



BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG

ZAK

Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre Zweigstellen,
die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, die Durchführungsstellen
der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, der Erwerb ersatzordnung
für Wehr- und Zivilschutzpflichtige sowie der Familienzulagen

Jahrgang 1974

Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVV	Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AS	Amtliche Sammlung der eidgenössischen Gesetze
BB1	Bundesblatt
BGE	Amtliche Sammlung der Bundesgerichtsentscheide
BRB	Bundesratsbeschluss
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft
EL	Ergänzungsleistungen zur AHV und IV
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV
ELKV	Verordnung über den Abzug von Krankheits- und Hilfsmittelkosten bei den Ergänzungsleistungen
ELV	Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV
EO	Erwerbsersatzordnung
EOG	Bundesgesetz über die Erwerbsausfallentschädigungen an Wehr- und Zivilschutzpflichtige (Erwerbsersatzordnung)
EOV	Verordnung zur Erwerbsersatzordnung
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
EVGE	Amtliche Sammlung der Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (ab 1970 BGE)
FAK	Familienausgleichskassen
FLG	Bundesgesetz über die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern
FLV	Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern
GgV	Verordnung über Geburtsgebrechen
HV	Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung in Sonderfällen
IK	Individuelles Konto
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
KUVG	Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung
MV	Militärversicherung
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung
OG	Bundesgesetz über die Organisation der Bundesrechtspflege
OR	Bundesgesetz über das Obligationenrecht

RSKV	Rechtsprechung und Verwaltungspraxis der Krankenversicherung
RV	Verordnung über die Rückvergütung der von Ausländern an die AHV bezahlten Beiträge
Rz	Randziffer
SchKG	Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SZV	Verordnung über die Zulassung von Sonderschulen in der Invalidenversicherung
VA	Versicherungsausweis
VFV	Verordnung über die freiwillige Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung für Auslandschweizer
VwVG	Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren
WStB	Bundesratsbeschluss über die Erhebung einer Wehrsteuer
ZAS	Zentrale Ausgleichsstelle
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch

Von Monat zu Monat

Die eidgenössischen Räte haben in der Wintersession die Vorlage betreffend die *Änderung des Bundesgesetzes über die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern* verabschiedet. Über die Entscheide der beiden Räte hat die ZAK schon im Oktober- und im Dezember-Heft (S. 529 und 625) orientiert. In der Differenzbereinigung stimmte der Ständerat der Erhöhung der Haushaltungszulage auf 100 Franken zu. Hingegen lehnte er die gleitende Einkommensgrenze mit 23 gegen 6 Stimmen ab. Mit 17 gegen 14 Stimmen hielt er an seinem Beschluss fest, die Gesetzesnovelle auf den 1. Juli 1974 in Kraft zu setzen. Der Nationalrat schloss sich schliesslich dem Verzicht auf die gleitende Einkommensgrenze an, sprach sich aber erneut für das Inkrafttreten auf den 1. April 1974 aus. Der Ständerat entschied letztlich im gleichen Sinne. — In der Schlussabstimmung vom 14. Dezember hiessen beide Räte die Vorlage mit 34 bzw. 148 Stimmen oppositionslos gut.



Am 18. Dezember 1973 fand unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung eine Sitzung des *Ausschusses «Altershilfe» der Fachkommission für Altersfragen* statt. Insbesondere diskutierte der Ausschuss die Ausführungsbestimmungen zu Artikel 101 AHVG, worin Baubeiträge an Heime für Betagte vorgesehen sind.



Der Bundesrat hat sich nach den Neuwahlen der vergangenen Wintersession am 21. Dezember 1973 neu konstituiert. Dem Eidgenössischen Departement des Innern steht vom 21. Januar an *Bundesrat Hans Hürli-mann* vor. Damit ist er auch Ressortchef des Bundesamtes für Sozialversicherung. Als Stellvertreter des Departementchefs wird *Bundesrat Willi Ritschard* amten.

Die Vorschläge des Bundesrates zur Änderung des AHV-Gesetzes auf den 1. Januar 1975

Mit einer Botschaft vom 21. November 1973 schlägt der Bundesrat der Bundesversammlung eine Reihe von Änderungen und Ergänzungen zum geltenden Bundesgesetz über die AHV vor (s. a. ZAK 1973, S. 630). Diese Gesetzesänderungen sollen zusammen mit der zweiten Phase der achten AHV-Revision am 1. Januar 1975 in Kraft treten und einen Teil der im Jahre 1972 festgelegten Bestimmungen ersetzen. Daher spricht der Bundesrat ausdrücklich nicht von einer neunten AHV-Revision, obwohl der Kern der neuen Vorlage von grundsätzlicher Bedeutung ist.

Nachstehend sind die vom Bundesrat vorgeschlagenen Gesetzestexte wiedergegeben und kurz kommentiert. Einlässlichere Erläuterungen finden sich in der Botschaft vom 21. November 1973. Die in Klammern beigefügten Zahlen verweisen auf die entsprechenden Abschnitte dieser Publikation, die wie gewohnt bei der Eidgenössischen Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern, bezogen werden kann.

1. Änderung des AHVG

Art. 2 Abs. 3 AHVG

³ Der Bundesrat bestimmt die Voraussetzungen, unter denen sich im Ausland niedergelassene Schweizer Bürger freiwillig versichern können, falls sie hiezu nach diesem Gesetz vor Vollendung des 50. Altersjahres keine Möglichkeit gehabt haben.

Diese Änderung hat keine materielle Auswirkung. Durch die achte AHV-Revision wurde die Altersgrenze für den Beitritt zur freiwilligen Versicherung für Auslandschweizer in Artikel 2 Absatz 1 AHVG von 40 auf 50 Jahre verschoben. Bei der in Absatz 3 enthaltenen Kompetenzdelegation an den Bundesrat wurde die Altersgrenze bei 40 Jahren belassen. Nunmehr soll diese Grenze derjenigen in Absatz 1 angeglichen werden. (Botschaft 542)

Art. 9bis AHVG (neu)

Anpassung der sinkenden Beitragsskala

Der Bundesrat ist befugt, die in den Artikeln 6 und 8 festgelegten Grenzen der sinkenden Beitragsskala und des Einkommens aus einer nebenberuflich ausgeübten selbständigen Erwerbstätigkeit dem Richtindex gemäss Artikel 33^{ter} anzupassen.

Die Grenzen der sinkenden Beitragsskala für Selbständigerwerbende und Arbeitnehmer ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber sollen beweglich gestaltet werden. Die Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung wird nach dem Entwurf in die Hand des Bundesrates gelegt, damit sich inskünftig periodische Gesetzesrevisionen erübrigen. Die obere Einkommensgrenze für die Anwendung der sinkenden Skala beträgt heute und auch ab 1975 20 000 Franken. Sie entspricht dem bei Artikel 33^{ter} erläuterten Richtindex von 500 Punkten. Steigt dieser in einem späteren Zeitpunkt beispielsweise auf 600 Punkte, so würde der Bundesrat die sinkende Skala bis zu einem Jahreseinkommen von 24 000 Franken erweitern. Gleiches gilt für die untere Grenze, die zur Zeit bei 2 000 Franken liegt und zugleich das Abgrenzungskriterium für die obligatorische Erfassung von Einkommen aus einer nebenberuflichen unselbständigen Erwerbstätigkeit bildet. (Botschaft 35)

Art. 11 AHVG

¹ Obligatorisch Versicherten, denen die Bezahlung der Beiträge gemäss den Artikeln 8 Absatz 1 oder 10 Absatz 1 nicht zugemutet werden kann, können diese auf begründetes Gesuch hin für bestimmte oder unbestimmte Zeit angemessen, jedoch nicht unter den Mindestbeitrag gemäss den Artikeln 8 Absatz 2 und 10 Absatz 1, herabgesetzt werden.

² Obligatorisch Versicherten, für welche die Bezahlung der Mindestbeiträge eine grosse Härte bedeutet, können sie erlassen werden. Dies erfolgt auf begründetes Gesuch hin und nach Anhörung einer vom Wohnsitzkanton bezeichneten Behörde. An Stelle dieser Versicherten hat der Wohnsitzkanton den Mindestbeitrag zu entrichten. Die Kantone sind berechtigt, die Wohnsitzgemeinden zur Mittragung heranzuziehen.

Bei der achten Revision wurde es unterlassen, den in diesem Artikel mit 40 Franken bezifferten Mindestbeitrag für Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige dem neuen Ansatz von 78 Franken anzupassen. Die vorgeschlagene neue Fassung nennt keinen Betrag mehr, sondern spricht nur noch vom Mindestbeitrag, so dass bei künftigen Beitragsänderungen der Text nicht mehr angepasst werden muss. (Botschaft 543)

Art. 30 Abs. 4 und 5 AHVG

⁴ Die Summe der Erwerbseinkommen wird entsprechend dem Richtindex gemäss Artikel 33^{ter} aufgewertet.

⁵ Der Bundesrat lässt die Aufwertungsfaktoren entsprechend dem Richtindex jährlich feststellen. Er ist befugt, nähere Vorschriften über

die Anpassung der Erwerbseinkommen an den Richtindex zu erlassen. Dies gilt namentlich für Fälle mit unvollständiger Beitragsdauer und für die Auf- oder Abrundung der anrechenbaren Erwerbseinkommen auf die nächsten hundert Franken.

Absatz 4: Bisher war der Aufwertungsfaktor im Gesetz selbst festgelegt (2,1 für die in den Jahren 1973 und 1974 entstehenden Renten). Inskünftig wird der Aufwertungsfaktor vom sogenannten Richtindex abhängen. Der Faktor wird gebildet, indem der Richtindex durch den Durchschnitt der Lohnindizes jener Jahre dividiert wird, für die der Versicherte Beiträge entrichtet hat. Beispiel:

$$\text{Aufwertungsfaktor für 1975} = \frac{\text{Richtindex 500}}{\phi \text{ Lohnindex } 1948-74 = 205,7} = 2,430$$

Handelt es sich dagegen um einen Versicherten, der nur während der Jahre 1969—1974 Beiträge bezahlt hat, so beträgt der Aufwertungsfaktor lediglich 1,287; denn der durchschnittliche Lohnindex seiner Beitragsjahre liegt auf einem bedeutend höheren Niveau als im ersten Beispiel. Eine Aufwertung um mehr als das Doppelte wäre hier nicht gerechtfertigt. (Botschaft 332)

Absatz 5: Der Bundesrat war schon bisher befugt, Auf- und Abrundungen vorzusehen und den Aufwertungsfaktor für Versicherte mit unvollständiger Beitragsdauer abweichend zu ordnen. Die neue Fassung überträgt ihm überdies die Regelung aller Einzelheiten.

Art. 33^{ter} AHVG (neu)

Richtindex

¹ Zur Berechnung der Renten und ihrer Anpassung an die Lohn- und Preisentwicklung setzt der Bundesrat auf Antrag der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung einen Richtindex fest. Ein Punkt des Richtindexes entspricht einem Franken.

² Der Richtindex wird unter Berücksichtigung von statistisch ermittelten Lohn- und Preisindizes festgesetzt. Der Lohnindex entspricht jenem der Einkommensstatistik der AHV und der Preisindex dem Landesindex der Konsumentenpreise.

³ Für das Jahr 1975 beträgt der Richtindex 500 Punkte.

Der Richtindex ist inskünftig die zentrale Grösse, mit der die Anpassung der AHV und der IV an die wirtschaftliche Entwicklung ge-

steuert wird. Er ist massgebend sowohl für die Aufwertung der Einkommensdurchschnitte (Art. 30 Abs. 4) wie auch für den Inhalt der Rentenformel (Art. 34). Eine Veränderung des Richtindex löst auch die Anpassung anderer Konstanten (sinkende Beitragsskala, Einkommensgrenzen bei den ausserordentlichen Renten und den Ergänzungsleistungen usw.) aus.

Für das Jahr 1975 wird der Richtindex durch das Gesetz auf 500 Punkte festgelegt. Für die folgenden Jahre wird jeweils der Bundesrat den Richtindex zu bestimmen haben, wobei aus technischen Gründen nur Erhöhungen um 50 oder Vielfache von 50 Punkten in Frage kommen. Wird der Richtindex geändert, so bewirkt dies nicht nur eine Änderung der Berechnungselemente für neu entstehende Renten, sondern automatisch auch eine Anpassung der laufenden Renten im genau gleichen Ausmass. Dabei wird auch bei den laufenden Renten er seinerzeitige Bemessungslohn auf das Niveau des neuen Richtindexes gehoben und die Rente daraufhin nach der gleichen Rentenformel bzw. der gleichen Rententabelle berechnet, die für eine entsprechende Neurente gilt. (Botschaft 331, 333, 334)

Art. 33^{quater} AHVG (neu)

Anpassung der Renten an die Lohn- und Preisentwicklung

¹ Der Bundesrat ist befugt, die ordentlichen Renten mindestens der Preisentwicklung und höchstens der allgemeinen Lohnentwicklung anzupassen. Er wird nach Möglichkeit die laufenden und die neuen Renten im gleichen Ausmass erhöhen und den Richtindex gemäss Artikel 33^{ter} entsprechend festsetzen. Dabei sind die finanziellen Verhältnisse der Versicherung, des Bundes und der Kantone sowie die allgemeine wirtschaftliche Lage zu berücksichtigen.

² Der Bundesrat kann für die Anpassung der Renten ergänzende Vorschriften erlassen und ein vereinfachtes Verfahren vorsehen.

Absatz 1: Der Bundesrat ist bei der Festlegung des Richtindex ab 1976 nicht frei. Als untere Grenze sieht der Gesetzesentwurf den Preisindex und als obere Grenze den AHV-Lohnindex vor (s. Art. 33^{ter} Abs. 2). Ausserdem hat der Bundesrat die finanziellen Verhältnisse der Versicherung, des Bundes und der Kantone sowie die allgemeine wirtschaftliche Lage zu berücksichtigen. Bei der Festsetzung des Richtindex wird es sich jeweils um einen sehr bedeutsamen Entscheid der Landesregierung handeln. Der Antrag ist von der Eidgenössischen AHV/IV-Kommission auszuarbeiten (Art. 33^{ter} Abs. 1). (Botschaft 32, 335)

Absatz 2: Diese Ermächtigungsklausel wurde aus den bisherigen Änderungsgesetzen übernommen. Sie erlaubt es insbesondere, bei einer Rentenerhöhung auf die Zustellung einer besonderen Verfügung an jeden Rentenberechtigten zu verzichten.

Art. 34 AHVG

Berechnung und Höhe der Vollrenten

1. Die einfache Altersrente

¹ Die monatliche einfache Altersrente setzt sich zusammen aus:

- einem festen Rententeil von vier Fünfteln des Betrages des Richtindex und
- einem veränderlichen Rententeil von einem Sechzigstel des massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommens.

² Sie entspricht mindestens dem einfachen und höchstens dem doppelten Betrag des Richtindex.

³ Die Mindestrente wird bis zu einem massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommen in der Höhe des zwölfwachen Richtindex, die Höchstrente bei einem massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommen in der Höhe des zweiundsiebzigfachen Richtindex und mehr gewährt.

In diesem Artikel wurden die bisher in Franken festgelegten Rentenelemente durch Verhältniswerte zum Richtindex ersetzt, so dass damit eine «ewig gültige Rentenformel» entsteht.

Bei einem Richtindex von 500 Punkten beträgt der feste Rententeil vier Fünftel = 400 Franken im Monat. Der veränderliche monatliche Rententeil von einem Sechzigstel des aufgewerteten Jahreseinkommens (= 20 Prozent des Monatseinkommens) bleibt in seiner Definition unverändert.

Somit beträgt die einfache Altersrente bei einem Richtindex von 500 Punkten

- *mindestens 500 Franken im Monat, und zwar bis zu einem massgebenden aufgewerteten Jahreseinkommen von 6 000 Franken,*
- *höchstens 1 000 Franken im Monat bei einem massgebenden aufgewerteten Jahreseinkommen von 36 000 Franken oder mehr. (Botschaft 333)*

Art. 42 Abs. 1 AHVG

¹ Anspruch auf eine ausserordentliche Rente haben in der Schweiz wohnhafte Schweizer Bürger, denen keine ordentliche Rente zusteht oder

deren ordentliche Rente kleiner ist als die ausserordentliche, soweit zwei Drittel des Jahreseinkommens, dem ein angemessener Teil des Vermögens hinzuzurechnen ist, folgende Grenzen nicht erreichen:

Für Bezüger von	Fr.
— einfachen Altersrenten und Witwenrenten	7 800
— Ehepaar-Altersrenten	11 700
— einfachen Waisenrenten und Vollwaisenrenten	3 900

Die für den Bezug von ausserordentlichen Renten in gewissen Fällen massgebenden Einkommensgrenzen entsprachen bisher nominell den Höchstansätzen der Einkommensgrenzen für die Ergänzungsleistungen. Diese Übereinstimmung soll beibehalten werden. Der Bundesrat schlägt daher eine Erhöhung der gesetzlichen Ansätze im gleichen Ausmass wie für Artikel 2 Absatz 1 ELG vor. (Botschaft 34)

Art. 42^{ter} AHVG (neu)

Anpassung der Einkommensgrenzen

Der Bundesrat ist befugt, die in Artikel 42 Absatz 1 festgelegten Einkommensgrenzen gleichzeitig mit der Neufestsetzung der ordentlichen Renten gemäss Artikel 33^{quater} Absatz 1 der Preisentwicklung anzupassen.

Das Monatsbetroffnis der ungekürzten ausserordentlichen Rente entspricht dem Mindestbetrag der ordentlichen Vollrente und folgt damit wie dieser den Änderungen des Richtindex. In vielen Fällen sind die ausserordentlichen Renten jedoch noch an Einkommensgrenzen gebunden, die wie bei den Ergänzungsleistungen (s. Art. 3^{bis} ELG) der Preisentwicklung angepasst werden sollen. Eine solche Anpassung wird immer dann vom Bundesrat zu verordnen sein, wenn er eine Änderung der ordentlichen Renten beschliesst.

Art. 43^{ter} AHVG

Überwachung des finanziellen Gleichgewichts

Der Bundesrat lässt vor jeder Anpassung der ordentlichen Renten gemäss Artikel 33^{quater} Absatz 1 das finanzielle Gleichgewicht der Versicherung überprüfen und durch die Eidgenössische Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung begutachten. Er stellt nötigenfalls Antrag auf Änderung des Gesetzes.

Der bisherige Artikel 43^{ter} enthielt die Vorschriften über die Anpassung der Leistungen an die Preis- und Einkommensentwicklung. Dieses Problem wird nun neu in den Artikeln 33^{ter} und 33^{quater} im Zusammenhang mit der Rentenberechnung geregelt. Damit kann sich Artikel 43^{ter} auf die Überwachung des finanziellen Gleichgewichtes der Versicherung beschränken.

Art. 47 Abs. 1 und 3 AHVG

¹ Unrechtmässig bezogene Renten und Hilflosenentschädigungen sind zurückzuerstatten. Bei gutem Glauben kann von der Rückforderung abgesehen werden.

³ Der Bundesrat erlässt die näheren Bestimmungen und ordnet das Verfahren.

Bisher war ein Erlass von Rentenrückforderungen nur möglich, wenn der Rückerstattungspflichtige sowohl das Erfordernis des guten Glaubens wie auch jenes der grossen Härte erfüllte. Diese Regelung vermochte vor allem dort nicht zu befriedigen, wo Falschzahlungen auf Fehlern der Verwaltung beruhten. Die neue Fassung gibt dem Bundesrat die Möglichkeit, für solche und andere berechnigte Fälle auf das Erfordernis der grossen Härte zu verzichten. Ein Erlass ist indessen nach wie vor nur bei Gutgläubigkeit möglich. (Botschaft 336)

Art. 101 AHVG (neu)

Baubeiträge

¹ Die Versicherung kann Beiträge an die Errichtung, den Ausbau und die Erneuerung von Heimen und andern Einrichtungen für Betagte gewähren.

² Der Bundesrat bestimmt, für welche Heime und Einrichtungen gemäss Absatz 1 sowie unter welchen Voraussetzungen Beiträge gewährt werden. Er setzt die Höhe der Beiträge fest.

³ Soweit auf Grund anderer Bundesgesetze Beiträge im Sinne von Absatz 1 gewährt werden, entfällt ein Anspruch auf Beiträge der Versicherung.

Es handelt sich um die erste «Kollektivleistung» der AHV zugunsten der Betagten. Die vorgeschlagene Lösung entspricht jener für die Bau- und Einrichtungsbeiträge in der IV und stützt sich auf den neuen Artikel 34^{quater} Absatz 7 der Bundesverfassung.

Beabsichtigt sind Baubeiträge in der Höhe von einem Drittel bis höchstens der Hälfte der anrechenbaren Kosten, wobei Bedürfnis und

Eignung der Projekte jeweils genau abzuklären sein werden. Um die Verwirklichung baureifer Projekte nicht zu verzögern, sieht der Bundesrat eine Übergangsregelung mit Beiträgen an Bauten, die bereits vor dem 1. Januar 1975 begonnen wurden, vor. (Botschaft 52)

Art. 103 Abs. 1 AHVG

¹ Die aus öffentlichen Mitteln an die Alters- und Hinterlassenenversicherung zu leistenden Beiträge belaufen sich auf mindestens ein Fünftel und vom Jahre 1978 an auf mindestens ein Viertel der jährlichen Ausgaben. Der Bundesrat setzt diese Beiträge jahresweise gestaffelt jeweils für eine dreijährige Periode im voraus fest. Die Beiträge können mit jeder Anpassung der Renten, gemäss den Artikeln 33^{quater} Absatz 1 oder 43^{ter}, neu festgesetzt werden.

In diesem Artikel wurde lediglich der Hinweis auf die Artikel, welche die Rentenanpassung ordnen, geändert. Eine materielle Änderung ist damit nicht verbunden.

Art. 104 AHVG

Beiträge des Bundes

Der Bund leistet seine Beiträge vorab aus den Mitteln, die ihm aus der Belastung des Tabaks und der gebrannten Wasser zufließen. Er entnimmt sie der Rückstellung gemäss Artikel 111.

Die vorgeschlagene Fassung entspricht dem neuen Text von Artikel 34^{quater} Absatz 2 Buchstabe b der Bundesverfassung, wonach der Bund seine Beiträge «vorab» aus den dort genannten Quellen zu decken hat. (Botschaft 544)

Die Rückstellung des Bundes

Art. 111 AHVG

Die Erträge aus der Tabakbelastung und der Belastung der gebrannten Wasser sind laufend der Rückstellung des Bundes für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung gutzuschreiben. Die Rückstellung wird nicht verzinst.

Bisher war von einem «Spezialfonds des Bundes» die Rede. Es handelt sich aber nicht um einen Fonds in der eigentlichen Bedeutung dieses

Wortes, sondern um eine rechnungsmässige Rückstellung. Da die Bezeichnung der Rücklage mit Rücksicht auf die neue Verfassungsgrundlage (Einbezug der IV in die Erträge von Tabak und Alkohol) ohnehin geändert werden muss, schlägt der Bundesrat eine entsprechende Klarstellung vor. Der Verzicht auf eine Verzinsung war schon bisher gesetzlich festgelegt. (Botschaft 544)

II. Änderung des ELG

Art. 2 Abs. 1 ELG

¹ In der Schweiz wohnhaften Schweizer Bürgern, denen eine Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung, eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung zusteht, ist ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen einzuräumen, soweit das anrechenbare Jahreseinkommen einen im nachstehenden Rahmen festzusetzenden Grenzbetrag nicht erreicht:

- für Alleinstehende und minderjährige Bezüger einer Invalidenrente mindestens 6 600 und höchstens 7 800 Franken,
- für Ehepaare mindestens 9 900 und höchstens 11 700 Franken,
- für Waisen mindestens 3 300 und höchstens 3 900 Franken.

Es zeigt sich bereits heute, dass die von der Bundesversammlung im Jahre 1972 für 1975 festgelegten maximalen Einkommensgrenzen ungenügend sein werden, da sie nur rund 9 Prozent über denjenigen des Jahres 1973 liegen und der heutigen Teuerungsrate für zwei Jahre zu wenig Rechnung tragen. Der Bundesrat schlägt daher vor, die Erhöhung auf 18 Prozent zu verdoppeln, so dass sich folgende Zahlen ergeben:

Einkommensgrenzen	Gültig für	Ursprünglich	Neu beantragt
	1973 und 1974	vorgesehen	ab 1975
	Fr.	Fr.	Fr.
Alleinstehende	5 400—6 600	6 600— 7 200	6 600— 7 800
Ehepaare	8 100—9 900	9 900—10 800	9 900—11 700
Waisen	2 700—3 300	3 300— 3 600	3 300— 3 900

(Botschaft 51)

Art. 3^{bis} ELG (neu)

Anpassung an die Preisentwicklung

Der Bundesrat ist befugt, die in den Artikeln 2 Absatz 1, 3 Absatz 1 Buchstabe b, 3 Absatz 2, 3 Absatz 4 Buchstaben d und e sowie 4 Absatz 1 Buchstaben a und b vorgesehenen Beträge gleichzeitig mit der Neufestsetzung der Renten gemäss Artikel 33^{quater} Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung der Preisentwicklung anzupassen.

Nach dem vorliegenden Entwurf soll auch die Anpassung der festen Beträge auf dem Gebiet der Ergänzungsleistungen in die Befugnis des Bundesrates gelegt werden. Dieser wird eine Anpassung immer dann prüfen müssen, wenn er eine Änderung der ordentlichen Renten beschliesst, wobei aber die Anpassung bei den Ergänzungsleistungen nur der Preisentwicklung folgen darf. Die Anpassung würde sich erstrecken auf:

- die Mindest- und Höchstbeträge der Einkommensgrenzen,*
- die Vermögensfreigrenzen (Notpfennig)*
- das privilegierte Erwerbs- und Renteneinkommen,*
- den Abzug für Versicherungsprämien,*
- den Selbstbehalt beim Abzug für Krankheits- und Hilfsmittelkosten,*
- den Mietzinsabzug.*

(Botschaft 51)

Art. 4 Abs. 1 Bst. b ELG

¹ Die Kantone können . . .

- b. vom Einkommen einen Abzug von höchstens 1 800 Franken bei Alleinstehenden und 3 000 Franken bei Ehepaaren und Personen mit rentenberechtigten oder an der Rente beteiligten Kindern für den bei Alleinstehenden 780 Franken und bei den anderen Bezügerkategorien 1 200 Franken übersteigenden jährlichen Mietzins zulassen.

Mit der Erhöhung des Mietzinsabzuges (bisher höchstens 1 500 bzw. 2 100 Franken) soll der anhaltenden Teuerung bei den Wohnungsmieten Rechnung getragen werden. (Botschaft 51)

Art. 9 Abs. 1 ELG

¹ Die Beiträge des Bundes an die Aufwendungen der Kantone für Ergänzungsleistungen werden der Rückstellung gemäss Artikel 111 des

Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung entnommen.

Bisher durfte der Bund die ihm aus der Belastung des Tabaks und der gebrannten Wasser zufließenden Mittel nur für die AHV und die Ergänzungsleistungen zur AHV verwenden. Seine Beiträge an die IV und an die Ergänzungsleistungen dazu musste er aus allgemeinen Bundesmitteln decken. Inskünftig können alle diese Beiträge der in Artikel 111 AHVG genannten Rückstellung belastet werden, die indessen binnen kurzem aufgebraucht sein wird. (Botschaft 544)

Art. 10 Abs. 1 Bst. a ELG

¹ Jährlich werden ausgerichtet:

- a. ein Beitrag bis zu 11,5 Millionen Franken an die Schweizerische Stiftung Pro Senectute;

Im Hinblick auf die wachsenden Aufgaben dieser Stiftung schlägt der Bundesrat vor, die bisherige Beitragslimite von 10 Mio Franken um 1,5 Mio zu erhöhen. (Botschaft 531)

Art. 10 Abs. 2 ELG

² Die Beiträge an die Stiftungen Pro Senectute und Pro Juventute werden aus Mitteln der Alters- und Hinterlassenenversicherung, jene an die Vereinigung Pro Infirmis aus Mitteln der Invalidenversicherung geleistet.

Die Beiträge an Pro Senectute und Pro Juventute wurden bisher dem unter Artikel 111 AHVG erwähnten Spezialfonds entnommen, während der Beitrag an Pro Infirmis aus allgemeinen Bundesmitteln gedeckt werden musste. Gestützt auf den neuen Artikel 34^{quater} Absatz 7 der Bundesverfassung können diese Beiträge inskünftig durch Mittel der AHV und der IV finanziert werden. (Botschaft 546)

Art. 11 Abs. 1 Bst. b ELG

¹ Die Beiträge sind zu verwenden . . .

- b. für die Gewährung von einmaligen oder periodischen Leistungen an bedürftige, in der Schweiz wohnhafte Ausländer, Flüchtlinge und Staatenlose, die sich seit mindestens fünf Jahren daselbst aufhalten und bei denen der Versicherungsfall im Sinne der Bundesgesetze über

die Alters- und Hinterlassenenversicherung oder die Invalidenversicherung eingetreten ist;

Durch die achte AHV-Revision wurden die Staatenlosen hinsichtlich ihres Anspruches auf Ergänzungsleistungen den Flüchtlingen gleichgestellt und können somit nach bloss fünfjährigem Aufenthalt eine solche Leistung erhalten. Eine Anpassung der Frist für Fürsorgeleistungen durch Vermittlung der gemeinnützigen Institutionen drängt sich daher auf. (Botschaft 532)

III. Änderung des Alkoholgesetzes

Art. 45 Abs. 1

¹ Der Anteil des Bundes an den Reineinnahmen ist für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung zu verwenden.

Die heutige Fassung dieser Bestimmung stammt noch aus der Zeit vor der Einführung der AHV und entspricht weder den heutigen tatsächlichen noch den verfassungsrechtlichen Gegebenheiten. Eine Anpassung drängt sich auf. (Botschaft 545)

IV. Zulage zu den Ergänzungsleistungen im Jahre 1974

¹ Kantone, die in einem vom Bundesrat zu bestimmenden Monat eine Zulage zur Ergänzungsleistung ausrichten, erhalten für ihre Mehraufwendungen, höchstens aber für den Betrag von 300 Franken bei Alleinstehenden und von 450 Franken bei Ehepaaren und Personen mit rentenberechtigten oder an der Rente beteiligten Kindern sowie zusammenlebenden Waisen, Beiträge gemäss Artikel 9 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

² Kann ein Kanton seine Gesetzgebung über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung nicht rechtzeitig anpassen, so ist die Kantonsregierung befugt, die Ausrichtung einer zusätzlichen Ergänzungsleistung im Sinne von Absatz 1 zu beschliessen und deren Ausmass festzusetzen.

Absatz 1: Im Gegensatz zu der im Jahre 1972 getroffenen Regelung schlägt der Bundesrat nicht die Ausrichtung einer doppelten Monats-

rente für 1974 an alle Rentner vor, sondern beschränkt die Zusatzleistung auf die Bezüger von Ergänzungsleistungen. Die Beträge von 300 Franken für Alleinstehende und 450 Franken für Ehepaare und Familien sind Höchstgrenzen, die von den Kantonen nicht ausgeschöpft werden müssen. In diesem Rahmen können die Kantone jede mögliche Lösung beschliessen. Der Auszahlungsmonat ist vom Bundesrat festzulegen.

Absatz 2: Diese bundesrechtliche Ermächtigung ist notwendig, weil mehrere Kantone sonst nicht in der Lage wären, die Zulage rechtzeitig zu beschliessen und auszurichten.

(Botschaft 4)

V. Übergangsbestimmungen

1. Alters- und Hinterlassenenversicherung

a. Neuberechnung der laufenden Renten auf 1. Januar 1975

¹ Die laufenden ordentlichen Renten werden in Voll- und Teilrenten nach neuem Recht umgewandelt. Dabei wird das bisher massgebende durchschnittliche Jahreseinkommen dem Richtindex 500 angepasst.

² Die umgerechneten Renten dürfen in keinem Falle niedriger sein als die bisherigen. Vorbehalten bleiben Kürzungen wegen Überversicherung.

Siehe Bemerkungen zu den Artikeln 33^{ter}, 33^{quater} und 34 AHVG.

b. Ergänzende Vorschriften über die Neufestsetzung der Renten

Der Bundesrat kann für die Neufestsetzung der laufenden Renten ergänzende Vorschriften erlassen und ein vereinfachtes Verfahren vorsehen.

Siehe Bemerkung zu Artikel 33^{quater} Absatz 2.

c. Aufhebung bisherigen Rechts

Die Abschnitte VI/1 und VIII/1/c des Bundesgesetzes vom 30. Juni 1972 betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und damit im Zusammenhang stehender Gesetze (8. AHV-Revision) werden aufgehoben.

Auf 1. Januar 1975 werden sämtliche Altrenten nach den für die Neurenten geltenden Regeln neu berechnet. Dadurch fällt die im Gesetz

von 1972 über die achte AHV-Revision beschlossene Erhöhung der laufenden Renten um 20 Prozent dahin und wird ersetzt durch eine Neuberechnung aufgrund des Richtindexes von 500 Punkten, was eine Erhöhung (je nach Tabellenstufe) um rund 25 Prozent bewirkt (s. Erläuterungen zu Art. 34 AHVG).

2. Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung

Abschnitt II des Bundesgesetzes vom 9. Oktober 1970 betreffend Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sowie Abschnitt VI/2 des Bundesgesetzes vom 30. Juni 1972 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und damit im Zusammenhang stehender Gesetze (8. AHV-Revision) werden aufgehoben.

Die Aufhebung betrifft die Übergangsbestimmungen zu dem auf 1. Januar 1971 in Kraft getretenen Änderungsgesetz zum ELG sowie die bei Artikel 2 Absatz 1 erläuterten Einkommensgrenzen.

VI. Schlussbestimmungen

¹ Der Bundesrat ist mit dem Vollzug beauftragt.

² Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

³ Die Abschnitte I—III und V treten am 1. Januar 1975 in Kraft. Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten des Abschnittes IV.

Der Bundesrat erklärt, dass er die im Abschnitt IV vorgesehene Auszahlung einer Zulage zu den Ergänzungsleistungen schon vor Ablauf der Referendumsfrist anordnen werde, sobald sich zeige, dass nicht mit einem Referendum zu rechnen sei (Botschaft 43). 1972 konnte die zusätzliche Leistung (damals die doppelte Rente) im September ausgerichtet werden.

Die Aufbereitung des zentralen Versichertenregisters für die automatisierte Führung

Zum Aufgabenbereich der Zentralen Ausgleichsstelle (s. auch ZAK 1973, S. 149 ff.) gehört die Führung des zentralen Versichertenregisters. Dieses ist in erster Linie dazu bestimmt, beim Eintritt eines Versicherungsfalles den Zusammenruf der individuellen Konten sicherzustellen.

Das seit dem Jahre 1948 geführte Register bestand vorerst aus Lochkarten. Für jedes eröffnete IBK (individuelles Beitragskonto) wurden erstellt

- eine gelbe A-Karte aufgrund der erstmaligen Meldung, enthaltend u. a. die Personalien des Versicherten (Familiennamen, Vornamen, Geburtsdatum, usw.),
- eine graue B-Karte anlässlich eines Kassenwechsels.

In der Mehrzahl der Fälle waren somit je Versicherten mehrere, zum Teil sogar weit über zehn Karten vorhanden. Ende 1954 umfasste das Register bereits annähernd 6,5 Millionen Lochkarten. Um eine übermässige Zunahme zu beschränken, drängte sich ein anderes Vorgehen auf. Dieses bestand in der Einführung einer sogenannten Versichertenkarte, auf der nicht nur *eine* der IBK-führenden Kassen, sondern gleich deren fünf aufgeführt werden konnten.

Anschliessend wurde damit begonnen, sämtliche auf den A- und B-Karten enthaltenen Informationen von Versicherten, für die bei mehr als einer Kasse ein IBK bestand, auf die neugeschaffene Versichertenkarte zu übertragen. Dabei wurden die schon vorher nicht gelochten Hinweise und Bemerkungen auf den neuen Karten wiederum nur handschriftlich vermerkt. Diese Aktion musste im Jahre 1960 abgebrochen werden, um das hiermit betraute Personal für Arbeiten im Zusammenhang mit der neu eingeführten Invalidenversicherung einsetzen zu können. Innerhalb von fünf Jahren konnten immerhin die Karten der Jahrgänge 1927 bis 1939 verdichtet werden, woraus sich eine spürbare Reduktion des Registerumfanges ergab.

Neben den erwähnten Lochkarten wies das Register noch solche in blauer, grüner und gelber Farbe auf, je nachdem, ob es sich um Versicherte handelte, für welche bereits ein Zusammenruf der IK stattgefunden hatte, um Personen, denen die AHV-Nummer von militärischen Dienststellen zugeteilt wurde, oder um solche, die von der Beitragspflicht befreit waren.

Die Bereinigung des früheren Lochkartenregisters

Die Masse der zu verarbeitenden Daten, die Schwierigkeit, Personal zu finden, sowie die Entwicklung neuer technischer Möglichkeiten für die Datenspeicherung veranlassten die Zentrale Ausgleichsstelle schon zu Beginn des Jahres 1960, eine Automatisierung des zentralen Registers in Erwägung zu ziehen. Die Übernahme des Registers auf einen magnetisierbaren Datenträger war indessen ein äusserst heikles Unterfangen, das eine vorgängige Bereinigung der bestehenden Lochkarten unerlässlich machte. Es ging vor allem darum, die verschiedenen, durch ihre Farbe gekennzeichneten Lochkarten und die teils von Hand, teils mit Stempelaufdruck angebrachten wichtigen Informationen so aufzubereiten, dass sie maschinell verarbeitet werden konnten.

Diese Bereinigung, deren Beginn auf Ende 1965 vorgesehen war, konnte infolge verfahrensmässiger Schwierigkeiten erst anfangs 1967 in die Wege geleitet werden. Sie musste zudem so organisiert sein, dass die Bearbeitung der laufenden Geschäfte, die keinen Rückstand zulies, parallel erfolgen konnte.

Das Register umfasste zu jenem Zeitpunkt ungefähr 7,5 Millionen Karten. Jede einzelne davon musste von Hand bearbeitet und kontrolliert werden, wobei sowohl die aus früheren Jahren stammenden handschriftlichen Aufzeichnungen als auch die eingelochten Daten zu berücksichtigen waren. Fehlende Angaben konnten oft erst nach schriftlicher oder telefonischer Rückfrage bei einer oder mehreren Ausgleichskassen, bei Zivilstandsämtern oder bei Einwohnerkontrollen ergänzt werden. Ferner war es in vielen Fällen erforderlich, aufgrund der Verweiser Nummer die den gleichen Versicherten betreffenden, jedoch entweder unter einem andern Namen — bei Verheiratung, Scheidung oder fehlerhafter Meldung — oder mit einem abweichenden Geburtsdatum vorhandenen Karten durch Anbringung zusätzlicher Codes miteinander zu verketten. Im weiteren mussten sämtliche AHV-Nummern mit Ordnungsnummern kontrolliert und oftmals — unter Meldung an die Ausgleichskassen — korrigiert werden, um zu verhindern, dass verschiedene Versicherte die gleiche AHV-Nummer besitzen.

Damit die Ergebnisse dieses Bereinigungsverfahrens maschinell verarbeitet werden konnten, waren auch die vorgenommenen Korrekturen sowie die von früher her stammenden handschriftlichen Eintragungen auf neue Karten einzulochen.

Die Bereinigung der Lochkarten erfolgte nach Jahrgängen in absteigender Reihenfolge (1950, 1949, 1948 . . .). Ursprünglich war damit gerechnet worden, im Laufe des Jahres 1967, unter Einsatz von vier

bis fünf ganztags beschäftigten Arbeitskräften, rund 2 Millionen Karten bearbeiten zu können, ohne hiebei das eigentliche Ablochen mitzuzählen. Im Januar 1968 zeigte sich jedoch, dass lediglich 1 534 000 Karten bereinigt worden waren. Um das anfangs gesetzte Ziel erreichen zu können, war ein vermehrter Einsatz sowie die Anstellung von drei zusätzlichen Personen unerlässlich. Dennoch war Ende 1968 der Rückstand — trotz den ergriffenen Massnahmen — nicht aufgeholt. Es wurde offensichtlich, dass die Bereinigung unter Beibehaltung des bisherigen Rhythmus kaum vor Ende 1972 abgeschlossen sein würde, waren doch erst 40 Prozent bzw. 3 Millionen der Registerkarten neu erstellt. Der damit verbundene Aufwand erreichte bereits mehr als 100 000 Arbeitsstunden, von denen ungefähr 5 000 allein mit dem System UNIVAC UCT und seinen peripheren Geräten erbracht worden waren. Weitere Massnahmen mussten zur Beschleunigung der Arbeiten ergriffen werden, sollte die Aufbereitung der Daten im April 1972 beendet sein.

Die Übernahme der Daten auf Magnetspeicher

Mit der Bereinigung des zentralen Versichertenregisters war jedoch erst ein Teil der Aufgabe gelöst. Weitere wichtige Vorkehren mussten in die Wege geleitet werden:

- Die Übernahme der auf Lochkarten gespeicherten Daten auf einen magnetisierbaren Datenträger. Da ein solches Verfahren Monate, wenn nicht Jahre beansprucht, waren gleichzeitig zwei verschiedene Register — nämlich eines mit den noch nicht übernommenen Lochkarten und eines mit den bereits im System gespeicherten Daten — zu führen.
- Die laufende Bearbeitung zweier Register, ohne von den Ausgleichskassen und anderen Benützern des zentralen Registers die Anwendung verschiedener Meldeverfahren zu verlangen.

Gleichzeitig stellte sich die Frage der Anschaffung eines neuen Datenverarbeitungssystems, wobei der Entscheid über dessen Konfiguration vorerst noch offen blieb. Entweder war für das neue Register das sichere, jedoch relativ langsame Magnetband mit sequentiellm Zugriff und praktisch unbeschränkter Kapazität zu wählen, oder dann als Massenspeicher der «data cell drive» (Speicher mit magnetisierten Folien). Dieser bietet zwar einen raschen, direkten Zugriff, verfügt jedoch über eine beschränkte Kapazität zu einem relativ hohen Preis und war in der Schweiz noch weitgehend unbekannt. In der Folge wurde dem Zellenspeicher der

Vorzug gegeben, da ein ausschliesslich auf Magnetband basierendes Verfahren voraussichtlich nie funktioniert oder dann Verarbeitungszeiten bedingt hätte, die untragbar gewesen wären. Allerdings mussten — nicht zuletzt aus Kostengründen — annähernd 600 Millionen Zeichen (Buchstaben, Zahlen, usw.) auf einen Datenspeicher gebracht werden, der grundsätzlich nur für 400 Millionen bestimmt war. Es ergab sich somit nebst dem Problem der Datenaufnahme und der Organisation des neuen Registers noch zusätzlich ein solches rein technischer Art. Ausserdem war die hierfür zur Verfügung stehende Zeit äusserst knapp bemessen. Die Lösung bestand darin, dass alle Daten umgewandelt und im algorithmischen Verfahren gewissermassen verdichtet wurden. Die Buchstaben mussten codifiziert und die Zahlen in binärer oder anderer Form verarbeitet werden.

Besondere Probleme

Es waren indessen noch weitere Schwierigkeiten zu überwinden, von denen die nachstehenden vor allem die Spezialisten interessieren dürften.

Besitzt ein Versicherter als Folge einer Namensänderung (Verheiratung, Scheidung), oder aufgrund einer Abweichung in der Namensschreibung oder des Geburtsdatums mehrere AHV-Nummern, so ist die Verkettung der verschiedenen, dieser Person zugeteilten Nummern sicherzustellen. Das Register erfüllt seine Aufgabe nur dann, wenn ein solcher Versicherter jederzeit und mit einem einzigen Zugriff aufgefunden werden kann, welches auch die Nummer sein mag, unter welcher die Anfrage oder die Mutationsmeldung erfolgt. Es ist zudem unerlässlich, dass bei Zuordnung neuer Nummern aufgrund geänderter Personalien die Verkettung ergänzt bzw. erweitert werden kann. Die gewählte Methode muss ausserdem Gewähr dafür bieten, dass sie auch in extremen Fällen, beispielsweise bei Versicherten, die über ein Dutzend verschiedener AHV-Nummern besitzen, zu genügen vermag (es wurden tatsächlich Personen festgestellt mit bis zu 15 Nummern).

