen (Rentner) anderseits ermitteln. Das Eidgenössische Statistische Bureau hat diese Berechnung durchgeführt. Ihr Ergebnis ist mit den Zahlen, die Dr. Friedli ermittelt hat, in der folgenden Tabelle zusammengestellt:

Schweizerische Bevölkerung nach Altersklassen auf 31. Dezember jedes Kalenderjahres:

Jahr	Männlich			
	Alter			
	20 bis 64		65 und mehr	
	Friedli	Stat. Bur.	Friedli	Stat. Bur.
1920	1,037,997	1,037,100	97,100	96,273
1925	1,105,507	1,119,009	107,032	106,058
1930	1,155,605	1,118,761	120,085	118,480
1935	1,194,020	1,236,346	132,240	130,219
1940	1,219,343	1,255,331	146,770	144,388
1945	1,237,113	1,275,597	159,954	157,267

Jahr	Weiblich			
	Alter			
	20 bis 64		65 und mehr	
	Friedli	Stat. Bur.	Friedli	Stat. Bur.
1920	1,145,166	1,144,311	129,862	128,691
1925	1,221,049	1,225,404	140,968	141,792
1930	1,277,364	1,286,339	155,588	155,472
1935	1,321,063	1,325,616	168,692	169,379
1940	1,350,713	1,335,680	183,807	184,468
1945	1,369,377	1,342,730	199,912	200,754

Darnach ergibt sich für die Zahl der Rentner auf 100 Prämienzahler die folgende Übersicht:

Kalenderjahr	Männlich		Weiblich	
	Friedli	Stat. Bur.	Friedli	Stat. Bur.
1920	9,4	9,3	11,3	11,2
1925	9,7	9,5	11,5	11,6
1930	10,4	10,0	12,2	12,1
1935	11,1	10,5	12,3	12,3
1940	12,0	11,5	13,6	13,8
1945	12,9	12,3	14,6	15,0

Hieraus ergibt sich, dass für die nächsten 20 Jahre die Annahmen von Dr. Friedli sich als nicht zu pessimistisch erweisen. Wie die Bevölkerungsbewegung und die Umschichtung nach Altersklassen sich später vollziehen

wird, bleibt ungewiss, lässt sich aber von jeder künftigen Volkszählung ausgehend für die nächsten folgenden Jahrzehnte mit zureichender Annäherung nach dem Verfahren des Eidgenössischen Statistischen Bureaus ermitteln. Wer, wie der Versicherungsmathematiker, es für ratsam und nötig findet, auf spätere Zeiten hinaus eine Vorstellung über den Verlauf der Bevölkerungsbewegung zu gewinnen, muss auf Grund von mehr oder weniger einleuchtenden Hypothesen, die aus der Erfahrung der Vergangenheit und Gegenwart stammen, Schlüsse auf die Zukunft ziehen. Das hat Dr. Friedli unternommen. Ihr Ergebnis lässt für die Zukunft ein erhebliches Anwachsen des Verhältnisses der Zahl der Rentner zu der Zahl der Prämienzahler erwarten und mahnt den Gesetzgeber, diesen Umstand gebührend zu berücksichtigen. Ob sich nun gerade das Verhältnis einstellen wird, zu dem Dr. Friedli gelangt, ist nicht von grundlegender Bedeutung, und die bestehende Unsicherheit tut dem grossen Wert seiner Untersuchung keinen Eintrag. Wer genaueres weiss und sagen kann, möge seine Weisheit kund tun.

Man lasse nicht ausser Acht einmal, dass der Versicherungsmathematiker, der eine Vorstellung über den Lauf der Dinge gewinnen will, gezwungen ist, sich über das Geschehen in der Zukunft Rechenschaft zu geben, und weiter, dass diese Einsicht nur auf Grund plausibler Annahmen gewonnen werden kann.

Durchschlagend ist, dass wer ein solches Verhalten unzulässig findet und ablehnt, wer also auf das Verhältnis der Zahl der Rentner zu der Zahl der Prämienzahler in der Gegenwart abstellt, damit auch, vielleicht ohne es zu wissen und zu wollen, eine Hypothese über den künftigen Verlauf der Bevölkerungsbewegung aufstellt. Und diese Hypothese ist unzulässig, denn sie widerspricht den Erfahrungen.

Unsere Betrachtung zusammenfassend, stellen wir fest, dass wir die im Bericht vom 20. Dezember 1926 enthaltenen Annahmen und Rechnungsergebnisse für eine anwendbare Grundlage zu den Untersuchungen über die finanzielle Tragweite der Alters- und Hinterlassenenversicherung halten.

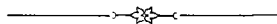
Hochachtungsvoll

Zürich,)
 Luzern,)
 Freiburg,) am 3./7. Juni 1927.

sig. **G. Schaertlin.**

sig. **Bohren.**

sig. **Lorenz.**



**Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes
über die Alters- und Hinterlassenenversicherung. (Vom 29. August 1929.)**

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1929
Année	
Anno	
Band	2
Volume	
Volume	
Heft	36
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	2479
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	04.09.1929
Date	
Data	
Seite	165-383
Page	
Pagina	
Ref. No	10 030 791

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.