Einiges Kopfzerbrechen bereitete bei der automatischen Zuteilung der AHV-Nummern (einschliesslich der Ordnungsnummern) die Unterscheidung von Personen, die bei gleichem Geburtsdatum beispielsweise bis auf einen einzigen Buchstaben die gleichen Namensangaben aufweisen (ROBERT-TISSOT, Jules Henri und ROBERT-TISSOT, Jules Henry). Erschwerend kann sich in solchen Fällen zudem noch auswirken, dass für eine allfällige Anfrage sowie die entsprechende Antwort entweder eine bisherige 8-, 9- oder 10stellige oder eine neue 11stellige

Nummer verwendet wird. Nicht unerwähnt bleiben darf in diesem Zusammenhang, dass die Besonderheiten des Namensschlüssels, vor allem hinsichtlich der Umlaute, früher oft unbeachtet blieben. Schliesslich waren noch zahlreiche Kontrollvorkehren zur Verhütung von widersprüchlichen Mutationen und zur Gewährleistung einer grösstmöglichen Sicherheit unerlässlich.

Um die für die beiden Verfahren — Übernahme sowie laufende Bearbeitung des Registers — notwendigen Programme in der zur Verfügung stehenden Zeit und mit einer für eine solche Aufgabe eher zu knapp bemessenen Zahl von Fachkräften erstellen zu können, war ein genauer, auf fünf Jahre ausgerichteter Arbeitsplan notwendig. Dieser musste zudem so angelegt sein, dass auch alle andern Aufgaben, wie beispielsweise die Ausarbeitung neuer Formulare, die Ausbildung von Locherinnen und von Kontrollpersonal, die Installation der neuen Datenverarbeitungsanlage mit all ihren Nebenproblemen, berücksichtigt waren und er sich jederzeit entsprechend den Gegebenheiten anpassen liess. Der Plan wurde nach der PERT-Methode (Program Evaluation and Review Technic) erstellt.

Die Übernahme der Daten erfolgte jahrgangweise in absteigender Reihenfolge, beginnend mit dem Jahrgang 1952. Eine einmalige Verarbeitung des gesamten Registers war nicht möglich, weil allein das Einlesen der Lochkarten — ohne irgendwelche Plausibilitätskontrollen — mehr als 300 Computerstunden benötigte. Andererseits wiesen die Karten der jüngeren Jahrgänge weniger Fehler auf, so dass die bei ihrer Verarbeitung gemachten Erfahrungen für die später erfassten älteren Jahrgänge, deren Karten noch aus der Anfangszeit der AHV stammten und teilweise nicht ganz einwandfrei waren, ausgewertet werden konnten. In Betracht zu ziehen war ferner, dass das Register bis zur Übernahme nicht abschliessend bereinigt werden konnte und die zwei Verfahren sich somit während rund zehn Monaten parallel abwickeln mussten. Dieses Vorgehen hatte die Blockierung der sich jeweils in Bearbeitung befindenden Jahrgänge zur Folge, da die Daten auf verschiedene Arbeitsregister aufgeteilt waren.

Mit der Übernahme wurde am 1. November 1970 begonnen; sie dauerte bis Mitte Juni 1972. Dabei ist zu beachten, dass für die Speicherung eines Jahrganges mehr als 40 verschiedene Programme anzurufen waren, einige davon sogar mehrmals, wenn die Kontroll-Listen Fehler aufzeigten. Im Mittel konnten etwas mehr als zwei Jahrgänge je Monat erfasst werden, wobei die vollständige Verarbeitung eines Jahrganges anfänglich nicht weniger als drei Monate erforderte, sich aber gegen

den Schluss hin auf drei bis vier Wochen reduzierte. Die gesamte Übernahme des Registers nahm rund 4 000 Computerstunden oder im Mittel 10 Stunden je Arbeitstag in Anspruch.

Besondere Probleme stellte die Auswahl und die Ausbildung des im Kontrollbüro beschäftigten Personals. Dieses musste aus bestehenden Arbeitsgruppen, die schon seit Jahren das zentrale Register betreuten, herangezogen werden, ohne dass ein entsprechender Ersatz möglich war. Daraus erklären sich die während dieser Periode aufgetretenen Rückstände bei der Verarbeitung der Mutationen.

Für die Programmierung des Mutationsverfahrens während der Übergangsphase war bereits die durch die Einführung der neuen AHV-Nummer auf den 1. Juli 1972 bedingte Organisation wegweisend. Solchermaßen war es möglich, nicht nur die zur Verfügung stehenden Spezialisten einzusetzen, sondern auch Zeit einzusparen, indem die Programme mit minimalen Anpassungen für die definitive Organisation übernommen werden konnten.

Im übrigen sei noch erwähnt, dass u. a. für den Zusammenruf der individuellen Konten besondere Lösungen erarbeitet werden mussten, wobei mehr die Erfindungsgabe und der Ideenreichtum des einzelnen Mitarbeiters als die fortgeschrittene Technik der modernen Datenverarbeitung zur Geltung kamen.

*

In Würdigung der dargelegten Probleme ist es verständlich, wenn vom gesamten Personal in der Zeit vom Januar 1971 bis September 1972 ein erhöhter Einsatz verlangt werden musste, der durch eine besonders strenge Arbeitsdisziplin sowie durch zahlreiche Überstunden gekennzeichnet war. Die Zentrale Ausgleichsstelle hat die ihr gestellte Aufgabe erfüllt. Sie ist in ihren Bemühungen von den Ausgleichskassen durch loyales Verhalten und viel Geduld unterstützt worden, was volle Anerkennung verdient.

Forschung im Dienste der Betagten

Gedanken zum Forschungsbericht des Wissenschaftsrates ¹

Forschung in der Schweiz

Im Jahre 1973 sind auf dem Gebiet der schweizerischen Forschungspolitik zwei Ereignisse festzuhalten. In der Volksabstimmung vom 4. März 1973 ist der neue Verfassungsartikel 27^{sexies} über die Förderung der wissenschaftlichen Forschung angenommen worden. Er hat folgenden Wortlaut:

- ¹ Der Bund fördert die wissenschaftliche Forschung. Seine Leistungen können insbesondere an die Bedingungen geknüpft werden, dass die Koordination sichergestellt ist.
- ² Er ist befugt, Forschungsstätten zu errichten und bestehende ganz oder teilweise zu übernehmen.

Ende November des gleichen Jahres veröffentlichte der Schweizerische Wissenschaftsrat einen bedeutenden und umfangreichen Forschungsbericht. Er nimmt darin erstmals zur Gesamtheit der staatlich unterstützten Forschungstätigkeit in der Schweiz Stellung. Dabei sind besonders allfällige Lücken und Mängel berücksichtigt worden. Der Bericht soll die Entscheidung erleichtern, ob eine gesamtschweizerische koordinierte Forschungspolitik anzustreben oder abzulehnen ist. Er enthält weiter eine ganze Reihe von Empfehlungen zu den einzelnen Forschungsbereichen.

Beitrag der Forschung zur Gestaltung der Alterspolitik

Da der Bund in den nächsten Jahren weitere Massnahmen zugunsten Betagter fördern will, fragt es sich, welchen Beitrag die Forschung zur Lösung verschiedener Probleme leisten kann. Im folgenden soll zuerst gezeigt werden, dass die Forschung für die Lösung von Problemen wünschbar und notwendig ist.

Seit einigen Jahren sind in verschiedenen Städten unseres Landes Mahlzeitendienste eingeführt worden. Mit Hilfe dieser Dienste werden Betagten und Behinderten, die nicht mehr in der Lage sind, eine warme Mahlzeit zu kochen, und doch in ihrer eigenen Wohnung leben, fertige Mahlzeiten abzugeben (sie müssen höchstens kurz aufgewärmt werden).

¹ Schweizerischer Wissenschaftsrat, Forschungsbericht (Band 1 und 2), Bern 1973. Erhältlich beim Sekretariat des Wissenschaftsrates, Postfach 3000 Bern 21.

Dadurch kann ein Heimaufenthalt aufgeschoben werden. Gleichzeitig wird durch die abwechslungsreiche Kost erreicht, dass der einzelne sich einigermassen vernünftig ernährt und nicht lediglich «Kaffeebrocken» zu sich nimmt.

Es gibt nun verschiedene Verfahren, um diese Fertigmahlzeiten herzustellen und zu verteilen. An gewissen Orten werden warme Mahlzeiten zugestellt, die sofort gegessen werden; an anderen Orten findet sich das sogenannte Nacka-System, bei dem der Bezüger die Mahlzeit noch aufwärmen muss. Alle Verfahren haben ihre Vor- und Nachteile. Dass für die Gesundheitspolizei bzw. die Lebensmittelkontrolle nicht alles klar ist, zeigt die Tatsache, dass in einem Kanton ein bestimmtes Verfahren nicht zugelassen wurde. In der Begründung hiess es, dass dieses Verfahren gewisse Gefahren mit sich bringe. Welches ist nun das optimale Verfahren? Wie soll der Mahlzeitendienst organisiert sein? Welche Anforderungen sind aus hygienischen Gründen zu erfüllen? Welches Verfahren soll subventioniert werden? Die zuständigen Ämter sind nicht in der Lage, alle diese Fragen zufriedenstellend zu beantworten. Es wäre Aufgabe eines Forschungsinstitutes, nach wissenschaftlich einwandfreien Methoden zu ermitteln, welches Verfahren zu wählen ist.

Wir haben an diesem einen Beispiel zu zeigen versucht, dass die Forschung einen wesentlichen Beitrag zur Lösung eines Altersproblems leisten könnte. Es wäre durchaus möglich, eine ganze Reihe weiterer Beispiele aufzuführen.

Unter anderem können in den folgenden vom Forschungsbericht als wichtig und dringlich bezeichneten Forschungsbereichen Beiträge erwartet werden, die für die Gestaltung der Alterspolitik von Bedeutung sind:

Gesundheitswesen

Die Präventivmedizin gewinnt immer mehr an Bedeutung. Die wissenschaftlichen Arbeiten in diesem Bereich wurden bisher nicht ausreichend gefördert. Der Bericht empfiehlt die Schaffung besserer Weiterbildungsmöglichkeiten für Forscher, Dozenten und Verantwortliche, die im Bereich der Präventivmedizin tätig sind.

Da der Gesundheitszustand für den einzelnen Betagten von grosser Bedeutung ist, wie dies zahlreiche empirische Studien nachweisen, wird der Ausbau der Präventivmedizin in qualitativer und quantitativer Hinsicht einen wesentlichen Beitrag leisten, um die Krankheitsanfälligkeit im Alter zu reduzieren. Es wäre wünschbar, wenn in der Präventivmedizin die Prophylaxe im Hinblick auf die Vermeidung von Alterskrankheiten vermehrt gefördert würde.

Sicherheit und Unfallverhütung

Bisher ist der Bereich der Sicherheit und der Unfallverhütung wissenschaftlich zu wenig beachtet worden. Er müsste interdisziplinär erarbeitet werden unter Beteiligung der technischen Wissenschaften, der Sozialwissenschaften und der Psychologie. Besondere Bedeutung hat die Unfallverhütung im Strassenverkehr, und dies vor allem in bezug auf die Betagten. Im Jahre 1972 sind in der Schweiz 495 Fussgänger tödlich verunfallt. Fast die Hälfte der Opfer (242) ist 65 und mehr Jahre alt. Es müssten darum Studien angestellt werden, um diese Unfälle zu analysieren und anschliessend zu ermitteln, mit welchen Massnahmen die Zahl der Opfer vermindert werden könnte.

Die Automation bei den öffentlichen Verkehrsmitteln nimmt immer mehr zu. Man denke an die automatische Türschliessung bei Bus und Tram, die Billettautomaten und andere Neuerungen. Diese Einrichtungen stellen viele behinderte Menschen, zu denen ein Teil der Betagten gehört, vor grosse Probleme.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, es sei unverzüglich eine interdisziplinäre Studiengruppe zur Bearbeitung solcher Probleme einzusetzen. Diese hätte, unter Berücksichtigung der vielfältigen Ansprüche der Öffentlichkeit, festzulegen, welche Beiträge die Wissenschaft in der Schweiz zum Problem der Sicherheit und der Unfallverhütung leisten soll; darauf aufbauend hätte sie eine forschungspolitische Förderungsstrategie zu entwickeln. — Es ist zu hoffen, dass den für Behinderte und Betagte wichtigen Aspekten die entsprechende Beachtung geschenkt wird.

Sozialwesen

Der behinderte und betagte Mensch ist in verschiedener Hinsicht auf Dienstleistungen des Gemeinwesens angewiesen. Ein gut ausgebautes Sozialwesen spielt für ihn eine bedeutende Rolle. Es fragt sich, ob und wie die Forschung einen Beitrag für die Bildung eines optimalen Sozialwesens leisten kann.

Für den Aufbau des Sozialwesens und der Sozialarbeit sind Kenntnisse auf dem Gebiet der Sozialwissenschaften bedeutungsvoll. Die Schweiz besitzt im Vergleich zu andern Industriestaaten geringe Kenntnisse über die sozialen und sozialpsychologischen Zusammenhänge in unserer Gesellschaft.

Nach der Meinung des Wissenschaftsrates bestände eine Möglichkeit in der Gründung eines Instituts für die Sozialarbeitsforschung. Hauptaufgabe dieses Forschungszentrums wäre vorerst einmal eine Bestandesaufnahme im Bereich des recht zersplitterten Sozialwesens über die

Ziele, Funktionen und Wertvorstellungen der einzelnen Sozialinstitutionen und über deren Schichtung. Ebenso sollten die Möglichkeiten zur Koordination der kantonalen «Sozialpolitik» untersucht werden.

Damit ist ein Vorschlag gemacht worden, der für die Gestaltung der Alterspolitik recht positive Folgen haben kann. Die Aufgaben der Betreuung und Pflege, die angesichts des starken Zuwachses der 85 und mehr Jahre alten Personen in den nächsten Jahren auf unsere Gesellschaft zukommen werden, wachsen immer mehr; dabei sind die Mittel (Finanzen, Pflegebetten, Fachpersonal usw.) beschränkt. Darum ist von grosser Wichtigkeit, die vorhandenen Mittel koordiniert und gezielt einzusetzen. Es ist eine Vergeudung wertvoller Kräfte, wenn beispielsweise zwei Organisationen im gleichen Quartier den gleichen Dienst doppelt durchführen. Eine systematische Erfassung des Sozialwesens wird helfen, Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

Eine weitere Aufgabe des vorgeschlagenen Instituts für Sozialarbeitswissenschaften wird die Entwicklung von Evaluationsmethoden zur Kontrolle der Effektivität der in der Sozialen Arbeit getroffenen Massnahmen sein. Dies sollte u. a. erlauben, die Tätigkeit von Beratungsstellen zu beurteilen.

Als Daueraufgabe sollte diese Institution neben der eigentlichen Forschung als Informations- und Koordinationsstelle im Bereich der Sozialarbeitsforschung wirken. Dies wäre eine für die Verwaltung sicher willkommene Einrichtung.

Sozialversicherung

Der Bereich der Sozialversicherung hat für die Volkswirtschaft eine immer stärker werdende Bedeutung. Es geht darum, auch die Schichten, die nicht direkt im Erwerbsprozess stehen, wie Kranke, Invalide und Betagte, am Volkseinkommen teilhaben zu lassen. Die Volkswirtschaftslehre kann in diesem Zusammenhang wichtige Beiträge leisten durch die Erarbeitung neuer oder durch die Verbesserung der alten Verteilungssysteme. Weiter wird festgestellt, dass die kollektive Regelung eines gesellschaftlichen Sektors durch die Gesetzgebung neben dem formaljuristischen Instrumentarium eine möglichst genaue Kenntnis der sachlichen Kausalzusammenhänge im betreffenden Sektor voraussetzt. Bisher — und dies gilt insbesondere für die Sozialpolitik — konnte die Politik wegen des Rückstandes der Gesellschaftswissenschaften nur selten auf wissenschaftliche Grundlagen zurückgreifen, um ihre Massnahmen wissenschaftlich zu fundieren. In vielen Fällen musste die Gesetzgebung pragmatisch erfolgen, oder die wissenschaftlichen Grundlagen mussten in einer unverantwortlich kurzen Zeit erarbeitet werden.

Nach diesen Feststellungen empfiehlt der Wissenschaftsrat die Förderung der Forschung im Bereiche des Wohnungsmarktes und der Sozial- und Altersversicherungssysteme (Einleitung der hierzu notwendigen empirischen Studien zur Bedarfsermittlung) und die Forschung über die sozialen Konsequenzen einer länger andauernden Inflation.

Schlussfolgerungen

Mit Interesse werden alle, die an der Gestaltung der Alterspolitik beteiligt oder selbst in der sozialen Arbeit mit Betagten tätig sind, feststellen, dass der Wissenschaftsrat in seinem Forschungsbericht auf die Probleme der sozialen Wohlfahrt eingegangen ist. Es bleibt zu hoffen, dass die Empfehlungen verwirklicht werden und dass in der Folge alle an der Arbeit mit Betagten Beteiligten von den Forschungsergebnissen Nutzen für ihre Tätigkeit ziehen können.

Arten und Ansätze der Familienzulagen

Stand 1. Januar 1974

Im Laufe des letzten Jahres wurden die gesetzlichen Ansätze der Familienzulagen wie folgt erhöht:

Kinderzulagen

Appenzell A. Rh.	von 35 auf 45 Franken,
Freiburg	von 50 auf 58 Franken,
Genf	von 50/60 auf 60/75 Franken,
Graubünden	von 35 auf 50 Franken,
Neuenburg	von 50 auf 60 Franken,
Obwalden, Solothurn	von 40 auf 50 Franken.

Wie die nachstehende Übersicht zeigt, besteht nur noch in den Kantonen Glarus und Zug ein Mindestansatz von 35 Franken. In den meisten Kantonen bewegen sich die Mindestansätze zwischen 40 und 50 Franken:

- 35 Franken: GL, ZG (2);
- 40 Franken: AI, BE, NW, TG, UR, ZH (6);
- 45 Franken: AR, LU, SG, SZ (4);
- 50 Franken: AG, BL, BS, GR, OW, SH, SO, TI, VD (9);
- 58 Franken: FR;
- 60 Franken: NE, VS (2);
- 60/75 Franken: GE (abgestuft nach dem Alter der Kinder).

Die *Ausbildungszulage* setzt sich im Kanton Freiburg aus der Kinderzulage und einem Zuschlag für Kinder in Ausbildung zusammen. Dieser Zuschlag wurde von 35 auf 37 Franken erhöht, so dass die Ausbildungszulage nunmehr 95 Franken beträgt. In den übrigen Kantonen wurde der Ansatz der Ausbildungszulage unverändert beibehalten. Die *Geburtszulage* wurde im Kanton Freiburg von 150 auf 200 Franken erhöht.

Der *Arbeitgeberbeitrag* wurde einzig im Kanton Schaffhausen von 1,8 auf 2,0 Prozent der Lohnsumme erhöht.

Der Ansatz der Kinderzulage für *ausländische Arbeitnehmer* wurde im Kanton Genf von 40 auf 50 Franken angehoben.

Keine wesentlichen Änderungen haben die Bestimmungen über die *Altersgrenze* und über die *Kinderzulagen für Gewerbetreibende* erfahren.

1. Familienzulagen des Bundes

Beträge in Franken

Berechtigte	Kinderzulagen	Haushaltungszulagen
Landwirtschaftliche Arbeitnehmer:		
im Unterland	30	60
im Berggebiet	35	60
Kleinbauern:		
im Unterland	30	—
im Berggebiet	35	—

2. Familienzulagen der Kantone

a. Familienzulagen für Gewerbetreibende

Beträge in Franken

Kantone	Kinderzulagen im Monat	Einkommensgrenze	
		Grundbetrag	Kinderzuschlag
Appenzell I. Rh.	40	12 000 ¹	—
Luzern	45	12 000	1 000
Schwyz	45	26 000	1 000
Uri	40	22 000	1 200
Zug	35	11 000	800

¹ Bei einem Einkommen unter 12 000 Franken ist jedes Kind, bei einem Einkommen zwischen 12 000 Franken und 24 000 Franken sind das zweite und die folgenden Kinder und bei über 24 000 Franken Einkommen das dritte und die folgenden Kinder zulageberechtigt.

b. Familienzulagen für Arbeitnehmer

Kantone	Kinder- zulagen Ansatz je Kind und Monat in Franken ¹	Ausbildungs- zulagen in Franken ²	Geburts- zulagen in Franken	Arbeitgeber- beiträge der kantonalen FAK in Prozenten der Lohnsumme
Aargau	50	—	—	1,5
Appenzell A. Rh.	45	—	—	1,5
Appenzell I. Rh.	40	—	—	0,8—1,8
Basel-Landschaft	50	—	—	1,7
Basel-Stadt	50	—	—	1,0
Bern	40	—	—	1,3
Freiburg	58	95	200	3,0
Genf	60/75 ³	120	500	1,7
Glarus	35	—	—	— ⁴
Graubünden	50	—	—	1,7
Luzern	45	—	—	2,0
Neuenburg	60	80	—	2,0
Nidwalden	40	—	—	1,8
Obwalden	50	—	—	1,8
St. Gallen	45	—	—	1,8
Schaffhausen	50	—	—	2,0
Schwyz	45	—	—	2,0
Solothurn	50	—	—	1,4
Tessin	50	—	—	2,0
Thurgau	40	—	—	1,5
Uri	40	—	—	1,8
Waadt	50 ⁵	90	200	2,0
Wallis	60	90	—	— ⁴
Zug	35	—	—	1,5
Zürich	40	—	—	1,25

¹ Die allgemeine Altersgrenze beträgt in allen Kantonen 16 Jahre mit Ausnahme der Kantone Genf (15 Jahre) sowie Neuenburg und Tessin (18 Jahre). Die besondere Altersgrenze für nichterwerbstätige Kinder beträgt in der Regel 20 Jahre; es bestehen folgende Ausnahmen:

- 22 Jahre in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft,
- 25 Jahre für in Ausbildung begriffene Kinder in den Kantonen Aargau, Appenzell I. Rh., Nidwalden, Schaffhausen, Schwyz, Solothurn, Thurgau und Uri,
- 18 Jahre für erwerbsunfähige Kinder in den Kantonen Appenzell I. Rh., Nidwalden, Schaffhausen, Thurgau und Zug; für Kinder, die eine IV-Rente beziehen, in den Kantonen Graubünden, Schwyz, Uri und Waadt.

² Die Ausbildungszulage wird gewährt:

- in Freiburg und im Wallis vom 16. bis zum 25. Altersjahr,
- in Genf vom 15. bis zum 25. Altersjahr,
- in Neuenburg und Waadt von der Beendigung des obligatorischen Schulunterrichtes an bis zur Vollendung des 25. Altersjahres.

³ 60 Franken für Kinder bis 10 Jahre; 75 Franken für Kinder über 10 Jahre.

⁴ Keine kantonale Familienauegleichskasse.

⁵ Für erwerbsunfähige Kinder beträgt die Kinderzulage 90 Franken im Monat.

c. Kinderzulagen für ausländische Arbeitnehmer

Kantone	Ansatz je Kind und Monat in Franken	Zulageberechtigte Kinder im Ausland ¹	Altersgrenze	
			ordent- liche	für nicht- erwerbs- tätige Kinder
Aargau	50	eheliche und Adoptivkinder	16	16
Appenzell A. Rh.	45	eheliche und Adoptivkinder	16	16
Appenzell I. Rh.	40	alle	16	18/25 ²
Basel-Landschaft	50	eheliche Kinder	16	16
Basel-Stadt	50	alle	16	22
Bern	40	eheliche und Adoptivkinder	15	15
Freiburg	58	alle	15	15
Genf	50	eheliche und Adoptivkinder	15	15
Glarus	35	alle	16	20
Graubünden	50	eheliche und Adoptivkinder	15	15
Luzern	45	alle	16	20
Neuenburg	30	alle	15	15
Nidwalden	40	eheliche und Adoptivkinder	16	16
Obwalden	50	alle	16	20
Schaffhausen	50	alle	16	18/25 ²
Schwyz	45	alle	16	20/25 ²
St. Gallen	45	eheliche und Adoptivkinder	15	15
Solothurn	50	eheliche und Adoptivkinder	16	16
Tessin	50	alle	18	20
Thurgau	40	alle	16	18/25 ²
Uri	40	alle	16	20/25 ²
Waadt	50	eheliche und Adoptivkinder	15	15
Wallis	60	alle	16	20
Zug	35	alle	16	18/20 ²
Zürich	40	alle	16	16

¹ Ausländische Arbeitnehmer mit Kindern in der Schweiz haben in der Regel Anspruch auf Zulagen für eheliche und aussereheliche Kinder sowie für Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder.
² Die erste Grenze gilt für erwerbsunfähige und die zweite für in Ausbildung begriffene Kinder.

AHV

Postulat Schütz
vom
26. November 1973

Nationalrat Schütz hat folgendes Postulat eingereicht:
«Der Bundesrat hat leider beschlossen, denjenigen AHV/
IV-Rentnern, die keine Ergänzungsleistungen beziehen,
weder den Teuerungsausgleich für 1973 und 1974 noch
eine 13. Monatsrente zu gewähren.

Dies bedeutet, dass Betagten, deren Einkommen über
den Berechtigungsgrenzen der Ergänzungsleistung liegt,
der Teuerungsausgleich für die beiden Jahre vorent-
halten wird. Die Teuerungsrate wird für 1973 und 1974
über 20 Prozent ausmachen.

Angesichts dieser Tatsache wird der Bundesrat dringend
eingeladen, nochmals auf seinen Beschluss zurückzu-
kommen und für alle AHV/IV-Rentner — ohne Aus-
nahmen — die 13. Monatsrente zu beschliessen und de-
ren Auszahlung möglichst rasch in die Wege zu leiten.»
(8 Mitunterzeichner)

Kleine Anfrage
Muret
vom
13. Dezember 1973

Nationalrat Muret hat folgende Kleine Anfrage einge-
reicht:

«Nach Artikel 43ter des AHV-Gesetzes lässt der Bundes-
rat jeweils auf das Ende einer dreijährigen Periode
oder bei jedem Anstieg des Landesindex der Konsu-
mentenpreise um 8 Prozent das ‚Verhältnis zwischen
Renten und Preisen‘ begutachten und stellt ‚zur Wah-
rung der Kaufkraft der Renten gegebenenfalls Antrag
auf Änderung des Gesetzes‘.

Wenn man für die Bezugszeit den Stand des Preis-
index von Ende Dezember 1972 (132,5) oder Ende
Januar 1973 (134) wählt, überschreitet der Anstieg
Ende November mit der Indexzahl 146,1 eindeutig 8
Prozent.

Glaut der Bundesrat nicht, dass er der zwingenden
Bestimmung des AHV-Gesetzes sofort Folge leisten und
dringend eine allgemeine Anpassung der AHV/IV-Ren-
ten vornehmen sollte, mit der selbstverständlich eine
gleiche Erhöhung der Beträge der Ergänzungsleistun-
gen einhergehen müsste?»

**Invaliden-
versicherung**

Kleine Anfrage Bräm
vom
3. Dezember 1973

Nationalrat Bräm hat folgende Kleine Anfrage einge-
reicht:

«Seit dem 1. Oktober 1972 gibt die segensreich wirkende
Invalidenversicherung leihweise und kostenlos Tonband-
geräte an Sehbehinderte und Gelähmte ab, die zum
Abhören auf Band gesprochenen Bücher geeignet sind

(siehe Verordnung des Eidg. Departementes des Innern über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die IV in Sonderfällen vom 4. August 1972).

Somit sind praktisch alle Sehbehinderten in der Lage, sich kostenlos ein Abhörgerät zu beschaffen. Das Tonbandgerät ist als Hilfsmittel in Sonderfällen anerkannt. Es scheint daher gerechtfertigt, auch das ‚sprechende Buch‘ als Hilfsmittel zu klassieren und demzufolge aus Mitteln der IV zu finanzieren.

Die Schweizerische Blindenhörbücherei bedient zur Zeit rund 1 600 deutschsprechende Hörer in der ganzen Schweiz und entspricht einem wachsenden Bedürfnis. Die Punktschriftbibliothek in Zürich, die dasselbe Gebiet bearbeitet, zählt nur noch rund 100 Bezüger von Blindenschrift-Literatur. Daraus geht hervor, dass sich das Tonbandbuch durchgesetzt hat und der Sehbehinderte in bezug auf das Angebot an Literatur und Information dem Sehenden annähernd gleichgestellt werden sollte. Für den sehenden Bürger ist es selbstverständlich, eine öffentliche Bibliothek praktisch kostenlos benützen zu können und dort ein differenziertes Buchangebot vorzufinden. Diese Chancengleichheit müsste auch dem Sehbehinderten geboten werden, was jedoch nur zu verwirklichen ist, wenn für die Herstellung ‚sprechender Bücher‘ grössere finanzielle Mittel eingesetzt werden können.

Da das Tonbandgerät in seiner Funktion als Lesemaschine ohne das Tonbandbuch sinnlos ist, sollte die Möglichkeit geschaffen werden, auch das Tonbandbuch in die Liste derjenigen Hilfsmittel aufzunehmen, die von der IV bezahlt und an Sehbehinderte und Gelähmte leihweise abgegeben werden.

Besteht die Möglichkeit, aus Mitteln der IV die Produktionskosten zu finanzieren, die der Schweizerischen Blindenbücherei aus der Herstellung ‚sprechender Bücher‘ auf Tonband entstehen?»

**Koordination der
Sozialversicherung**
Motion Meier Josi
vom
3. Oktober 1973

Der Nationalrat behandelte am letzten Tag seiner Wintersession, am 14. Dezember 1973, die Motion Meier (ZAK 1973, S. 602). Der Bundesrat erklärte sich bereit, den Vorstoss mit gewissen Vorbehalten bezüglich des Zeitpunktes der Verwirklichung entgegenzunehmen, worauf der Rat die Motion überwies.

Die schriftliche Stellungnahme des Bundesrates lautet wie folgt:

«Der Bundesrat ist sich, wie er in seinen Antworten zum Postulat Hofstetter vom 28. Juni 1966 und zur Kleinen Anfrage von gleicher Seite vom 3. Juni 1970 (ZAK 1970, S. 464) bereits ausgeführt hat, der Be-

deutung einer Koordination der Sozialversicherungsleistungen durchaus bewusst: es ist unumgänglich, die aus sehr verschiedenen Zeiten stammenden Vorschriften und Begriffe vermehrt aufeinander abzustimmen. Die Expertenkommissionen, die sich seit Jahren mit der Überprüfung verschiedener Sozialversicherungszweige befassen, haben dem Problem der Koordination denn auch immer ihre Aufmerksamkeit geschenkt.

So schlägt der Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Neuordnung der Krankenversicherung vom 11. Februar 1972 eine Reihe von Koordinationsmassnahmen vor. Ebenso befasst sich der Bericht der Expertenkommission für die Revision der Unfallversicherung vom 14. September 1973 eingehend mit dem Problem. Insbesondere sollen die künftigen Renten der obligatorischen Unfallversicherung als Komplementärleistungen zu den Renten der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung ausgestaltet werden. Auch sollen die Vorschriften über die Rechtspflege vermehrt an die entsprechenden Regeln in der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sowie in der Krankenversicherung angeglichen werden. In der in Angriff genommenen Revision der Invalidenversicherung wird nicht zuletzt die Koordination auf dem Gebiete der Eingliederungsmassnahmen überprüft werden müssen. Endlich hat der Ausschuss der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, der einen Entwurf über die obligatorische berufliche Vorsorge ausarbeitet, für Fragen der Koordination eine besondere Gruppe bestellt. Solchermassen werden die verschiedenen Gesetzesrevisionen aufgrund der Expertenberatungen und der Stellungnahme der mitbeteiligten Kreise zweifellos zur verstärkten Koordination führen.

Sind diese Arbeiten einmal abgeschlossen, wird der Zeitpunkt gekommen sein, durch eine Expertengruppe allgemeine Verfahrensregeln in der Sozialversicherung ausarbeiten zu lassen. Gegenwärtig sind Fachleute und Verwaltung allerdings durch die laufenden Geschäfte sehr stark belastet.»

**Europäische
Sozialcharta**
Kleine Anfrage
Wyler
vom
3. Oktober 1973

Der Bundesrat hat die Kleine Anfrage Wyler (ZAK 1973, S. 643) am 21. November 1973 wie folgt beantwortet:

«Die zuständigen Bundesstellen unterziehen zurzeit den Europäischen Kodex der sozialen Sicherheit einem gründlichen Studium. Es darf diesbezüglich hervorgehoben werden, dass die Schweiz seit dem Inkrafttreten

der achten Revision des AHV-Gesetzes am 1. Januar 1973 die Bedingungen für eine Teilratifikation dieses Kodexes erfüllt.

Der Kodex verpflichtet die Vertragsparteien, auf jeden Fall eine gewisse Zahl von Bestimmungen zur Anwendung zu bringen. Da die Schweiz nunmehr in der Lage ist, die Bestimmungen betreffend die AHV, die IV und die Unfallversicherung anzuwenden, geht sie heute über das vorgeschriebene Minimum an Versicherungszweigen hinaus. Deshalb wird demnächst eine Botschaft an die eidgenössischen Räte zum Zwecke der Ratifizierung dieses Textes vorbereitet werden. Diese Botschaft wird gleichzeitig auch die Ratifikation der Konvention Nr. 102 der Internationalen Arbeitsorganisation betreffend die Mindestbedingungen der sozialen Sicherheit behandeln. Diese von der Schweiz noch nicht ratifizierte Konvention ist mit dem Europäischen Kodex der sozialen Sicherheit eng verbunden.

Im weitem wird sich dem Bundesrat in dieser Botschaft Gelegenheit bieten, den eidgenössischen Räten Aufschluss über den Stand der bisher unternommenen Arbeiten betreffend die Sozialcharta zu geben. Bekanntlich hat der Bundesrat im Jahre 1971 ein Postulat Muheim sowie ein Postulat der ständerätlichen Kommission für auswärtige Angelegenheiten angenommen, worin er ersucht wird, in einem Bericht an die eidgenössischen Räte darzulegen, welche Voraussetzungen gegeben sind oder noch geschaffen werden müssten, damit die Schweiz die Sozialcharta des Europarates unterzeichnen könnte. Die Arbeiten im Zusammenhang mit der Behandlung dieser Postulate betreffen mehrere Departemente und sind noch nicht abgeschlossen. Sie erweisen sich als besonders anspruchsvoll, weil seit dem Inkrafttreten dieser Konvention mehrere Artikel der Charta von den Organen, die die Anwendung der betreffenden Bestimmungen überwachen, in voneinander abweichender Weise interpretiert wurden. Es ist im jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich festzustellen, ob und unter welchen Bedingungen die Schweiz in der Lage wäre, die Charta zu unterzeichnen.»

MITTEILUNGEN

- Parlamentarische Kommissionen** Die parlamentarischen Kommissionen für die Vorbera-tung der Revision des AHVG auf den 1. Januar 1975 sind bestellt worden. Sie setzen sich wie folgt zusam-men:
- Nationalrat:** Schläppy (Präsident), Blatti, Breny, Brosi, Brunner, Bürgi, Butty, Corbat, Diethelm, Egli, Freiburghaus, Generali, Grolimund, Gugerli, Kloter, Lang, Meizoz, Mugny, Müller-Bern, Schuler, Schütz, Thalmann, Zwygart (23).
- Ständerat:** Reimann (Präsident), Arnold, Hefti, Heimann, Jauslin, Lampert, Nänny, Pradervand, Stucki, Theus, Ulrich, Vinzenz, Weber (13).
- Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds der AHV** Alt Nationalrat Ulrich Meyer-Boller, Zollikon, ist auf Ende 1973 altershalber aus dem Verwaltungsrat des AHV-Fonds ausgeschieden. Der Bundesrat hat vom Rücktritt unter Verdankung der geleisteten Dienste Kenntnis genommen und Me Renaud Barde, Genf, zum Nachfolger gewählt.
- Geburtszulagen im Kanton Luzern** Der Regierungsrat hat am 10. Dezember 1973 beschlos-sen, die Geburtszulage, die die kantonale Familienaus-gleichskasse gewährt, mit Wirkung ab 1. Januar 1974 von 130 auf 200 Franken zu erhöhen. Die Zulage wird nur Arbeitnehmern ausgerichtet, deren Arbeitgeber der kantonalen Familienausgleichskasse angehören.
- Familienzulagen im Kanton Solothurn** Die Stimmberechtigten haben am 1./2. Dezember 1973 mit 38 029 Ja gegen 10 010 Nein eine Revision des Kin-derzulagengesetzes gutgeheissen, durch welche der Min-destansatz der Kinderzulage vom 1. Januar 1974 an von 40 auf 50 Franken je Kind und Monat festgesetzt wird (vgl. ZAK 1973, S. 566).
- Neue gesetzliche Erlasse und Publikationen des BSV** Die ZAK hat es sich zur Gewohnheit gemacht, jährlich ein Verzeichnis der gesetzlichen Erlasse, der zwischen-staatlichen Vereinbarungen und der wichtigsten Wei-sungen des BSV auf dem Gebiete der AHV, der IV und der EO zu veröffentlichen. Das letzte derartige Ver-zeichnis findet sich in der Doppelnummer August/Sep-tember 1973 (S. 467 ff.). Die stete Erneuerung und An-passung von Gesetzen, Verordnungen und Weisungen liess eine raschere Orientierung über die einschlägigen

Publikationen wünschenswert erscheinen. Die ZAK wird daher inskünftig die Neuerscheinungen laufend auf der dritten Umschlagseite aufführen und dabei die Bezugsquelle, die Bestellnummer und den Preis bekanntgeben. Das Gesamtverzeichnis wird wie bisher jährlich publiziert und nachher als Separatdruck herausgegeben.

Personelles
EVG

Das Eidgenössische Versicherungsgericht wird 1974/75 von Bundesrichter Theodor Bratschi präsiert.

ZAS

Die Zentrale Ausgleichsstelle meldete auf Jahresende bzw. Jahresbeginn folgende Mutationen:

- Fritz Schwab, geschäftsführender Sekretär des AHV-Ausgleichsfonds, ist altershalber in den Ruhestand getreten. An seine Stelle tritt Kurt Feller, bisher Chef des Dienstes Organisation und Personal.
- Werner Rufenacht, Stellvertreter des Chefs der Sektion Rechnungswesen, hat den Bundesdienst ebenfalls altershalber verlassen. Seine Aufgaben hat Josef Hofstetter übernommen.

Fritz Schwab ist anfangs 1942 in die ZAS eingetreten und wirkte seit Inkrafttreten der AHV als Sekretär des Verwaltungsrates des Ausgleichsfonds. Als geschäftsführender Sekretär hat er sodann in den letzten elf Jahren massgebend in der Anlagetätigkeit mitgewirkt. Seinen Posten versah er mit Geschick und Kompetenz.

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Beiträge

Urteil des EVG vom 6. März 1973 i. Sa. M. R.

Art. 4 AHVG. Der Gewinn aus dem Verkauf einer Liegenschaft ist Erwerbseinkommen und nicht Kapitalertrag, wenn der Erwerber von Anfang an beabsichtigte, die Liegenschaft eines Tages zu überbauen und zu verkaufen. Dabei ist ohne Bedeutung, dass er vor dem Verkauf lange dort gewohnt und Verbesserungen vorgenommen hatte, um seinen vorübergehenden Aufenthaltsort zu verschönern. (Erwägungen 1—3)

Aufgrund einer Verwaltungsgerichtsbeschwerde, die durch den Erwerber einer im Kanton X gelegenen Liegenschaft eingelegt worden war, hatte das EVG zu prüfen, ob der Gewinn, den der Betreffende aus dem Wiederverkauf dieser Liegenschaft mehrere Jahre nach ihrem Erwerb gezogen hatte, Erwerbseinkommen oder Kapitalertrag sei. Im Rahmen seiner beschränkten Befugnis zur Überprüfung des Sachverhalts hat das EVG zu dieser Frage folgende Erwägungen angestellt:

1. Aufgrund einer Verwaltungsgerichtsbeschwerde überprüft das EVG frei die Anwendung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens (Art. 104, Bst. a, OG), ohne dabei an die Begründung der Parteien gebunden zu sein (Art. 114, Abs. 1, OG). Wenn dagegen der angefochtene Entscheid von einem kantonalen Gericht oder von einer Rekurskommission gefällt wurde — und wenn er nicht die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft (Art. 132 OG) —, so bindet die Feststellung des Sachverhalts das EVG, ausser wenn dieser offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt wurde (Art. 105, Abs. 2, OG).

Im vorliegenden Fall hat die Untersuchung des kantonalen Richters ergeben, dass M. R. die fragliche Liegenschaft im März 1955 — durch Vermittlung der Immobiliengesellschaft M, deren Aktienkapital er vollständig oder fast vollständig besass — erworben hatte, um sie zu überbauen. In seiner Verwaltungsgerichtsbeschwerde gibt er diese Tatsache zu, und man fragt sich, wie er vor erster Instanz behaupten konnte, er habe diese Liegenschaft erworben «mit der festen Absicht, dort für immer Wohnsitz zu nehmen». Wenn er heute diese Behauptung (auf der seine ganze Beweisführung beruhte) als blosse «Ungenauigkeit» bezeichnet, so ist das eine starke Verharmlosung, ja sogar eine Beschönigung. Weder der Beschwerdeführer noch sein Vertreter konnten aus Unwissenheit Fehler begehen: Im Jahre 1955 wurden im Namen der Immobiliengesellschaft M durch ihren Verwalter

mündlich und schriftlich Verhandlungen mit dem Staat geführt; mehr als ein Jahr nachher wurde ein Plan des Stadtplanungsamtes gleichzeitig von der Immobiliengesellschaft M durch Unterschrift von M. R. und von einer anderen Immobiliengesellschaft durch Unterschrift ihres Verwalters mit dem Vermerk «Einverstanden gemäss Vereinbarung vom 15. Juni 1956» visiert.

Der Beschwerdeführer gibt heute zu, er habe ursprünglich die Absicht gehabt, eine Liegenschaftstransaktion vorzunehmen, deren gewerbmässiger Charakter nach den gegebenen Umständen offenkundig war. Er macht aber vor EVG geltend, dass er «sehr kurze Zeit nach dem Kauf» auf diese Absicht verzichtet habe. Die Punkte, die er anführt, bilden neue Vorbringen, die im Rahmen von Art. 105, Abs. 2, OG zu prüfen sind. Da eine Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen von vornherein ausgeschlossen werden kann, muss also geprüft werden, ob diese Vorbringen beweisen, dass der Sachverhalt — in erster Linie die «innere Tatsache» der Absicht — im erstinstanzlichen Urteil offensichtlich unrichtig oder unvollständig festgestellt wurde.

2. M. R. wohnte mit seiner Familie seit 1956 auf der Liegenschaft, die er im vorhergehenden Jahr erworben hatte. Er liess daran für etwa 200 000 Franken Verbesserungsarbeiten vornehmen, von denen ein grosser Teil auf die Jahre 1966 und 1967 entfiel. Diese Tatsachen werden nicht bestritten und waren dem kantonalen Richter bekannt, der den Aufenthalt trotzdem als vorübergehend bezeichnete. Es ist tatsächlich einleuchtend, dass sogar ein langdauernder Wohnsitz — von dem der Beschwerdeführer selbst zugibt, dass er am Anfang einen vorläufigen Charakter hatte — nicht den Willen zu einer Niederlassung für immer in sich schliesst. Die Verbesserungsarbeiten stellen, obgleich sie bedeutend waren, für eine Person in den finanziellen und familiären Verhältnissen wie M. R. nichts Ausserordentliches dar, um sogar einen Aufenthalt von begrenzter Dauer — 1967 war noch von fünf bis sechs Jahren die Rede — angenehmer zu machen.

Als Beweis für seine Absicht, die neuerworbene Liegenschaft zu seinem endgültigen Familienwohnsitz zu machen, ruft der Beschwerdeführer vor letzter Instanz den Verzicht auf sein Vorhaben an, ein solches Wohnhaus auf einem andern Grundstück, das ihm schon seit einigen Jahren gehörte, zu errichten. Aus den Akten geht nicht hervor, was mit diesem Grundstück geschehen ist, das der Versicherte scheinbar weder weiterverkauft noch zu andern Zwecken überbaut hat. Dieser Sachverhalt kann jedoch unbeurteilt bleiben. Nach seinem eigenen Eingeständnis ist M. R. zu einem vorübergehenden Aufenthalt auf die neue Liegenschaft gezogen. Es war normal, dass er auf dieser Besitzung blieb, wo es seiner Familie gefiel und die er selbst als «unter allen Gesichtspunkten günstig» bezeichnete, solange die Verhältnisse ihn hinderten, die vorgesehene Liegenschaftstransaktion durchzuführen; hierzu musste er nämlich eine Bauklassenänderung und die Baubewilligung erlangen, die formell anscheinend erst 1968 erteilt worden sind. Es war auch ganz normal, dass er wegen der Verlängerung des Zustandes der Ungewissheit keine andern Pläne verfolgte. Der so geltend gemachte Umstand bildet somit keinen Beweis für die feste Absicht, die fragliche Liegenschaft zum ständigen Familienwohnsitz zu machen.

Der Beschwerdeführer erklärt allerdings, in einem Zeitpunkt, den er nicht genau angibt, der aber dem Liegenschafts Kauf bald gefolgt sei, habe der Staat auf sein Projekt einer durch seine Liegenschaft führenden Strasse

verzichtet — und ihm dies mitgeteilt —, womit von da an ein ständiger Wohnsitz möglich geworden sei. Der Sachverhalt scheint jedoch anders zu sein. Das ursprüngliche Projekt wurde ohne Zweifel sehr ernsthaft in Frage gestellt, während das Studium anderer möglicher Lösungen eifrig vorangetrieben wurde. Der Staat scheint erst 1967 beschlossen zu haben, sein ursprüngliches Projekt auszuführen. Dies bedeutet aber weder, dass dieses Projekt in der Zwischenzeit jemals endgültig aufgegeben wurde, noch, dass die andern studierten Lösungen vom Plan zur Verbesserung der Liegenschaft des Beschwerdeführers ausgeschlossen worden seien. Sowohl der Bericht einer Studienkommission für die Entwicklung der Region als auch eine allgemeine Überprüfung der Verkehrsverhältnisse im Jahre 1959 lassen das Gegenteil vermuten. Da M. R. verhindert war, die vorgesehene Liegenschaftstransaktion auszuführen, solange der Staat seine Pläne nicht festgelegt hatte und die sich daraus ergebenden Bewilligungen nicht erteilt worden waren, so ist es am wahrscheinlichsten, dass er die Beschlüsse, die gefasst werden mussten — die sich aber verzögerten — abwartete und in der Zwischenzeit von der Besitzung den Gebrauch machte, der am besten seinen Bedürfnissen und den Wünschen der Seinigen entsprach.

Die neuen Vorbringen sind somit nicht geeignet, die Feststellung des Sachverhalts im kantonalen Urteil, das den Aufenthalt des Beschwerdeführers und seiner Familie auf der in Frage stehenden Liegenschaft als vorübergehend bezeichnet, als offensichtlich unrichtig oder unvollständig erscheinen zu lassen.

3. Aufgrund dieses Sachverhalts kann das EVG nichts anderes tun, als die rechtlichen Schlussfolgerungen des kantonalen Gerichts zu bestätigen.

Der Versicherte hat sich mit dem Standpunkt der Steuerbehörde abgefunden, die den betreffenden Liegenschaftsgewinn als steuerbares Einkommen im Sinne von Art. 21 WstB betrachtete; dass für die Steuern eine Vereinbarung erzielt wurde, spielt keine Rolle. Bei einer früheren Liegenschaftstransaktion im Jahre 1954 hatte der Fiskus die gleiche Haltung eingenommen, die damals nacheinander durch die kantonale Rekurskommission und dann durch das Bundesgericht bestätigt wurde. Freilich muss das Wesen jeder Transaktion für sich selbst geprüft werden und anderen Umständen kann auch eine andere Lösung entsprechen; nichtsdestoweniger können vergangene Transaktionen ein Indiz bilden. Es trifft ebenfalls zu, dass die Steuerveranlagung für die Ausgleichskasse — wenigstens grundsätzlich — verbindlich ist (Art. 23 AHVV; s. BGE 98 V 18, ZAK 1972, S. 577), nicht aber für den Richter. Dieser wird jedoch nur dann von der Steuerveranlagung abweichen, wenn diese klar ausgewiesene Irrtümer enthält oder wenn sachliche Umstände gewürdigt werden müssen, die steuerrechtlich belanglos, sozialversicherungsrechtlich aber bedeutsam sind (s. z. B. EVGE 1969, S. 135 und 143, ZAK 1970, S. 222 und 68). Eine solche Lage besteht nun aber im vorliegenden Fall nicht.

Der Beschwerdeführer besteht auf der Tatsache, dass die Immobiliengesellschaft M nie zum Vermögen der Bauunternehmung M. R. gehört habe, die sich übrigens an der Finanzierung des Liegenschaftskaufs nicht beteiligt hat. Diese Tatsache ist jedoch nicht entscheidend. Einerseits steht die Tätigkeit, die der Teilhaber einer Kollektiv- oder einer Kommanditgesellschaft (das ist die jetzige Rechtsform der Unternehmung) in seinem persönlichen

Namen entfaltet, oft in sehr enger wirtschaftlicher Beziehung mit seiner Tätigkeit als Gesellschafter, auch wenn die beiden Bereiche rechtlich getrennt sind. Andererseits ist es vor allem klar, dass der Versicherte noch andere Liegenschaftstransaktionen vorgenommen hat — der kantonale Richter erklärt, ohne formell widerlegt worden zu sein, diese Tatsache sei öffentlich bekannt —, sei es persönlich, sei es für Rechnung Dritter. Die besonderen Umstände des Verkaufs der Immobiliengesellschaft M, so unleugbar sie auch sein mögen, genügen nicht, um diesen Verkauf als eine dem Tätigkeitsfeld des Beschwerdeführers fremde Transaktion erscheinen zu lassen.

Diese rechtliche Würdigung des Sachverhalts wird noch durch die Verhandlungen bekräftigt, die 1967 und 1968 mit den Behörden geführt wurden. Der Beschwerdeführer verlangte eine Baubewilligung und wehrte sich energisch gegen eine Entwertung dieser Bewilligung, die sich aus dem Projekt einer andern Finanzgruppe ergab. Wenn die Abtretung des Grundstücks schliesslich zum Vorteil eines einzigen Käufers erfolgte, und zwar gegen Entrichtung einer Kapitalsumme und nicht gegen eine Baubewilligung, so hat sich der Verkäufer nicht nur als Verwalter seines Privatvermögens benommen, sondern vielmehr als ein Geschäftsmann, der darauf bedacht war, aus dem Grundstück, das er abtrat, einen möglichst hohen wirtschaftlichen Gewinn zu ziehen. Es ist übrigens nicht ausgeschlossen — da die Tatsache nicht bewiesen ist, wird sie jedoch nicht berücksichtigt —, dass der Beschwerdeführer gewisse Grundstücke behalten hat, um sie zu überbauen, denn in seinem Brief vom 8. Februar 1968 an das kantonale Baudepartement erwähnt er eine Parzelle, die er von der Immobiliengesellschaft M erworben habe und die anscheinend nicht in den Verkauf einbezogen worden ist.

4. Der angefochtene Entscheid betrifft nicht Versicherungsleistungen, sondern Beiträge. Das Verfahren vor EVG ist daher entgeltlich, und die Kosten gehen zu Lasten des unterliegenden Beschwerdeführers (Art. 156, Abs. 1, OG).

Verfahren

Urteil des EVG vom 7. Mai 1973 I. Sa. H. B.

Art. 145 OG und Art. 69 VwVG. Die Berichtigung von Rechnungsfehlern entspricht einem bundesrechtlichen, dem kantonalen Recht übergeordneten und dem Sozialversicherungsprozess innewohnenden Verfahrensgrundsatz.

Rechtliche Erwägungen:

1. Es ist nicht umstritten und steht nach den Akten fest, dass sowohl der Ausgleichskasse in ihrer Vernehmlassung als auch der Vorinstanz, welche die ihr von der Ausgleichskasse gemeldeten Zahlen zu prüfen hat, ein Rechnungsfehler unterlaufen ist: Bei der Subtraktion des Zinses für das investierte Eigenkapital von 5 150 Franken vom durchschnittlichen jährlichen Erwerbseinkommen von 64 113 Franken wurde ein Betrag von 48 963 Franken statt richtigerweise ein solcher von 58 963 Franken errechnet. Es fragt sich, ob dieser Fehler korrigiert werden kann.

2a. Art. 85, Abs. 2, AHVG bestimmt einerseits, dass die Kantone das Rekursverfahren zu regeln haben, und zählt andererseits die Anforderungen auf, welchen die kantonalen Verfahrensbestimmungen zu genügen haben. Die Berichtigung eines Rechnungsfehlers ist in der Aufzählung von Art. 85, Abs. 2, AHVG nicht vorgesehen.

b. Weil indessen das Sozialversicherungsrecht sehr viele Möglichkeiten zu Rechnungsfehlern in sich birgt, gebietet die rechtsgleiche Anwendung des materiellen Rechts, dass solche Fehler möglichst formlos korrigiert werden können. Dieses Gebot rechtfertigt es, die Berichtigung von Rechnungsfehlern, wie sie in den Art. 145 OG und 69 VwVG vorgesehen ist, als bundesrechtlichen, dem kantonalen Recht übergeordneten und dem Sozialversicherungsprozess innewohnenden Verfahrensgrundsatz zu betrachten, an den sich die kantonalen Rechtspflegeorgane zu halten haben. In beiden Bestimmungen ist der Grundgedanke derselbe: die Beschwerdeinstanz soll einen Rechtspruch, der Rechnungsfehler enthält, formlos und jederzeit berichtigen können.

c. Ein Rechtsspruch leidet namentlich auch dann an einem Rechnungsfehler, wenn in einem Beschwerdeentscheid ein falsches Rechnungsergebnis unbeschrieben aus den Akten übernommen worden ist.

3. Im vorliegenden Fall sind nach dem Gesagten der kantonale Entscheid und die Kassenverfügung aufzuheben und die Sache ist an die kantonale Rekursbehörde zur Berichtigung des mit dem Rechnungsfehler behafteten Entscheides zurückzuweisen.

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 12. April 1973 i. Sa. T. B.

GgV vom 20. Oktober 1971 (Art. 3, Abs. 2, 1. Satz, GgV; Art. 92 IVV). Auf Verfügungen, mit denen unter altem Recht eine Leistung bei Geburtsgebrechen zugesprochen wurde, die nach der neuen, ab 1. Januar 1972 geltenden GgV nicht mehr gewährt werden kann, ist nicht durchwegs von Amtes wegen zurückzukommen. Es ist erst bei der Neubeurteilung laufender Fälle vom Datum der neuen Verfügung an neues Recht anzuwenden.

Jedoch sind Fälle, in denen die Behandlung des Geburtsgebrechens seinerzeit über das Jahr 1974 hinaus zugesprochen worden war, aufzugreifen und nach neuem Recht zu beurteilen, wobei die Leistungspflicht nach günstigerem altem Recht einheitlich bis zum 31. Dezember 1974 zu begrenzen ist. (Bestätigung der Übergangsregelung des BSV)

Der am 23. November 1962 geborene Versicherte leidet an angeborener Hypotonie des linken Beines und Syndaktylie des linken Fusses. Er wurde deswegen von seinen Eltern erstmals am 12. Januar 1963 bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet. Die Geburtsgebrechen, welche unter Ziff. 19 (angeborene Gelenkschlaffheit) und Ziff. 43 (angeborene Defekte und Missbil-

dungen der Extremitäten) der damals geltenden Geburtsgebrechen-Verordnung (GgV) fielen, führten zu einem Wachstumsrückstand der linken unteren Extremität, der seinerseits eine leichte linkskonvexe Skoliose der Lendenwirbelsäule auslöste. Die IV gewährte mit Verfügungen vom 7. Mai und 27. September 1963 medizinische Massnahmen zur Behandlung der Geburtsgebrechen sowie Kostengutsprache für die ärztlich verordneten Schuhkorrekturen (Verfügung vom 25. Juli 1964). Durch eine weitere Verfügung vom 19. April 1966 wurden die bis Ende 1965 befristet gewesenen Massnahmen bis zum November 1974 verlängert.

Am 31. Juli 1972 verfügte die Ausgleichskasse gestützt auf einen entsprechenden Beschluss der IV-Kommission die Aufhebung der Verfügung vom 19. April 1966 «mit sofortiger Wirkung». Die Begründung dieser Verfügung lautet:

«Nach der am 1. 1. 1972 gültig gewordenen neuen Geburtsgebrechenverordnung kann die Behandlung für angeborene Fuss skelettdeformitäten nur übernommen werden, wenn eine Operation, Apparateversorgung oder Gipsbehandlung notwendig ist.

Beim Versicherten sind die oben angegebenen Bedingungen nicht erfüllt. Die Rechnung vom 30. März 1972 kann im Rahmen der Verfügung vom 19. April 1966 noch durch die IV übernommen werden. Sollte sich eine operative Behandlung aufdrängen, kann dafür neu Antrag gestellt werden.»

Der Vater des Versicherten verlangte beschwerdeweise die Aufhebung dieser Verfügung und die Weitergewährung der entzogenen Leistungen.

Mit Entscheid vom 4. Oktober 1972 wies das kantonale Versicherungsgericht die Beschwerde ab. Es erwog, der Beschwerdeführer habe nach der seit dem 1. Januar 1972 geltenden GgV keinen Anspruch mehr auf medizinische Massnahmen zur Behandlung seiner Geburtsgebrechen, weil die besonderen, neu umschriebenen Anspruchsvoraussetzungen der Ziffern 174 und 177 nicht erfüllt seien. Die Abgabe von Schuheinlagen sei gemäss Art. 21, Abs. 1, IVG von der Durchführung medizinischer Massnahmen abhängig; diese Leistung stehe dem Beschwerdeführer daher ebenfalls nicht mehr zu. Die Schuhkorrekturen könnten auch nicht als orthopädisches Schuhwerk übernommen werden, weil die besonderen Voraussetzungen dafür nicht gegeben seien. Fraglich bleibe höchstens, ob die Verwaltung befugt gewesen sei, dem Beschwerdeführer die rechtskräftig bis 1974 zugesprochenen Leistungen zu entziehen. Das sei aber zu bejahen, weil die Verfügung von 1966 im Lichte des neuen Rechts nicht mehr gesetzeskonform sei und keine materiell-rechtskräftige Garantie auf Leistungen bis 1974 enthalte. Auf die anders lautenden verwaltungsinternen Richtlinien könne sich der Beschwerdeführer nicht berufen, da diese keine allgemein verbindlichen Rechtssätze darstellten.

Gegen diesen Entscheid führt der Vater des Versicherten unter Erneuerung seines Rechtsbegehrens auf Weitergewährung der entzogenen Leistungen Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Eventuell sei eine orthopädische Begutachtung anzuordnen.

Das EVG hiess die Verwaltungsgerichtsbeschwerde im Sinne folgender Erwägungen gut:

1. Die Verfügung vom 19. April 1966, welche durch die im gegenwärtigen Verfahren angefochtene Verfügung vom 31. Juli 1972 aufgehoben wird, sprach

dem Beschwerdeführer zwei Arten von Leistungen zu, nämlich medizinische Massnahmen zur Behandlung eines Geburtsgebrechens und — wegen dieses Geburtsgebrechens — ärztlich verordnete Schuhkorrekturen als Hilfsmittel. Da die Verwaltung den Entzug dieser bis zum 30. November 1974 rechtskräftig gewährten Leistungen mit einer Änderung des objektiven Rechtszustandes seit Erlass der Leistungsverfügung begründet, ist vorerst zu prüfen, ob diese Änderung die Verwaltung zum Erlass der angefochtenen Verfügung ermächtigt bzw. verpflichtet hat.

2. Bezüglich des Anspruches auf medizinische Massnahmen zur Behandlung der Geburtsgebrehen ist folgendes festzuhalten:

a. Der Bundesrat bezeichnet in der GgV die Geburtsgebrehen, auf deren Behandlung durch medizinische Massnahmen minderjährige Versicherte gemäss Art. 13 IVG Anspruch haben. Nach Art. 13, Abs. 2, 2. Satz, IVG kann er die Leistungen ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist. In der am 10. August 1965 erlassenen und bis 31. Dezember 1971 in Kraft gewesenen GgV waren jene Gebrehen besonders bezeichnet, für welche bei Geringfügigkeit ein Ausschluss in Frage kam. Die Ziffern 174 und 182, unter welche die Gebrehen des Versicherten unbestrittenermassen fielen, waren mit einer solchen Bezeichnung versehen. Unter dieser Ordnung galten die Gebrehen des Beschwerdeführers offenbar nicht als geringfügig, wurden doch die notwendigen Massnahmen übernommen. Die am 1. Januar 1972 in Kraft getretene Geburtsgebrehen-Verordnung knüpft den Leistungsanspruch bei Gebrehen, die in schwerer wie in leichter Form vorkommen, im Unterschied zur früheren Verordnung, an besondere Voraussetzungen. So besteht nunmehr gemäss Ziffer 174 bei angeborenen knöchernen Fussdeformitäten Anspruch auf Leistungen, sofern Operation, Apparateversorgung oder Gipsbehandlung notwendig ist. Das gleiche gilt für die neu aufgenommene Ziff. 177 (übrige angeborene Defekte und Missbildungen der Extremitäten). Dagegen ist die frühere Ziff. 182 (angeborene Gelenkschlaffheit) aus der Verordnung eliminiert worden.

Die geltende Verordnung vom 20. Oktober 1971 enthält keine Übergangsbestimmungen. Somit erhebt sich die Frage, was mit Verfügungen, die unter der Herrschaft der alten Ordnung rechtskräftig geworden sind, zu geschehen habe, wenn nach neuem Recht kein Anspruch mehr besteht. Jedenfalls fallen solche Verfügungen bei dieser Rechtslage nicht ohne weiteres dahin. Die Grundsätze der Gesetzmässigkeit und der Rechtsgleichheit verlangen vielmehr, dass solche Verfügungen ausdrücklich dem neuen Recht angepasst werden. Da ihnen bloss formelle Rechtskraft zukommt, ist das jederzeit möglich. Jedoch bleibt zu beachten, dass die Anpassung jeder einzelnen Verfügung bei der grossen Anzahl von Verfügungen über medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrehen verwaltungstechnisch nicht mit der erforderlichen Zuverlässigkeit und innert nützlicher Zeit durchführbar wäre; dieses Vorgehen vermöchte deshalb weder dem Grundsatz der Rechtsgleichheit noch dem der Rechtssicherheit zu genügen. Eine Lösung des Problems hat aber den erwähnten Grundsätzen in optimaler Weise Rechnung zu tragen, weshalb sie nur in einer generellen, die fehlenden Übergangsbestimmungen in der Verordnung ersetzenden Regelung gesucht werden kann.

In diesem Bestreben hat das BSV als weisungsberechtigte Aufsichtsbehörde (gestützt auf Art. 3, Abs. 2, 1. Satz, GgV i. V. m. Art. 92 IVV) in

dem ebenfalls ab 1. Januar 1972 geltenden neuen Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen diesbezügliche Anordnungen an die Durchführungsorgane erlassen. Gemäss Rz 302 dieses Kreisschreibens ist auf bereits ergangene zuspärende Verfügungen nicht von Amtes wegen zurückzukommen; dagegen ist bei der Neubeurteilung laufender Fälle (Verlängerung, weitere Leistungsbegehren) vom Verfügungsdatum an — aber frühestens auf 1. Januar 1972 — neues Recht anzuwenden; besteht nach neuem Recht kein Anspruch mehr, so ist eine entsprechende Verfügung zu erlassen. Da diese Regelung in der Verwaltungspraxis offenbar nicht in jeder Hinsicht befriedigte, ergänzte das BSV seine diesbezüglichen Weisungen in Rz 1194 der IV-Mitteilungen Nr. 151 vom 30. November 1972 (ZAK 1973, S. 22). Der Grundsatz, auf bereits ergangene Verfügungen sei nicht von Amtes wegen zurückzukommen, wurde «zur Herstellung rechtsgleicher Verhältnisse» eingeschränkt für Fälle, in denen die Behandlung des Geburtsgebrechens seinerzeit über das Jahr 1974 hinaus (teilweise sogar unbefristet) zugesprochen worden war. In diesen Fällen ist die Leistungspflicht bis zum 31. Dezember 1974 zu begrenzen. Die betreffenden Versicherten sind zu ermitteln und sofort mit beschwerdefähiger Verfügung über das Ende der Leistungsdauer zu unterrichten.

Wiewohl der letztinstanzliche Richter an die generellen Weisungen der administrativen Aufsichtsbehörde an die verfügenden Durchführungsstellen nicht gebunden ist, besteht für ihn kein Anlass, diese Weisungen bei der Beurteilung des Einzelfalles zu übergehen, soweit sie gesetzmässig oder (in Ermangelung gesetzlicher Vorschriften) mit den allgemeinen Grundsätzen des Bundesrechts in Einklang stehen. Das trifft auf die Weisungen des BSV bezüglich der übergangsrechtlichen Anwendung der neuen Geburtsgebrehenverordnung zu, beruhen sie doch auf sachgemässer Abwägung der aus Gesetzmässigkeit und Rechtsgleichheit sich ergebenden Erfordernisse einerseits sowie der Notwendigkeit verhältnismässiger Praktikabilität andererseits.

b. Die IV-Kommission und die Ausgleichskasse, welche Beschluss und Verfügung erlassen haben, sind an die wiedergegebenen Weisungen der Aufsichtsbehörde gebunden (Art. 64 IVG i. V. m. Art. 72 AHVG; Art. 92 IVV). Es fällt in ihren Aufgabenbereich, in den einschlägigen Einzelfällen weisungsgemäss zu verfügen. Im vorliegenden Fall hat sich die Verwaltung nicht an die geltende Übergangsregelung gehalten. Denn die Verfügung vom 19. April 1966 befristete die Leistungen nicht über das Jahr 1974 hinaus, sondern bis zum 30. November 1974. Trotzdem hat die Verwaltung von Amtes wegen verfügt, ohne dass ein neues Leistungsbegehren gestellt oder die Verlängerung der laufenden Massnahmen verlangt worden wäre. Damit hat sie eine Rechtungleichheit gesetzt. Mithin trägt die angefochtene Entzugsverfügung den Anforderungen der generellen Regelung der Aufsichtsbehörde und damit der Rechtsgleichheit nicht Rechnung. Sie verletzt daher Bundesrecht und ist aufzuheben. Der Versicherte hat deshalb aufgrund der rechtlich nicht zu beanstandenden übergangsrechtlichen Regelung weiterhin Anspruch auf die ihm gemäss Verfügung vom 19. April 1966 zugesprochenen medizinischen Massnahmen bis zum 30. November 1974.

3. Zu differenzieren ist hinsichtlich des ebenfalls rechtskräftig anerkannten Anspruches des Beschwerdeführers auf die ärztlich verordneten Schuhkorrekturen, die mit der gleichen Verfügung wie die medizinischen

Massnahmen zugesprochen und ebenfalls durch die angefochtene Verfügung aufgehoben wurden.

a. **Schuheinlagen** sind nicht ein Hilfsmittel, auf welches — unabhängig von anderen Eingliederungsmassnahmen — ein selbständiger Rechtsanspruch gegeben ist. Vielmehr werden solche gestützt auf Art. 21, Abs. 1, 1. Satz, IVG nur von der IV übernommen, wenn sie eine wesentliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmassnahmen darstellen. Soweit es sich deshalb bei den zugesprochenen, ärztlich verordneten Schuhkorrekturen bloss um Schuheinlagen im Sinne des Gesetzes handelt, was nach den Verhältnissen zur Zeit des Erlasses der Verfügung vom 19. April 1966 anzunehmen, aufgrund der Akten aber nicht zuverlässig feststellbar ist, so ist der diesbezügliche Anspruch von demjenigen auf medizinische Massnahmen zur Behandlung der Geburtsgebrechen abhängig und teilt dessen rechtliches Schicksal. Das bedeutet, dass grundsätzlich auch auf diese Leistung gemäss der aufgehobenen und wieder hergestellten Verfügung vom 19. April 1966 ein Anspruch bis zum 30. November 1974 besteht. Die Verwaltung wird hierüber noch die erforderlichen Abklärungen vornehmen und nötigenfalls entsprechend verfügen.

b. **Orthopädisches Schuhwerk** ist dagegen ein Hilfsmittel, auf welches im Rahmen und unter den Voraussetzungen von Art. 21, Abs. 1, IVG in Verbindung mit Art. 14, Abs. 1, Bst. b, IVV (allenfalls, seit dem 1. Januar 1968, auch gemäss Art. 21, Abs. 2, IVG i. V. m. Art. 14, Abs. 2, Bst. c, IVV) ein Anspruch besteht, unabhängig von der Durchführung anderer Eingliederungsmassnahmen. Die Verwaltungspraxis betreffend den Begriff und die Abgabe orthopädischen Schuhwerks galt seit dem 1. Januar 1969 gemäss dem ab diesem Datum gültigen Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln (Rz 90—98, mit einer Ergänzung in ZAK 1969, S. 489) unverändert bis Ende 1972. Durch Rz 1205 der IV-Mitteilungen Nr. 153 vom 14. Februar 1973 wurden die Rz 90—98 des erwähnten Kreisschreibens mit Wirkung vom 1. Januar 1973 hinweg ersetzt. Die neue Verwaltungspraxis geht nicht auf eine Änderung des Gesetzes oder der Verordnung zurück, sondern sie enthält aufgrund des weiterhin geltenden Rechtszustandes eine Verdeutlichung der früheren Praxis, offenbar um gewissen Missbräuchen zu steuern. Das EVG sah sich nie veranlasst, in die bisherige Verwaltungspraxis einzugreifen. Die neuen Weisungen bestimmten unter anderem, die Abgabevoraussetzungen seien von Amtes wegen auf den nächstmöglichen Zeitpunkt zu überprüfen, sofern die Zusprechung orthopädischer Schuhe über den 31. Dezember 1974 hinaus erfolgt sei (Ziff. 11, Abs. 2).

Sollten im vorliegenden Fall die Abklärungen gemäss Bst. a ergeben, dass die Schuhkorrekturen, welche der Versicherte gemäss Verfügung vom 19. April 1966 zu Lasten der IV bezog und zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung noch benötigte, nach der bis Ende 1972 geltenden Praxis unter den Begriff des orthopädischen Schuhwerks, und nicht bloss unter den der Schuheinlage fallen, so wäre die Verfügung vom 19. April 1966 nach den neuen übergangsrechtlichen Bestimmungen, wie sie eben wiedergegeben worden sind, zu behandeln, also nicht von Amtes wegen aufzuheben, sondern bis zum 30. November 1974 in Kraft zu belassen. Dies wiederum aus Gründen der Rechtsgleichheit im Sinne der Ausführungen unter Erwägung 2. Falls weder die Voraussetzungen für eine Übernahme der Schuhkorrekturen als

Einlagen gemäss Est. a noch die der Abgabe als orthopädische Schuhe gemäss Est. b nach bisheriger Praxis gegeben sind, so hat die Verwaltung die Vorbringen des Beschwerdeführers in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde betreffend weitere Übernahme der Schuhkorrekturen wie eine Neuanschuldung nach den derzeitigen tatsächlichen Verhältnissen zu prüfen und aufgrund der neuen Verwaltungswelungen darüber zu befinden.

Renten

Urteil des EVG vom 24. Januar 1973 i. Sa. E. R.

Art. 5, Abs. 1, und Art. 28 IVG. Für die Bemessung der Invalidität einer Versicherten, welche vorwiegend erwerbstätig war, bevor sie invalid wurde, ist ausschliesslich die Methode des Einkommensvergleichs anwendbar, so dass die Berücksichtigung der Behinderung in ihrem Aufgabenbereich als Hausfrau ausgeschlossen ist.

Die Versicherte E. R. ist italienische Staatsangehörige und hält sich seit 1938 ununterbrochen in der Schweiz auf. Sie arbeitete seit Jahrzehnten als Spinnereiarbeiterin. Neben dieser Berufstätigkeit hatte sie für sich und ihren Ehemann den Haushalt zu besorgen.

Am 3. Juni 1969 stürzte sie auf das Gesäss, wobei sie sich eine Kompressionsfraktur Th 8 zuzog. Daneben besteht eine geringgradige Osteoporose und Spondylose. Seit dem 15. Juli 1970 bezieht die Versicherte wegen 15-prozentiger Invalidität eine Rente der SUVA.

E. R. ersuchte im September 1970 um eine Rente der IV. Sie habe ihre Erwerbstätigkeit vollständig aufgeben müssen, weil ihr in der Spinnerei kein Arbeitsplatz habe verschafft werden können, wo sie nicht heben und sich nicht bücken müsste. Aus dem Bericht der Spinnerei vom 24. Juni 1971 ist ersichtlich, dass die Versicherte nach dem ersten Unfall lediglich vom 4. August bis 4. Oktober 1969 täglich fünf Stunden gearbeitet hat, vom 6. Oktober 1969 hinweg wegen eines weiteren Unfalles die Arbeit wiederum einstellen musste, im Februar 1970 erneut während einiger Tage gearbeitet hat, anschliessend aber, d. h. seit dem 25. Februar 1970, nicht mehr zur Arbeit erschienen ist. Im Abklärungsbericht der IV-Regionalstelle vom 14. April 1971 wird ausgeführt, die Versicherte habe sich geweigert, die ihr von der Arbeitgeberfirma angebotene leichte Tätigkeit, die mit keinen körperlichen Anstrengungen verbunden gewesen wäre, anzunehmen. — Mit Verfügung vom 23. Juli 1971 wies die Ausgleichskasse das Rentenbegehren gestützt auf Art. 29, Abs. 1, IVG ab, weil weder ein stabilisierter Gesundheitszustand noch eine 360tägige, durchschnittlich hälftige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei.

Die Versicherte liess durch ihren Sohn beschwerdeweise vortragen, sie sei für jegliche Fabrik- und Haushaltstätigkeit zu mehr als 50 Prozent arbeitsunfähig.

Die kantonale Rekursbehörde hat die Beschwerde am 23. Mai 1972 abgewiesen im wesentlichen mit der Begründung: Vergleiche man den nach Eintritt der Invalidität erzielten Verdienst mit demjenigen, den die Versicherte vorher erreicht habe, so ergebe sich jedenfalls bis zum 4. Oktober

1969 ein Invaliditätsgrad von lediglich 37 Prozent. Die Rentenverfügung der SUVA, der eine Invalidität von 15 Prozent zugrunde gelegen habe, sei seinerzeit nicht angefochten worden, weil sie offenbar den Umständen angepasst erschienen sei. Die Versicherte habe nicht einmal versucht, die ihr angebotene Labortätigkeit aufzunehmen, obschon sie aus ärztlicher Sicht dazu imstande gewesen wäre. Schliesslich seien auch die Voraussetzungen von Art. 29, Abs. 1, IVG nicht erfüllt.

Für die Versicherte reicht ihr Sohn Verwaltungsgerichtsbeschwerde ein, mit der er die Gewährung einer IV-Rente beantragt. Entgegen der Annahme der Vorinstanz habe seine Mutter wiederholt Arbeitsversuche unternommen, die sie jedoch wegen der damit verbundenen Schmerzen jeweils wieder habe aufgeben müssen. Die Beschwerdeführerin sei — im Sinn der ersten Variante von Art. 29, Abs. 1, IVG — bleibend invalid. Unverständlich sei, dass die Vorinstanz dem fortgeschrittenen Alter der Versicherten und «deren übermässigen körperlichen Anfälligkeit infolge Überarbeitung nicht im geringsten Rechnung trägt». Der Vertrauensarzt der Spinnerei, Dr. A, habe übrigens ebenfalls erklärt, sie sei zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess untauglich.

Die Ausgleichskasse trägt auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde an, da diese keine neuen Vorbringen enthalte, die zur Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides führen könnten.

Das BSV erachtet zusätzliche medizinische Abklärungen über die Zumutbarkeit der vorgeschlagenen Eingliederung als notwendig. Ferner sollten auch andere Eingliederungsmöglichkeiten ins Auge gefasst werden. Zusätzliche Erhebungen müssten auch über die vorinvalide Erwerbstätigkeit vorgenommen werden, nachdem die Regionalstelle — entgegen dem Bericht der Arbeitgeberfirma — erklärt habe, die Beschwerdeführerin habe schon vor dem Unfall nur zur Hälfte erwerblich gearbeitet. Träfe dies zu und hätte sie sich im übrigen ihrem Haushalt gewidmet, so wäre — in Abänderung der geltenden Rechtsprechung — bei der Invaliditätsbemessung nach der Methode des Einkommensvergleichs (Art. 28, Abs. 2, IVG) auch der Behinderung im hausfraulichen Aufgabenbereich angemessen Rechnung zu tragen. Das BSV beantragt, die Akten seien zur weiteren Abklärung an die IV-Kommission zurückzuweisen.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung teilweise gutgeheissen:

1. Nach Art. 28, Abs. 1, IVG hat der Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn er mindestens zu zwei Dritteln, oder auf eine halbe Rente, wenn er mindestens zur Hälfte (im Fall wirtschaftlicher Härte mindestens zu einem Drittel) invalid ist.

Die gesetzlichen Grundlagen der Invaliditätsschätzung sind verschieden, je nachdem ob diese Personen betrifft, die vor Eintritt der Invalidität erwerbstätig oder nicht erwerbstätig waren (in der Folge «Erwerbstätige» bzw. «Nichterwerbstätige» genannt). Während sich der Invaliditätsgrad eines Erwerbstätigen nach dem in Art. 28, Abs. 2, IVG vorgesehenen Einkommensvergleich, also wesentlich nach erwerblichen Gesichtspunkten bestimmt, wird für die Bemessung der Invalidität Nichterwerbstätiger, insbesondere von Hausfrauen, darauf abgestellt, in welchem Umfang sie behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 27, Abs. 1, IVV i. V. m.

Art. 28, Abs. 3, IVG). Als Aufgabenbereich der Hausfrau gilt nach Art. 27, Abs. 2, IVV die übliche Tätigkeit im Haushalt und allenfalls im Betrieb des Ehemannes sowie die Erziehung der Kinder.

Nach geltender Rechtsprechung ist es wegen dieser grundsätzlichen Verschiedenheit der beiden gesetzlichen Bemessungsmethoden (Einkommensvergleich einerseits und Betätigungsvergleich andererseits) nicht möglich, einen Versicherten teilweise als Erwerbstätigen und teilweise als Nichterwerbstätigen zu qualifizieren. Ist der Versicherte vor Eintritt der Invalidität zugleich erwerblich und im spezifischen Aufgabenbereich im Sinn von Art. 27 IVV tätig gewesen, so ist für die Wahl der Bemessungsmethode entscheidend, welches Tätigkeitsgebiet — gesamthaft betrachtet — die grössere Bedeutung hätte, wenn er nicht invalid geworden wäre (ZAK 1970, S. 418, und ZAK 1969, S. 198 und 520 sowie die dort zitierten Urteile). Nach der Praxis gehört vorwiegend zu den Erwerbstätigen beispielsweise eine verheiratete Hausfrau, die vor der Invalidierung im vollen Ausmass erwerbstätig war oder den überwiegenden Teil dessen erwarb, was sie bei voller Ausübung einer Erwerbstätigkeit gleicher Art hätte verdienen können (EVGE 1964, S. 262, und ZAK 1969, S. 520). Hingegen ist eine verheiratete Hausfrau, die schon vor Eintritt der Invalidität neben der Besorgung des Haushalts nur einen geringen Nebenverdienst hatte, als Nichterwerbstätige zu betrachten, was zur Anwendung der spezifischen Bemessungsmethode (Art. 27 IVV) führt.

Nach der neuesten Rechtsprechung muss ferner die Erwerbstätigkeit, die eine hauptsächlich im eigenen Haushalt und mit der Kindererziehung beschäftigte Versicherte für Drittpersonen ausübt, bei der Invaliditätsschätzung nach der spezifischen Methode von Art. 27 IVV angemessen berücksichtigt werden, sofern die erwerbliche Betätigung zum Aufgabenbereich der betreffenden Hausfrau gehört. Dies trifft dann zu, wenn das Erwerbseinkommen, welches die Versicherte ohne Invalidität wahrscheinlich erzielen würde, einen wesentlichen Teil des gesamten Familieneinkommens bildet (s. Urteil E. S. in ZAK 1973, S. 438).

Heute vertritt das BSV die Auffassung, dass bei einer bis zur Invalidierung vorwiegend erwerbstätig gewesenen Hausfrau, deren Rentenanspruch nach Art. 28 IVG beurteilt werden muss, die Behinderung in der Besorgung des Haushalts bei der Invaliditätsschätzung angemessen zu berücksichtigen sei. Dem kann nicht beigeplant werden. Während es im Urteil E. S. lediglich darum ging, den Aufgabenbereich der Hausfrau im Sinn von Art. 27, Abs. 1, IVV genauer zu umschreiben, bedeutet das vom Bundesamt verfochtene neue Postulat einen Eingriff in die Praxis, wonach ein Versicherter nicht gleichzeitig als Erwerbstätiger und als Nichterwerbstätiger behandelt werden darf. Die angemessene Mitberücksichtigung nichterwerblicher Nebenaufgaben lässt sich bei der Invaliditätsschätzung nach Art. 28 IVG mit der geltenden Regelung des — gesetzmässigen — Art. 27 IVV nicht vereinbaren, jedenfalls solange der Bundesrat aufgrund von Art. 28, Abs. 3, IVG nichts anderes vorschreibt. Demzufolge ist an der geltenden Praxis festzuhalten.

2. Nach den Angaben der Spinnerei war die Beschwerdeführerin bis zum Unfall vom 3. Juni 1969 vollständig arbeitsfähig; sie arbeitete vier Tage zu 9 Stunden und 1 Tag zu 5 Stunden in der Woche. Ihr Invaliditätsgrad be-

misst sich deshalb nach der Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28, Abs. 2, IVG.

Die Versicherte begründet ihr Rentenbegehren damit, dass es ihr aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sei, die ihr von der Spinnerei angebotene Arbeit zu verrichten. Die kantonalen IV-Organen andererseits meinen, sie habe sich einer zumutbaren Eingliederungsmassnahme widersetzt.

Am 5. Mai 1970 teilte die Spinnerei der SUVA mit, es sei ihr nicht möglich, der Beschwerdeführerin eine Arbeit zuzuweisen, die sie in aufrechter Körperhaltung verrichten könnte und bei der sie keine Lasten heben müsste. Dem Abklärungsbericht des SUVA-Aussendienstes vom 16. Juni 1970 lässt sich entnehmen, dass später offenbar doch ein leichter Posten bei der bisherigen Arbeitgeberin gefunden werden konnte, der von der Beschwerdeführerin scheinbar aber nie angetreten wurde. Dazu bemerkte der SUVA-Arzt am 1. Juli 1970: «Die leicht vornüber geneigte Arbeitshaltung ist allerdings für die Brustwirbelsäule relativ ungünstig. Dass in dieser Haltung an der lädierten Brustwirbelsäule Beschwerden ausgelöst werden, ist plausibel.» Nicht verständlich sei allerdings die Behauptung der Versicherten, überhaupt keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen zu können. Im Abklärungsbericht der Regionalstelle vom 14. April 1971 ist ebenfalls von einer leichten Tätigkeit die Rede, welche der Versicherten angeboten, von dieser aber nicht akzeptiert worden sei. Ob es sich bei den von der SUVA und von der Regionalstelle erwähnten Posten um dieselbe Tätigkeit geht, ist aus den Akten nicht ersichtlich. Jedenfalls scheint die von der SUVA genannte Tätigkeit dem Wirbelsäuleiden der Beschwerdeführerin nicht angepasst gewesen zu sein, und ob ihr die von der Regionalstelle erwähnte Arbeit hätte zugemutet werden können, ist medizinisch unabgeklärt geblieben. In diesem Zusammenhang mag auch beachtet werden, dass Dr. B die Frage der IV-Kommission, ob der Versicherten eine auswärtige halbtägige Tätigkeit bei einem angepassten Arbeitsplatz zumutbar wäre, im Gegensatz zum SUVA-Arzt verneint hat.

Bei diesen Gegebenheiten lässt sich nicht ohne weitere Erhebungen sagen, die Beschwerdeführerin habe sich einem zumutbaren Eingliederungsversuch widersetzt. Welche Tätigkeit ihr zugemutet werden kann, bedarf eingehender medizinischer Beurteilung. Allenfalls wird es Sache der IV-Kommission sein, der Versicherten erneut einen konkreten Eingliederungsvorschlag zu unterbreiten. Zutreffend weist das BSV darauf hin, dass dabei nicht nur an Tätigkeiten in der Spinnerei zu denken wäre. Nach durchgeführter Abklärung der Eingliederungsmöglichkeit wird die Ausgleichskasse über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin nochmals befinden.

Urteil des EVG vom 12. Dezember 1972 i. Sa. E. H.

Art. 29, Abs. 1, und Art. 41 IVG; Art. 29 und Art. 88bis, Abs. 1, IVV. Wird die Rente bei einer Revision nach Variante 2 von Art. 29, Abs. 1, IVG herabgesetzt oder aufgehoben, so ist Art. 29 IVV sinngemäss anwendbar. Die Wartezeit wird demzufolge unterbrochen, wenn der Versicherte an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsunfähig ist.

Der 1931 geborene ledige Versicherte leidet an einem neurasthenischen Syndrom sowie an einem Mesenterium commune mit Non-rotation des Darmes.

Im Herbst 1967 meldete er sich bei der IV zum Leistungsbezug. Durch Verfügung vom 30. November 1967 lehnte es die Ausgleichskasse ab, dem Geschädigten medizinische Massnahmen zu gewähren. In einer weiteren Verfügung vom 12. Dezember 1967 sprach sie ihm mit Wirkung ab 1. September 1967 eine halbe einfache IV-Rente zu. Am 18. Dezember 1969 verfügte die Kasse gestützt auf das Ergebnis einer Revision, die einen Invaliditätsgrad von 70 Prozent ergab, die halbe Rente werde mit Wirkung ab 1. Oktober 1969 in eine ganze von monatlich 342 Franken umgewandelt. Für die Zeit vom 7. September 1970 bis 30. Juni 1971 leistete die IV Kostengutsprache für Umschulungskosten in einer Eingliederungsstätte. Anstelle der ab 1. Oktober 1970 sistierten Rente richtete sie dem Behinderten vom 7. September 1970 an ein Taggeld aus. Am 1. Mai 1971 trat dieser eine Stelle als Bürogehilfe an, was die Ausgleichskasse am 29. Juli 1971 zur verfügungsweisen Feststellung veranlasste, es liege keine rentenbegründende Invalidität mehr vor. Zuzufolge eines Rückfalles musste aber der Versicherte anfangs Juli 1971 seine Stelle aufgeben. Eine neuerliche Abklärung des Invaliditätsgrades ergab eine Erwerbsunfähigkeit von 70 Prozent, worauf die Kasse am 7. März 1972 dem Ansprecher ab 1. Juli 1971 eine ganze einfache Rente im Betrag von 319 Franken zusprach.

Der Versicherte beschwerte sich gegen diese Verfügung und beantragte, es sei ihm die Rente im früheren Betrage von 342 Franken auszurichten. Zur Begründung führte er aus, er könne nicht glauben, dass die gesetzlichen Bestimmungen den Sinn hätten, einen Invaliden, der den guten Willen habe, eingegliedert zu werden, aber nach einem zweimonatigen Arbeitsversuch erkrankte, mit einer Kürzung der Rente zu bestrafen; dies widerspreche jedem Rechtsempfinden.

Die kantonale Rekursbehörde wies die Beschwerde ab, bemerkte aber gleichzeitig, das Ergebnis wirke an sich stossend. Der Versicherte reichte gegen das kantonale Erkenntnis Verwaltungsgerichtsbeschwerde ein.

Die Ausgleichskasse schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Das BSV stellt dagegen den Antrag, es sei die Kassenverfügung in dem Sinne zu ändern, dass die nach den früheren Berechnungsgrundlagen festgesetzte Rente ab 1. Juli 1971 wieder zu gewähren sei. Für den Fall der Nichtannahme des Hauptantrages schlägt es vor, die Sache an die Ausgleichskasse zurückzuweisen, damit diese die Rente unter Berücksichtigung eines Invalidenstatus von 25 Prozent des durchschnittlichen Jahreseinkommens berechne.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung gutgeheissen:

1. Art. 29, Abs. 1, IVG, der von der Entstehung des Rentenanspruches handelt, ist nach Art. 88bis, Abs. 1, IVV analog anwendbar für die Feststellung des Zeitpunktes, in dem eine Änderung des Invaliditätsgrades erheblich geworden ist. Die ganze Rente kann somit revisionsweise erst dann durch die halbe ersetzt oder aufgehoben werden, wenn der Versicherte entweder bleibend weniger als zu zwei Dritteln bzw. zur Hälfte erwerbsunfähig ist (Variante 1) oder während 360 Tagen ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich weniger als zu zwei Dritteln bzw. zur Hälfte arbeitsunfähig war und weniger als zu zwei Dritteln bzw. zur Hälfte erwerbsunfähig ist (Variante 2).

Da aus den Akten hervorgeht, dass es sich beim Leiden des Beschwerdeführers um eine langdauernde, labile und rückfallsfähige Krankheit handelt, hat die Beurteilung des Rechtsstreites in Anwendung der Variante 2 zu erfolgen. Ausgleichskasse und Vorinstanz sind der Ansicht, weil der Versicherte in den Monaten Mai und Juni 1971 als Bürogehilfe tätig gewesen sei und mithin eine über 30tägige Periode ununterbrochener Arbeitsfähigkeit hinter sich habe, sei sein ursprünglicher Anspruch auf Rente im Lichte der Art. 29 IVG und 29 IVV erloschen. Der Rückfall, der den Beschwerdeführer zur Aufgabe seiner Stelle zwang, sei wegen des vorangegangenen zweimonatigen Arbeitsversuchs als neuer Versicherungsfall zu erachten. Demgemäss sei die ab 1. Juli 1971 zu gewährende Rente entsprechend den in diesem Zeitpunkt geltenden gesetzlichen Bestimmungen zu berechnen. Träfe dies zu, so wäre die von der Kasse festgesetzte neue Rente richtig berechnet.

2. Es stellt sich indessen die Frage, ob die vorinstanzliche Annahme, der vom Beschwerdeführer anfangs Juli 1971 erlittene Rückfall stelle einen neuen Versicherungsfall dar, zutrifft. In seiner Vernehmung vertritt das BSV den (schon in Rz 208 seiner Wegleitung über Invalidität und Hilflosigkeit dargelegten) Standpunkt, der in Art. 29 IVV genannte 30tägige Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit sei nur für den Beginn der Wartezeit bei Entstehung des Anspruches relevant, hingegen nicht bei Ermittlung der 360-tägigen Wartezeit im Falle der Rentenherabsetzung oder -aufhebung. Vielmehr müsse jetzt die sinngemässe Anwendung von Art. 29 IVV dazu führen, dass u m g e k e h r t anzunehmen sei, ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liege vor, wenn der Versicherte an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen v o l l a r b e i t s u n f ä h i g gewesen sei.

Das EVG hat zu dieser streitigen Frage bis heute noch nicht ausdrücklich Stellung genommen. Die Ansicht des Bundesamtes ist insofern einleuchtend, als es sich bei der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung um die möglichst spiegelbildliche Anwendung des für die Rentenzusprechung massgebenden Art. 29, Abs. 1, IVG (Variante 2) handelt. Wenn bei der Rentenzusprechung 30 Tage Arbeitsfähigkeit die Wartezeit von 360 Tagen unterbrechen, so müssen im Zusammenhang mit der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die 30 Tage als solche der Arbeitsunfähigkeit verstanden werden. Würden sie hingegen als Tage der Arbeitsfähigkeit gedeutet, so wäre dadurch die Anwendbarkeit von Art. 29 IVG bzw. Art. 88bis, Abs. 1, IVV in Frage gestellt. Denn jedes Mal nach Ablauf von 30 Tagen voller Arbeitsfähigkeit innerhalb der 360tägigen Wartezeit müsste die Beendigung des Versicherungsfalles angenommen werden. Damit würde in solchen Fällen die auf 360 Tage bemessene Wartezeit ausser Kraft gesetzt. Volle Arbeitsfähigkeit von mindestens 30 Tagen während der 360tägigen Wartezeit im Zusammenhang mit der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung hat somit keine andere Bedeutung, als wenn ein Versicherter während der 360tägigen Wartezeit bis zur Rentenzusprechung bzw. -erhöhung mindestens 30 Tage lang voll arbeitsunfähig ist. In beiden Fällen wird lediglich der Durchschnitt der Arbeitsunfähigkeit beeinflusst, nicht aber die 360tägige Wartezeit selber in Frage gestellt. Die Konzeption des BSV erweist sich somit als folgerichtig. Sie erlaubt, Art. 29 IVG und Art. 88bis, Abs. 1, IVV in vernünftiger Weise auf die Fälle der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung anzuwenden.

3. Im vorliegenden Falle hat die Ausgleichskasse — und mit ihr die Vorinstanz — insbesondere Art. 29, Abs. 1, IVV unrichtig ausgelegt. Dies ist der Grund, weshalb die Kasse unzutreffenderweise eine neue Rente festsetzte, anstatt die früher mit einem Betrag von 342 Franken ausgesetzte Rente weitergelten zu lassen. Daran vermögen die rund zwei Monate (angeblich) voller Beschäftigung während der 360tägigen Wartezeit nichts zu ändern. Ein neuer Versicherungsfall ist deswegen nicht eingetreten.

Es stellt sich nunmehr die Frage, von welchem Zeitpunkt an die alte Rente von monatlich 342 Franken wieder ausbezahlt werden darf. Das BSV ist der Meinung, in Anbetracht der unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Sistierungsverfügung vom 29. Juli 1971 bestehe für die vorangegangene Zeit kein Rentenanspruch. Diese Ansicht ist zutreffend. Der Hauptantrag des BSV ist deshalb gutzuheissen. Damit erübrigt es sich, über die Begründetheit seines in der Beschwerde gestellten Eventualantrages zu befinden. ...

4. In Übereinstimmung mit dem BSV hält das EVG dafür, dass die Verwaltungsorgane der IV ihre Bemühungen um Eingliederung des noch jungen Beschwerdeführers wieder aufnehmen sollten.

Urteil des EVG vom 10. Oktober 1972 i. Sa. S. G.

Art. 41, Abs. 1, IVG; Art. 27 IVV. Eine rechtserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades kann sich bei einer Hausfrau und Mutter auch aus einer Wandlung des Aufgabenbereiches ergeben.

Die Invalidität des Ehemannes beeinflusst grundsätzlich die Invalidität der nichterwerbstätigen Ehefrau, weil Kompensationsmöglichkeiten zur Entlastung der invaliden Frau entfallen.

Die am 1. Februar 1938 geborene Versicherte ist seit Jahren wegen tapetoretinaler Degeneration praktisch blind. Sie ist mit einem Blinden verheiratet und Mutter von zwei 1964 und 1965 geborenen Kindern. Im Februar 1962 hatte sie sich erstmals zum Leistungsbezug bei der IV gemeldet und um medizinische Massnahmen, Berufsberatung und eventuell Umschulung er sucht. Seit ihrer Verheiratung am 1. September 1962 widmet sie sich ausschliesslich der Besorgung ihres Haushaltes, weshalb die Begehren um berufliche Massnahmen gegenstandslos wurden; medizinische Massnahmen waren offenbar nicht möglich oder nicht indiziert. Hingegen wurde der Versicherten gemäss Verfügung vom 10. Januar 1963 eine halbe IV-Rente mit Wirkung ab 1. September 1962 zugesprochen. Angesichts des durch die Geburt des ersten Kindes erweiterten Aufgabenbereiches erhöhte die IV-Kommission den Invaliditätsgrad von 50 auf 70 Prozent und richtete vom 1. Februar 1964 hinweg eine ganze Rente nebst Zusatzrente für das Kind aus (Verfügung vom 18. Juni 1965). Eine weitere Zusatzrente wurde — bei unverändertem Invaliditätsgrad der Versicherten — nach der Geburt des zweiten Kindes fällig. Gemäss Verfügung vom 19. September 1969 wurde der Versicherten auch die einer Hilflosigkeit leichteren Grades entsprechende Entschädigung vom 1. Mai 1968 hinweg zugesprochen.

Anlässlich der auf Ende Februar 1971 vorgemerkten Revision beschloss die IV-Kommission nach Einholung eines neuen Arztberichtes und Vornahme einer Abklärung an Ort und Stelle, die Invalidität betrage nunmehr 60 Prozent. Demgemäss eröffnete die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 28. April

1971 der Versicherten die neue Invaliditätsschätzung und reduzierte die bisherige ganze auf eine halbe Rente mit Wirkung ab 1. Mai 1971. Die Hilflosenentschädigung erfahre keine Änderung; eine neue Revision sei auf Ende April 1976 vorgesehen.

Die Versicherte beschwerte sich erfolglos gegen diese Verfügung. Der abweisende Entscheid der kantonalen Rekursbehörde, der die Herabsetzung der Rente bestätigt, datiert vom 15. Dezember 1971 und wurde am 15. März 1972 zugestellt.

Gegen diesen Entscheid führt die Versicherte Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Antrag, es sei ihr weiterhin eine ganze IV-Rente zu gewähren. In der Beschwerdebegründung wird im besonderen beanstandet, dass im angefochtenen Entscheid ohne jede Begründung unterstellt werde, die Erziehung heranwachsender Kinder beschäftige eine Mutter weniger intensiv als die Pflege eines Kleinkindes. Ferner sei es unrichtig, die Blindheit des Ehemannes nicht zu berücksichtigen, weil er der Beschwerdeführerin nicht nur weniger Arbeiten abnehmen könne als ein gesunder Mann, sondern ihr noch zusätzlich Mühe verursache. Aus diesen Gründen erweise sich der kantonale Entscheid als unangemessen.

Die Ausgleichskasse hält an ihrer Stellungnahme gemäss Vernehmlassung an die Vorinstanz fest. Das BSV beantragt, es sei der Beschwerdeführerin in Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde weiterhin eine ganze Rente auszurichten; die Akten seien zur Abklärung der Frage der Hilflosigkeit an die IV-Kommission zurückzuweisen. Die Begründung dieser Anträge ergibt sich, soweit erforderlich, aus den nachfolgenden Erwägungen.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Gründen gutgeheissen:

1. . . .

2a. Invalid im Sinne des Gesetzes ist, wer wegen eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall voraussichtlich bleibend oder längere Zeit erwerbsunfähig ist (Art. 4, Abs. 1, IVG). Indessen hat bloss Anspruch auf eine ganze Rente, wer mindestens zu zwei Dritteln, und auf eine halbe Rente, wer mindestens zur Hälfte invalid ist. In Fällen wirtschaftlicher Härte kann die halbe Rente auch bei einer Invalidität von mindestens einem Drittel ausgerichtet werden (Art. 28, Abs. 1, IVG).

Für die Bemessung der Invalidität volljähriger Nichterwerbstätiger, denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann — wie beispielsweise den Hausfrauen —, wird die Unmöglichkeit, sich im gewohnten Aufgabenbereich zu betätigen, der Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 4, Abs. 1, IVG gleichgestellt (Art. 5, Abs. 1, IVG; Art. 27, Abs. 1, IVV). Als Aufgabenbereich der Hausfrau gilt dabei gemäss Art. 28, Abs. 3, IVG und Art. 27, Abs. 2, IVV die übliche Tätigkeit im Haushalt und allenfalls im Betrieb des Ehemannes sowie die Erziehung der Kinder.

b. Laufende Renten sind für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Für die Feststellung des Zeitpunktes, in dem eine Änderung des Invaliditätsgrades erheblich geworden ist, sind nach Art. 88bis, Abs. 1, IVV die Regeln von Art. 29, Abs. 1, IVG über den Beginn des Rentenanspruches sinngemäss anwendbar. Das bedeutet nach der

im vorliegenden Fall zutreffenden ersten Variante dieser Bestimmung, dass die bestehende ganze Rente dann auf eine halbe Rente herabgesetzt werden darf, wenn die Beschwerdeführerin bleibend weniger als zu zwei Dritteln, aber mindestens zur Hälfte (im Härtefall wenigstens zu einem Drittel) erwerbsunfähig bzw. in der Erfüllung ihres Aufgabenbereiches beeinträchtigt wäre.

3. Eine rechtserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades kann sich, generell gesehen, aus einer Veränderung des Gesundheitszustandes und der durch diesen bewirkten Behinderung oder aber aus einer Wandlung des Aufgabenbereiches ergeben.

Im vorliegenden Fall hat sich die körperliche Beeinträchtigung, die in praktischer Blindheit besteht, seit der erstmaligen Rentenzusprechung vor zehn Jahren nicht verändert; das ist unbestritten. Somit ist zu prüfen, ob sich im massgebenden Aufgabenbereich rechtserhebliche Änderungen eingestellt haben. Im Jahre 1964 wurde die frühere halbe auf eine ganze Rente erhöht, weil angenommen wurde, die Versicherte benötige für die Pflege des Kleinkindes (geboren 8. Februar 1964) vermehrte Hilfe; der Invaliditätsgrad betrage deshalb fortan 70 Prozent. Die Rentenerhöhung ging mithin auf eine Veränderung im Aufgabenbereich zurück. — Die angefochtene Revisionsverfügung stützt sich offensichtlich auf den der IV-Kommission erstatteten Abklärungsbericht, in dem es heisst: «Nachdem das jüngste Kind heute 5jährig ist, sollte meines Erachtens der Invaliditätsgrad auf 60 Prozent reduziert werden (der Invaliditätsgrad wurde 1964 nur wegen des Kleinkindes auf 70 Prozent erhöht).» Auch für die revisionsweise Herabsetzung der Rente war somit eine Änderung im Aufgabenbereich der Beschwerdeführerin massgebend. Es stellt sich jedoch die Frage, ob diese tatsächliche Veränderung rechtlich zutreffend gewürdigt worden sei.

IV-Kommission, Ausgleichskasse und Vorinstanz nehmen übereinstimmend an, die Betreuung eines fünfjährigen Kindes beanspruche eine blinde Mutter wesentlich weniger intensiv als die Pflege eines Kleinkindes. Unter den hier gegebenen Umständen soll diese Erleichterung im Aufgabenbereich als Hausfrau die Invalidität um 10 Prozent vermindern. Dieser Auffassung ist nicht beizupflichten. Mindestens zu einem beträchtlichen Teil wird durch das Heranwachsen des Kindes lediglich von einer Verlagerung der Aufgaben der Mutter gesprochen werden können; diese blosser Verschiebung von Aufgaben wirkt sich jedoch auf die Invalidität nicht aus. Der grösseren Selbständigkeit des fünfjährigen Kindes steht die grössere Beweglichkeit und damit eine erhöhte Gefährdung des Kindes selber wie auch der Umgebung durch das Kind gegenüber. An die Stelle unmittelbarer Pflege treten vermehrte Aufsicht und Kontrolle. Die Erziehung des heranwachsenden Kindes wird für eine blinde Mutter sogar in manchen Belangen offensichtlich schwieriger; so hinsichtlich der Überwachung der Schulaufgaben. In der vorliegenden Sache fällt aber, abgesehen von diesem Vergleich, die folgende Erwägung des BSV entscheidend ins Gewicht: die Betreuung von nunmehr z w e i Kindern im Alter von 5 und 6 Jahren (im Zeitpunkt der Revision) beansprucht die blinde Mutter ohne Zweifel ebenso intensiv wie die seinerzeitige Betreuung eines e i n z i g e n Kleinkindes; der Umstand, dass die Kinder heranwachsen, bewirkt mithin unter den konkreten Verhältnissen keine Verminderung der Invalidität und rechtfertigt die Annahme einer rechtserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades nicht; dies umso weniger, als seinerzeit der In-

validitätsgrad nach der Geburt des ersten Kindes auf 70 Prozent erhöht wurde, beim zweiten Kind aber unverändert blieb.

Die Vorinstanz argumentiert sodann, dem für die Invaliditätsbemessung notwendigen Betätigungsvergleich sei nach wie vor die mit der Besorgung einer Dreizimmerwohnung verbundene Beanspruchung zugrunde zu legen, weil der Umzug in ein Eigenheim mit fünf Zimmern nicht invaliditätsbedingt sei. Diese Argumentation ist abzulehnen. Vorbehältlich einer missbräuchlichen Beanspruchung der IV durch eine objektiv nicht gerechtfertigte Ausweitung des Aufgabenbereiches darf eine Wahrung dieses Bereiches im Zuge persönlicher Entfaltung nicht einfach unberücksichtigt bleiben. Unter diesem Gesichtspunkt kann — besonders im Hinblick auf die Kinder — zweifellos nicht von Rechtsmissbrauch die Rede sein, wenn ein Elternpaar mit zwei Kindern von einer Drei- in eine Fünfstückerwohnung umzieht oder gar ein Eigenheim mit kleinem Garten erwirbt; folglich muss auch der mit einer solchen Umstellung verbundenen Ausweitung des Aufgabenkreises unter dem erwähnten Vorbehalt Rechnung getragen werden. Dies gebietet auch die Rechtsgleichheit gegenüber einer Versicherten, die erst nach einer solchen Umstellung invalid wird.

Schliesslich ist zu beachten, dass auch die Invalidität des Ehemannes grundsätzlich die Invalidität der Ehefrau beeinflusst, weil Kompensationsmöglichkeiten zur Entlastung der blinden Frau entfallen. Dieser Ausfall findet bei der Schätzung der Invalidität des Mannes keine Beachtung, weil hierfür allein die invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse massgebend ist. Wie in der bundesamtlichen Vernehmlassung zutreffend bemerkt wird, stellt sich aber diese Frage unter dem Gesichtspunkt der rechtserheblichen Änderung im vorliegenden Fall nicht, weil die Invalidität des Ehemannes bereits im Vergleichszeitpunkt unverändert bestand.

Hat sich nach dem Gesagten die Invalidität der Beschwerdeführerin nicht in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert, so ist ihr weiterhin die bisherige ganze einfache IV-Rente auszurichten. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist folglich gutzuheissen und der kantonale Entscheid sowie die angefochtene Revisionsverfügung — soweit sie die Rente betreffen — sind aufzuheben.

4. ...

Ergänzungsleistungen

Urteil des EVG vom 22. Mai 1973 i. Sa. A. R.

Art. 3, Abs. 4, Bst. e, ELG; Art. 2 ELKV. Meldet ein EL-Bezüger der Durchführungsstelle die Krankheitskosten innert zwölf Monaten, nachdem er Kenntnis von der Rechnungstellung erhalten hat, so werden in sinngemässer Anwendung von Art. 48, Abs. 2, 2. Satz, IVG auch die mehr als zwölf Monate vor dieser Meldung in Rechnung gestellten Kosten berücksichtigt.

Eine Rechnung gilt dann im Sinne von Art. 2 ELKV als gestellt, wenn sie der zu ihrer Entgegennahme befugten Person oder Amtsstelle zugegangen ist.

Die 1919 geborene A. R. befindet sich seit 1966 wegen Invalidität im Altersheim X. Sie ist bevormundet und bezieht seit 1966 zu ihrer Invalidenrente eine EL. Die letzte Revisionsverfügung datiert vom 7. Juni 1971 und setzt die EL ab 1. Januar 1971 fest. Am 10. April 1972 teilte die Ausgleichskasse dem Vormund mit, dass die im Jahre 1971 entstandenen Krankheitskosten von 401 Franken nach Abzug des gesetzlichen Selbstbehalts von 200 Franken zurückvergütet würden. Hingegen verfügte die Kasse am 26. April 1972: Für die vom 17. Januar 1971 datierte, vom Gemeindeammann am 15. Februar 1971 visitierte Arztrechnung in der Höhe von 560.85 Franken falle eine Rückvergütung ausser Betracht, weil diese Kosten nicht innerhalb der vorgeschriebenen 12 Monate seit Rechnungstellung bei ihr geltend gemacht worden seien. Beim Rückvergütungsbetrag von 201 Franken (Rechnung vom 30. Dezember 1971 in der Höhe von Fr. 401.—) habe es demnach sein Bewenden. Die Arztrechnung über 560 Franken war am 17. März 1971 von der Gemeindekasse zulasten von A. R. beglichen worden.

Beschwerdeweise machte der Vormund für A. R. geltend, von der soeben erwähnten Arztrechnung habe ihm das Gemeindekassieramt erst am 28. April 1972 Kenntnis gegeben. Somit habe die 12monatige Frist erst mit diesem Tag zu laufen begonnen.

Das kantonale Versicherungsgericht hat die Beschwerde mit Entscheidung vom 25. August 1972 abgewiesen im wesentlichen mit der Begründung, die 12monatige Frist habe Verwirklichungscharakter. Zudem sei es wenig glaubhaft, dass der Sekretär der Armenbehörde, der zugleich Vormund der Beschwerdeführerin sei, ausgerechnet von der am 15. Februar 1971 durch den Präsidenten der Vormundschaftsbehörde visitierten und am 17. März 1971 bezahlten Rechnung keine Kenntnis gehabt habe.

Der Vormund reicht für A. R. Verwaltungsgerichtsbeschwerde ein. Er beantragt die «Zusprechung des Anspruches auf Vergütung der Krankheitskosten pro 1971 als Anrechnung 1971 oder evtl. pro 1972». Er bringt erneut vor, dass weder sein Mündel noch er selbst von jener Arztrechnung Kenntnis gehabt habe. Erst durch die Mitteilung vom 10. April, die Verfügung vom 26. April und die Rechnungstellung des Altersheimes vom 28. April 1972 sei er davon unterrichtet worden. Entgegen der Annahme der Vorinstanz sei er nicht Sekretär der Armenbehörde. Er als Vormund sei allein zur Geltendmachung der Krankheitskosten zuständig, was aber voraussetze, dass diese ihm rechtzeitig bekannt gegeben würden.

Ausgleichskasse und BSV beantragen Abweisung der Beschwerde.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Gründen abgewiesen:

Nach Art. 2 ELKV können Kosten für Arzt, Medikamente und Krankenpflege bei der Ermittlung des anrechenbaren Einkommens (Art. 2, Abs. 1, ELG) nur dann im Sinne von Art. 3, Abs. 4, Bst. e, ELG abgezogen werden, wenn sie innert zwölf Monaten seit Rechnungstellung bei der Durchführungsstelle geltend gemacht werden. Dies bedeutet für den Leistungsansprecher insofern eine Vergünstigung, als nicht nur jene Krankheitskosten abziehbar sind, die sofort bei Rechnungstellung der Durchführungsstelle gemeldet werden, sondern auch diejenigen Kosten, für die innert der zwölf dieser Meldung vorangegangenen Monate Rechnung gestellt worden ist. Dabei handelt es sich um eine Art Nachgewährung von Leistungen, wie sie auch die IV kennt.

Art. 48, Abs. 2, Satz 1, IVG bestimmt nämlich, dass dem Versicherten die Leistungen für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate nachgewährt werden müssen. Darüber hinaus und abweichend von der Departementsverfügung sieht Art. 48, Abs. 2, Satz 2, IVG aber vor, dass Versicherungsleistungen auch für mehr als zwölf zurückliegende Monate nachbezahlt werden, wenn der Versicherte den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und er sich innert zwölf Monaten seit Kenntnisnahme anmeldet.

Nun ist die Ähnlichkeit der beiden einerseits in Art. 2 der Departementsverfügung, andererseits in Art. 48, Abs. 2, Satz 1, IVG geordneten Rechtsinstitute und der mit ihnen angestrebten Zwecke unverkennbar. Dieser Umstand rechtfertigt es, Satz 2 von Art. 48, Abs. 2, IVG im Bereich der EL sinngemäss anzuwenden: Konnte der EL-Bezüger nicht wissen, dass eine Rechnung gestellt worden war, die zu einem Abzug berechtigen würde, meldet er aber die entsprechenden Krankheitskosten der Durchführungsstelle innert zwölf Monaten seit Kenntnisnahme, so werden auch die mehr als zwölf Monate vor dieser Meldung in Rechnung gestellten Kosten abgezogen.

Eine Rechnung gilt dann im Sinn von Art. 2 der Departementsverfügung als gestellt, wenn sie der zu ihrer Inempfangnahme befugten Person oder Amtsstelle zugegangen ist.

2. Die Arztrechnung in der Höhe von 560 Franken ist am 15. Februar 1971 vom Gemeindeammann visiert und somit spätestens an diesem Tag der Gemeindekasse zugestellt worden. Dem Vormund ist ferner zu glauben, dass er erst am 28. April 1972 von jener Rechnung Kenntnis erhalten hat. Dennoch kann seiner Auffassung, die zwölfmonatige Frist habe für ihn erst zu diesem Zeitpunkt zu laufen begonnen, nicht beigespflichtet werden.

Wie der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zu entnehmen ist, führt das Gemeindegassieramt die Buchhaltung für das Altersheim X. Für jeden Pensionär besteht ein Konto, auf dem unter anderem Arztrechnungen belastet und EL gutgeschrieben werden. Rechnungen der erwähnten Art, welche Altersheimpensionäre betreffen, werden demnach direkt der Gemeindekasse zugeleitet und von dieser beglichen, was auch vorliegend der Fall war. Dieses Vorgehen war dem Vormund bekannt; anscheinend war er damit einverstanden. Es hat aber den Nachteil, dass der Vormund unter Umständen erst mit Verspätung von finanziellen, seine Mündel betreffenden Transaktionen der Gemeindekasse Kenntnis erhält. Dies gilt insbesondere auch hinsichtlich der Arztrechnungen. Es gehört grundsätzlich zur Sorgfaltspflicht des Vormundes, sich über die Geschäftserledigung durch die Gemeindekasse so häufig als nötig unterrichten zu lassen. Unterlässt er dies, so kann er sich nicht darauf berufen, die Gemeindekasse habe ihm nicht rechtzeitig von der Rechnung bzw. deren Bezahlung Kenntnis gegeben.

Die Rechnung über den Betrag von 560 Franken ist — wie gesagt — spätestens am 15. Februar 1971 der Gemeindekasse zugegangen. Bei Beachtung der ihm obliegenden Sorgfaltspflichten hätte sich der Vormund in den folgenden Monaten ohne weiteres von dieser Rechnung Kenntnis verschaffen können. Diese Unterlassung führte dazu, dass die Rechnung erst am 24. März 1972 der Ausgleichskasse zum Abzug gemeldet wurde. Zu diesem Zeitpunkt war aber die zwölfmonatige Frist zur Geltendmachung der betreffenden Krankheitskosten bereits abgelaufen, weshalb die Ausgleichskasse mit Recht eine Kostenrückvergütung verweigert hat.

Die Sozialversicherung im Zahlenbild

Das Eidgenössische Statistische Amt gibt jährlich ein «Statistisches Jahrbuch der Schweiz» heraus. Ein Abschnitt beschlägt die **Versicherung**. Die Unterlagen über die eigentliche Sozialversicherung (ohne die Pensionskassen und die kantonalen Familienausgleichskassen) erhält das Statistische Amt durch das Bundesamt für Sozialversicherung. Dieses stellt sie in Zusammenarbeit mit der SUVA (obligatorische Unfallversicherung), mit der Militärversicherung und mit dem Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit (Arbeitslosenversicherung) zusammen. Die nachstehenden Tabellen sind ein konzentrierter Auszug aus diesen Statistiken; sie werden zuhanden der ZAK-Leser kurz kommentiert. Die Aufteilung der auf die einzelnen Sozialwerke entfallenden Aufwendungen wird zudem mit einer Grafik veranschaulicht.

Die Rentenbezüger und die ausbezahlten Rentensummen der AHV ¹

Tabelle 1

Jahre	Rentenbezüger in Tausend ²			Auszahlungen in Mio Franken		
	Altersrenten ³	Hinterlassenenrenten	Total	Altersrenten	Hinterlassenenrenten	Total
1948	182	65	247	103	19	122
1950	228	78	306	139	25	164
1952	310	99	409	205	36	241
1954	352	109	461	297	53	350
1956	436	129	565	410	71	481
1958	529	128	657	564	89	653
1960	552	130	682	623	95	718
1962	585	130	715	860	124	984
1963	592	128	720	902	126	1 028
1964	663	121	784	1 432	164	1 596
1965	691	122	813	1 500	167	1 667
1966	709	122	831	1 557	169	1 726
1967	720	122	842	1 788	188	1 976
1968	746	123	869	1 858	191	2 049
1969	758	123	881	2 608	258	2 866
1970	*	*	*	*	*	2 962
1971	*	*	*	*	*	3 366
1972	*	*	*	*	*	3 764

¹ Einschliesslich Bezüger und Zahlungen im Ausland.
² Personen, die im Laufe des Jahres jemals eine Rente bezogen haben.
³ Ehepaare als ein Bezüger gezählt. — Ab 1964 einschliesslich Bezüger von Zusatzrenten. Im Zusammenhang mit der sechsten AHV-Revision wurden Zusatzrenten für Ehefrauen und Kinder eingeführt.

Tabelle 1

Mit dieser Tabelle gelangen erstmals die Rentenbezüger der AHV und die an sie ausbezahlten Beträge über die Dauer der ersten 25 Jahre AHV hinweg zur Darstellung (für die letzten drei Jahre liegen zwar erst die Zahlen über die Gesamtauszahlungen vor). Aus der letzten Kolonne lässt sich das kontinuierliche Ansteigen der Rentenleistungen ablesen. Auffallende «Sprünge» sind von 1963 auf 1964 (sechste Revision) und von 1968 auf 1969 (siebente Revision) feststellbar. Die wohl für lange Zeit grösste Leistungszunahme kann in der Tabelle nicht mehr aufgeführt werden, da sie bis heute noch nicht genau zu ermitteln ist; die Vorausberechnungen für 1973 lauten indessen auf eine Rentensumme von über 6 Mia Franken.

Aus der linken Tabellenhälfte ist ein interessanter Aspekt der demographischen Entwicklung ersichtlich: die ausserordentlich starke Zunahme der betagten Bevölkerung. Die Zahl der Altersrentenbezüger hat sich seit 1948 mehr als vervierfacht. Das gleiche Bild zeigt sich beim Vergleich der ersten mit der zweiten Kolonne: 1948 war das Verhältnis der Altersrentner (Ehepaar als ein Bezüger gerechnet) zu den Hinterlassenenrentnern rund 3 zu 1, 1969 jedoch schon 6 zu 1. Die Zahl der Hinterlassenenrentner hat sich dabei seit 1956 tendenziell leicht zurückgebildet.

Tabelle 2

Die Gelder des Ausgleichsfonds sind gemäss Artikel 108 AHVG so anzulegen, dass ihre Sicherheit sowie eine angemessene Verzinsung gewährleistet sind. Die Beteiligung an Erwerbsunternehmungen in irgendeiner Form ist unzulässig. In Berücksichtigung dieser Erfordernisse wurden die Anlagen seit jeher vorwiegend bei der öffentlichen Hand, bei Pfandbriefinstituten und Kantonalbanken getätigt. Ein kleinerer Teil ging auch an öffentlichrechtliche Körperschaften und Institutionen, d. h. vor allem an Zweckverbände von Gemeinden und Regionen. Grössere Beträge entfallen auf die Anlagen bei gemischtwirtschaftlichen Unternehmungen; unter diesem Sammelbegriff figurieren vorwiegend Kraftwerke und Verkehrsunternehmungen. Der Ausgleichsfonds ist sowohl für die Finanzhaushalte der öffentlichen Hand als auch — indirekt — für die Privatwirtschaft von grosser Bedeutung.

Die Entwicklung der verschiedenen Anlagearten verlief ziemlich regelmässig. So dominierte seit Anbeginn die Anlage in Pfandbriefen; nur in den fünfziger Jahren wurden noch höhere Beträge — mangels genügender anderer Anlagemöglichkeiten — bei der Eidgenossenschaft

angelegt. Als dann die Nachfrage nach Fondsgeldern zu steigen begann, zog sich der Bund als Kreditnehmer mehr und mehr zurück. Interessant ist auch festzustellen, wie sich das Total der Fondsguthaben entwickelt hat. Es stieg in den ersten zwölf Jahren absolut und relativ (d. h. im Verhältnis zu den damaligen «Umsätzen» der Versicherung) wesentlich stärker an als später. Mit anderen Worten: die Überschüsse verringerten sich in dem Ausmasse, als die Leistungen der AHV ohne entsprechende Beitragserhöhungen verbessert wurden.

Die Kapitalanlagen des Ausgleichsfonds der AHV ¹

Nominalwert in Mio Franken

Tabelle 2

Jahre	Eidgenossen- schaft	Kantone	Gemeinden	Pfandbrief- institute	Kantonal- banken	Öffentlich- rechtliche Körperschaften	Gemischt- wirtschaftliche Unternehmungen	Banken, Bankengruppen	Reskriptionen, Depotgelder	Total
1948	50	39	30	170	65	—	—	—	—	354
1950	379	255	148	323	131	8	33	—	—	1 277
1952	739	325	272	481	284	8	89	—	—	2 198
1954	943	414	348	580	350	9	261	—	125	3 030
1956	963	570	451	896	635	12	431	—	37	3 995
1958	662	738	606	1 250	789	11	613	—	—	4 669
1960	622	895	755	1 437	978	13	836	—	—	5 536
1961	529	957	784	1 527	1 086	21	941	—	—	5 845
1962	461	1 007	820	1 692	1 183	24	1 023	—	—	6 210
1963	433	1 076	896	1 812	1 283	26	1 123	—	—	6 649
1964	194	1 088	932	2 070	1 318	26	1 150	—	—	6 778
1965	194	1 107	993	2 130	1 363	42	1 174	—	60	7 063
1966	206	1 120	1 026	2 178	1 403	54	1 195	—	102	7 284
1967	206	1 130	1 062	2 177	1 442	67	1 213	—	175	7 472
1968	206	1 122	1 092	2 242	1 463	73	1 210	—	207	7 615
1969	206	1 145	1 130	2 291	1 512	83	1 230	—	63	7 660
1970	206	1 157	1 202	2 293	1 548	106	1 244	—	241	7 997
1971	178	1 176	1 240	2 273	1 556	158	1 266	161	463	8 471
1972	172	1 188	1 262	2 291	1 563	175	1 226	190	699	8 766

¹ Bestand der Anlagen auf Jahresende.

Ab 1960 sind die auf die Invalidenversicherung und die Erwerbsersatz-
ordnung entfallenden Anteile inbegriffen.

*Die Erwerbsausfallentschädigungen an Wehr- und
Zivilschutzpflichtige*

Beträge in Mio Franken

Tabelle 3

Jahre	Einnahmen			Ausgaben			Rückstellung bzw. Ausgleichsfonds	
	Beiträge	Zinsen	Total	Entschädigungen an Dienstpflichtige	Verwaltungskosten	Total	Zuwachs	Stand Ende Jahr
1953	—	12,6	12,6	41,7	0,8	42,5	— 29,2	389,9
1954	—	—	—	48,5	1,2	49,7	— 49,7	340,2
1956	—	—	—	49,3	1,4	50,7	— 50,7	241,5
1958	—	—	—	52,6	1,2	53,8	— 53,8	142,0
1960	74,9	2,8	77,7	63,6	0,3	63,9	13,8	102,0
1961	88,7	3,3	92,0	71,5	0,3	71,8	20,2	122,2
1962	99,9	3,9	103,8	84,9	0,1	85,0	18,8	141,0
1963	111,5	4,9	116,4	88,3	0,2	88,5	27,9	168,9
1964	122,8	5,2	128,0	126,2	0,2	126,4	1,6	170,5
1965	134,8	5,4	140,2	137,2	0,3	137,5	2,7	173,2
1966	143,8	5,8	149,6	137,6	0,3	137,9	11,7	184,9
1967	156,7	6,4	163,1	138,1	0,3	138,4	24,7	209,6
1968	166,2	7,3	173,5	147,5	0,4	147,9	25,6	235,2
1969	179,9	7,8	187,7	214,0	0,5	214,5	— 26,8	208,4
1970	199,8	7,0	206,8	221,1	0,4	221,5	— 14,7	193,7
1971	228,9	7,1	236,0	230,2	0,4	230,6	5,4	199,1
1972	256,6	7,9	264,5	226,3	0,4	226,7	37,8	236,9

Tabelle 3

Die EO ist nebst der obligatorischen Unfallversicherung das einzige Sozialwerk, das ausschliesslich durch die Versicherten und die Arbeitgeber finanziert wird (in den ersten sieben Jahren ihres Bestehens konnten die Aufwendungen voll aus dem Fonds der Lohn-, Verdienstersatz- und Studienausfallordnung gedeckt werden). Vielleicht liegt auch hierin ein Grund, weshalb die EO ihre Leistungen nicht sprunghaft, sondern kontinuierlich und angemessen erhöhte. Beim Vergleich der ersten Kolonne (Beiträge) mit der vierten (Entschädigungen) drängt sich gar der Eindruck auf, dass die Entschädigungen den bereits in früheren Jahren stärker angestiegenen Einnahmen angepasst werden mussten.

Dies trifft vor allem zu auf die zweite EO-Revision, welche 1964 in Kraft trat, und auf die dritte Revision, die 1969 wirksam wurde. Im Jahre 1972 sind die ausbezahlten Entschädigungen erneut von den Lohnbeiträgen überholt worden (eine Erhöhung der Entschädigungsansätze mit Wirkung ab 1. Januar 1974 ist inzwischen bereits in Kraft getreten).

Indirekt lässt sich aus den Tabellenwerten also entnehmen, dass die EO nicht im Mittelpunkt der sozialpolitischen Diskussionen und Forderungen stand, sondern dass die Anstösse zu Verbesserungen der Gesetzgebung eher von der Exekutive ausgingen. Dennoch war und ist die EO von grosser sozialer Wirkung, hat sie es doch stets zahlreicheren Arbeitgebern erleichtert, ihren Arbeitnehmern sogenannten Militärlohn auszurichten.

Die Familienzulagen in der Landwirtschaft

Tabelle 4

Jahre	Landwirtschaftliche Arbeitnehmer				Kleinbauern ¹			Total Familienzulagen in Mio Franken
	Bezüger ²	Zahl der Haushaltungszulagen ²	Zahl der Kinderzulagen	Auszahlungen in Mio Franken	Bezüger ²	Zahl der Kinderzulagen ²	Auszahlungen in Mio Franken	
1953	12 904	12 576	23 369	5,5	17 373	52 828	5,7	11,2
1954	13 261	12 892	23 631	5,6	17 605	53 655	5,8	11,4
1956	12 764	12 452	21 702	5,4	16 798	51 198	5,7	11,1
1958	12 405	12 152	21 764	7,2	16 938	52 661	9,2	16,4
1960	12 243	12 018	21 671	7,3	17 257	53 319	9,6	16,9
1961	12 075	11 809	20 659	6,9	16 276	50 751	9,4	16,3
1962	11 272	11 108	19 833	7,1	15 744	48 947	11,8	18,9
1963	11 274	10 229	19 853	9,2	31 965	100 305	22,9	32,1
1964	11 921	10 411	21 274	9,1	31 048	98 558	21,2	30,3
1965	10 092	8 708	17 713	8,4	29 170	93 392	20,4	28,8
1966	9 656	7 973	18 464	9,9	30 667	97 670	31,3	41,2
1967	10 193	7 738	20 031	11,6	33 104	105 321	35,5	47,1
1968	9 450	7 448	18 018	8,7	29 071	93 777	33,6	42,3
1969	9 152	7 309	16 900	9,3	28 631	91 641	31,7	41,0
1970	8 487	6 408	16 391	9,4	33 784	107 850	40,7	50,1
1971	8 552	6 364	16 451	9,7	35 625	109 246	46,2	55,9
1972	7 930	5 928	15 433	9,0	33 863	104 305	41,5	50,5

¹ Ab Mitte 1962 sind ausser den Kleinbauern des Berggebietes auch diejenigen des Unterlandes bezugsberechtigt.
² Bis 1967 am 31. März; ab 1968 am 31. Dezember.

Tabelle 4

Aufgrund des FLG werden den landwirtschaftlichen Arbeitnehmern Haushalts- und Kinderzulagen, den Kleinbauern jedoch nur Kinderzulagen gewährt.

Die *Haushaltsgulage* betrug ursprünglich (1. Juli 1944) 14 Franken im Monat. Sie wurde wie folgt erhöht: auf 30 Franken ab 1946, auf 40 Franken ab 1958, auf 60 Franken ab dem 1. Juli 1962.

Die *Kinderzulage* betrug anfänglich sowohl für landwirtschaftliche Arbeitnehmer als auch für Kleinbauern im Berggebiet 7 Franken im Monat. Sie wurde wie folgt erhöht: auf 7.50 Franken ab dem 1. April 1946, auf 8.50 Franken ab 1948, auf 9 Franken ab 1952, auf 15 Franken ab 1958.

Auf den 1. Juli 1962 wurden Kinderzulagen für die *Kleinbauern des Unterlandes* eingeführt und gleichzeitig der Ansatz der Kinderzulage für Arbeitnehmer und Kleinbauern im Berggebiet auf 20 Franken festgesetzt, während der Ansatz von 15 Franken für die Bezüger im Unterland unverändert beibehalten wurde. Daraus erklärt sich die Zunahme der Zahl der bezugsberechtigten Kleinbauern von 49 000 im Jahre 1962 auf 100 000 im Jahre 1963. Obwohl die Einkommensgrenze seit dem Jahre 1953 vier Mal erhöht worden ist, hat die Bezügerzahl nur unwesentlich zugenommen. Die Zunahme der Bezüger infolge der Erhöhung der Einkommensgrenze wurde weitgehend durch den Rückgang der Zahl der landwirtschaftlichen Kleinbetriebe kompensiert.

Die Zahl der bezugsberechtigten *Arbeitnehmer* hat von rund 13 000 im Jahre 1953 auf rund 8 000 im Jahre 1972 abgenommen, was einer Abnahme von 40 Prozent entspricht. In diesem starken Rückgang kommt die Abwanderung des landwirtschaftlichen Personals drastisch zum Ausdruck. Die Landwirte haben diese Arbeitskräfte weitgehend durch Maschinen, Geräte und andere technische Hilfsmittel ersetzt.

Tabelle 5 und Grafik

Dass die AHV im System der schweizerischen sozialen Sicherheit einen bedeutenden Platz einnimmt, bedarf keiner besonderen Erwähnung. Die übrigen Sozialwerke und deren Stellenwert sind aber — abgesehen von der Krankenversicherung — in der Öffentlichkeit weniger bekannt, obschon einige von ihnen älter sind als die AHV. Dennoch ist eine soziale Sicherheit ohne die Gesamtheit dieser Einrichtungen heute nicht mehr vorstellbar. Dabei steht die Bedeutung der einzelnen Sparten in engem Zusammenhang mit den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Gege-

benheiten des Landes. Die hohen Aufwendungen für die AHV — die teilweise auch auf die relativ stärkere Zunahme der älteren Bevölkerung zurückzuführen sind — können nur von einer leistungsfähigen Wirtschaft erbracht werden. Im Falle einer Rezession oder zumindest einer strukturell oder durch andere Ursachen bedingten Verringerung der

Selbstfinanzierung und Beiträge der öffentlichen Hand in der schweizerischen sozialen Sicherheit im Jahre 1972

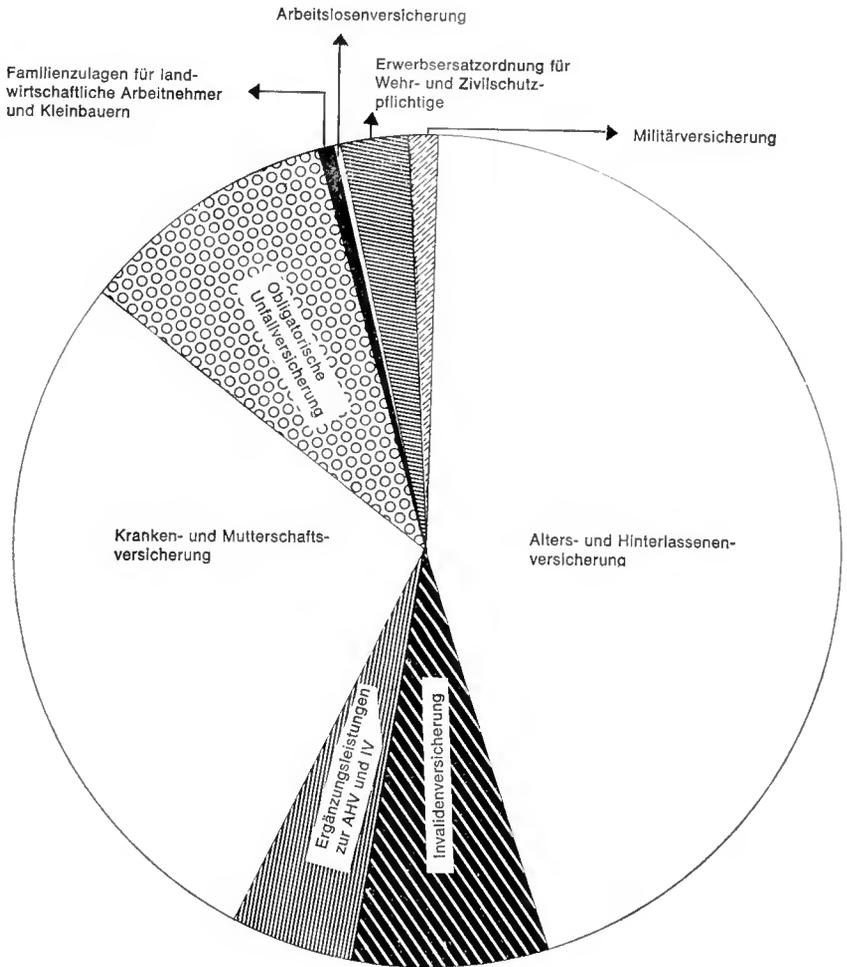
Tabelle 5

Zweige der sozialen Sicherheit	Gesamteinnahmen in Mio Franken	Aufteilung nach Finanzierungsquellen						
		Mio Franken				Prozentzahlen		
		Versicherte und Arbeitgeber	Öffentliche Hand		Übrige (Fonds, Zinsen, usw.)	Versicherte und Arbeitgeber	Öffentliche Hand	Übrige (Fonds, Zinsen, usw.)
			im ganzen	davon Bund				
Alters- und Hinterlassenenversicherung	4 424,3	3 307,9	776,0	582,0	340,4	74,8	17,5	7,7
Invalidenversicherung	765,5	386,4	379,1	284,3	0,0	50,5	49,5	0,0
Ergänzungsleistungen zur AHV und IV	453,5	—	449,4	219,2	4,1	—	99,1	0,9
Kranken- und Mutterschaftsversicherung	2 744,7	1 970,6	631,9	478,3	142,2	71,8	23,0	5,2
Obligatorische Unfallversicherung								
— Betriebsunfälle	573,5 ¹	464,1	—	—	109,4	80,9	—	19,1
— Nichtbetriebsunfälle	420,5 ¹	346,7	—	—	73,8	82,4	—	17,6
Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern	51,9	2,8	49,1 ²	32,7	—	5,4	94,6	—
Arbeitslosenversicherung	34,3	10,2	0,0	0,0	24,1	29,7	0,0	70,3
Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige	264,5	256,6	—	—	7,9	97,0	—	3,0
Militärversicherung	118,2	—	118,2	118,2	—	—	100,0	—
Zusammen	9 850,9	6 745,3	2 403,7	1 714,7	701,9	68,5	24,4	7,1

¹ Ohne Einnahmen aus Regressansprüchen.

² Einschliesslich 1,5 Mio Franken zu Lasten der Rückstellung.

*Aufwendungen für die schweizerische soziale Sicherheit
im Jahre 1972*



Arbeitsplätze könnte die Arbeitslosenversicherung eine ganz andere Bedeutung erlangen. Es sind denn auch Bestrebungen im Gange, sie veränderten Erfordernissen anzupassen (Finanzierung von Umschulungen usw.). Ähnliche Überlegungen gelten für die EO und die Militärversicherung im Hinblick auf Kriegszeiten. Auch die Familienzulagen-

ordnung für die Landwirtschaft befindet sich in Diskussion hinsichtlich der allfälligen Schaffung einer landwirtschaftlichen Sozialcharta. Bei der umstrittenen Revision der Krankenversicherung schliesslich geht es vorwiegend um eine neue Finanzierungsart.

Tabelle 5 und die anschliessende Grafik geben eine Momentaufnahme mit dem Stand von 1972 wieder. Aus der Tabelle ist auch ersichtlich, ob bzw. wieviel die öffentliche Hand sowie die Versicherten und deren Arbeitgeber zur Finanzierung beitragen. Die Grafik gibt ein klares Bild über die Zusammensetzung des Kuchens; die einzelnen Sektoren entsprechen den in der ersten Kolonne der Tabelle aufgeführten Beträgen. Die Gesamtaufwendungen von gegen 10 Mia Franken machen 8,5 Prozent des Bruttosozialprodukts aus. Es sei darauf hingewiesen, dass es sich bei den genannten Sozialwerken nur um jene handelt, die dem Bundesrecht unterstehen. Die Sozialleistungen von Kantonen und Gemeinden sowie die privatrechtlich geordneten Sozialeinrichtungen sind nicht erfasst. Hier wird sich mit der Obligatorischerklärung der beruflichen Vorsorge eine bedeutende Änderung ergeben: der «Sozialversicherungskuchen» des Bundes wird dann zwei ungefähr gleich grosse Stücke der AHV und der Pensionskassen enthalten.

Neuerungen im Nachtrag zur Wegleitung über die Renten¹

Ein allgemeiner Nachtrag zur Rentenwegleitung vom 1. Januar 1971 hat sich aus verschiedenen Gründen als notwendig erwiesen. Unter den in der Zwischenzeit in Form von kleineren Nachträgen und Kreisschreiben ergangenen Weisungen, die «rezipiert» werden mussten, sind vor allem die umfangreichen Vorschriften über die mit der achten AHV-Revision zusammenhängenden Änderungen, welche zuhanden der Ausgleichskassen systematisch den betreffenden Kapiteln der Rentenwegleitung zuzuordnen waren. Insofern handelt es sich bei diesem Nachtrag vor allem um eine Zusammenfassung bestehender, von den Ausgleichskassen bereits angewandeter und diesen daher vertrauten Weisungen.

¹ Der Nachtrag wird im kommenden März erscheinen. Er ist unter Nr. 318.104.3 zu beziehen bei der Eidgenössischen Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern.

Nun sind aber — wie könnte es bei dieser in steter Entwicklung begriffenen Materie anders sein — im Nachtrag auch einige wichtige Neuerungen zu verzeichnen, auf die hier besonders aufmerksam gemacht werden soll. Diese Neuerungen sind teils technischer oder mehr verfahrensmässiger Natur und betreffen entsprechend einen grösseren Kreis von Adressaten, zum andern Teil bringen sie im Rahmen der bestehenden Gesetzesbestimmungen Verbesserungen für einzelne Rentnerkategorien.

Einheitliches Verfügungsformular

Unter den technischen Neuerungen ist das einheitliche Verfügungsformular hervorzuheben, bei dessen Schaffung vor allem genau abzuklären war, welche Angaben in einem solchen Einheitsformular unbedingt enthalten sein müssen und wie diese Angaben in moderner, aber doch dem Leistungsbezüger verständlicher Form zu präsentieren sind. Das neue Verfahren wird nicht vor Mitte dieses Jahres in Kraft gesetzt. Es wird den Ausgleichskassen wesentliche Vereinfachungen bringen und auch den Einsatz moderner technischer Hilfsmittel erlauben. Zu gegebener Zeit werden besondere Erläuterungen zu den bereits im Nachtrag aufgenommenen Weisungen (Rz 927—1037) erscheinen.

Notwendigkeit einer Verfügung nach erfolgter Revision der IV-Rente

Hinsichtlich der Notwendigkeit, eine Verfügung auszufertigen, wird nun — der diesbezüglichen neuen Rechtsprechung des EVG entsprechend — nicht mehr danach unterschieden, ob die IV-Rente oder Hilflosenentschädigung der AHV bzw. IV von Amtes wegen oder auf Begehren des Versicherten revidiert wird (vgl. Urteil des EVG i. Sa. J. A. vom 10. 7. 73, das demnächst veröffentlicht wird; Rz 1039/1040 des Nachtrags). Somit ist auch dann dem Versicherten das Ergebnis einer von Amtes wegen durchgeführten Revision durch Verfügung bekanntzugeben, wenn sich an seinem Rentenanspruch nichts ändert, um ihn in keinem Falle davon abzuhalten, den Entscheid der Verwaltung anzufechten. Es ist nämlich möglich, dass der Versicherte mit der Auffassung, es sei der bisherige Zustand zu belassen, nicht einverstanden ist (z. B. will die IV-Kommission die halbe Rente belassen, der Versicherte glaubt jedoch, die Verhältnisse hätten sich so geändert, dass Anspruch auf eine ganze Rente bestehe). Hingegen ist dem Versicherten ein allfällig vorzumerkendes Revisionsdatum *nicht* bekanntzugeben, weil es sich hier um eine interne Sicherheitsmassnahme der Verwaltung handelt. Es zeigte sich

nämlich in der Praxis, dass die Orientierung der Versicherten — vorab bezüglich der Meldepflicht — nur zu unklaren Verhältnissen und irrtümlichen Auffassungen führt. Der Versicherte ist aber selbstverständlich zu benachrichtigen, wenn im Zusammenhang mit einer Revision Abklärungen durchgeführt werden müssen, die ihn selber berühren. Er soll dann wissen, welchen Zweck die von der IV-Kommission angeordneten Massnahmen haben.

Todesmeldungen der Zivilstandsämter als sichernde Massnahme

Es hat sich in Zusammenarbeit mit den Zivilstandsämtern erfreulicherweise eine Neuregelung anbahnen lassen in bezug auf diejenigen sichernden Massnahmen, deren sich die Ausgleichskasse bedient, um festzustellen, ob der Bezüger einer Leistung auch tatsächlich lebt. Grundsätzlich stehen ab 1. Januar 1974 die sogenannten Todesfallmeldungen zur Verfügung, die von den Zivilstandsämtern der ZAS erstattet werden und von dieser — nachdem sie sie auf Bezüger von Renten und Hilflosenentschädigungen der AHV und IV umgelegt und verarbeitet hat — den betreffenden Ausgleichskassen weiter gemeldet werden. (Die Todesfallmeldungen erfassen zwar alle der ZAS ab 1. Januar 1974 gemeldeten Todesfälle. Indessen werden den Ausgleichskassen die ersten Meldungen aus technisch bedingten Gründen erst in einigen Monaten zugehen.) Die bisher übliche Lebensbescheinigung ist daher nurmehr in besonderen Fällen vorzunehmen, so namentlich bei Auslandszahlungen, weil Todesfälle im Ausland, sofern sie Ausländer betreffen, nie, bei Schweizer Bürgern jedenfalls nicht immer zur Kenntnis des Zivilstandsamtes gelangen. Für «innerschweizerische» Verhältnisse wird somit den Ausgleichskassen ein neues, wirksames Kontrollmittel in die Hand gegeben (Rz 1321—1332.14 des Nachtrags). Diese Neuregelung entlastet die PTT. Andererseits werden die Rentner damit in der Regel von einer Massnahme verschont, die psychologisch gewisse negative Aspekte hat, weil man darin, dass man sein eigenes Leben bescheinigen muss, die Bürokratie wittert.

Verbesserung bei den Waisenrenten für das aussereheliche Kind

Einer besonderen Erwähnung bedürfen die Neuerungen, die im Zusammenhang mit der achten AHV-Revision eine gewisse Abkehr von dem auf dem Gebiete der Hinterlassenenrenten bisher streng zivilrechtlich gehandhabten Versorgerprinzip bedeuten. Bisher ist einem ausserehelichen Kinde, dessen Vater durch Gerichtsurteil oder aussergerichtlichen

Vergleich zur Zahlung von Unterhaltsbeiträgen verpflichtet war, beim Tode des Vaters eine Waisenrente dann nicht zuerkannt worden, wenn es vom Vater an Stelle der periodischen Unterhaltsbeiträge eine Kapitalabfindung erhalten hatte. Es ergab sich nun in solchen Fällen, dass in tatbeständlicher Hinsicht doch ein Versorgerschaden festgestellt werden musste und die Rente daher gerade im Hinblick auf das erwähnte Prinzip zu Unrecht verweigert wurde. Deshalb gilt nun nach Rz 172 des Nachtrags, dass die Zahlung einer Kapitalabfindung die Entstehung eines Rentenanspruchs nicht ausschliesst. — Andererseits wird der Entwicklung des Gesetzes, das seit 1. Januar 1973 auf eine Kürzung der Kinderrente für aussereheliche Kinder auf die Höhe der Unterhaltsbeiträge verzichtet, und einer Rechtsprechung (vgl. ZAK 1955, S. 458 ff.), die hierin mehr auf die eigentliche Zusprechung der Leistung abstellt denn auf die Höhe und zeitliche Befristung derselben, Rechnung getragen, indem in Rz 170 des Nachtrags ausdrücklich festgestellt wird, es dauere — bei grundsätzlicher Verpflichtung des ausserehelichen Vaters zu Unterhaltsbeiträgen — der Anspruch auf Waisenrente weiter, auch wenn die Unterhaltsbeiträge nicht mehr bezahlt wurden und ungeachtet des Grundes, aus welchem sie nicht mehr bezahlt wurden.

Witwenrente für die geschiedene Frau und Unterhaltsanspruch

Ein Parallellfall zu demjenigen des ausserehelichen Kindes, in dem sich analog eine etwas weitere Auslegung des Versorgerschadens aufdrängt, findet sich in der Regelung, wonach die geschiedene Frau, deren Ehe zwar mindestens 10 Jahre gedauert hat, der gegenüber der geschiedene Mann bei seinem Tode jedoch nicht mehr zu Unterhaltsbeiträgen verpflichtet war, keine Witwenrente beanspruchen kann. Wie bei den ausserehelichen Kindern hat hier eine Rechtsentwicklung stattgefunden in dem Sinne, dass es nurmehr darauf ankommt, dass der Unterhaltsanspruch begründet war und festgestellt wurde. Neu wird daher in Rz 112 und 113 des Nachtrags gesagt, für die Entstehung des Rentenanspruchs sei in solchen Fällen unerheblich, ob die betreffende Verpflichtung in die Form von Renten oder einer einmaligen Leistung gekleidet worden sei und ob die Abgeltung der Unterhaltspflicht auf einen bestimmten Zeitpunkt vor oder nach dem Tode des Mannes terminiert war.

Aus dieser neuen Betrachtungsweise wurde ferner auch die Frage angegangen, wie jene Fälle zu behandeln seien, in denen die Frau auf Unterhaltsbeiträge, die ihr an sich zugestanden hätten, verzichtet hat, ein Umstand, welcher die Frau bislang vom Rentenanspruch a priori

ausschloss. Es wurde geprüft, ob dieser Verzicht nicht zumindest dann, wenn er klar aus dem Scheidungsurteil hervorgehen sollte, als unbeachtlich erklärt werden müsste. Damit hätte man aber wohl ein allzu grobes Kriterium aufgestellt, das nicht nur über den Wortlaut, sondern auch über den Zweckgedanken von Artikel 23 Absatz 2 AHVG hinausgegangen wäre, wo die Unterhaltspflicht als Anspruchsvoraussetzung genannt ist. Man ist daher in Anlehnung an eine ähnliche Regelung, wie sie für den Anspruch auf Kinderrente der geschiedenen Frau durch die Rechtsprechung eingeführt worden ist (vgl. Art. 31 Abs. 2 Bst. c IVV), zur Auffassung gelangt, es solle der Verzicht auf Unterhaltsbeiträge seitens der Frau dann nicht die Verweigerung der Rente nach sich ziehen, wenn er offensichtlich aus Gründen einer massgeblichen Invalidität des Ehemannes geleistet worden ist (Rz 112 des Nachtrags). Damit sollen die Scheidungsrichter eines Dilemmas enthoben werden, in das sie sich bis anhin gestellt sahen, wenn einerseits mit Rücksicht auf die Gesundheitsverhältnisse (z. B. bei einem schwer geistig Geschädigten) die Zusprechung von Unterhaltsbeiträgen dem gesunden Menschenverstand widersprach, die Sicherung der Ansprüche der Frau gegenüber der AHV dies aber dennoch gebieterisch verlangte. Allerdings ist zu sagen, dass diese Auslegung des Gesetzes, wie sie nun in den neuen Weisungen ihren Niederschlag gefunden hat, die Feuerprobe der Rechtsprechung noch nicht bestanden hat.

Drittauszahlung und Taschengeld

Im Nachtrag sind endlich die Weisungen über die Drittauszahlung der Renten und Hilflosenentschädigungen der AHV und IV präzisiert worden (Rz 1090—1104). Es musste in erster Linie der stärkeren Beachtung empfohlen werden, dass eine Drittauszahlung dann nicht ohne weiteres vorgenommen werden darf, wenn der Rentenberechtigte *vorübergehend* nicht in der Lage ist, die Rente persönlich in Empfang zu nehmen, weil er in diesem Falle meist einen Dritten gegenüber der Post ermächtigen kann, die Auszahlung entgegenzunehmen, oder doch sich die Rente auf Konto (Postcheck oder Bank) auszahlen lassen kann. Diese Klärung sollte sowohl im Interesse der Rentenberechtigten als auch der die Rente auszahlenden Ausgleichskasse liegen.

Es kann nicht genug darauf hingewiesen werden, dass auf dem Gebiete der Rentenauszahlung die Zeit von Sonderwünschen vorbei ist. Was früher bei einem kleinen Rentenbestand an entgegkommender

Berücksichtigung noch möglich war, ist heute bei einem Bestand von rund einer Million Renten schlechterdings ausgeschlossen.

Hinsichtlich der Voraussetzungen etwas enger gefasst, aber gleichzeitig auf die Arbeitgeber ausgedehnt wurde sodann die seinerzeit durch die Rechtsprechung eingeführte Sonderregelung der Auszahlung einer *Nachzahlung* an Dritte. Zum Zwecke der erleichterten Durchführung der Weisungen über die Drittauszahlung besteht nun ein spezielles Formular, das alle für die Ausgleichskassen erforderlichen Angaben enthält. Besonders hervorzuheben ist hier auch die nunmehrige Bekanntgabe des neuen Betrages an Taschengeld (pro Monat und pro Person 80 Fr.), der grundsätzlich den Rentenberechtigten zukommen soll, deren Rente an ein vormundschaftliches Organ oder eine sie unterstützende Fürsorgestelle ausgerichtet wird. Festgehalten wird, wo allfällige Beschwerden in dieser Sache einzureichen sind; *nicht* zuständig ist hiefür die Ausgleichskasse. Diese Regelung ist übrigens in enger Zusammenarbeit mit der Konferenz für Öffentliche Fürsorge so getroffen worden. Die Fürsorgestellen werden durch geeignete Publikation orientiert.

Nähere Einzelheiten über Drittauszahlung und Taschengeld enthält ein vom BSV ausgearbeitetes Merkblatt, das ebenso wie das zuvor erwähnte Formular ab März bei den AHV-Ausgleichskassen bezogen werden kann.

Der jugendliche Behinderte in der Invalidenversicherung

Dem jugendlichen Behinderten kommt in der IV eine weit grössere Bedeutung zu, als anfänglich angenommen worden war. Es ist verdienstvoll, dass die Arbeitsgemeinschaft schweizerischer Krankenkurs und Invalidenorganisationen (ASKIO) sich an ihrem Mitarbeiterkurs vom letzten Herbst gerade über dieses Thema orientieren liess. Wir freuen uns, in einer Artikelfolge die Ausführungen wiedergeben zu können, die Dr. Achermann, Chef der Abteilung Beiträge und Leistungen AHV/IV/EO beim BSV, an der erwähnten Veranstaltung gemacht hat. Die vierteilige Artikelfolge wird nach deren Abschluss in einem Separatdruck erscheinen.

A. Grundsätzliches

Die Grundgedanken, Ziele und Zwecke, auf denen die IV ihr System von Leistungen oder Massnahmen für invalide Jugendliche aufbaut, können zusammengefasst wie folgt umschrieben werden.

- Die IV ist ein mit der AHV verbundenes Element des Systems der sozialen Sicherheit der Schweiz. Sie ist eine obligatorische Volksversicherung, in welche alle Jugendlichen von Gesetzes wegen einbezogen sind, soweit sie obligatorisch versichert sind (Ausnahmen: Ausländer, die in der Schweiz keinen Wohnsitz haben und auch nicht erwerbstätig sind; vorbehalten bleiben besondere Regelungen in Staatsverträgen). Der Anspruch auf Leistungen setzt immer eine Invalidität voraus (körperlicher oder geistiger Gesundheitsschaden). Blosser Charakterdefekte gelten nicht als Invalidität.

- Der Schutz vor den wirtschaftlichen Risiken, Nachteilen oder Folgen der Invalidität ist in erster Linie durch Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. Dies gilt sowohl für invalide Jugendliche, die *nie* erwerbstätig sein können (z. B. durch medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen, durch Massnahmen der Sonderschulung), als auch für Minderjährige mit der Fähigkeit, später erwerbstätig zu sein. Erst in zweiter Linie sollen Geldleistungen die erlittenen Schäden abdecken oder angemessen vermindern.

- Hauptziel der IV für Jugendliche (wie auch für Erwachsene) ist deshalb, mit allen zumutbaren und geeigneten Mitteln die Eingliederung ins Erwerbsleben zu unterstützen, d. h. im Rahmen des Zumutbaren und Geeigneten die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern, zu erhalten und deren Verwertung zu fördern. Nur in Fällen, in denen diese Massnahmen nicht oder nur in unzureichendem Masse zu diesem Ziel führen, werden von einem bestimmten Invaliditätsgrad und vom 18. Lebensjahr an IV-Renten gewährt.

- Die Massnahmen der IV beruhen auf Rechtsansprüchen der Jugendlichen. Kantonale Gerichte und das Eidgenössische Versicherungsgericht sorgen für den Rechtsschutz.

- Für invalide Jugendliche sind Eingliederungsmassnahmen vorgesehen, die bedeutend umfassender sind als die für Erwachsene vorgesehenen Vorkehren. Die Jugendlichen können namentlich zwei Leistungsarten beanspruchen, die Erwachsenen nicht zustehen, nämlich Behandlungen von Geburtsgebrechen und Massnahmen für die Sonderschulung und für die Betreuung Minderjähriger, und zwar unabhängig davon, ob später eine Eingliederung ins Erwerbsleben möglich ist. Bei Erwachsenen ist die voraussichtliche mögliche Eingliederung stets eine unerlässliche Bedingung für Eingliederungs-

massnahmen. In diesem Sinne sind invalide Jugendliche gegenüber erwachsenen invaliden Versicherten «privilegiert».

- Invalide Jugendliche kommen in hohem Masse in den Genuss der verschiedensten Arten von Nutzleistungen von Institutionen und Stellen, die der Förderung der Invalidenhilfe dienen; diesen fliessen in erheblichem Ausmasse Subventionen bzw. Beiträge der verschiedensten Art zu (z. B. den Sonderschulen, Werkstätten für Dauerbeschäftigung, Wohnheimen, Dachorganisationen der Invalidenhilfe, Ausbildungsstätten für Fachpersonal usw.).
- Auch für die Jugendlichen besteht freie Wahl unter den eidgenössisch diplomierten Ärzten, Zahnärzten und Apothekern. Nach Möglichkeit wird ihnen auch freie Wahl unter den durch die IV zugelassenen Anstalten, Abgabestellen für Hilfsmittel und medizinischen Hilfspersonen gewährt (vgl. hiezu Art. 26 und 26^{bis} IVG sowie Art. 24 IVV).
- Über die Ansprüche auf Leistungen fassen die IV-Kommissionen Beschluss, der in der Form einer Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung durch die zuständige AHV-Ausgleichskasse zu eröffnen ist. Die zuständigen IV-Kommissionen sind ohne Rücksicht auf die für Jugendliche geltend gemachten Leistungen von Gesetzes wegen angehalten, in jedem Fall die Eingliederungsmöglichkeiten zu prüfen.

B. Die Eingliederungsmassnahmen für invalide jugendliche Versicherte

1. Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen

(Grundlagen: Art. 4 bis 6 und 8 bis 11 IVG; Wegleitung über Invalidität und Hilflosigkeit)

Um die Erfolge der Eingliederungsmassnahmen sicherzustellen, bedarf es einer durchdachten, systematischen Planung und eines lückenlosen Ineinandergreifens der in verschiedenen Lebensabschnitten erforderlichen Massnahmen. Diese Aufgabe obliegt steuernd den zuständigen IV-Kommissionen, oft in Zusammenarbeit mit den beauftragten IV-Regionalstellen und andern Spezial- und Durchführungsstellen.

Das IVG kennt für invalide Jugendliche grundsätzlich zwei Arten von Eingliederungsmassnahmen:

- einerseits die Eingliederungsmassnahmen, welche ein jugendlicher Invalider oder ein unmittelbar von einer Invalidität bedrohter Jugendlicher beanspruchen kann, *soweit die Vorkehren notwenig und geeignet sind, seine Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern.* Hiezu sind insbesondere Eingliederungsmassnahmen medizinischer, sonderschulischer und beruflicher Art und die Abgabe von Hilfsmitteln zu zählen;
- andererseits kommen jugendliche Invalide auch dann in den Genuss gewisser *Leistungen oder Massnahmen, wenn sie nie erwerbsfähig werden oder nie in irgendeiner, auch nur minimalen Form ins Erwerbsleben eingegliedert werden können.* Zu diesen Massnahmen gehören insbesondere die medizinischen Behandlungen von Geburtsgebrechen, gewisse sonderschulische Massnahmen, Massnahmen für hilflose Minderjährige und die Abgabe gewisser Hilfsmittel.

Artikel 10 IVG bestimmt im übrigen auch für Jugendliche, dass ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht, sobald solche im Hinblick auf Alter und Gesundheitszustand angezeigt sind. Das kann schon kurz nach Geburt der Fall sein. Erreicht ein anspruchsberechtigter Jugendlicher *Volljährigkeit*, so bedeutet das eine Einstellung der *ausschliesslich* für Minderjährige vorgesehenen Leistungen. Die Behandlung von Geburtsgebrechen ist nur möglich bis am Ende des Monats, in welchem der Versicherte das 20. Altersjahr zurücklegt. Ausnahmen sind in beschränktem Umfang zugelassen (z. B. bei Platzmangel im Spital; vgl. Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen, Rz 210). Die spätere medizinische Betreuung ist Sache der Krankenkassen. Sonderschulische Massnahmen sind nur bis zur Volljährigkeit möglich, während die erstmalige berufliche Ausbildung und selbstverständlich auch die Umschulung an keine Altersgrenze gebunden ist.

Für alle Versicherten, somit auch für invalide Jugendliche, gilt, dass Eingliederungsmassnahmen in der Schweiz, *ausnahmsweise auch im Ausland* durchgeführt werden. Dabei hat die Rechtsprechung präzisiert, dass eine derartige Ausnahme dann gegeben ist, wenn die betreffende Eingliederungsmassnahme aus *objektiven* Gründen in der Schweiz nicht oder noch nicht durchgeführt werden kann. Hat der anspruchsberechtigte Jugendliche Wohnsitz im Ausland, so stellt dieser Umstand einen objektiven Grund dar, um Eingliederungsmassnahmen ausnahmsweise im Ausland durchzuführen. Persönliche Präferenzen oder der Hinweis auf bessere oder kostengünstigere Durchführung der Massnahme im Ausland vermögen jedoch keine solche Ausnahme zu begründen.

Jeder invalide Jugendliche hat die Durchführung aller für seine Eingliederung ins Erwerbsleben getroffenen Massnahmen zu erleichtern. Erschwert oder verunmöglicht er die Eingliederung, so kann die IV ihre Leistungen einstellen.

2. Medizinische Eingliederungsmassnahmen

a. Geburtsgebrechen gemäss Artikel 13 IVG

(Grundlagen: Art. 13, 14 IVG; Art. 3 IVV; Art. 1 bis 3 GgV; Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen)

Ausschliesslich für Minderjährige, somit auch für Jugendliche, hat der Gesetzgeber Leistungen unter dem Titel der Behandlung von Geburtsgebrechen vorgesehen. Die getroffene Lösung ist sehr grosszügig. Es besteht nämlich ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit und spätere berufliche Eingliederung ein Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen im Sinne der IV notwendigen Massnahmen, somit auch auf die Behandlung des Leidens an sich, und zwar bis zur Volljährigkeit des jugendlichen Versicherten. Der Bundesrat bezeichnete die Geburtsgebrechen, für welche die IV medizinische Massnahmen gewährt, in der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) vom 20. Oktober 1972. Die Liste umfasst mit Ausnahme von «Bagatell-Leiden» diejenigen Geburtsgebrechen, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft einer medizinischen Behandlung zugänglich sind. Das eidgenössische Departement des Innern ist gemäss der erwähnten Verordnung befugt, eindeutige Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen und nicht in der Liste enthalten sind, als Geburtsgebrechen im Sinne von Artikel 13 IVG zu bezeichnen (Art. 3 GgV).

Verglichen mit medizinischen Massnahmen gemäss Artikel 12 IVG bieten Leistungen unter dem Titel Geburtsgebrechen in der praktischen Anwendung wenig Probleme. Soweit sich Fragen ergeben, enthält das Kreisschreiben über medizinische Eingliederungsmassnahmen eine weitgehende umfassende Regelung, welche die behandelnden Ärzte in die Lage versetzt, den Versicherten darüber zu orientieren, ob er sich bei der IV anzumelden hat.

b. Medizinische Eingliederungsmassnahmen gemäss Artikel 12 IVG

(Grundlagen: Art. 12, 14 IVG; Art. 2, 4 IVV; Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen)

Die Grundgedanken, auf denen diese Gesetzesbestimmung aufbaut, lassen sich wie folgt zusammenfassen.

Nach Artikel 12 IVG hat der versicherte invalide Jugendliche Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Damit wurde eine Abgrenzung zwischen den Bereichen der IV und der Kranken- und Unfallversicherung geschaffen. Nach dieser Konzeption fällt die Behandlung des Leidens an sich bei Krankheit, Unfall oder bei bereits invalid gewordenen Versicherten, die allenfalls schon Anspruch auf eine IV-Rente haben, in den Bereich der Kranken- und Unfallversicherung. Nicht medizinische Massnahmen und deshalb nicht von der IV zu übernehmen sind somit ärztliche Vorkehren, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind. Derartige Massnahmen sind Vorkehren, mit denen ein labiles pathologisches Geschehen (d. h. ein im Fluss befindliches Leiden) angegangen wird. Behandlungen, die in erster Linie der Wiederherstellung der Gesundheit dienen (z. B. Krankheits-, Unfallbehandlung) oder die Behandlung von zwar besserungsfähigen, aber nicht heilbaren Leiden können somit von der IV nicht übernommen werden. Beansprucht ein nichterwerbstätiger Jugendlicher medizinische Massnahmen nach der obigen Gesetzesbestimmung, so ist zudem Artikel 5 Absatz 2 IVG zu beachten. Darnach gelten nichterwerbstätige Jugendliche (wie nichterwerbstätige Minderjährige im allgemeinen), die an einem körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden leiden, als invalid, wenn dieser wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird. Bei nichterwerbstätigen Jugendlichen muss man sich also hinsichtlich der Frage, ob ihre Invalidität Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen gibt, in den Zeitpunkt versetzen, in dem diese Jugendlichen ins Erwerbsleben eintreten werden. Die Erwerbsunfähigkeit braucht also nicht unmittelbar gegeben zu sein. Hieraus hat die Rechtsprechung geschlossen, dass medizinische Massnahmen für Minderjährige, z. B. Jugendliche, zur Vermeidung eines drohenden Defektzustandes doch eine Eingliederungsmassnahme sein können, auch wenn einstweilen noch labiles pathologisches Geschehen vorliegt. Es kann bei evolutiven Leiden Jugendlicher geboten erscheinen, mit den Eingliederungsmassnahmen nicht bis zum Eintritt einer Defektheilung oder eines anderswie stabilisierten Zustandes zuzuwarten; denn es würde sonst in vielen Fällen die Berufsbildung erschwert, der Eintritt ins Erwerbsleben verzögert und die Erfolgsaussichten der später ohnehin notwendigen Eingliederungsmassnahmen erheblich verringert. Daher können medizinische Vorkehren bei Jugendlichen (im Gegensatz zu solchen bei erwachsenen

Versicherten) schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen, wenn ohne diese Vorkehren in absehbarer Zeit eine Defektheilung oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden. Bedingung ist auch hier, dass die anderen Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind (vgl. z. B. ZAK 1966, S. 35 und die dort zitierten Urteile des EVG; ZAK 1969, S. 298; Richtlinien betreffend die medizinische Abklärung und die Leistungen der IV bei psychischen Krankheiten von Minderjährigen, vom 11. Januar 1974).

Mit diesen Erwägungen erarbeitete die Rechtsprechung besondere «Grundsätze», die ausschliesslich für Jugendliche und andere Minderjährige gelten. Sie trägt damit der besonderen Situation der Jugendlichen mit Blick auf die berufliche Ausbildung und spätere Erwerbstätigkeit in bedeutsamem Ausmasse Rechnung. Dies soll noch anhand einiger Beispiele von Jugendlichen mit psychischen Krankheiten oder Gebrechen illustriert werden.

- Führt ein erworbenes psychisches Leiden mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einem grossen, schwer korrigierbaren stabilen Defekt, der die spätere Schulung oder berufliche Ausbildung und die Erwerbsfähigkeit wesentlich behindert oder verunmöglicht, kann die IV vorbeugend die nötige Psychotherapie übernehmen. Nach der Rechtsprechung ist beispielsweise ein solcher Defekt anzunehmen bei schwerem Stottern, schwerer Pseudodebilität, schwerem elektivem Mutismus, bei psychogener Schreibunfähigkeit.
- Ein drohender Defekt darf ferner angenommen werden, wenn bei einem schweren psychischen Leiden nach intensiver fachärztlicher Behandlung von 360 Tagen Dauer keine Besserung erzielt wurde und nach spezialärztlicher Feststellung bei einer weiteren Behandlung erwartet werden darf, dass der drohende Defekt mit seinen negativen Auswirkungen auf die Schul- oder Berufsbildung und Erwerbsfähigkeit ganz oder in wesentlichem Ausmasse verhindert werden kann. Voraussetzung der Leistung der IV ist auch hier, dass eine Invalidität im Sinne von Artikel 5 IVG besteht.
- Das Vorliegen von Krankheiten oder Defekten, die nach heutiger Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft ohne dauernde Behandlung nicht gebessert werden können (z. B. Schizophrenien, manisch-depressive Psychosen) schliesst vorbeugende Massnahmen der IV aus.
- Wenn bei einem invaliden Jugendlichen die Sonderschulung oder erstmalige berufliche Ausbildung durch eine psychische Störung wesent-

lich behindert oder gar verunmöglicht wird, so kann die IV die psychiatrische Behandlung als notwendige Ergänzung der Sonderschulung oder der erstmaligen beruflichen Ausbildung übernehmen. Die Behandlung des Leidens an sich darf dabei aber nicht überwiegen. Leidet beispielsweise ein Jugendlicher an einer sich gegen die Schule richtenden Phobie, ermöglicht erst die Psychotherapie den Schulbesuch und müsste diese Vorkehr unabhängig vom Schulbesuch nicht durchgeführt werden, so bildet die Psychotherapie einen notwendigen Annex zur Sonderschulung und kann deshalb von der IV gewährt werden.

- Wird ein in erstmaliger beruflicher Ausbildung stehender invalider Jugendlicher, der als Sonderschüler psychiatrischer Behandlung bedurfte, in seiner Berufsbildung durch eine psychische Störung wesentlich behindert, so kann die IV die Psychotherapie übernehmen.

Als Beispiele für die Abgrenzung des Bereichs medizinischer Massnahmen bei Jugendlichen seien aus der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes erwähnt:

- Die IV übernimmt die Operation eines jungen, an Netzhautablösung leidenden Versicherten, um die Erblindung zu vermeiden (EVG 31. 5. 1965, ZAK 1966, S. 101).
- Der chirurgische Eingriff bei Spondylose und Spondylolisthesis dient dann vornehmlich der beruflichen Eingliederung, wenn die Spanversteifung bei einem noch jungen Versicherten durchgeführt wird, bei dem die sekundären degenerativen Erscheinungen erst im Anfangsstadium stehen und lediglich auf den engeren Bereich des geschädigten Wirbelsäulenabschnittes beschränkt sind. Der operative Eingriff muss zudem die Ausübung desjenigen Berufes gewährleisten, welcher der Bildung und den Fähigkeiten des Versicherten entspricht (EVG 3. 5. 1965, ZAK 1966, S. 105).
- Eine medizinische Massnahme im Sinne der IV liegt vor, wenn zur Zeit der Durchführung vorausgesetzt werden darf, die Gehfähigkeit des versicherten Jugendlichen werde wahrscheinlich dermassen und während so langer Zeit verbessert werden, dass er einen Beruf erlernen kann. Dies gilt selbst dann, wenn die Gehfähigkeit infolge des fortschreitenden Grundleidens nach durchgeführter Eingliederung wieder abnehmen sollte, aber trotzdem ein dauernder erwerblicher Erfolg zu erwarten ist (EVG 17. 8. 1967, ZAK 1968, S. 65).

- Alle operativen Eingriffe, die bei einer Epiphysenlösung eines Jugendlichen nach dem Eintritt des Gleitens des Schenkelkopfes medizinisch angezeigt sind, stellen grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen dar (EVG 4. 6. 1965, ZAK 1966, S. 35).
- Die Operation zur Beseitigung der erworbenen O-Beine bei einer vor dem Berufsbildungsalter stehenden 16jährigen Versicherten bildet eine Eingliederungsmassnahme der IV, da andernfalls mit einer Defektheilung zu rechnen wäre (EVG 12. 10. 1962, ZAK 1963, S. 130).

Durchführungsfragen

AHV/IV: Angabe der zweiten Versichertennummer bei Renten für geschiedene Frauen ¹

(Ergänzung zum Renten-Kreisschreiben III, Anhang 3, Beilage 1, Rz 3)

Bei einfachen Alters- oder Invalidenrenten für geschiedene Frauen, die nach den für Ehepaarrenten geltenden Berechnungsregeln ermittelt werden (Art. 31 Abs. 3 und 4 AHVG und Art. 36 Abs. 2 IVG), ist in der Verfügung — wie dies in sinngemässer Anwendung von Rz 951 der Wegleitung über die Renten bei Witwenrenten für geschiedene Frauen zu geschehen hat — als zweite Versichertennummer diejenige des verstorbenen geschiedenen Mannes anzugeben.

In Rz 3 der Beilage 1 zum Anhang 3 des Renten-Kreisschreibens III ist daher folgender Abschnitt einzufügen:

«— bei einfachen Alters- und Invalidenrenten von geschiedenen Frauen, die nach den für Ehepaarrenten massgebenden Regeln berechnet werden, die Versichertennummer des verstorbenen geschiedenen Mannes;»

¹ Aus AHV-Mitteilungen Nr. 60

Richtlinien betreffend die medizinische Abklärung und die Leistungen der IV bei psychischen Krankheiten von Minderjährigen

Mit der Absicht, den IV-Kommissionen und den Ärzten die recht schwierige versicherungsrechtliche Beurteilung der psychischen Leiden zu erleichtern und eine möglichst einheitliche Praxis in der IV zu erzielen, hat das BSV mit Kinderpsychiatern Richtlinien ausgearbeitet, die für die Leistungen der IV und die Abklärung dieser Leiden bei Minderjährigen Geltung haben.

Für Erwachsene stellen sich bei psychischen Leiden kaum je grosse Probleme, insbesondere nicht in bezug auf medizinische Massnahmen. Ein Anspruch auf Renten oder berufliche Massnahmen lässt sich hier meist befriedigend nach den bestehenden Weisungen beurteilen. Bei Geburtsgebrechen der GgV ist der Anspruch auf IV-Leistungen für Minderjährige klar in Artikel 13 IVG umschrieben. Hier beschränken sich die Richtlinien auf diagnostische Hinweise.

Erworbene psychische Krankheiten, die im allgemeinen auch medizinisch nicht leicht zu beurteilen sind, kann die IV nur nach den Bestimmungen von Artikel 12 IVG in Verbindung mit Artikel 5 Absatz 2 IVG behandeln, und zwar nur, wenn schwere Störungen vorliegen, die die Ausbildung behindern oder zu schweren stabilen Defekten führen müssen. Hier werden Regeln aufgestellt, wann solche Leiden anzunehmen und von der IV zu behandeln sind, insbesondere auch in Verbindung mit der Sonderschulung und mit beruflichen Massnahmen.

Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit dem Verfahren für die Abklärung durch die IV bei psychischen Krankheiten von Minderjährigen und gibt insbesondere auch Hinweise über die Beziehungen zwischen Ärzten und IV-Kommission.

Die Richtlinien sind als vorläufige verbindliche Weisungen für die IV-Kommissionen zu betrachten, wobei die Meinung besteht, es sollten damit einmal Erfahrungen gesammelt werden; nötigenfalls können dann erforderliche Anpassungen an die gewonnenen Erkenntnisse vorgenommen werden.

Das BSV hat diese Weisungen ausser den IV-Kommissionen allen ihm bekannten interessierten Stellen zugestellt. Sie können nach Bedarf von weiteren Institutionen und Personen beim BSV angefordert werden (s. dritte Umschlagseite).

**Vorübergehende
Unterbringung
von
Sonderschülern**

Der Pressedienst von Pro Infirmis macht unter dem Titel «zum Beispiel ein Notfallheim» auf den Bedarf an Ferienplätzen für invalide Kinder aufmerksam. Ergänzend zu diesem Aufruf sei hier auf ein zusätzliches Problem hingewiesen. Wie im Aufsatz über «Planungsaspekte im Sonderschulbereich» (ZAK 1973, S. 588 ff.) ausgeführt wurde, besteht das Bestreben, durch Schaffung von externen Sonderschulungsmöglichkeiten und von Wocheninternaten den Kontakt des invaliden Kindes mit dem Elternhaus intensiver zu gestalten. Solche Lösungen setzen jedoch eine tragfähige Familiengemeinschaft voraus. Die Betreuung behinderter Kinder erfordert aber vielfach einen so grossen Zeit- und Kraftaufwand, dass diese Anstrengung nicht unbeschränkt durchgehalten werden kann. Bei zusätzlichen Erschwernissen (beispielsweise Erkrankung in der Familie) müssen daher geeignete Sofortmassnahmen getroffen werden. Die hierfür erforderlichen Unterkünfte sind so bereitzustellen, dass das betroffene Kind wenn immer möglich trotzdem seine angestammte Sonderschule ohne Unterbruch weiter besuchen kann. Für diese Situationen sollten daher in Wocheninternaten Pikettendienste eingerichtet werden. Besteht im Einzugsgebiet einer Externatsonderschule kein Internat, das diese Aufgabe übernehmen könnte, müssen anderweitige Vorkehrungen getroffen werden.

**Schweizer
Hotelführer für
Behinderte**

Der Schweizerische Invalidenverband¹ hat in Zusammenarbeit mit dem Schweizer Hotelierverband einen Hotelführer für Behinderte herausgegeben. Die Ferienmöglichkeiten scheiterten bisher oft an sogenannten architektonischen Barrieren. Sorgfältige Abklärungen ergaben nun ein überraschend reichhaltiges Angebot von Unterkunfts-möglichkeiten, welche diesen Hindernissen Rechnung tragen. Dabei sind alle Kategorien, von der einfachen Pension bis zum Erstklasshaus und darüber hinaus mit zahlreichen «Nominationen» vertreten, und zwar in allen Gegenden des Landes, unsere Weltkurorte inbegriffen. Der Hotelführer unterscheidet zwischen Hotels für Rollstuhlfahrer, für Leicht- und für Schwergelbehinderte. Es sind Pauschalarrangements für 7 und 14 Tage vorgesehen.

¹ Froburgstrasse 4, 4600 Olten 1

liche Arbeitnehmer und Kleinbauern zu unterbreiten, die die Gewährung von Kinderzulagen an sämtliche Landwirte vorsieht, deren Einkommen die vorgesehene Grenze nicht übersteigt.»

Anmerkung: Nach der geltenden Ordnung haben nur die Kleinbauern im Hauptberuf Anspruch auf Kinderzulagen. In der Motion wird der Einbezug auch der Kleinbauern im Nebenberuf in die Bezugsberechtigung gefordert.

MITTEILUNGEN

Ausgleichsfonds AHV/IV/EO im zweiten Halbjahr 1973

Im Berichtsjahr konnten für Rechnung der Ausgleichsfonds AHV/IV/EO insgesamt 457,5 Mio Franken fest angelegt werden. Hievon wurden 53,3 Mio (11,7 %) aus Rückzahlungen und Amortisationen finanziert.

Die erfolgten Auszahlungen, summen- und anteilmässig auf die einzelnen Anlagekategorien aufgegliedert, ergeben folgendes Bild: Eidgenossenschaft 100,0 Mio Franken (21,9 %), Kantone 65,0 Mio (14,2 %), Gemeinden 89,5 Mio (19,6 %) öffentlichrechtliche Körperschaften und Institutionen 51,0 Mio (11,1 %), Pfandbriefinstitute 70,0 Mio (15,3 %), Kantonalbanken 49,0 Mio (10,7 %) und gemischtwirtschaftliche Unternehmungen 33,0 Mio (7,2 %). Den Kantonen, Gemeinden und öffentlichrechtlichen Körperschaften und Institutionen kamen somit 205,5 Mio Franken zu, was einem Anteil von 44,9 Prozent entspricht.

Die verfallenen Darlehen und Pfandbriefserien beliefen sich auf 100,4 Mio Franken. Davon gelangten 11,7 Mio zur Rückzahlung und 88,7 Mio wurden zu den jeweils geltenden Bedingungen konvertiert.

Der Gesamtbestand der festen Anlagen belief sich Ende Dezember 1973 auf 8 501,2 Mio Franken und setzt sich folgendermassen zusammen:

— Eidgenossenschaft	269,7 Mio (3,2 %)
— Kantone	1 248,0 Mio (14,7 %)
— Gemeinden	1 353,5 Mio (15,9 %)
— Pfandbriefinstitute	2 352,6 Mio (27,7 %)
— Kantonalbanken	1 600,7 Mio (18,8 %)
— öffentlichrechtliche Körperschaften und Institutionen	243,1 Mio (2,8 %)
— gemischtwirtschaftliche Unternehmungen	1 231,6 Mio (14,5 %)
— Kassenobligationen	202,0 Mio (2,4 %)

Die durchschnittliche Rendite für Neuanlagen betrug im Berichtshalbjahr 5,74 Prozent gegenüber 5,68 Prozent im ersten Semester 1973. Für den Gesamtbestand auf Jahresende 1973 ergab sich eine durchschnittliche Rendite von 4,52 Prozent gegen 4,38 Prozent auf Ende Dezember 1972.

Änderung der ELV

Durch eine Verordnung vom 21. Dezember 1973, die sich auf das geänderte Bundesgesetz über den Finanzausgleich unter den Kantonen stützt, hat der Bundesrat die Abstufung der Bundesbeiträge nach der Finanzkraft der Kantone neu geregelt.

Die Neuregelung berührt auch die Verordnung über die EL, deren Artikel 39 wie folgt neu gefasst worden ist:

«¹ An die Aufwendungen für Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung leistet der Bund den Kantonen je nach der Finanzkraft Beiträge von 30 bis 70 Prozent.

² Massgebend für die Abstufung der Bundesbeiträge nach der Finanzkraft sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über den Finanzausgleich unter den Kantonen.»

Die geänderte Berechnungsweise für die Bundesbeiträge an die EL kommt erst ab 1975 zur Anwendung.

Die Ergänzungsleistungen im Jahre 1973

Im Jahre 1973 haben die Kantone 295,2 Mio Franken an Ergänzungsleistungen ausgerichtet. Davon entfielen 240,2 Mio auf die AHV und 55,0 Mio auf die IV. Der Bund hat daran einen Gesamtbetrag von 140,5 Mio Franken geleistet. Für die Ergänzungsleistungen zur AHV entnahm er die Mittel — 113,4 Mio — dem Spezialfonds gemäss Artikel 111 AHVG (Tabakbelastung und Belastung der gebrannten Wasser). Der Bundesbeitrag an die Ergänzungsleistungen zur IV — 27,1 Mio — stammte aus den allgemeinen Mitteln.

Zusätzlich hat der Bund noch Beiträge an die Stiftungen «Für das Alter» und «Pro Juventute» sowie an die Vereinigung «Pro Infirmis» in der Höhe von insgesamt 13,4 Mio Franken ausgerichtet.

Neugestaltung der Altersabonnemente

Die Sektion Information und Public Relations SBB erliess Ende Januar des laufenden Jahres folgende Mitteilung, auf die wir die Rentenbezüger hingewiesen haben möchten.

«Mit der Tarifreform vom 1. Februar 1974 werden die Altersabonnemente der Schweizerischen Transportunter-

nehmungen neu gestaltet. Einem Wunsch der Inhaber entsprechend wird eine praktischere Form gewählt. Diese gestattet es, das Billett auf der ersten Seite einzustecken und beim Vorzeigen ein Durchblättern des Abonnements zu vermeiden. Die Änderung bedingt, dass vom 1. Februar an bei der Erneuerung der bisherigen Altersabonnemente eine neue Foto mitgebracht und die 24stündige Bestellfrist beachtet werden muss. Für spätere Jahre können die neuen Abonnemente wiederum auf einfachere Weise, d. h. durch Überkleben der Geltungsdauer, erneuert werden. Die Transportunternehmungen bitten die Inhaber von Altersabonnements, diesem Hinweis im Zeitpunkt der Fälligkeit der Erneuerung Beachtung zu schenken.»

Die Regelung gilt sinngemäss ebenso für Halbtax-Abonnemente für Invalide.

**Revision der EO
auf den
1. Januar 1974**

Im Anschluss an das von den eidgenössischen Räten in der letztjährigen Herbstsession revidierte EO-Gesetz — die Referendumsfrist ist inzwischen am 13. Januar 1974 unbenützt abgelaufen — hat der Bundesrat am 3. Dezember 1973 eine Änderung der EO-Verordnung beschlossen. Darin werden die für die Berechnung von Unterstützungszulagen massgebenden Gegenwerte nicht entlohnter Arbeit des Dienstpflichtigen sowie die Einkommensgrenzen für die unterstützungsbedürftigen Angehörigen erhöht.

Die Änderungen von Gesetz und Verordnung sind am 1. Januar 1974 in Kraft getreten. Die entsprechenden Separatdrucke aus der Amtlichen Gesetzessammlung sind den Ausgleichskassen kürzlich zugestellt worden. Eine neue EO-Textausgabe wird im Laufe des Monats März erscheinen. Im übrigen sind die Ausgleichskassen mit Kreisschreiben vom 12. November 1973 über die Neuerungen im Zusammenhang mit der EO-Zwischenrevision einlässlich orientiert worden.

**Erhöhter Erwerbs-
ersatz auch für
Rekruten**

Das Eidgenössische Militärdepartement hat am 22. Januar 1974 folgende Pressemitteilung erlassen:

«Am 13. Januar 1974 ist die Referendumsfrist zu der letzten Herbst vom Parlament beschlossenen Revision des Bundesgesetzes über die Erwerbsausfallentschädigungen für Wehr- und Zivilschutzpflichtige (EOG) unbenützt abgelaufen. Die nun rechtskräftig gewordene Änderung erhöht die bisherigen Entschädigungen um rund die Hälfte. (Ist in dieser allgemeinen Formulierung nicht zutreffend, da nur die frankemässigen Grenzbeträge und die festen Zulagen erhöht wurden. Die Re-

daktion der ZAK). Alleinstehende Rekruten erhalten somit beispielsweise in jedem Fall eine Entschädigung von 7.20 Franken im Tag. Dazu werden je nach den persönlichen Verhältnissen zusätzliche Leistungen ausgerichtet. Den demnächst einrückenden Rekruten stehen die Kommandos ihrer Schule für Auskünfte über den Erwerbsersatz zur Verfügung.

Die gesamten Ersatzaufwendungen sind für das laufende Jahr auf 359 Mio Franken (1973: 239 Mio) veranschlagt.»

**Familienzulagen
im
Kanton Obwalden**

Der Kantonsrat hat am 15. Dezember 1973 beschlossen, den Mindestansatz der Kinderzulage mit Wirkung ab 1. Januar 1974 von 40 auf 50 Franken je Kind und Monat zu erhöhen.

**Familienzulagen
im
Kanton Neuenburg**

Der Staatsrat hat am 21. Dezember 1973 beschlossen, die Geburtszulage, die die kantonale Familienausgleichskasse gewährt, von 300 auf 400 Franken zu erhöhen.

Die Aufsichtskommission der kantonalen Familienausgleichskasse hat diese ermächtigt, den ausländischen Arbeitnehmern eine Kinderzulage von 60 Franken für ihre Kinder im Ausland zu gewähren. Der gesetzliche Ansatz beträgt nach wie vor 30 Franken je Kind und Monat.

Die neuen Ansätze gelten ab 1. Januar 1974.

**Organigramm
des BSV**

Der ZAK vom Dezember 1973 lag ein Organigramm des BSV bei. Dieses ist nun — wie schon damals (s. S. 633) angekündigt worden war — infolge Änderung der Telefonnummern bereits überholt. Das vorliegende Heft enthält ein entsprechend angepasstes Organigramm. Die neuen Nummern gelten ab dem 11. März 1974.

**Personelles
BSV**

Fürsprecher **Cuno Amiet** ist zum wissenschaftlichen Adjunkten in der Sektion «Individuelle Leistungen an Invalide» befördert worden.

**Ausgleichskasse
Solvhorn**

Der Verwalter der kantonalen Ausgleichskasse **Solvhorn, Werner Stuber**, wird altershalber auf Ende Februar von seinem Amt zurücktreten. **Werner Stuber** war zuerst, einige Jahre auch im Ausland, kaufmännisch tätig und trat in den dreissiger Jahren in das neu gegründete kantonale Lehrhramt Solvhorn ein.

Mit der Errichtung der kantonalen Wehrmannsausgleichskasse im Jahre 1940 übernahm er deren Leitung, 1948 wurde ihm in der Folge die Verwaltung der kantonalen AHV-Ausgleichskasse übertragen. Als aktives Mitglied der Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen berief ihn das Bundesamt in zahlreiche Fachkommissionen. Der Konferenz selbst stand er von 1952 bis 1957 als einsatzfreudiger Präsident vor. Neben anderen Fragen standen damals vor allem das Verwaltungskostenproblem und die praktische Regelung der Kassenzugehörigkeit im Vordergrund. Werner Stuber verfocht die damit verbundenen Anliegen ebenso zäh wie konzilient. Im Jahre 1957 bezog er als erster kantonaler Kassenleiter für seine Verwaltung einen kasseneigenen Neubau — zu einem Zeitpunkt also, da es noch ein Wagnis bedeutete, in eigener Zuständigkeit zu bauen, ein Wagnis aber, das sich gelohnt hat. Bundesamt und ZAK wünschen Werner Stuber einen erfüllten Ruhestand. An seine Stelle hat der Regierungsrat Walter Späti, bisher verantwortlicher Sekretär der kantonalen IV-Kommission, gewählt.

Ausgleichskasse
ALBICOLAC

Der Kassenvorstand der Ausgleichskasse ALBICOLAC hat Walter Baumgartner auf den 1. Januar 1974 zum neuen Kassenleiter gewählt. Er ersetzt den altershalber zurückgetretenen Paul Cuendet, Leiter ad interim.

IV-Regionalstelle
Chur

Der Leiter der IV-Regionalstelle Chur, Mario Baddilatti, tritt Ende Februar 1974 von seinem Posten zurück. Als Nachfolger wurde Adolf Isler gewählt.

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Verfahren

Urteil des EVG vom 30. April 1973 i. Sa. C. P.
(Übersetzung aus dem Französischen)

Art. 132 i. V. m. Art. 104 Bst. a OG; Art. 5 Abs. 2 Bst. c VwVG; Art. 85 Abs. 2 AHVG. Das EVG tritt auf eine Verwaltungsgerichtsbeschwerde ein, durch die die unrichtige Anwendung kantonalen Rechts gerügt wird, sofern diese Anwendung eidgenössisches Sozialversicherungsrecht verletzen kann. (Bestätigung der Praxis; Erwägung 1)

Eintreten wird bejaht, wenn der von der Rekursbehörde gestützt auf kantonales Recht gefällte Nichteintretensentscheid die Anwendung des Bundesrechts ausschliesst. (Erwägung 1)

Art. 85 Abs. 2 AHVG. Die kantonale Vorschrift, wonach eine Partei, die ihren Wohnort für längere Zeit verlässt, dafür sorgen muss, dass ihr gerichtliche Akte trotzdem zugestellt werden können, ist nicht bundesrechtswidrig. (Erwägung 2)

Art. 132 i. V. m. Art. 104 Bst. a OG; Art. 4 BV. Die kantonale Rekursbehörde, die eine Mitteilung des Beschwerdeführers über seine neue Adresse nicht beachtet und auf die Beschwerde nicht eintritt, weil der Beschwerdeführer eine richterliche Anordnung nicht befolgt hat, die an seine alte Adresse gerichtet war, wendet jene kantonale Vorschrift willkürlich an und handelt damit bundesrechtswidrig. (Erwägung 3)

Art. 134, Art. 135, Art. 156 Abs. 1 OG. Als unterliegend gilt auch die Partei, die vor der Rekursbehörde ein dem Urteil des EVG widersprechendes Begehren gestellt hat, auch wenn sie im Beschwerdeverfahren vor dem EVG auf Anträge verzichtet. (Erwägung 5)

C. P. richtete an die Rekursbehörde ein als «Vorsorgliche Klage» bezeichnetes Schreiben, in dem er an seinem Anspruch auf eine IV-Rente festhielt, den die Ausgleichskasse durch eine Verfügung abgelehnt hatte. In diesem Schreiben erklärte er überdies, er werde sich nach Italien begeben, und nannte seine dortige Adresse in A. Die Rekursbehörde forderte C. P. auf, innert Frist seine Beschwerde zu ergänzen. C. P. sandte daraufhin der Rekursbehörde fristgemäss ein italienisch abgefasstes Schreiben und legte diesem ein ärztliches Zeugnis bei. In der Folge forderte die Rekursbehörde C. P. unter zwei

Malen auf, seine Beschwerde durch ein in deutscher oder französischer Sprache gehaltenes Schreiben zu ergänzen. Beide Aufforderungen richtete sie an die Schweizer Adresse des Beschwerdeführers, von wo sie als unzustellbar zurückkamen, mit dem Vermerk, der Adressat befinde sich in A. Nach Ablauf der zur Verbesserung gesetzten Frist trat die Rekursbehörde auf die Beschwerde nicht ein, mit der Begründung, C. P. habe es unterlassen, für die Zeit seiner Abwesenheit dafür zu sorgen, dass ihm gerichtliche Urkunden zugestellt werden könnten.

C. P. legte Verwaltungsgerichtsbeschwerde ein mit dem Antrag, es sei auf die Beschwerde gegen die Verfügung der Ausgleichskasse einzutreten. Das EVG hiess die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gut, wobei es die folgenden Erwägungen anstellte.

1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde richtet sich gegen die Weigerung einer kantonalen Rekursbehörde, in einem Fall der Invaliden-, also der Sozialversicherung, auf die Sache einzutreten. Es handelt sich deshalb um einen Nichteintretensentscheid im Sinne von Art. 5 Abs. 1 Bst. c VwVG (s. Art. 128 i. V. m. Art. 97 Abs. 1 OG).

Das Gericht hat schon früher entschieden, dass es auf Verwaltungsgerichtsbeschwerden eintrete, durch die eine unrichtige Anwendung kantonalen Rechts seitens einer Rekursbehörde gerügt wird, sofern diese Anwendung Bestimmungen des eidgenössischen Sozialversicherungsrechtes verletzen kann. Handelt es sich im vorliegenden Verfahren um eine prozessrechtliche Frage, so ist auf die Sache einzutreten, damit geprüft werden kann, ob Bundesrecht (Art. 85 Abs. 2 AHVG, namentlich dessen Bst. b) verletzt worden sei (BGE 98 V 163 und die dort wiedergegebenen Urteile). In dem hier zu beurteilenden Fall stellt das Gericht fest, ein Nichteintretensentscheid, der sich auf kantonales Recht stützt, könne Gegenstand einer Verwaltungsgerichtsbeschwerde sein, wenn der kantonale Entscheid die Anwendung des Bundesrechtes ausschliesst.

2. Das Verfahren vor einer kantonalen Rekursbehörde, in dem die Beschwerde gegen die Verfügung einer Ausgleichskasse zu beurteilen ist, wird grundsätzlich vom kantonalen Recht beherrscht (Art. 85 Abs. 2 AHVG und Art. 69 IVG). Nach dem einschlägigen kantonalen Recht und der Rechtsprechung dazu müssen die Rechtsschriften in deutscher oder in französischer Sprache abgefasst sein, den beiden offiziellen Landessprachen. Ferner ist darnach der kantonale Richter befugt, auf das Gesuch oder die Beschwerde einer Partei nicht einzutreten, die verhältnismässig lange von ihrem Wohnort abwesend ist und nicht dafür sorgte, dass ihr Mitteilungen dort zugestellt werden können, wo sie sich aufhält. Diese Regelung widerspricht den bundesrechtlichen Bestimmungen in Art. 85 Abs. 2 AHVG nicht. Sie verletzt auch die — oft ungeschriebenen — allgemeinen Grundsätze nicht, die das Prozessverfahren jedes Staates beherrschen, der das Recht der Persönlichkeit achtet. Ist diese Regelung demnach nicht zu beanstanden, so lässt sich ein gleiches nicht sagen von der Art, wie die Rekursbehörde sie angewendet hat. Die Rekursbehörde ging davon aus, der Beschwerdeführer habe die Schweiz verlassen, ohne dafür zu sorgen, dass die gerichtlichen Akte, mit deren Zustellung er rechnen musste, ihm zugestellt werden konnten. Der Beschwerdeführer hatte aber, bevor er die Schweiz verliess, der Rekursbehörde seine künftige Adresse mitgeteilt.

3. Indessen steht nicht eindeutig fest, dass das Gericht befugt sei, im vorliegenden Fall die Anwendung des kantonalen Rechtes zu überprüfen. Die Schwierigkeit rührt nicht so sehr von Art. 105 Abs. 2 OG her, wonach das Gericht an die tatsächlichen Feststellungen des kantonalen Richters gebunden ist; denn als Ausnahme von dieser Regel kann das Gericht auch den Sachverhalt überprüfen, wenn dieser, wie es hier der Fall ist, vom kantonalen Richter offensichtlich unrichtig festgestellt wurde. Vielmehr ergibt sich diese Schwierigkeit namentlich aus Art. 104 Bst. a OG, der die Kognition des Gerichtes auf die Verletzung von Bundesrecht beschränkt. Wie gezeigt wurde, beruht aber der angefochtene Entscheid auf kantonalem Recht.

Zum Bundesrecht, dessen Verletzung mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde gerügt werden kann, gehören auch die verfassungsmässigen Rechte. Die Rechtsprechung hat festgestellt, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde übernehme die Rolle der staatsrechtlichen Beschwerde für den Schutz der verfassungsmässigen Rechte, wenn diese Rechte von kantonalen Behörden verletzt würden, deren Entscheide das Bundesgericht als Verwaltungsgericht zu überprüfen habe (s. BGE 96 I 187, Erwägung 2, und 91 I 89, Erwägung 1, sowie die dort erwähnte Judikatur und Literatur). Das gilt auch für das EVG in dessen Zuständigkeitsbereich (s. Art. 122 und 132 OG sowie «Arbeitsrecht und Arbeitslosenversicherung», Mitteilungsblatt des BIGA, 1971, S. 38, Nr. 9).

Im vorliegenden Fall muss die unrichtige Anwendung kantonaler Verfahrensbestimmungen seitens der Rekursbehörde als willkürlich im Sinne von Art. 4 BV bezeichnet werden, dessen Rechtsschutz auch Ausländer geniessen (s. Aubert, *Traité de droit constitutionnel suisse*, Ziff. 1787 und 1831 bis 1849). Denn ein Entscheid ist rechtlich nicht haltbar, durch den der Richter auf eine Beschwerde nicht eintritt, weil der Beschwerdeführer Anforderungen nicht befolgte, die an seinen früheren Wohnort gerichtet waren, obschon der Beschwerdeführer dem Richter seinen Wegzug und seine neue Adresse mitgeteilt hatte. In der Tat wollen die einschlägigen kantonalen Bestimmungen nur dafür sorgen, dass der Richter Gerichtsakte den Parteien zustellen kann, ohne vorher Nachforschungen anstellen oder langwierige Verfahren durchführen zu müssen. Im vorliegenden Fall wäre aber die Zustellung ohne jede Schwierigkeit möglich gewesen, kannte doch der Richter die Adresse des Beschwerdeführers.

Aus diesen Gründen ist der angefochtene Entscheid aufzuheben.

4. Bevor die Rekursbehörde in der Sache entscheidet, wird sie im Hinblick auf Art. 200 und Art. 200bis AHVG über ihre sachliche Zuständigkeit zu befinden haben.

5. Der angefochtene Entscheid betrifft nicht die Bewilligung oder die Verweigerung von Versicherungsleistungen im Sinne von Art. 132 OG, sondern eine Verfahrensfrage. Das bundesrechtliche Beschwerdeverfahren ist deshalb nicht kostenlos (Art. 134 und Art. 156 Abs. 1 OG). Die Ausgleichskasse hat zwar vor dem Gericht kein Rechtsbegehren gestellt, jedoch vor der Rekursbehörde Nichteintreten beantragt. Die Ausgleichskasse ist daher im Streit unterlegen und hat somit Gerichtskosten zu tragen. Das Beschwerdeverfahren hat dem Beschwerdeführer keine wesentlichen Kosten verursacht. Von der Zusprechung einer Parteientschädigung ist daher abzusehen (Art. 159 OG).

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 31. Januar 1973 i. Sa. L. T.

(Übersetzung aus dem Französischen)

Art. 12 und 17 IVG. Die Behandlung der Dyslexie eines Volljährigen stellt weder eine Eingliederungsmassnahme medizinischer noch beruflicher Art dar.

Der im Jahre 1936 geborene ledige Versicherte, von Beruf Handlanger, hat am 27. April 1971 ein Gesuch um Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf gestellt. Aus dem Arztbericht vom 14. Oktober 1971 geht hervor, dass der Versicherte eine mässige — jedoch im Bereiche des Normalen liegende — Intelligenz aufweist, an Störungen der zeitlichen Orientierung sowie an einem verminderten akustischen Unterscheidungsvermögen leidet, was gewisse Schwierigkeiten bei der Artikulation bewirkt. Der Arzt hebt andererseits hervor: «Im schriftlichen Ausdruck macht sich eine sehr schwere Dyslexie bemerkbar, die sowohl auf Hörschwernisse als auch auf Störungen der zeitlichen und räumlichen Orientierung zurückzuführen ist; Unsicherheit in der Übertragung des gesprochenen Wortes in eine schriftliche Form. Fähigkeit des Abschreibens praktisch nicht vorhanden. Lesen lediglich von einzelnen Wörtern und einfachen Sätzen möglich.»

Der Arbeitgeber des Versicherten teilte am 25. Oktober 1971 mit, dem Versicherten werde ein Stundenlohn von 6.30 Franken ausbezahlt; dies entspreche 80 Prozent eines Einkommens, das von einem Nichtinvaliden der gleichen Branche erzielt werde. In diesem Ansatz seien weder Sozialleistungen noch Gratifikationen enthalten.

Aufgrund dieser Auskünfte teilte die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 5. Januar 1972 dem Versicherten mit, die IV-Kommission habe sein Gesuch abgelehnt mit der Begründung, die vom Arzte vorgeschlagene Behandlung wäre angesichts seines Einkommens keine Eingliederungsmassnahme im Sinne des IVG.

Am 28. Januar 1972 wurde gegen die Verfügung Beschwerde erhoben; die verlangten Massnahmen seien notwendig, um das Arbeitsverhältnis des Versicherten aufrechtzuerhalten.

Mit Entscheid vom 7. Juli 1972 wies das kantonale Versicherungsgericht die Beschwerde ab; wohl betrage die Einkommenseinbusse des Versicherten 20 Prozent, doch seien die verlangten Massnahmen nicht geeignet, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten dauernd und wesentlich zu verbessern; auch sei nicht als erwiesen zu betrachten, dass diese Erwerbseinbusse auf die Tatsache zurückzuführen sei, dass der Versicherte weder lesen noch schreiben könne.

Gegen diesen Entscheid liess der Versicherte Verwaltungsgerichtsbeschwerde einreichen. Es wird die Ansicht vertreten, die angefochtene Verfügung beruhe auf unzutreffenden und unvollständigen Feststellungen der Tatsachen; insbesondere sei die IV-Regionalstelle nicht angehört worden. Mit den verlangten Massnahmen werde in erster Linie das Ziel verfolgt, dem Versicherten eine regelmässige berufliche Tätigkeit zu ermöglichen. Es wird

beanstandet, dass der Bericht des Arbeitgebers die vom Versicherten bei der Arbeit durchzustehenden Erschwernisse nicht berücksichtige und dass die darin genannten Beträge nicht der Wirklichkeit entsprächen. Des weiteren wird festgehalten, dass die richterliche Vorinstanz keine Experten beigezogen habe und seitens des Gerichts nicht geprüft worden sei, ob die angebehrten Massnahmen nicht tatsächlich den Zweck verfolgten, das Anstellungsverhältnis des Versicherten zu erhalten, wenn auch nicht im gegenwärtigen Zeitpunkt, so doch wenigstens für die Zukunft. Die verlangten Vorkehren seien deshalb zuzusprechen; eventuell sei die Sache zur ergänzenden Abklärung und zum Erlass einer neuen Verfügung an die zuständige IV-Kommission zurückzuweisen.

Während die Ausgleichskasse auf eine Stellungnahme verzichtet, hält das BSV in seiner Vernehmlassung fest, dem Versicherten stehe kein Anspruch auf Leistungen im Sinne von Art. 12 IVG zu, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei deshalb abzuweisen.

Das EVG wies die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung ab:

1. Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern. Dabei ist die gesamte noch zu erwartende Arbeitsdauer zu berücksichtigen. Gemäss Rechtsprechung ist hiebei jedoch zu beachten, dass die IV zu Eingliederungsvorkehren nur verpflichtet werden kann, wenn die damit verbundenen Kosten zum voraussichtlichen Nutzen in einem vernünftigen Verhältnis stehen (ZAK 1970, S. 229).

Die Eingliederungsmassnahmen der IV sind in Art. 8 Abs. 3 IVG aufgezählt. Bst. b dieses Artikels erwähnt die Massnahmen beruflicher Art (worunter auch die Umschulung fällt) und Bst. a jene medizinischer Art.

2. Art. 17 IVG hat folgenden Wortlaut:

«1 Der Versicherte hat Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder wesentlich verbessert werden kann.

2 Der Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit ist die Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf gleichgestellt.»

Gemäss Rechtsprechung ist unter Umschulung grundsätzlich die Summe der Eingliederungsmassnahmen berufsbildender Art zu verstehen, die notwendig und geeignet sind, dem vor Eintritt der Invalidität bereits erwerbstätig gewesenen Versicherten eine seiner früheren annähernd gleichwertige Erwerbsmöglichkeit zu vermitteln (EVGE 1965, S. 42, ZAK 1965, S. 450; EVGE 1967, S. 108, ZAK 1967, S. 489; EVGE 1968, S. 50, ZAK 1968, S. 351).

Die Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf, die das Gesetz der Umschulung gleichstellt, umfasst demnach Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art, die notwendig und geeignet sind, dem Versicherten in seinem bisherigen Tätigkeitsbereich annähernd jenen Erwerb zu verschaffen, den er erzielt hätte, wenn er nicht invalid geworden wäre.

Der Versicherte verlangt Wiedereinschulung in seine bisherige Tätigkeit als Industriehandlanger durch Gewährung von Sprachheilunterricht zur Be-

handlung seiner schweren Dyslexie, die ihn am Sprechen und Schreiben hindert. Dieser vom Arzt verordnete und von einem Sprachheillehrer erteilte Unterricht stellt indessen keine Massnahme beruflicher Art dar; viel eher dürfte es sich hiebei um eine solche medizinischer Art handeln. Es geht demnach nicht an, die im Streite liegende Vorkehr unter Art. 17 IVG zu subsumieren.

3. Der behandelnde Arzt hält fest, die vorhandene Dyslexie stelle ein Geburtsgebrechen dar. Dennoch vermag der Versicherte im Rahmen von Art. 13 IVG keinen Leistungsanspruch gegenüber der IV zu begründen; er ist volljährig und ausserdem ist dieses Leiden in der GgV nicht enthalten.

Zu prüfen bleibt demnach noch die Frage, ob die vom Arzt verordnete ambulante Behandlung — nämlich der Sprachheilunterricht — gestützt auf Art. 12 Abs. 1 IVG übernommen werden könnte. Gemäss dieser Gesetzesbestimmung hat der Versicherte «Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.»

Gemäss EVG-Rechtsprechung handelt es sich bei dem in Art. 12 IVG enthaltenen Terminus «Behandlung des Leidens an sich» um einen Rechtsbegriff, der wie folgt umschrieben werden kann: «Wo und solange labiles pathologisches Geschehen besteht und mit medizinischen Vorkehren angegangen wird, seien sie kausal oder symptomatisch, auf das Grundleiden oder auf dessen Folgeerscheinungen gerichtet, stellen solche Heilmassnahmen, sozialversicherungsrechtlich betrachtet, Behandlung des Leidens an sich dar.» Dies trifft dann nicht zu, wenn ein stabiler, jedenfalls aber relativ stabilisierter Defektzustand besteht; in einem solchen Falle kann eine Vorkehr als eine zu Lasten der IV gehende Eingliederungsmassnahme gewertet werden. Diesbezüglich gilt ein Gesundheitsschaden als stationär und nicht als stabil, wenn ein Leiden während einer gewissen Zeitspanne wohl nicht fortschreitet, aber aller Wahrscheinlichkeit nach in einer späteren Phase erneut auftreten wird, oder wenn dieses Fortschreiten durch ständige Einnahme von Medikamenten aufgehalten werden kann (ZAK 1972, S. 236).

Wie das BSV in seiner Vernehmlassung u. a. festhält, soll die Mehrzahl von Ärzten die Dyslexie als Assoziationsstörungen im zentralen Nervensystem betrachten, also als funktionelle Störungen, die ihrer Natur nach nie stabil sein können, sondern im besten Falle stationär. Im gleichen Bericht wird erwähnt, eine Minderheit von Sachverständigen vertrete die Ansicht, dass bei einer Dyslexie Assoziationsbahnen fehlten, ohne allerdings hiefür einen anatomischen Beweis erbringen zu können. Da dieses vermutete Fehlen der Assoziationsbahnen bei jungen Versicherten in der Regel durch Sprachübungen ausgeglichen werden kann, muss das Vorhandensein einer funktionellen Störung angenommen werden, die u. U. nicht allein die einzige Ursache bildet. Falls die Ausführungen des BSV zutreffen — was nicht zu bezweifeln ist —, so muss sich der Richter der vorherrschenden medizinischen Auffassung anschliessen und feststellen, dass die Dyslexie immer ein labiles pathologisches Geschehen darstellt und dass die Sprachbehandlung eine «Behandlung des Leidens an sich» ist.

Die erste Voraussetzung von Art. 12 Abs. 1 IVG ist folglich hier nicht erfüllt; die eingereichte Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist demnach abzulehnen. Unter diesen Umständen braucht nicht geprüft zu werden, ob die im Streite liegende Massnahme geeignet wäre, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. In dieser Hinsicht bestehen gewisse Zweifel, denn einerseits ist die Behandlung reichlich spät in Angriff genommen worden (der Beschwerdeführer ist schon 37jährig), und andererseits ist er annähernd wie seine Berufskollegen eingegliedert. Man kann die Feststellung des EVG, Sprachstörungen hätten in vielen Berufen keinen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit, nicht auf Versicherte ausdehnen, die weder lesen noch schreiben können, wie dies das BSV zu tun scheint. Das Gericht hat hiebei nur an gewisse Störungen der gesprochenen Sprache gedacht (EVGE 1962, S. 209, ZAK 1963, S. 74), während der Analphabetismus doch die Berufswahl deutlich einzuschränken vermag.

Renten und Taggelder

Urteil des EVG vom 5. April 1973 i. Sa. W. W.

Art. 22 Abs. 1 IVG; Art. 17bis IVV. Ein Taggeldanspruch für nicht zusammenhängende Tage besteht, wenn die Arbeitsverminderung an mindestens vier ganzen Tagen innerhalb eines Kalendermonats auf die Eingliederung zurückzuführen ist, nicht aber, wenn sie lediglich durch die Arbeitsunfähigkeit bedingt ist.

Der 1907 geborene Versicherte erlitt am 12. März 1970 einen apoplektischen Insult. Laut Arztbericht leidet er ferner an Hypertonie und Myodegeneratio cordis.

Mit Verfügung der Ausgleichskasse vom 16. Dezember 1970 übernahm die IV die Kosten für Physiotherapie. Am 26. Mai 1971 verfügte die Ausgleichskasse jedoch, dass die Kostenübernahme für diese ambulante Physiotherapie im Kantonsspital auf den 28. Februar 1971 aufgehoben werde, weil die medizinischen Vorkehren primär der Behandlung des Leidens an sich dienten und daher in den Aufgabenbereich der Krankenversicherung fallen würden. Am 20. März 1972 erliess sie eine weitere Verfügung, mit der sie dem Versicherten eröffnete, dass die ihm bewilligte Physiotherapie keinen Anspruch auf Taggeld zu begründen vermöge und er deshalb für die Zeit vom 20. März 1970 bis 28. Februar 1971 kein Taggeld erhalte.

Die gegen die Verfügung vom 20. März 1972 erhobene Beschwerde hat die Rekursbehörde abgewiesen. Die Vorinstanz begründet dies damit, dass die medizinischen Vorkehren, für deren Dauer ein Taggeld verlangt wird, nicht hätten übernommen werden dürfen, weil die Lähmungen des Versicherten nicht durch eine Hirnblutung, sondern durch eine allgemeine Arteriosklerose der Hirngefässe verursacht worden seien, worauf die Myodegeneratio cordis, der hohe Blutdruck und das Alter des Beschwerdeführers schliessen liessen. Eine Arteriosklerose vermöchte aber — nach der Rechtsprechung — keinen Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen zu begründen.

Der Versicherte zieht diesen Entscheid an das EVG weiter. Mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird der Antrag gestellt, die Kassenverfügung vom 20. März 1972 sei aufzuheben, und es sei die IV zu verpflichten, während der ambulanten Physiotherapie ein Taggeld auszurichten. Weder aus den Akten noch aus der Krankheitsgeschichte des Beschwerdeführers gehe hervor, dass dieser an allgemeiner Arteriosklerose leide. Deshalb müsse ein neurologisches Gutachten eingeholt werden, das Aufschluss über die genaue Ursache der halbseitigen Lähmung gebe; allenfalls sei die Sache zur nähern Abklärung an die IV-Kommission zurückzuweisen.

Die Ausgleichskasse enthält sich ausdrücklich eines Antrages, da eine rein medizinische Frage zur Diskussion stehe. Das BSV beantragt die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung abgewiesen:

1. Nach Art. 22 Abs. 1 Satz 1 IVG hat der Versicherte während der Eingliederung Anspruch auf ein Taggeld, wenn er an wenigstens drei aufeinanderfolgenden Tagen wegen der Eingliederung verhindert ist, einer Arbeit nachzugehen, oder zu 50 Prozent arbeitsunfähig ist. Abs. 3 desselben Artikels ermächtigt den Bundesrat, Voraussetzungen für den Anspruch auf Taggeld für nicht zusammenhängende Tage sowie für Untersuchungs-, Wart- und Anlernzeiten aufzustellen. Diese Voraussetzungen sind in den Art. 17—20 IVV geregelt. Von diesen Bestimmungen ist im heutigen Zusammenhang allein Art. 17^{bis} erwähnenswert.

Nach der bundesrätlichen Botschaft zum IVG soll das Taggeld während jeder Eingliederung, «die einen gewissen Dauercharakter hat», gewährt werden (BB1 1958 II 1261). Eine Ausnahme von diesem Prinzip ist in Art. 17^{bis} IVV normiert, welcher dem Versicherten, der innerhalb eines Kalendermonats an mindestens vier ganzen Tagen wegen der Eingliederung verhindert ist, der Arbeit nachzugehen, für diese Tage einen Taggeldanspruch einräumt.

Aus dem Wortlaut von Art. 17^{bis} IVV ergibt sich eindeutig, dass diese Bestimmung nicht auf jene in Art. 22 Abs. 1 Satz 1 IVG aufgeführte Kategorie invalider Versicherter anwendbar ist, bei denen als Voraussetzung für den Taggeldanspruch eine 50prozentige Arbeitsunfähigkeit zur Zeit der Eingliederungsmassnahmen genügt. Vielmehr ist sie nur anwendbar auf jene Invaliden, die wegen der Eingliederung verhindert sind, einer Arbeit nachzugehen. Diese Differenzierung rechtfertigt sich aus folgenden Überlegungen: Die Expertenkommission für die Einführung der IV wollte den Taggeldanspruch auf jene Versicherten beschränken, die wegen der Eingliederung nicht instande sind, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, und daher einen Erwerbsausfall erleiden. Sie verwies auf die ursprüngliche Regelung in der EO, wonach nur jene Wehrpflichtigen eine Erwerbsausfallentschädigung beanspruchen konnten, bei denen während des Militärdienstes ein Verdienstaufall eintrat (Expertenbericht 1956, S. 91). Da mit der (am 1. Januar 1959 in Kraft getretenen) Revision der EO die Entschädigungsberechtigung auf die Nichterwerbstätigen ausgedehnt wurde, wollte der Bundesrat diese Kategorie von Versicherten in der IV nicht vom Taggeld ausschliessen. Den Vorschlag der Expertenkommission erweiternd, beantragte er deshalb den eidgenössischen Räten, den Taggeldanspruch auch einem nichterwerbstätigen Invaliden einzuräumen, vorausgesetzt, dass er zu 50 Prozent arbeitsunfähig ist (BB1

1958 II 1189; vgl. S. 1347 betreffend EO). Diese Erweiterung der ursprünglichen Konzeption brachte den nichterwerbstätigen Versicherten, die aber mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig sind, eine wesentliche Besserstellung. Wenn der Bundesrat davon absah, diese Erweiterung auf die Fälle nicht zusammenhängender Eingliederungstage auszudehnen, hat er keinen unsachgemässen Gebrauch von der ihm in Art. 22 Abs. 3 IVG eingeräumten Ermächtigung gemacht.

2. Der Beschwerdeführer verlangt Taggeld für jene Tage, da er zwischen Ende April 1970 und Ende Februar 1971 ambulant physiotherapeutisch behandelt wurde. Laut Bericht der Regionalstelle wurde diese Therapie zweimal wöchentlich durchgeführt. Der erstinstanzlichen Beschwerde ist ferner zu entnehmen, dass sie jeweils keinen vollen Tag gedauert hat. Auf diese Angaben ist abzustellen, zumal sie den allgemeinen Erfahrungen in Fällen ambulanten Physiotherapie entsprechen.

Die in Art. 22 Abs. 1 Satz 1 IVG festgelegte Voraussetzung der mindestens dreitägigen ununterbrochenen Dauer der Eingliederungsmassnahme ist somit nicht erfüllt. Es fragt sich, ob die Ausnahmebestimmung von Art. 17bis IVV anwendbar ist. Dies wäre nach den obigen Darlegungen zu bejahen, wenn der Beschwerdeführer wegen der Eingliederung während mindestens vier ganzen Tagen im Kalendermonat an der Erwerbstätigkeit verhindert gewesen wäre.

Gemäss Arztbericht war der Versicherte vom 12. März bis 1. November 1970 vollständig arbeitsunfähig. In dieser ersten Phase wurde er also nicht durch die Eingliederungsmassnahmen an der Erwerbstätigkeit gehindert. Art. 17bis IVV ist somit nicht anwendbar. Ein Anspruch für die nicht zusammenhängenden Therapietage besteht nicht.

Für die Zeit nach dem 1. November 1970 veranschlagte der Arzt die Arbeitsunfähigkeit auf 75 Prozent. Der Beschwerdeführer hatte am 26. Oktober 1970 die Arbeit während täglich drei Stunden (von 13 bis 16 Uhr) wieder aufgenommen. An dieser Arbeitsleistung wurde er durch die Physiotherapie nicht gehindert. Für diese Behandlung stand ihm der ganze Vormittag zur Verfügung, was nach den allgemeinen Erfahrungen ausreichte, um zweimal wöchentlich sich der Therapie zu unterziehen, ohne dadurch an der Erwerbstätigkeit gehindert zu werden. Anhaltspunkte dafür, dass die Behandlung derart anstrengend war, dass ihre Nachwirkungen während des ganzen Nachmittags andauerten und damit jegliche Arbeitsleistung verunmöglichten, bestehen nicht. Wäre dies der Fall gewesen, so hätte der Beschwerdeführer ohne Zweifel darauf hingewiesen. Dass dem nicht so war, ergibt sich übrigens auch aus der Bemerkung in der vorinstanzlichen Beschwerde, die «erste Variante» von Art. 22 Abs. 1 Satz 1 IVG (Verhinderung an der Arbeit wegen der Eingliederungsmassnahmen) sei nicht anwendbar. Demzufolge besteht auch für die Zeit nach dem 1. November 1970 kein Taggeldanspruch.

Aus dem Gesagten folgt, dass die Verwaltungsgerichtsbeschwerde als unbegründet abgewiesen werden muss. Bei diesem Ausgang des Verfahrens erübrigt sich zu prüfen, ob die Physiotherapie je Eingliederungscharakter hatte.

Urteil des EVG vom 12. Februar 1973 i. Sa. G. M.

Art. 46 und 60 IVG. Der Versicherte wahrt mit der Anmeldung an die IV-Kommission grundsätzlich alle seine zu diesem Zeitpunkt gegenüber der Versicherung bestehenden Leistungsansprüche. Dieser Grundsatz ist jedoch nicht anwendbar für Leistungen, die in keinem Zusammenhang mit den sich aus den Angaben des Versicherten ausdrücklich oder sinngemäss ergebenden Begehren stehen und für welche auch keinerlei aktenmässige Anhaltspunkte die Annahme erlauben, sie könnten ebenfalls in Betracht fallen. (Erwägung 3a; Bestätigung der Rechtsprechung)

Art. 48 Abs. 2 IVG. Ist der Anspruch auf eine IV-Rente Ende Dezember 1967 nach altem Recht nicht verwirkt, so ist eine rückwirkende Leistungsgewährung vor diesen Zeitpunkt nach neuem Recht möglich. (Erwägung 3c)

Der am 5. September 1911 geborene Versicherte meldete sich am 9. Mai 1968 erstmals zum Bezug von Leistungen der IV. Da er an Spondylose und Spondylarthrose leidet, wurde ihm auf seine Anmeldung hin ein Lendenmieder abgegeben.

Mit Neuanmeldung vom 23. Februar 1970 ersuchte er um Zusprechung einer Rente. Gemäss Bericht der orthopädischen Klinik betrug seine Arbeitsunfähigkeit infolge des Wirbelsäuleleidens höchstens 30 Prozent; internistische Befunde könnten aber die Arbeitsunfähigkeit auch höher erscheinen lassen. Dr. A., Hausarzt des Versicherten, berichtete am 29. August 1970, sein Patient leide an Myodegeneratio cordis mit schwerer Anstrengungsdyspnoe sowie an Stauungsödemen und sei seit ungefähr einem Jahr zu 70 Prozent arbeitsunfähig. Ein Bericht der Invalidenfürsorge über die Einkommensverhältnisse des Rentenansprechers kommt zum Ergebnis, er sei seit dem 1. April 1966 nur noch zu 50 Prozent arbeitsfähig.

Die IV-Kommission setzte hierauf den Invaliditätsgrad auf 60 Prozent und den Beginn der rentenbegründenden Invalidität auf den 1. Januar 1966 fest. Infolge verspäteter Anmeldung könne die Rente jedoch lediglich für die 12 der Anmeldung vorangehenden Monate, mithin ab 1. März 1969 ausgerichtet werden. Die Ausgleichskasse des Kantons Zürich eröffnete diesen Beschluss mit Verfügung vom 16. Dezember 1970.

Der Versicherte beschwerte sich gegen diese Verfügung mit der Begründung, er sei nur noch zu 30 Prozent arbeitsfähig; zudem genüge die zugesprochene Rente nicht zur Bestreitung des Lebensunterhaltes. Er ersuche um Zusprechung einer höheren Rente. Ausgleichskasse und IV-Kommission enthielten sich einer Stellungnahme. Die AHV-Rekursbehörde hiess mit Entscheid vom 22. Februar 1972 die Beschwerde in dem Sinne teilweise gut, als sie die Kasse verpflichtete, die halbe Rente nebst Zusatzrente ab 1. Januar 1968 auszuzahlen; im übrigen wies sie die Beschwerde ab.

Gegen diesen Entscheid führt der Versicherte Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Er beantragt erneut die Zusprechung einer höheren Rente und wiederholt seine der kantonalen Instanz bereits vorgetragenen Argumente.

Während Ausgleichskasse und IV-Kommission erneut darauf verzichten, sich vernehmen zu lassen und einen Antrag zu stellen, beantragt das BSV,

es sei dem Beschwerdeführer in Aufhebung der Kassenverfügung und des angefochtenen Entscheides ab 1. September 1967 eine halbe einfache IV-Rente zuzusprechen.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung teilweise gutgeheissen:

1. ...

2a. ...

b. Die Arztberichte bestätigen, dass der Beschwerdeführer infolge seiner Wirbelsäulenleiden sowie seiner inneren Krankheiten gesundheitlich in erheblichem Masse beeinträchtigt ist. Die medizinischen Unterlagen vermitteln auch Angaben darüber, seit wann diese Beeinträchtigung besteht. Dagegen sind die ärztlichen Schätzungen der Arbeitsunfähigkeit nicht identisch mit dem für die Rentenzusprechung massgebenden Invaliditätsgrad; denn die Invaliditätsbemessung hat im Sinne der wiedergegebenen rechtlichen Grundsätze nach Massgabe der invaliditätsbedingten Erwerbseinbusse zu erfolgen.

Der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt; er war ab 1958 als Schreiner selbständigerwerbend, wobei er vor allem Kaninchenställe herstellte und kleinere Reparaturen ausführte. Nebenbei verarbeitete er in den Herbstmonaten für Gaststätten noch Fleisch zu Wurstwaren. Mit diesen Tätigkeiten erzielte er insgesamt ein Einkommen von ungefähr 9 000 Franken im Jahr. Die erwähnten Krankheiten zwangen ihn, seine erwerbliche Tätigkeit mehr und mehr einzuschränken. — Gemäss den Erhebungen der Invalidenfürsorge musste er seine Arbeit seit 1. April 1966 auf die Hälfte beschränken und den Nebenerwerb als Wurster aufgeben. Aus diesen Gründen sank sein Einkommen auf ungefähr 4 000 Franken jährlich. Diese Angaben entsprechen ungefähr auch der Steuereinschätzung für das Jahr 1969, welche auf ein steuerbares Einkommen von 4 400 Franken lautet.

Diese Umstände erlauben die Annahme, der Beschwerdeführer sei seit dem 1. April 1966 mindestens zur Hälfte invalid. Der von der IV-Kommission festgesetzte und von der Vorinstanz bestätigte Invaliditätsgrad von 60 Prozent ist daher in keiner Weise zu beanstanden. Jedenfalls ist nicht anzunehmen, der Beschwerdeführer sei zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Rentenverfügung zu mindestens zwei Dritteln erwerbsunfähig gewesen. Liegt seine Invalidität zwischen der Hälfte und zwei Dritteln, so ist sein Begehren um Ausrichtung einer höheren als der halben Rente unbegründet. Sollten sich jedoch die gesundheitlichen oder erwerblichen Verhältnisse des Beschwerdeführers seit Erlass der Rentenverfügung, d. h. seit Dezember 1970, in erheblichem Masse geändert haben, so bleibt es ihm unbenommen, ein neues Rentengesuch einzureichen.

Ferner scheint der Beschwerdeführer zu verkennen, dass die IV-Renten, mindestens bis Ende 1972, nicht als existenzsichernde, sondern bloss als Basisrenten ausgerichtet wurden. Die Funktion der Existenzsicherung kommt vielmehr den Ergänzungsleistungen zu den Renten der AHV/IV zu. Sollte daher der Beschwerdeführer neben der IV-Rente im wesentlichen über kein weiteres Einkommen verfügen, so steht es ihm frei, sich zum Bezuge von Ergänzungsleistungen anzumelden.

3. Zu entscheiden bleibt, von welchem Zeitpunkt an die dem Beschwerdeführer zustehende halbe Rente auszubezahlen sei. Die IV-Kommission hat diesen Zeitpunkt auf den 1. März 1969 festgesetzt, die Vorinstanz hat ihn auf

den 1. Januar 1968 vorverlegt und das BSV beantragt in seiner Vernehmung, die Rente sei ab 1. September 1967 auszuzahlen.

a. Nach der Rechtsprechung zu Art. 46 IVG wahrt ein Versicherter mit der Anmeldung an die IV-Kommission grundsätzlich alle seine zu diesem Zeitpunkt gegenüber der Versicherung bestehenden Leistungsansprüche, auch wenn er diese im Anmeldeformular nicht im einzelnen angibt (EVGE 1964, S. 189, ZAK 1965, S. 115; EVGE 1962, S. 342, ZAK 1963, S. 253). Zu dieser Rechtsprechung hat das Gesamtgericht mit Beschluss vom 13. November 1972 präzisierend ausgeführt, dieser Grundsatz finde jedenfalls keine Anwendung für Leistungen, die in keinem Zusammenhang mit den sich aus den Angaben des Versicherten ausdrücklich oder sinngemäss ergebenden Begehren stünden und für welche auch keinerlei aktenmässige Anhaltspunkte die Annahme erlauben würden, sie könnten ebenfalls in Betracht fallen. Denn die Abklärungspflicht der IV-Kommission (vgl. Art. 60 Abs. 1 IVG) erstrecke sich trotz des erwähnten Grundsatzes nicht auf alle überhaupt möglichen Leistungsansprüche, sondern nur auf die vernünftigerweise mit dem vortragenen Sachverhalt und allfälligen bisherigen oder neuen Akten in Zusammenhang stehenden Leistungen. Mache der Versicherte später geltend, er habe auf eine weitere Leistung Anspruch als die ihm verfassungsmässig zugesprochenen oder verweigerten und er habe sich hierfür bereits gemeldet, so ist nach den gesamten Umständen des Einzelfalles im Lichte des Grundsatzes von Treu und Glauben zu prüfen, ob jene frühere — unpräzise — Anmeldung schon den später substantiierten Anspruch umfasse. Ist dies zu verneinen, so können Leistungen nur im Rahmen der 12 Monate, die der erneuten Anmeldung vorangehen, gemäss Art. 48 Abs. 2 IVG rückwirkend zugesprochen werden; erscheint dagegen die frühere Anmeldung als hinreichend substantiiert, so ist die fünfjährige Verwirkungsfrist seit dieser Anmeldung massgebend. In jedem Falle bleibt Satz 2 der genannten Bestimmung vorbehalten (Unkenntnis des anspruchsbegründenden Sachverhaltes).

b. Im vorliegenden Fall haben die Vorinstanz und das Bundesamt ohne weitere Begründung auf die erste Anmeldung vom 9. Mai 1968 abgestellt in der Annahme, der Rentenanspruch sei schon damals angemeldet worden. Der Beschwerdeführer hat auf dem Einlageblatt zu jener Anmeldung die angeführten Leistungen nicht im einzelnen angegeben. Offensichtlich wollte er damit alle ihm damals von Gesetzes wegen zustehenden Ansprüche geltend machen. Mit der neuen Anmeldung vom 23. Februar 1970 verlangte er dagegen ausdrücklich und ausschliesslich die Zusprechung einer Rente. Deshalb erhebt sich die Frage, ob die IV-Kommission schon anlässlich der ersten Anmeldung Anlass gehabt hätte, anzunehmen, es würde aufgrund des gemeldeten Sachverhaltes ausser der Abgabe eines Lendenmieders als Hilfsmittel auch ein Rentenanspruch in Betracht fallen. Der Versicherte bemerkte zu seiner damaligen Anmeldung, er habe bisher sein Leiden auf sich genommen, jetzt gehe es aber nicht mehr; er habe sich am 8. Mai 1968 in die Klinik begeben. In der Anamnese des Arztberichtes vom 4. Juli 1968 wird festgehalten, der Patient habe über Zunahme der Schmerzen geklagt, er könne nur noch drei Stunden stehen und auch nicht mehr lange sitzen. Der Arzt hielt ihn dann allerdings aufgrund der einmaligen Untersuchung nicht für arbeitsunfähig. Dagegen hat die IV-Kommission damals keinerlei Erhebungen über die persönlichen und erwerblichen Verhältnisse des Leistungsanspre-

chers vorgenommen. Unter diesen Umständen kann nicht angenommen werden, ein Rentenanspruch habe damals im vorneherein ausgeschlossen werden können. Ebensowenig kann in der Verfügung, es sei dem Versicherten ein Hilfsmittel abzugeben, eine stillschweigende Verweigerung der Rente oder in der Nichtanfechtung jener Verfügung durch den Versicherten ein Verzicht auf die Rente erblickt werden. Somit sind die Vorinstanz und das Bundesamt zu Recht davon ausgegangen, der Rentenanspruch sei bereits am 9. Mai 1968 zur Anmeldung gelangt.

c. Nach der unbestritten gebliebenen Feststellung der IV-Kommission begann im vorliegenden Fall die für Renten wegen langdauernder Krankheit gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit am 1. April 1966 und dauerte gemäss der damals geltenden Fassung von Art. 29 IVG und der einschlägigen Rechtsprechung hiezu 540 Tage, mithin bis im September 1967. Entstand somit der Rentenanspruch aufgrund des anspruchsbegründenden Sachverhaltes im September 1967, so war er — wie das Bundesamt zutreffend ausführt — Ende 1967 nicht verwirkt. Denn Art. 48 Abs. 2 IVG bestimmte in der bis Ende 1967 gültigen Fassung, die Rente werde vom Monat der Anmeldung an ausgerichtet, falls der Versicherte sich mehr als sechs Monate nach Entstehung des Rentenanspruches anmelde. In der seither geltenden Form bestimmt Art. 48 Abs. 2 IVG: Meldet sich ein Versicherter mehr als 12 Monate nach Entstehung des Anspruches an, so werden die Leistungen lediglich für die 12 der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet. War somit der Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Inkrafttretens des revidierten Art. 48 Abs. 2 IVG nach altem Recht noch intakt, so genügte nunmehr nach neuem Recht eine Anmeldung innerhalb von 12 Monaten seit seiner Entstehung. Diese Frist war mit der Anmeldung vom 9. Mai 1968, auf welche nach dem Gesagten hinsichtlich des Rentenanspruches abzustellen ist, eingehalten. Das bedeutet in Übereinstimmung mit der bundesamtlichen Vernehmlassung, dass die im September 1967 entstandene, am 1. Januar 1968 nicht verwirkte und innert Jahresfrist geltend gemachte Rente vom Monat ihrer Entstehung an auszuzahlen ist. Dem von der Vorinstanz zur Begründung ihrer abweichenden Auffassung angerufenen Urteil in ZAK 1970, S. 132, lag insofern ein anderer Sachverhalt zugrunde, als in jenem Fall der Anspruch Ende 1967 bereits verwirkt war, was hier — wie auszuführen war — nicht zutrifft. Vielmehr wurde in jenem Urteil ausdrücklich erwähnt, dass der Anwendung des neurechtlichen Art. 48 Abs. 2 IVG betreffend Leistungen für die Zeit vor dem 31. Dezember 1967 nichts entgegensteht, wenn der Anspruch auf diese Leistungen unter den altrechtlichen Bestimmungen entstanden und nach diesem Ende 1967 nicht verwirkt war (vgl. Regest und Erwägungen 2 c/aa und 2 d des genannten Urteils).

Urteil des EVG vom 14. Februar 1973 i. Sa. M. H.

Art. 54 Abs. 1 Bst. d IVG. Wenn sich ein Versicherter zum Bezuge einer IV-Rente anmeldet, so muss die Ausgleichskasse — auch wenn sie Eingliederungsmassnahmen zuspricht — in rechtsgültiger Form über das Rentenbegehren verfügen.

Die 1936 geborene Versicherte leidet an den Folgen einer Kinderlähmung. Ihr Ehemann, Inhaber eines Tea-Rooms, ersuchte am 8. Oktober 1970 für sie

um eine Invalidenrente, weil für Haushalt und Geschäft eine zusätzliche Arbeitskraft erforderlich sei. Laut Bericht von Dr. A vom 6. November 1970 besteht bei der Versicherten ein schwerer Reststatus nach Poliomyelitis anterior acuta des linken Beines mit schlaffer Lähmung, Verkürzung und Spitzfussstellung. Nach Ansicht des Arztes wirkt sich der Gesundheitsschaden auf die berufliche Tätigkeit so aus, dass die Versicherte genötigt sei, weitere Dienstboten anzustellen, da sie selber der Arbeit nicht mehr gewachsen sei. Dr. A schätzte die Arbeitsunfähigkeit auf 60 bis 70 Prozent und schlug eine Untersuchung durch Prof. B vor, da er eine Korrektur des Spitzfusses und der Beinlängendifferenz als möglich erachtete.

Am 11. Dezember 1970 teilte die IV-Kommission der Versicherten mit, nach dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» und gestützt auf die Empfehlung von Dr. A übernehme sie die Kosten einer näheren Abklärung durch Prof. B.

Dr. C von einer orthopädischen Poliklinik führte am 10. November 1971 unter anderem aus: «U. E. ist bei der Patientin eine Berentung mit einer halben IV-Rente indiziert. Wie sie uns weiter mitteilte, ist sie jedoch durch das Leiden auch behindert, so dass (sich) doch durch op. Eingriffe eine Verbesserung erzielen liesse. Es besteht einesteils eine Kniegelenkskontraktur mit einem Extensionsdefizit von 10 Grad, welche sich durch eine entspr. Osteotomie supracondylär sicherlich verbessern liesse. Gleichzeitig könnte auch die Fallfusskomponente korrigiert werden, evtl. mit einem Eingriff nach Lambrinudi. Vorausgehend diesem Eingriff könnte allerdings ein konservativer Versuch mit einer Dorsalschiene unternommen werden. Je nachdem wäre dann die Operation angezeigt.»

Aufgrund dieses Berichtes verfügte die Ausgleichskasse am 17. Dezember 1971 folgendes:

«Hilfsmittel: Die IV übernimmt vorerst die Kosten für eine Dorsalschiene gemäss Verordnung des Arztes, sowie für Reparaturen und evtl. notwendige Erneuerungen.

Medizinische Massnahmen: Der Spezialarzt sieht die Möglichkeit, durch operative Eingriffe im linken Bein und Fuss eine Verbesserung des Zustandes und damit eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Die bezüglichen Behandlungskosten werden zu Lasten der IV übernommen.

Taggeldanspruch während des Klinikaufenthaltes und der Rekonvaleszenz gemäss separater Verfügung. Wir bitten Sie höflich, uns den Zeitpunkt des Klinikeintrittes mitzuteilen, damit wir die Taggeldverfügung erlassen können.

Reisekostenvergütung für Fahrten zur Durchführung der bewilligten Massnahmen gemäss beiliegendem Merkblatt.»

Der Ehemann der Versicherten beschwerte sich, weil keine IV-Rente gewährt worden sei. Er berief sich auf eine angebliche Erklärung eines Spitalarztes, Dr. D, wonach trotz Operationen weder die normale Gehfähigkeit noch die Kraft im gelähmten Bein wiederhergestellt werden könnten.

Die kantonale Rekursbehörde ging in ihrem Entscheid vom 22. März 1972 davon aus, dass die Eingliederungsmassnahmen den Renten grundsätzlich vorgehen. Die IV-Kommission habe daher zu Recht von Amtes wegen und unbekümmert darum, ob es von der Versicherten verlangt worden sei, alle

gesetzlich möglichen Eingliederungsmassnahmen in Betracht ziehen müssen, die notwendig und geeignet seien, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern. Allerdings stehe gestützt auf die Arztberichte nicht fest, ob die beabsichtigten medizinischen Vorkehren diesem Zweck genügen. Im übrigen sei vorerst der Invaliditätsgrad der Versicherten aufgrund ihres jetzigen Gesundheitszustandes festzusetzen; sollte sie nicht in rentenbegründendem Masse invalid sein, könne — je nach dem Ergebnis der zusätzlichen ärztlichen Abklärungen — von medizinischen Massnahmen Umgang genommen werden. Die Beschwerde richte sich zwar inhaltlich in erster Linie gegen die Nichtgewährung einer IV-Rente; darüber könne jedoch mangels Verfügungsverfügung nicht befunden werden. Das Kantonsgericht wies daher die Beschwerde ab und verpflichtete die IV-Kommission, die notwendigen Abklärungen hinsichtlich der Frage der medizinischen Massnahmen vorzunehmen.

Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde stellt die Ausgleichskasse folgende Anträge:

- «1. Das Urteil der kantonalen Rekursbehörde vom 22. 3. 72 sei aufzuheben;
2. Die Rechtskraft der Verfügung der Ausgleichskasse vom 17. Dezember 1971 in bezug auf die Eingliederungsmassnahmen sei wieder herzustellen;
3. Es sei genau festzuhalten, dass über das Rentenbegehren, wie es in der Beschwerde des Ehemannes der Versicherten vom 3. 1. 72 zur Geltung kommt, nicht entschieden werden kann, da keine diesbezügliche Verfügung der Ausgleichskasse ergangen ist.»

Die Ausgleichskasse macht im wesentlichen geltend, eine zusätzliche Abklärung bezüglich der medizinischen Massnahmen sei nicht notwendig. Andernfalls hätte das kantonale Gericht diese selbst vornehmen können, um gestützt darauf über die beschlossenen medizinischen Massnahmen zu entscheiden. Der Invaliditätsgrad beeinflusse im übrigen den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nicht. Hinsichtlich des Rentenbegehrens habe die kantonale Rekursbehörde die Beschwerde mit Recht abgewiesen.

Während die Versicherte auf eine Stellungnahme verzichtet, beantragt das BSV, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei in dem Sinne gutzuheissen, dass der kantonale Entscheid aufgehoben und die Kassenverfügung bestätigt werde. Da die Versicherte lediglich ihr Rentenbegehren erneuert habe, habe es mangels einer Verfügungsverfügung an einem Anfechtungsobjekt und mithin an einer Sachurteilsvoraussetzung gefehlt, weshalb aus formell-rechtlichen Gründen auf die Beschwerde nicht hätte eingetreten werden dürfen. Die Kassenverfügung sei nämlich hinsichtlich der Hilfsmittel und der medizinischen Massnahmen nicht angefochten worden. Die IV-Kommission habe unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Eingliederungsmassnahme oder — falls diese bisher nicht durchgeführt worden sei — nach Prüfung der Zumutbarkeit einer solchen über das Rentenbegehren zu verfügen.

Das EVG hat die Beschwerde mit folgender Begründung teilweise gutgeheissen:

1a. Die Beschwerdegegnerin hat gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu zwei Dritteln, oder auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zur Hälfte invalid ist. In Fällen wirtschaftlicher Härte kann die halbe Rente auch bei einer Invalidität von min-

destens einem Drittel ausgerichtet werden. Invalid im Sinne des Gesetzes ist, wer wegen eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall voraussichtlich bleibend oder längere Zeit erwerbsunfähig ist (Art. 4 Abs. 1 IVG).

b. Die Grundlagen der Invaliditätsbemessung sind verschieden, je nachdem, ob vor Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde oder nicht. Die Invalidität Erwerbstätiger wird gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG nach Massgabe der invaliditätsbedingten Erwerbseinbusse durch einen Einkommensvergleich ermittelt. Dagegen wird für die Bemessung der Invalidität volljähriger Nichterwerbstätiger, denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann — wie z. B. den Hausfrauen —, die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, der Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG gleichgestellt (Art. 5 Abs. 1 IVG; Art. 27 Abs. 1 IVV). Als Aufgabenbereich der Hausfrau gilt dabei gemäss Art. 28 Abs. 3 IVG und Art. 27 Abs. 2 IVV die übliche Tätigkeit im Haushalt und allenfalls im Betrieb des Ehemannes sowie die Erziehung der Kinder; die Invalidität ist demgemäss aufgrund der Behinderung im gesamten bisherigen Aufgabenbereich der Nichterwerbstätigen zu beurteilen (ZAK 1971, S. 642).

2a. Die Versicherte erhält indessen nur dann eine Rente, wenn sie im Rahmen des Zumutbaren bestmöglich eingegliedert ist. Wer Leistungen der IV fordert, muss das ihm Zumutbare vorkehren, um die Folgen seiner Invalidität möglichst zu mildern (EVGE 1969, S. 163, 1967, S. 35 und 75) und sich jeder zumutbaren Massnahme unterziehen, welche die IV zu seiner Eingliederung oder Wiedereingliederung ins Erwerbsleben anordnet.

b. Im vorliegenden Fall hielten sich Verwaltung und Vorinstanz an diese Grundsätze und gingen davon aus, eine Rente könne der Beschwerdeführerin erst gewährt werden, wenn sie im Sinne des Gesetzes eingegliedert sei. Die Ausgleichskasse sprach ihr daher nach Abklärung des medizinischen Sachverhalts durch die IV-Kommission ein Hilfsmittel und medizinische Massnahmen zu, ohne aber in der Verfügung zum Ausdruck zu bringen, dass die Rentenfrage erst nach Durchführung der Eingliederungsmassnahmen entschieden werden könne. Zwar hatte die IV-Kommission die Beschwerdeführerin in ihrem Brief vom 11. Dezember 1970 auf den Vorrang der Eingliederungsmassnahmen aufmerksam gemacht. Dies genügte indessen nicht. Vielmehr muss in einem solchen Fall verlangt werden, dass die Ausgleichskasse im erwähnten Sinne über das gestellte Rentengesuch ausdrücklich verfügt. Denn die Versicherte hat — auch im Hinblick auf eine allfällige Beschwerde — Anspruch darauf, dass in der Verfügung zu ihrem Rentenbegehren Stellung genommen wird. Weil die Ausgleichskasse dies in der angefochtenen Verfügung unterlassen hat, kann somit auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde, insoweit darin eine Rente verlangt wird, nicht eingetreten werden.

3. Entgegen der Auffassung von Ausgleichskasse und BSV trifft es nicht zu, dass die Kassenverfügung vom 17. Dezember 1971 hinsichtlich der medizinischen Massnahmen mangels Anfechtung in Rechtskraft erwachsen ist. Die Versicherte liess vielmehr dem Sinne nach geltend machen, die vorgesehenen Vorkehren seien im Hinblick auf die Frage der Rentenberechtigung unerheblich und zudem unzumutbar. Dieser Einwand ist wegen des

grundsätzlichen Vorranges der Eingliederungsmassnahmen gegenüber den Renten von wesentlicher Bedeutung. Die Vorinstanz ist daher zu Recht auf die Beschwerde des Ehemannes der Versicherten bezüglich der Eingliederungsmassnahmen eingetreten und hat richtig erkannt, dass angesichts der erhobenen Einwände der medizinische Sachverhalt gründlicher abzuklären und zu prüfen sei, ob die medizinischen Massnahmen unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet seien, die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdegegnerin dauernd und wesentlich zu verbessern.

Die Auffassung der kantonalen Rekursbehörde, die vorgesehenen medizinischen Vorkehren seien offensichtlich zumutbar, kann allerdings nach den Ausführungen des Vertreters der Versicherten vor jener Instanz ohne nähere Abklärung auch dieses Punktes nicht bestätigt werden.

4. Die Sache ist somit in Aufhebung der Kassenverfügung als auch des vorinstanzlichen Urteils an die Verwaltung zurückzuweisen zum Entscheid darüber, ob die medizinischen Vorkehren zumutbar und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu verbessern, und ob demzufolge auf das Rentenbegehren einstweilen nicht einzutreten sei. Ferner wird sie in diesem Zusammenhang zu präzisieren haben, ob vorläufig nur das Hilfsmittel abgegeben wird.

Von Monat zu Monat

Am 1. Februar fand unter dem Vorsitz von Dr. Güpfer vom Bundesamt für Sozialversicherung die *erste Sitzung des Ausschusses «Personalfragen» der Fachkommission für Altersfragen* statt. In vier Kurzreferaten wurden verschiedene Aspekte des Personalproblems dargelegt (Personalfragen bei den Dienstleistungen im Rahmen der offenen und geschlossenen Altershilfe, Personalausbildung in einem geriatrischen Spital, Beitrag des Roten Kreuzes an die Ausbildung im Bereich der Altershilfe, Fremdarbeiterzuteilung bei Einrichtungen der offenen und geschlossenen Altershilfe). Anschliessend wurden die Grundlagen für das Arbeitsprogramm des Ausschusses besprochen.

*

Der Ausschuss für die berufliche Vorsorge der Eidgenössischen AHV-Kommission tagte am 14./15. Februar unter dem Vorsitz von Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung bzw. von Prof. Kaiser, Berater für mathematische Fragen der Sozialversicherung. Die Vorarbeiten für einen Gesetzesentwurf über die berufliche Vorsorge wurden so weit gefördert, dass sie nunmehr in ihr Endstadium treten.

*

Die Sozialdemokratische Partei der Schweiz und der Schweizerische Gewerkschaftsbund haben der Bundeskanzlei mit Schreiben vom 22. Februar 1974 den *Rückzug* ihres am 18. März 1970 eingereichten *Volksbegehrens für die Einführung einer Volkspension* bekanntgegeben.

*

Die nationalrätliche Kommission zur Vorberatung des Gesetzesentwurfes zu einer *Änderung der AHV auf den 1. Januar 1975* trat unter dem Vorsitz von Nationalrat Schläppy am 7./8. und am 26. Februar zu zwei Sitzungen zusammen. Den Beratungen wohnten Bundesrat Hürliemann, Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung und Prof. Kaiser, Berater für mathematische Fragen der Sozialversicherung, bei. Die Kommission beschloss einstimmig, dem Nationalrat einen von ihr ausgearbeiteten Gesetzesentwurf vorzulegen, der im wesentlichen folgende Punkte enthält:

- Teuerungsausgleich für das Jahr 1974 durch Ausrichtung einer doppelten Monatsrente an alle Bezüger der AHV und IV und Gewährung entsprechender Beiträge an die Kantone zwecks Verdoppelung der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV in einem noch zu bestimmenden Monat.
- Erhöhung aller ordentlichen AHV- und IV-Renten auf den 1. Januar 1975 im Ausmass von rund 25 Prozent.

- Erhöhung der Einkommensgrenzen für den Bezug von Ergänzungsleistungen ab 1. Januar 1975 von bisher 6 600 auf 7 800 Franken für Alleinstehende und von bisher 9 900 auf 11 700 Franken für Ehepaare und Erhöhung der zulässigen Mietzinsabzüge.
- Gewährung von Baubeiträgen an Altersheime und andere Einrichtungen für Betagte.

Im übrigen hat die Kommission beschlossen, ihre Beratungen über die anderen Revisionspunkte, die der Bundesrat vorgeschlagen hatte (d. h. insbesondere über die Gestaltung der Renten ab 1976), auszusetzen und den Bundesrat um eine Ergänzungsbotschaft zu ersuchen. In dieser wird sich die Landesregierung vor allem zur Frage der Finanzierung und den entsprechenden Folgen für die öffentliche Hand auszusprechen haben.

*

Am 27. Februar fand unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung die zweite Sitzung der *Fachkommission für Altersfragen* statt. Im Mittelpunkt stand die Beratung und Bereinigung der Ausführungsbestimmungen zu einem neuen Artikel 101 AHVG (Baubeiträge an Heime für Betagte); diese lehnen sich an die Regelung in der Invalidenversicherung an, die sich seit 15 Jahren gut bewährt hat. — Im weiteren liess sich die Kommission über den Zeitplan für die Gesetzgebung zu den weiteren Massnahmen im Bereich der Altershilfe orientieren; die Arbeiten sollen beschleunigt werden.

*

Die Rechnungsergebnisse der AHV, IV und EO des Jahres 1973 lauten wie folgt (die Ergebnisse 1972 sind in Klammern beigefügt):

<i>AHV:</i>	Einnahmen	7 138	(4 424) Mio Franken
	Ausgaben	6 480	(3 806) Mio Franken
	Überschuss	658	(618) Mio Franken
	<i>Stand des Ausgleichsfonds Ende 1973 = 10,4 Milliarden Franken</i>		
<i>IV:</i>	Einnahmen	1 160	(765) Mio Franken
	Ausgaben	1 180	(758) Mio Franken
	Fehlbetrag	20	(Überschuss 7) Mio Franken
	<i>Stand des Kapitalkontos Ende 1973 = 66 Mio Franken</i>		
<i>EO:</i>	Einnahmen	300	(265) Mio Franken
	Ausgaben	231	(227) Mio Franken
	Überschuss	69	(38) Mio Franken
	<i>Stand des Kapitalkontos Ende 1973 = 306 Mio Franken</i>		

Die endgültigen Ergebnisse der Jahresrechnungen werden nach Genehmigung durch den Bundesrat veröffentlicht und kommentiert (s. S. 133).

Koordination zwischen AHV und obligatorischer Unfallversicherung¹

Mit zwei Erlassen, die beide am 1. Januar 1974 in Kraft getreten sind, wird eine bessere Koordination zwischen der AHV und der obligatorischen Unfallversicherung erreicht.

1. Änderung des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung

Am 27. September 1973 verabschiedeten die eidgenössischen Räte eine Änderung des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG), mit welcher der für die Prämienenerhebung, für das Krankengeld und die Renten der obligatorischen Unfallversicherung massgebende Höchstverdienst um 50 Prozent heraufgesetzt wurde; das versicherte Verdienstmaximum beträgt nun 150 Franken im Tag bzw. 46 800 Franken im Jahr. Gleichzeitig strebte der Gesetzgeber eine Angleichung des Lohnbegriffs der obligatorischen Unfallversicherung an jenen der AHV an. So zählen nun nach gesetzlicher Vorschrift Familienzulagen, die als Kinder-, Ausbildungs- oder Haushaltungszulagen im orts- oder branchenüblichen Umfang gewährt werden, nicht zum prämienspflichtigen Lohn; bei der Festsetzung der Versicherungsleistungen werden die Familien- und Kinderzulagen jedoch weiterhin mitberücksichtigt. Im übrigen ist der Bundesrat ermächtigt, näher zu bestimmen, welche Vergütungen für die SUVA als Lohn gelten. Ebenfalls in Anpassung an die AHV wurde den Pflegekindern ein Anspruch auf Waisenrenten der SUVA eingeräumt.

Mit der Revision des KUVG wurde schliesslich auch das AHVG (Art. 48 Abs. 1) und das IVG (Art. 45 Abs. 1) dahin geändert, dass das für das Zusammenfallen von AHV- bzw. IV-Renten mit Betriebsunfallrenten der SUVA bestehende Überversicherungsverbot auf die Nichtbetriebsunfallrenten ausgedehnt wurde. Wie die Botschaft zur Revisionsvorlage ausführt, hielten sich die Überversicherungen bis zur achten AHV-Revision in bescheidenem Rahmen; seit der starken Erhöhung der AHV- und IV-Renten sei es nun aber möglich, dass die Renten der Nichtbetriebsunfallversicherung zusammen mit solchen der AHV/IV den entgangenen Verdienst wesentlich überstiegen.

¹ Vgl. ZAK 1973, S. 456

2. Änderung der Verordnung II über die Unfallversicherung

Mit der am 6. Februar 1974 beschlossenen Revision der Verordnung II über die Unfallversicherung legte der Bundesrat zunächst gemäss gesetzlichem Auftrag fest, was in der obligatorischen Unfallversicherung als Lohn zu gelten hat, indem er hier den in der AHV-Gesetzgebung umschriebenen Lohnbegriff — mit gewissen Abweichungen — als anwendbar erklärte. Dank dieser weitgehenden Vereinheitlichung des Lohnbegriffes gestaltet sich das Abrechnungswesen für die Arbeitgeber bedeutend einfacher. Die in der Verordnung namentlich aufgeführten Abweichungen vom Lohnbegriff der AHV ergeben sich aus der unterschiedlichen Zielsetzung der Versicherungswerke und aus der Verschiedenheit des versicherten Personenkreises.

Mit der Ordnungsrevision wurde auch die bisherige Frist von drei Jahren zur Aufbewahrung der Lohnlisten auf fünf Jahre erstreckt; damit wird die wünschenswerte Zusammenlegung der Arbeitgeberkontrollen seitens der Organe der SUVA und der AHV erleichtert.

Die durch die Gesetzesrevision erfolgte Ausdehnung des Überversicherungsverbot auf die Nichtbetriebsunfallversicherung der SUVA verlangte entsprechende Änderungen der Verordnung über die AHV (Art. 66^{quater} Abs. 2 Bst. b und Abs. 5) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (Art. 39^{bis} Abs. 2 Bst. b und Abs. 5); auch diese Änderungen wurden mit der Revision der Verordnung II über die Unfallversicherung vorgenommen. Schliesslich wurde in Artikel 66^{quater} Absatz 4 AHVV und Artikel 39^{bis} Absatz 4 IVV der Ausdruck «Zusatzrente» durch die in der AHV/IV-Gesetzgebung neu eingeführte Bezeichnung «Kinderrente» ersetzt. Die Anwendung dieser Ordnungsbestimmungen fällt — obwohl sie in Erlassen der AHV und der IV enthalten sind — nicht in die Zuständigkeit der AHV-Ausgleichskassen, sondern in die der SUVA und gegebenenfalls der Militärversicherung.

Die Benennung der Altersunterkünfte

Der Mangel an einheitlichen Bezeichnungen für die verschiedenen Altersunterkünfte ist mit der zunehmenden Aktivität der Öffentlichkeit auf dem Gebiet der Massnahmen zugunsten des Alters als immer störender empfunden worden.

Auf Anregung des Vereins für Schweizerisches Heim- und Anstaltswesen haben Vertreter des Bundesamtes für Sozialversicherung, des Eidgenössischen Statistischen Amtes, des Eidgenössischen Büros für

Wohnungsbau, des Instituts für Orts-, Regional- und Landesplanung der ETH Zürich, des Gesundheitsamtes des Kantons Waadt, der Schweizerischen Konferenz für öffentliche Fürsorge, des Schweizerischen Roten Kreuzes, der Schweizerischen Stiftung Für das Alter, des Vereins für Schweizerisches Heim- und Anstaltswesen, des Verbandes Schweizerischer Krankenanstalten und der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie gemeinsam eine Typisierung der Altersunterkünfte ausgearbeitet. Sie wurde den Kantonen wie auch verschiedenen schweizerischen Organisationen, die sich mit Fragen der Altersbetreuung und dem Bau von Altersunterkünften befassen, zur Vernehmlassung zugestellt. Das Ergebnis der Umfrage fiel im allgemeinen sehr positiv aus. Die durch verschiedene wertvolle Anregungen bereinigte Übersicht kann nun nachstehend veröffentlicht werden.

Massgebend für die Einteilung, die sich bewusst von jeder Bewertung freihalten will, ist die dem Grad der Behinderung der Bewohner angepasste Intensität der gebotenen Dienste in personeller und baulicher Hinsicht. Da — abgesehen von der Mehrsprachigkeit unseres Landes — für den gleichen Typ oft verschiedene Namen vorkommen, wurden für die primäre Bezeichnung Buchstaben gewählt. Diese Kurzbezeichnungen beruhen auf einem vom Kanton Waadt geschaffenen und vom Kanton Bern übernommenen System. Wo sich überdies Minderheiten für eine abweichende Namengebung oder Definition zeigten, sind diese in Klammern aufgeführt.

In der Praxis sind sehr häufig Mischformen anzutreffen. Um die Übersichtlichkeit nicht zu verlieren, sind sie nicht aufgenommen worden. Eine Mischform kann jedoch leicht durch die Kombination der Buchstaben bezeichnet werden; das häufig anzutreffende Alters- und Pflegeheim beispielsweise mit der Bezeichnung C/D.

Die nachstehende Übersicht¹ berücksichtigt in erster Linie — aber nicht ausschliesslich — Unterkünfte für Betagte. In diesen können auch mehr oder weniger behinderte bzw. pflegebedürftige Erwachsene Aufnahme finden, die die Altersgrenze noch nicht erreicht haben.

Die Typen A (Akutspitäler) und B (Spital für Chronischkranke) sind lediglich der Vollständigkeit halber aufgeführt worden.

Sollten sich im Verlauf der Zeit neue Typen bilden, müsste die Einteilung ergänzt bzw. umgestaltet werden. Anregungen können an das Bundesamt für Sozialversicherung, 3003 Bern, gerichtet werden.

¹ Die Übersicht kann demnächst bei der Eidgenössischen Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern, unter Nr. 318.689.03 bezogen werden.

<i>Typ</i>	<i>Definition</i>	<i>Aufnahmekreis</i>
Eh	<i>Wohnungen für Betagte</i> Wohnungen ohne spezielle Ausstattung, die in erster Linie für Betagte reserviert und für ambulante Dienste leicht erreichbar sind	Betagte, die sich selber versorgen und — nötigenfalls mit Hilfe ambulanter Dienste — selbständig wohnen können
Ea	<i>Alterswohnungen</i> Einzelne oder gruppiert in verschiedenen Gebäuden untergebrachte Wohnungen, die es nach Lage und Ausstattung erlauben, auch bei körperlicher Behinderung allein zu wohnen	Wie bei Wohnungen für Betagte; doch können auch körperlich behinderte Betagte aufgenommen werden
Eg	<i>Alterssiedlung</i> Zusammenfassung von Alterswohnungen in einem oder mehreren Gebäuden, meistens verbunden mit Gemeinschaftsräumen und gemeinschaftlichen Dienstleistungen	Wie bei den Alterswohnungen
D	<i>Altersheim</i> Heim, das für langfristige Unterkunft und Verpflegung leicht behinderter, älterer Menschen eingerichtet ist, deren Gesundheitszustand aber in der Regel nur gelegentlich Krankenpflege und ärztliche Behandlung erfordert	Leichtbehinderte, nicht dauernd pflegebedürftige Betagte, die in der Regel keinen eigenen Haushalt mehr führen können

<i>Bauliche Ausstattung</i>	<i>Personelle Ausstattung</i>	<i>Zusatzdienste</i>
Trägt den besonderen Bedürfnissen der alten Menschen höchstens hinsichtlich der Lage Rechnung. Möbiliar vom Bewohner gestellt	Gewährleistung von ambulanten Diensten nach Bedarf	Ambulante Dienste
Lage und Ausstattung tragen den besonderen Bedürfnissen körperlich behinderter alter Menschen Rechnung. Möbiliar vom Bewohner gestellt	Gewährleistung von ambulanten Diensten nach Bedarf	Ambulante Dienste
Wie Alterswohnungen; zusätzlich Gemeinschaftsräume für Essen, Turnen, Schwimmen, Freizeit usw. Zentrale Bademöglichkeit. Möbiliar vom Bewohner gestellt	Hauswart, Warte- und evtl. Pflegepersonal, «Animateur» oder Sozialarbeiter	Ambulante Dienste
In der Regel Einzelzimmer (für Ehepaare mit Verbindungsmöglichkeit) mit WC und evtl. Dusche und kleiner Kochgelegenheit. Möbiliar gewöhnlich vom Pensionär gestellt	Heimleitung, Pflegepersonal, Hausdienstpersonal, «Animateur» oder Sozialarbeiter	Dienste für die Umgebung (Alterszentrum), Tagesstätte (Dj), Pflegemöglichkeit für dauernd pflegebedürftig gewordene Pensionäre, gegebenenfalls in besonderer Pflegeabteilung (DC)

<i>Typ</i>	<i>Definition</i>	<i>Aufnahmekreis</i>
C	<p><i>Krankenheim (Pflegeheim)</i> Heim, das hauptsächlich der dauernden Unterkunft und Pflege langzeitkranker und pflegebedürftiger Menschen dient, welche tägliche Krankenpflege und eine regelmässige ärztliche Behandlung benötigen</p>	<p>Personen, die bei der Aufnahme dauernd pflegebedürftig sind</p>
B	<p><i>Spital für Chronischkranke (Geriatrische Klinik)</i> Krankenhaus, das sich vorwiegend mit der Untersuchung und temporären Behandlung solcher Kranker befasst, die eine anspruchsvolle Krankenpflege und regelmässig intensive ärztliche Behandlung benötigen und deren Gesundheitszustand einen bestimmten <i>Rehabilitationserfolg</i> erwarten lässt (durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Regel einige Wochen bis einige Monate)</p>	<p>Personen, welche die für die Behandlung notwendigen Voraussetzungen erfüllen</p>
A	<p><i>Akutspital</i> Krankenhaus für kurzfristige Untersuchung, Behandlung und Pflege akut und chronisch kranker Patienten (durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Regel längstens 30 Tage)</p>	<p>Akutkranke Personen, die vorwiegend eine kurzfristige Untersuchung, Behandlung und Pflege benötigen</p>

Bauliche Ausstattung

*Personelle
Ausstattung*

Zusatzdienste

Mindestens einfache
medizinisch-diagnostische
Grundausrüstung, ein Arzt-
zimmer mit Untersuchungs-
und Behandlungsraum und
Räume für Therapien

Heimleitung,
Verantwortlicher Arzt
(jederzeit erreichbar),
Pflegepersonal,
Hausdienstpersonal,
Ergo-, Physio-
therapeuten und
«Animateur» oder
Sozialarbeiter

Dienste für die
Umgebung
(Alterszentrum),
Tagesstätte (Cj)

Spitaleinrichtung für die
Untersuchung, Rehabilitation
und Pflege Chronischkranker

Spezialärzte
Ergo-, Physio-
therapeuten und
andere Spezialisten
Personal wie in Spital

Funktion eines
Tagesspitals
für die
Umgebung (Bj)

Spitalausstattung

Spitalpersonal

Der jugendliche Behinderte in der Invalidenversicherung

Erste Fortsetzung ¹

3. Massnahmen für die Sonderschulung und die Betreuung hilfloser Minderjähriger

(Grundlagen: Art. 19 und 20 IVG; Art. 8—12 und 13 IVV; Kreisreiben über die Sonderschulung; Wegleitung über Invalidität und Hilflosigkeit)

a. Massnahmen für die Sonderschulung

Anspruch auf Massnahmen für die Sonderschulung haben bildungsfähige Minderjährige — also auch Jugendliche —, wenn der Besuch der Volksschule (inkl. Hilfs-, Förder- oder andere zur Volksschule zählende Schulen) infolge eines körperlichen oder geistigen Gebrechens nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Ob dieses Gebrechen angeboren oder erworben ist, ist IV-rechtlich unerheblich. Sonderschulbedürftigkeit im Sinn der IV setzt immer eine Invalidität gemäss Artikel 4 bzw. 5 IVG voraus, derentwegen die im Gesetze vorgesehenen besonderen Massnahmen zur Minderung oder Behebung der Auswirkungen der Invalidität notwendig sind. In Artikel 9 IVV werden die Leiden, zum Teil mit ihren Grenzwerten, einzeln und in Gruppen zusammengefasst umschrieben. Wer nur in leichtem Grade behindert und daher fähig ist, dem Volksschulunterricht auf der Stufe beispielsweise einer Hilfs-, Förder-, Sonder- oder anderen Klasse, die nach geltendem kantonalem Recht zur Volksschule gehört, zu folgen, gilt nicht als anspruchsberechtigt für sonderschulische Massnahmen, wenn zugleich auch feststeht, dass ihm ein solcher Besuch zumutbar ist.

Als bildungsfähig im Sinn des IVG gelten Jugendliche, denen bestimmte Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden können, sei es, dass sie einem besonderen, dem Gebrechen angepassten eigentlichen Schulunterricht zu genügen vermögen, sei es, dass sie einer Förderung in manuellen Belangen, in den Verrichtungen des täglichen Lebens oder in der Fähigkeit des Kontaktes mit der Umwelt teilhaftig werden können. Die Grenze zur Bildungsunfähigkeit ist in der IV also sehr tief gezogen worden.

Der Anspruch auf sonderschulische Massnahmen besteht ohne Rücksicht auf die Möglichkeit der späteren Eingliederung des Jugendlichen

¹ Siehe ZAK 1974, S. 70.

ins Erwerbsleben. Ausser der Behandlung von Geburtsgebrechen gemäss Artikel 13 IVG und der oben erwähnten Sonderstellung invalider versicherter Jugendlicher im Rahmen von Artikel 12 IVG handelt es sich bei den andersschulischen Massnahmen und Leistungen ohne Zweifel um eine weitere wichtige Massnahme, in deren Genuss ausschliesslich Minderjährige, damit auch Jugendliche, kommen.

Die Leistungen, die die IV für die Sonderschulung Jugendlicher erbringen kann, können in vier Gruppen eingeteilt werden; sie umfassen:

- Beiträge an das von Sonderschulen verlangte *Schulgeld* sowie Beiträge an die Kosten der andersschulbedingten auswärtigen Unterbringung und Verpflegung (Schul- und Kostgeldbeiträge: z. Z. 12 bzw. 8 Franken im Tag; Art. 10 IVV);
- grundsätzlich Übernahme der vollen Kosten *zusätzlicher Massnahmen*, die für die Sonderschulunterrichtung oder zur Ermöglichung der Teilnahme am Volksschulunterricht wegen der Invalidität notwendig sind; dabei handelt es sich um die *pädagogisch-therapeutischen Massnahmen* (vgl. Art. 10^{bis} IVV);
- Beiträge an die zur Ermöglichung des *Volksschulbesuchs* invaliditätsbedingt notwendige auswärtige Verpflegung und Unterbringung (Kostgeldbeitrag gemäss Art. 10 Bst. b IVV);
- Übernahme der notwendigen invaliditätsbedingten *Transportkosten* für den Besuch der Sonder- oder Volksschule sowie für die Durchführung pädagogisch-therapeutischer Massnahmen (Art. 11 IVV).

Aus den gesetzlichen Bestimmungen folgt, dass normalbegabte invalide Jugendliche grundsätzlich Anspruch auf andersschulische Leistungen haben, deren Art und Umfang sich nach dem konkreten Sachverhalt des Einzelfalles bemisst. Sie haben wie Gesunde die Chance, mit den Massnahmen und Leistungen der IV in praktisch nahezu allen Bereichen der geeigneten Schulung mit ihren verschiedenen Möglichkeiten der späteren Weiterschulung, z. B. auf der Stufe einer Mittel-, Fach- oder Hochschule, ausgebildet zu werden und in dieser Hinsicht den Gesunden gleichgestellt zu sein.

Eine besondere Bedeutung kommt den in Artikel 19 Absatz 2 IVG (vgl. auch Art. 8 Abs. 1 Bst. c IVV) vorgesehenen *pädagogisch-therapeutischen* Massnahmen zu. Diese Gesetzesbestimmung zählt die einzelnen Vorkehren nicht abschliessend auf; erwähnt werden: Sprachheilbehandlung für schwer Sprachgebrechliche, Hörtraining und Ablese-

unterricht für Gehörgeschädigte sowie Sondergymnastik zur Förderung gestörter Motorik für Sinnesbehinderte und hochgradig geistig Behinderte. Artikel 8 Absatz 1 Bst. c IVV erwähnt zudem noch Massnahmen zum Spracherwerb und Sprachaufbau für hochgradig geistig Behinderte.

In der Praxis erwies sich eine Erweiterung und Präzisierung dieses «Massnahmen-Katalogs» als notwendig; diese wird ihren Niederschlag in einem zur Zeit in Bearbeitung stehenden Kreisschreiben über die pädagogisch-therapeutischen Massnahmen finden. Darnach wird der Kreis dieser Vorkehren wie folgt erweitert:

- in die Sprachheilbehandlung einbezogen werden Hörtraining und sprachfördernde Spiele;
- Einführungsunterricht in Blindenschrift und Maschinenschreiben für Blinde und hochgradige Sehschwache;
- handwerkliche Förderung in Abschlussklassen der Sonderschulen, sofern besonderes Fachpersonal und besondere Einrichtungen eingesetzt werden;
- Massnahmen zur Förderung der freien Bewegung in der Aussenwelt für Blinde, hochgradig Sehschwache und hochgradig geistig Behinderte;
- besondere Förderung Taubblinder;
- usw.

Pädagogisch-therapeutische Massnahmen für invalide Jugendliche sind von Gesetzes wegen *zusätzliche* Massnahmen zum Sonderschulunterricht oder zur Ermöglichung der Teilnahme am Volksschulunterricht und müssen wegen der Invalidität notwendig sein. Damit wird bezweckt, die Persönlichkeit des invaliden Jugendlichen über das durch die «üblichen» sonderschulischen Massnahmen Erreichbare hinaus zu fördern.

Die IV wird durch besondere Entwicklungen immer wieder vor Probleme der Abgrenzung sonderschulischer von den beruflichen Massnahmen — für die andere Leistungen vorgesehen sind — gestellt. Auf ein solches Problem muss hier hingewiesen werden, womit teilweise schon auf den Punkt 4 (berufliche Eingliederungsmassnahmen) vorgegriffen wird.

Durch verschiedene Umstände (z. B. durch die immer wieder sich zeigenden erweiterten Eingliederungsmöglichkeiten für Jugendliche) bedingt, manifestierte sich das Bedürfnis nach einer umfassenderen schulischen Ausbildung Jugendlicher, damit die optimalen Grundlagen für

einen den Bedürfnissen der beruflichen Ausbildungs- und Eingliederungsstätten sowie der Nachfrage der freien Wirtschaft angepassten rationellen Einsatz der Jugendlichen gegeben sind. Eine besondere Regelung drängte sich auch angesichts der Rechtsprechung auf. Durch einschlägige Weisungen des BSV (s. ZAK 1973, S. 554) soll dieser Situation in gesetzeskonformer Weise begegnet werden. Trotz aller Bemühungen um Einführung von Werkklassen in der Abschlussphase der Sonderschulung kann es, wie sich zeigte, nämlich immer noch vorkommen, dass invalide Jugendliche — insbesondere Geistesschwache an der unteren Grenze einer Erwerbsfähigkeit — nach formalem Abschluss der Sonderschule im Alter von 15 bis 17 Jahren weder schulungsmässig noch ihrem persönlichen Entwicklungsstand nach genügend fähig sind, sich unmittelbar anschliessend einer erstmaligen beruflichen Ausbildung (Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte im Sinne von Art. 16 Abs. 2 Bst. a IVG) zu unterziehen. Sie bedürften an sich einer weiteren Sonderschulung, können diese jedoch oft nicht bekommen, weil die betreffende Sonderschule hierfür noch nicht eingerichtet ist und in einer anderen geeigneten Sonderschule kein Platz gefunden werden kann. In der Praxis springen zur Zeit noch berufliche Eingliederungsstätten ein. Sie beginnen mit der erstmaligen beruflichen Ausbildung, obwohl die Sonderschulung an sich nicht beendet ist, und holen die noch fehlende praktische Ausbildung im Rahmen der beruflichen Massnahmen nach.

In derartigen Fällen kann meistens noch nicht mit Sicherheit beurteilt werden, ob dem Jugendlichen mit der erstmaligen beruflichen Ausbildung zu dem nach der Praxis des EVG erforderlichen Mindestverdienst von 50 Rappen in der Stunde verholten werden kann. Die Ausbildungszeit ist stets länger als die von der Rechtsprechung als angemessen umschriebene Norm von drei bis sechs Monaten. Die provisorische Regelung sieht daher vor, dass die IV-Kommissionen Jugendlichen bei den gegenwärtigen objektiven Sonderschulverhältnissen nach Beendigung der Sonderschule bis zum 18. Altersjahr bzw. bis zum Beginn der IV-Rentenberechtigung *berufliche Vorbereitungs-massnahmen* gemäss Artikel 16 Absatz 2 Buchstabe a IVG *in den beruflichen Ausbildungsstätten* gewähren können. Diese Leistungen sind vorerst bis zum 18. Altersjahr zuzusprechen, sofern nicht im vornherein eine beachtliche Teilerwerbsfähigkeit in Aussicht steht und deshalb mit einer längeren Ausbildungszeit gerechnet werden muss. Durch dieses Vorgehen wird vermieden, dass der bisherige Erfolg der Sonderschulung beeinträchtigt wird und dass Ausbildungslücken entstehen. Es sollen damit die Vor-

aussetzungen für minimale Erwerbsmöglichkeiten oder Grundlagen für die Einleitung und Durchführung einer eigentlichen beruflichen Ausbildung geschaffen werden. Dementsprechend gilt diese Regelung bis zum 18. Altersjahr auch für jene Versicherungsfälle, in denen es wenig wahrscheinlich ist, dass der Jugendliche den von der EVG-Praxis verlangten Mindestverdienst von 50 Rappen in der Stunde erreicht.

Können bei Erreichen des 18. Altersjahres mit den vorbereitenden Ausbildungsbemühungen der betreffenden beruflichen Ausbildungsstätte jedoch keine Verbesserungen der Erwerbsfähigkeit erwartet werden oder ist die Ausbildung in diesem Zeitpunkt abgeschlossen, so hat die IV-Kommission gestützt auf ein besonderes Berichterstattungsverfahren weitere berufliche Leistungen gemäss Artikel 16 IVG einzustellen. Da die IV-Rente und die Leistungen für erstmalige berufliche Ausbildung kumuliert werden können, ist darauf zu achten, dass ab Beginn des Rentenanspruchs berufliche Massnahmen nur noch gewährt werden, wenn solche zur Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder auf eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte, d. h. zur Förderung der Erwerbsfähigkeit des Jugendlichen, zwingend notwendig sind.

Ab dem 18. Altersjahr ist in solchen Fällen in bezug auf die Gewährung erstmaliger beruflicher Massnahmen folgendes vorgesehen:

Für invalide Jugendliche, bei denen nur eine minimale Beschäftigung in einer *geschützten Werkstätte* an der unteren Grenze der Entlöhnung (mindestens 50 Rappen pro Stunde) in Betracht kommt, wird für die erstmalige berufliche Ausbildung im Sinne von Artikel 16 Absatz 2 Buchstabe a IVG in der Regel eine Ausbildungszeit von zwei bis sechs Monaten als genügend erachtet, sofern die berufliche Ausbildung nicht schon bis zum 18. Altersjahr abgeschlossen werden konnte.

Können durch eine länger dauernde Ausbildung jedoch tatsächlich Grundlagen für bessere Verdienstmöglichkeiten geschaffen werden, so ist den IV-Kommissionen begründeter Antrag auf eine angemessen längere Ausbildungszeit oder, wenn sich die verbesserten Verdienstmöglichkeiten erst später abzeichnen, für eine angemessene Verlängerung zu stellen.

Entwickelt sich ein in einer geschützten Werkstätte oder Beschäftigungsstätte tätiger Jugendlicher derart weiter, dass eine Eingliederung in der *freien Wirtschaft* oder eine *qualifiziertere* Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte möglich wird, so können Leistungen gemäss Artikel 16 IVG im Sinne einer *Weiterführung* der erstmaligen beruflichen Ausbildung gewährt werden. Derartige Massnahmen sind nach den Erfordernissen des Einzelfalles zeitlich zu befristen.

Bei erstmaliger Ausbildung für die *Hilfsarbeit in der freien Wirtschaft* ist die Dauer der Ausbildung durch die IV-Regionalstelle zusammen mit der Ausbildungsstätte von Fall zu Fall festzulegen und der IV-Kommission entsprechend Antrag zu stellen.

In bezug auf weitere Probleme der Abgrenzung von Sonderschulung und erstmaliger beruflicher Ausbildung wird auf das Kreisschreiben über die *Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art* verwiesen. Über die Kriterien für die *Zulassung von Sonderschulen* orientieren die Verordnung über die Zulassung von Sonderschulen in der IV vom 11. September 1972 (SZV) und das Kreisschreiben des BSV über die Zulassung von Sonderschulen, das ab 1. Januar 1973 gültige Weisungen aufstellt.

b. Massnahmen für die Betreuung hilfloser Minderjähriger

Der Pflegebeitrag für hilflose Minderjährige wird Kindern mit oder ohne Anstaltsaufenthalt gewährt; er entfällt jedoch, wenn in der Anstalt *Eingliederungsmassnahmen* durchgeführt und vergütet werden. Auch der zusätzliche Kostgeldbeitrag von 8 Franken pro Tag wird für ein in einer Anstalt untergebrachtes Kind nur ausgerichtet, wenn gleichzeitig Anspruch auf den Pflegebeitrag besteht. Die Höhe des Pflegebeitrages ist nach dem Grad der Hilflosigkeit (leichter, mittlerer, schwerer Grad) abgestuft und beträgt zur Zeit 3, 6.50 bzw. 10 Franken; der Beitrag fällt mit dem Entstehen des Anspruchs auf eine IV-Rente oder eine Hilflosenentschädigung dahin. Für Einzelheiten wird insbesondere auf die Wegleitung über Invalidität und Hilflosigkeit verwiesen.

25 Jahre AHV: Nachlese

Die 25 Jahre sind endgültig vorbei, für eine AHV-Nostalgie besteht kein Platz, heute stellen sich andere Probleme. Und trotzdem. Nach der offiziellen Feier von Bundes wegen vom 17. Mai letzten Jahres haben andere Kreise, zum Beispiel verschiedene Ausgleichskassen, ihr besonderes «Festlein» gebaut und sich auf diesen Anlass hin auch publizistisch bemüht. Wir greifen aus der Vielfalt der betreffenden Erzeugnisse die Festschrift der kantonalen Ausgleichskasse Zürich heraus und entnehmen ihr zwei Hinweise: den Ausgleichsgedanken im allgemeinen und das Verhältnis der beiden Ausgleichskassengruppen im besonderen.

1. Das Ausgleichssystem

Das 3stufige Ausgleichssystem der AHV

Erste Stufe

540 000 Arbeitgeber

- ziehen bei jeder Lohnzahlung die Beiträge ab und rechnen sie — zusammen mit ihrem Arbeitgeberbeitrag — mit der zuständigen Ausgleichskasse ab
- zahlen in gewissen Fällen die AHV-Renten an ihre früheren Arbeitnehmer aus
- liefern — *zum Ausgleich* — den Saldo an die Ausgleichskasse ab



Zweite Stufe

104 Ausgleichskassen

(77 Verbandskassen, 24 kantonale Kassen und 2 Ausgleichskassen des Bundes)

- nehmen Beiträge entgegen
- zahlen Renten aus
- rechnen über beides mit der Zentralen Ausgleichsstelle in Genf ab
- Zum *Ausgleich* wird der Saldo von oder nach Genf überwiesen



Dritte Stufe

Die Zentrale Ausgleichsstelle

in Genf führt die gesamtschweizerische Rechnung der AHV. Der Saldo zwischen Beiträgen und Renten wird — zum *Ausgleich* — dem Fonds überwiesen oder entnommen

2. Die beiden Kassengruppen ¹

Bei der Schaffung der AHV wurden — von der Lohn-, Verdienstersatz- und Studienausfallordnung der Aktivdienstjahre 1939/45 her — zuerst einmal die

Verbandsausgleichskassen

beibehalten, weil gemäss Expertenbericht für die Einführung der AHV «auf diese Weise am leichtesten die Verbindung mit den beruflichen Alters- und Hinterlassenen-Versicherungseinrichtungen sowie andern Sozialwerken (Familienausgleichskassen usw.) hergestellt und die Lohn- und Verdienstersatzordnung durch die gleichen Organisationen durchgeführt werden kann wie bisher. Bei gleichem Mitgliederkreis ist hier in weitem Masse für alle diese Zwecke eine einheitliche Abrechnung und Kontrolle möglich, was eine bedeutende Vereinfachung des Verwaltungsaufwandes und der Kosten sowohl bei den Arbeitgebern wie bei den beteiligten Sozialwerken ermöglicht.»



¹ Bekanntlich gibt es daneben noch zwei Ausgleichskassen des Bundes, nämlich jene für die Bundesverwaltung und ihr angeschlossene Institutionen sowie eine solche für die Versicherten im Ausland.

Im Jahre 1945, d. h. unter der Lohn- und Verdienstersatzordnung, umfassten die Verbandsausgleichskassen nur 50 000 Mitglieder; heute sind es rund 140 000. Mit einem abgerechneten Durchschnittsbeitrag von 15 714 Franken pro Mitglied und Jahr (1971) besorgen die Verbandsausgleichskassen in der AHV vorwiegend das

«Engros-Geschäft»

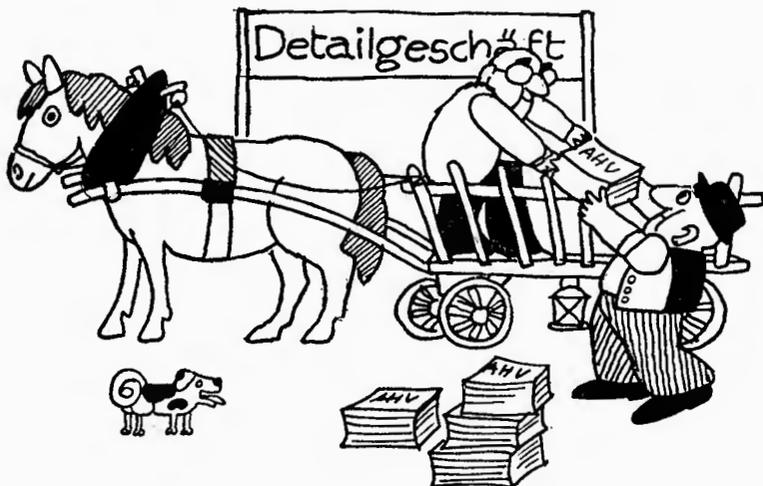
Sie betreuen viele Grossarbeitgeber und können sich sehr weitgehend auf die zuverlässige Vorarbeit stützen, welche in den Personalabteilungen und Zahltagsbüros ihrer Mitglieder geleistet wird. Die angeschlossenen Firmen führen zum Teil auch die individuellen Konten ihrer Arbeitnehmer und besorgen in gewissen Fällen sogar die Auszahlung der Renten an ihre früheren Mitarbeiter. Um nun aber die Versicherung auch für diejenigen 400 000 Abrechnungspflichtigen durchzuführen, die keinem Gründerverband angehören, ist jeder Kanton gemäss Artikel 61 AHVG verpflichtet, eine

Kantonale Ausgleichskasse

zu errichten. Ihr obliegt unter anderem auch die

vollständige Erfassung

aller Abrechnungspflichtigen; sie führt zu diesem Zweck ein Register aller im Kanton niedergelassenen Arbeitgeber, Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen.



Bei einem abgerechneten jährlichen Durchschnittsbeitrag von nur 2 705 Franken pro Mitglied betreuen die kantonalen Ausgleichskassen vorwiegend das

«Detailgeschäft»

der AHV. Natürlich spiegelt sich die Mitgliederstruktur auch in der Verwaltungskostenrechnung, denn die kantonalen Kassen haben weitgehend die Funktion von

Auffangkassen

für diejenigen Abrechnungspflichtigen, die nicht Verbandsmitglieder sind, inkl. diejenigen, welche die Verbände nicht als Mitglieder wollen. So verbleibt den kantonalen Ausgleichskassen — wegen alljährlichen Mitgliederanforderungen durch die Verbandsausgleichskassen seit 1948 — vorwiegend eine wirtschaftlich schwache Mitgliedschaft, mit Ausnahme der meisten (aber nicht aller) öffentlichen Betriebe und einzelner grösserer Arbeitgeber der Privatwirtschaft.

Um in der Invalidenversicherung gesamtschweizerisch eine einheitliche Praxis zu gewährleisten, wurde den kantonalen Ausgleichskassen von Gesetzes wegen auch das

Sekretariat der kantonalen IV-Kommission

übertragen.

Zur Schaffung einer schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik

Am 17. November 1973 wurde die vom «Verband der Heilpädagogischen Ausbildungsinstitute der Schweiz» gegründete «Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik» in Luzern offiziell eröffnet. Diese Stelle will nun neben der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Heilpädagogen auch allgemein dem Auf- und Ausbau der Heilpädagogik in der Schweiz und der heilpädagogischen Forschung dienen. Zu ihrem Aufgabenbereich gehören:

- Dokumentation und Information,
- Analyse und Planung,
- Koordination und Kooperation,
- Begutachtung und Beratung.

Die anlässlich der Eröffnung gehaltene Ansprache von *PD Dr. E. E. Kobi*, Dozent für Heilpädagogik am Institut für spezielle Pädagogik und Psychologie der Universität Basel, sei hier leicht gekürzt wiedergegeben.

Gegenstand und Aufgaben der Heilpädagogik

Begriff

Der Begriff «Heilpädagogik» wurde vor rund hundert Jahren geprägt¹ und gab der damaligen optimistischen Auffassung Ausdruck, durch kombinierte medizinisch/erzieherische Massnahmen insbesondere Geisteschwäche «heilen» zu können.

Wiewohl sich diese Hoffnungen später zerschlugen und auch in bezug auf andere Behinderungsformen (s. unten) von pädagogischer Seite keine Heilung (im Sinne des Gesundmachens) intendiert werden konnte, wurde die Bezeichnung «Heilpädagogik» (*pédagogie curative*) hauptsächlich in der Schweiz und in Österreich beibehalten. Daneben sind aber auch Bezeichnungen wie: Sonderpädagogik, Behindertenpädagogik (z. B. in der BRD), Rehabilitationspädagogik (z. B. in der DDR), Defektologie (in östlichen Staaten), Spezialpädagogik / *special education* (im angelsächsischen Sprachgebiet) gebräuchlich.

Gegenstandsbereich

Heilpädagogik bezeichnet den theoretisch-wissenschaftlichen, Heilerziehung den praktisch-methodischen Aspekt jenes Spezialgebietes der Pädagogik (Erziehungswissenschaft), auf welchem wir uns mit gestörten, beeinträchtigten oder gefährdeten Erziehungsverhältnissen befassen.²

Die Beeinträchtigung kann primär beim Kind liegen, wenn dieses in seinem physischen und/oder psychischen Habitus so geschädigt ist, dass seine Erziehbarkeit und Bildbarkeit eingeschränkt werden.

Dies ist der Fall bei:

- Geistesschwäche der verschiedenen Arten und Grade (Lernbehinderte, Geistiggebrechliche, Gewöhnungsfähige, Pflegebedürftige);
- Körpergebrechlichkeit (z. B. schwere Missbildungen und Fehlformen im Stütz- und Bewegungssystem);

¹ Georgens J., Deinhardt H., Die Heilpädagogik mit besonderer Berücksichtigung der Idiotie und der Idiotenanstalten (Leipzig, 1861/63).

² Kobi E. E., Grundfragen der Heilpädagogik und der Heilerziehung (Haupt-Verlag, Bern, 1972).

- Krankheiten chronischer oder lange Zeit dauernder Art (z. B. Epilepsie, Asthma, Diabetes) ;
- Sinnesschädigungen (Sehgebrechlichkeit und Blindheit, Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit) ;
- Sprach- und Sprechstörungen (Stammeln, Stottern u. a.) ;
- Entwicklungsabweichungen (allgemeine oder partielle Entwicklungsverzögerungen bzw. -beschleunigungen; Entwicklungsdysharmonien) ;
- Speziellen/partiellen Leistungsstörungen (z. B. Leserechtschreibschwäche, Konzentrationsschwäche u. a.) ;
- Verhaltensstörungen (deren Akzent im Persönlichkeitsbereich, im Sozialbereich oder im ideellen Bereich liegen kann).

Die Schwierigkeiten können primär jedoch auch bei der Erzieher-schaft (oder in der Gesellschaft) liegen, deren Erziehungsmöglichkeiten und -fähigkeiten ungenügend sind. Auch ein von Natur aus normalentwicklungsfähiges Kind kann daher (samt den unmittelbar Erziehungsverantwortlichen) zum Adressaten der Heilerziehung werden. So z. B. in Fällen grober Vernachlässigung, Verwahrlosung, Misshandlung oder Fehlerziehung.

Ziel und Aufgabe

Ziel der heilerzieherischen Bemühungen ist es, einesteihs dem behinderten Kind im Rahmen der verbliebenen Entwicklungsmöglichkeiten eine seinen Bedürfnissen gemäße Pflege und Förderung zukommen zu lassen, ihm bei der sozialen Integration behilflich zu sein und ihm eine optimale Selbstverwirklichung zu garantieren. Andererseits geht es aber auch darum, die direkt mit der Erziehungsproblematik belasteten Eltern zu unterstützen und deren erzieherische Fähigkeiten zu entwickeln, damit sie die erschwerte Erziehungsaufgabe mitzutragen imstande sind. Und endlich versucht die Heilpädagogik auch einzuwirken auf die Gesellschaft, deren Integrationswilligkeit zu fördern und sie offen zu halten für die Bedürfnisse Behinderter. Heilpädagogik und Heilerziehung versuchen in diesem Sinne die Interessen des behinderten Kindes zu vertreten gegenüber der Majorität der Schadslosen und Unversehrten.

Ziel der heilerzieherischen Arbeit kann nur bei relativ wenigen Behinderungsformen eine eigentliche Heilung (durch Beseitigung der Störungsursachen) sein; weitaus häufiger ist von bleibenden Beeinträchtigungen auszugehen. Durch frühzeitig einsetzende heilerzieherische und sonderschulische Bemühungen sollen jedoch exogen/sozial bedingte Se-

kundärschädigungen verhütet bzw. abgebaut werden, soll vermieden werden, dass sich Unheilbares zum Unheil ausweitet.

Mittel und Institutionen

Die Mittel, deren sich die Heilerziehung zur Erreichung dieser Ziele bedient, sind: heilpädagogische Diagnostik (Erstellen einer Bildbarkeitsdiagnose), Erziehungs- und Bildungsplanung, behinderungsspezifische bzw. kompensatorische Erziehungs-, Trainings-, Behandlungs- und Unterrichtsformen. Dazu kommen heilpädagogische Erziehungsberatung und Anleitung der Eltern sowie die Aufklärung der breiteren Öffentlichkeit über Behindertenprobleme.

An heilpädagogischen Institutionen sind u. a. zu nennen:

Sonderklassen und -schulen, Heime, Internate und Wohngruppen, Früherfassungsdienste und Sonderkindergärten, heilpädagogische Beratungsdienste, Eingliederungsstätten.

Zunehmende Erziehungsproblematik?

Es ist eine bekannte Untugend vieler Pädagogen, immerfort über die Arglis der Zeit zu klagen und die je jüngere Generation zu disqualifizieren. So sehr wir uns davor hüten müssen, Wunschträume sich in einer «guten alten Zeit» verdichten zu lassen, ist die Annahme, dass gewisse Behinderungsformen im Zunehmen begriffen sind, doch nicht ganz von der Hand zu weisen. Dabei ist es allerdings recht schwierig, einzelne Störfaktoren isoliert zu betrachten und genau zu bezeichnen. Vor simplifizierenden Kausalsetzungen ist zu warnen. Aus der Vielheit epochaler und aktueller Schwierigkeiten sollen lediglich deren zwei genannt werden:

- die starke Migration, welche sich heilerzieherisch und sozialpsychologisch im Fremdarbeiterkind-Problem zuspitzt;
- der Umstand, dass die moderne Medizin geschädigte Kinder zwar vermehrt am Leben zu erhalten vermag, ohne sie jedoch heilen zu können (verminderte Mortalität — vermehrte Morbidität).

Daneben gibt es freilich auch Behinderungsformen (Blindheit, Gehörlosigkeit, Kretinismus, Polio-Folgen u. a.), welche in der Neuzeit bei Kindern zurückgetreten sind.

Der Föderalismus und die Sozialwerke Die Stiftung für eidgenössische Zusammenarbeit, Solothurn, hat vom Herbst 1972 bis zum Frühjahr 1973 in zehn Hearings den schweizerischen Föderalismus untersucht und das Ergebnis letztes Jahr im Benziger Verlag Zürich publiziert¹. Die öffentlichen Befragungen erstreckten sich auf die drei Themenkreise «Finanzpolitik» (1), «Erziehung und Kultur» (2) sowie «Gesundheit, Alter, Sozialwerke» (3).

Am dritten Hearing stellten sich 18 «Befragte» vier «Befragern». Dr. Dieter Hanhart, dannzumaliger Rektor der Schule für Sozialarbeit Zürich, hatte sich zu folgendem Problemkreis zu äussern: «Wie beurteilen Sie die heutige Situation von Koordination und Planung auf dem Gebiet des Sozialwesens? Welche Massnahmen, die insbesondere das Verhältnis von Bund, Kanton und Gemeinde betreffen, wären Ihrer Meinung nach zu treffen?»

Das Doppelthema für Dr. Karl Häuptli, Vorsteher der kantonalen Ausgleichskasse Aargau in Aarau, lautete: «Ist die heutige Situation auf dem Gebiete der AHV befriedigend, was die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen betrifft? Bestehen in der Schweiz Probleme auf dem Gebiet der Altersbetreuung, die eine interkantonale Koordination oder eine Überprüfung der Aufgabenverteilung zwischen Bund, Kanton und Gemeinde notwendig machen?» Andere Herren (warum waren keine Damen dabei?) nahmen zur Kostenentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens, zur Spitalplanung, zur Personalsituation auf dem Gebiete der Krankenpflege, zur Neuordnung der Krankenversicherung, zur Arzneimittelkontrolle und zur Koordination in der Sozial- und Präventivmedizin Stellung.

Ein Grossteil der Aussagen befasste sich mit der oft als mangelhaft bezeichneten Zusammenarbeit auf den verschiedenen Ebenen, mit Vorschlägen, wie diesem Nachteil abgeholfen werden könnte, und mit der Finanzierung der Sozialwerke durch Bund und Kantone. Wer sich mit dem Sozialwesen und mit der Sozialversicherung beschäftigt, weiss nur zu gut, wie wichtig das Koordinationsproblem mit der Zeit geworden ist. Er weiss aber auch, dass Koordination keine spektakuläre Sache ist, sondern eine Angelegenheit unablässigen Bemühens und steter kleiner

¹ Die genauen bibliographischen Angaben finden sich unter der Rubrik «Fachliteratur» auf S. 129.

Schritte. So gesehen sind, zumindest in der Sozialversicherung, die Fortschritte unverkennbar. Allerdings ist auch hier das Bessere der Feind des Guten. Die Sozialversicherung bemüht sich, selbst unter schwierigen Umständen immer wieder dieses Bessere zu erwirken.

Wie man weiss, steht — zum Beispiel bei der AHV — der Kostenverteiler der öffentlichen Hand bereits zur Diskussion. In dieser Hinsicht sei ein Votum des Aargauer Sanitätsdirektors und Präsidenten der kantonalen Sanitätsdirektorenkonferenz, Regierungsrat Dr. Hunziker, festgehalten. Dieser bedauerte, dass das Parlament bei der Beratung der achten AHV-Revision nicht auf die Neuverteilung zu sprechen gekommen sei, und fügte bei (S. 343): «Der Augenblick wäre auch deshalb günstig gewesen, weil ja gegenwärtig die Revision des KUVG besprochen wird. Man hätte sich, vereinfacht gesagt, überlegen können, ob man nicht AHV und IV ganz dem Bund anlasten will, das Krankenversicherungswesen dagegen ganz den Kantonen . . . ». Bis eine solche oder andere Neuverteilung Platz greifen wird, wird wohl noch viel Wasser die Aare hinunterfliessen.

Was sind Ergänzungs- leistungen?

Im Vorfeld der AHV-Revision auf den 1. Januar 1975 stand die Ausrichtung einer doppelten Rente im laufenden Jahr mit im Vordergrund des Interesses. Zahlreiche Leserbriefe in vielen Tageszeitungen bedauerten den anfänglichen Verzicht des Bundesrates, eine solche Zulage zu beantragen. Der nachstehende Auszug aus einer Zuschrift begnügt sich aber nicht mit einem blossen Bedauern; der Einsender stellt mit dem letzten Satz eine weitere Frage zur Diskussion:

«An G. F. in M.: Es ist uns Älteren wohl begreiflich, dass Sie mit Ihrer beneidenswerten hohen Rente von 733 Franken ohne 13. Monatsrente gut auskommen. Versuchen Sie sich in die Lage der älteren Rentner zu versetzen, die mit einer Rente von 400 Franken oder weniger und ohne anderweitiges Einkommen leben müssen. Bescheidene Menschen, die sich trotzdem weigern, eine Zusatzrente zu verlangen.»

Was ist von dieser Weigerung, die in dieser oder jener Form noch da und dort auftaucht, zu halten? Sie zeigt immer und immer wieder, wie schwer es hält, unseren Betagten die Furcht und das Misstrauen vor den Ergänzungsleistungen zu nehmen. Daher sei hier einmal mehr mit Deutlichkeit gesagt, dass solche Leistungen keine Armen- oder Fürsorgeleistungen sind, sondern zum AHV-System gehören wie die Liebe zum Frühling. Oder prosaischer gesagt sind es AHV-immanente Leistungen, über die sich kein Betagter, keine Witwe und kein Behinderter auch

nur im mindesten zu schämen braucht, haben sie unter gegebenen Umständen doch einen unbedingten rechtlich durchsetzbaren Anspruch darauf. Bei der Abklärung dieses Anspruches kommt es aber, auch das sei einmal festgehalten, nicht zuletzt auf die Funktionäre an, welche sich mit den Anmeldungen zu befassen haben und die betreffenden Versicherten in gar keiner Weise «von oben herab» behandeln dürfen. Ob es diesbezüglich da und dort noch nicht durchwegs klappt? Schlechte Beispiele schaden der Sache mehr als gute ihr nützen. Dieser psychologische Aspekt verdient daher die ihm gebührende Aufmerksamkeit.

FACHLITERATUR

Blanc Pierre: Droits des assurés italiens et procédure administrative dans l'assurance-invalidité fédérale. Diss. iur., Lausanne, 1972. 180 S.

Philipoff A.-M. / Miserez M.: Etude des besoins du 3e âge dans le Jura Nord. 40 S. Herausgegeben vom Centre d'action sociale de Pro Senectute Jura Nord, Av. de la gare 49, 2800 Delémont.

Schaeppli Christian Heinrich: Der Anspruch auf Kinderzulagen unter besonderer Berücksichtigung der sanktgallischen Gesetzgebung. Diss. iur. Bern. 424 S. Verlag Hans Schellenberg, Winterthur, 1974.

Thomae Hans und Lehr Ursula: Berufliche Leistungsfähigkeit im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Eine Analyse des Forschungsstandes. 98 S. Verlag Otto Schwartz & Co., Göttingen, 1973.

Veldkamp Gerard M. J.: Pour une plus grande cohérence de la sécurité sociale. (Über die Notwendigkeit einer Vereinfachung und Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit auf internationaler Ebene.) In «Revue internationale du travail», Vol. 108, Nr. 5, November 1973, S. 381—394. Genf.

Föderalismus Hearings. Protokolle von zehn öffentlichen Befragungen zum Zustand des schweizerischen Föderalismus auf den Gebieten Finanzpolitik, Erziehung und Kultur sowie Gesundheit, Alter, Sozialwerke. 398 S. Herausgegeben von der Stiftung für eidgenössische Zusammenarbeit, Solothurn. Benziger Verlag, Zürich, 1973. (Siehe Hinweis auf S. 127).

PARLAMEN­TARISCHE VORSTÖSSE

AHV

Postulat Schütz
vom

26. November 1973

Nationalrat Schütz hat sein Postulat betreffend die Ausrichtung einer 13. Monatsrente (ZAK 1974, S. 30) am 4. März 1974 zurückgezogen, nachdem die nationalrätliche Kommission ihrerseits (s. S. 105) in gleichem Sinne Antrag gestellt hat.

Kleine Anfrage
Muret vom

13. Dezember 1973

Der Bundesrat hat die Kleine Anfrage Muret (ZAK 1974, S. 30) am 6. Februar 1974 wie folgt beantwortet: «Angesichts des beschleunigten Anstieges des Indexes der Konsumentenpreise im vergangenen Jahre hat der Bundesrat schon im Herbst 1973 das Verhältnis zwischen Renten und Preisen durch die Eidgenössische AHV/IV-Kommission überprüfen lassen. Die in Artikel 43ter AHVG erwähnte Schwelle von 8 Prozent wurde im Oktober 1973 mit einem Indexstand von 143,1 Punkten erreicht. Die genannte Kommission hat indessen angesichts der auf 1. Januar 1973 eingetretenen und der auf 1. Januar 1975 zusätzlich vorgesehenen bedeutenden Rentenerhöhung für das Jahr 1974 keine allgemeine Anpassung der Renten, sondern eine Zulage an die Bezüger von Ergänzungsleistungen vorgeschlagen. Der Bundesrat hat diesen Vorschlag in seine Botschaft vom 21. November 1973 an die Bundesversammlung aufgenommen und dort ausführlich begründet. Nach dem geltenden Recht besitzt er keine Befugnis, selbst eine Anpassung der Ergänzungsleistungen oder der AHV- und IV-Renten anzuordnen.»

Postulat Dafflon
vom

28. Januar 1974

Nationalrat Dafflon hat folgendes Postulat eingereicht: «Artikel 43ter des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung bestimmt, dass der Bundesrat jeweils auf das Ende einer dreijährigen Periode oder bei jedem Anstieg des Landesindexes der Konsumentenpreise um 8 Prozent gegenüber der Ausgangslage das finanzielle Gleichgewicht der Versicherung und das Verhältnis zwischen Renten und Preisen begutachten lässt und dass er zur Wahrung der Kaufkraft der Renten gegebenenfalls eine Änderung des Gesetzes beantragt.

Beim Landesindex der Konsumentenpreise ist gegenüber dem 1. Januar 1973, als die achte AHV-Revision in Kraft trat, ein Anstieg von annähernd 12 Prozent zu verzeichnen, womit die in Artikel 43ter angegebene Norm um die Hälfte überschritten ist.

Der AHV/IV-Ausgleichsfonds wies Ende 1972 ein Kapital von 10,34 Milliarden Franken auf.

Die zwingenden Bestimmungen des Gesetzes sind also erfüllt. Der Bundesrat wird deshalb eingeladen, das Gesetz anzuwenden, und gebeten, so rasch wie möglich einen Antrag auf Anpassung der AHV/IV-Renten sowie der Ergänzungsleistungen zu stellen. In diesem Antrag ist nicht nur die Teuerung von 1973, sondern auch die voraussichtliche Teuerung für 1974 zu berücksichtigen. Das Inkrafttreten dieser Massnahmen ist rückwirkend auf den 1. Januar 1974 vorzusehen.»

(3 Mitunterzeichner)

Kleine Anfrage
Mugny vom
31. Januar 1974

Nationalrat Mugny hat folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«Nach dem Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 1. Oktober 1970 sind mit wenigen Ausnahmen alle Akten und Rechnungsbelege unbefristet aufzubewahren. Daraus entsteht ein Unterbringungsproblem.

Das heutige Archiv der AHV-Agentur Lausanne zum Beispiel nimmt bereits den Luftschutzkeller einer Schule ein, dazu einen Keller des eigenen Verwaltungsgebäudes. Bei den heutigen Mietpreisen stellt dies für die AHV-Kassen eine grosse Belastung dar. Dabei ist nicht zu vergessen, dass das Mass des zu archivierenden Materials ständig zunimmt.

Das erwähnte Rundschreiben sieht zwar unter Ziffer 19 vor, dass gewisse Belegstücke durch Mikrofilme ersetzt werden dürfen, dies aber erst nach zehn Jahren.

Ist es nicht möglich, die Vorschriften dieses Kreisschreibens zu lockern, damit wir nicht mit Tonnen von Papier überschwemmt werden?»

Ergänzungs-
leistungen
Postulat
Meier Kaspar
vom
28. Januar 1974

Nationalrat Meier hat folgendes Postulat eingereicht:

«Es gibt immer wieder Fälle, bei denen sich Ausgleichskassen verschiedener Kantone darüber streiten, welche Kasse in einem konkreten Fall zur Ausrichtung der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV zuständig sei. Während dieses Rechtsstreites kann es vorkommen, dass ein Rentenbezüger unter Umständen jahrelang warten muss, bis auf sein Gesuch um eine Ergänzungsleistung überhaupt eingetreten wird. Er muss — bis es soweit ist — auf die oft dringend notwendige Ergänzungsleistung wohl oder übel verzichten.

Der Bundesrat wird deshalb gebeten, den eidgenössischen Räten folgende Abänderung des Bundesgesetzes vom 19. März 1965 über Ergänzungsleistungen zur

Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung (ELG) zu unterbreiten:

Art. 11. Umstrittene Zuständigkeit

Ist der massgebende Wohnsitz umstritten und nicht rechtskräftig ermittelt, so hat der zuerst angegangene Kanton für die vorläufige Festsetzung und vorschussweise Auszahlung der Ergänzungsleistungen zu sorgen.» (22 Mitunterzeichner)

**Wohlstands-
verteilung**

Postulat Mugny
vom

31. Januar 1974

Nationalrat Mugny hat folgendes Postulat eingereicht: «Die Schweiz lebt in einem seit 15 Jahren andauernden Wohlstand.

Dieser Wohlstand ist aber auch mit Nachteilen verbunden, unter anderem mit der Teuerung.

Je mehr der Preisindex steigt, um so härter wird der Kampf zwischen den verschiedenen Gesellschaftsgruppen um die Wohlstandsverteilung.

Damit eine sachliche Auseinandersetzung über die Verteilung des Sozialprodukts unter die einzelnen Gesellschaftsgruppen möglich wird, ersuchen wir den Bundesrat, gründliche Untersuchungen darüber zu veranlassen, wie sich der Anteil der Arbeiter am Sozialprodukt in diesen 15 Jahren entwickelt hat. Gegebenenfalls hätte er auch Anträge für Korrekturen zu stellen, die das Verteilungsverfahren erfordern würde, damit alle sozialen Gruppen des Landes gleichmässig am Wohlstand teilhaben». (15 Mitunterzeichner)

Das Postulat fällt in die Zuständigkeit des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements.

MITTEILUNGEN

**Fahrvergünstigung
für Invalide**

Seit dem 1. März 1973 gewähren die Schweizerischen Transportunternehmungen Behinderten, die eine Rente der IV beziehen, ein Halbtax-Abonnement. Das BSV hat die Anspruchsberechtigung mit Zirkularschreiben vom 1. Februar 1973 näher umschrieben. Daraus ergibt sich, dass der Begünstigte seinerseits selbst invalid sein muss und beispielsweise nicht etwa «nur» an einer Ehepaar-Invalidenrente des Ehegatten teilhaben darf. Eine nicht behinderte Ehefrau unter 62 Jahren, deren invalider Ehemann eine Zusatzrente (Art. 34 IVG) oder eine

Ehepaarrente (Art. 33 IVG) bezieht, ist somit nicht anspruchsberechtigt. Hat sie das 62. Altersjahr erreicht, erhält sie auf ihr Begehren hin ein Altersabonnement. Hier scheinen zuweilen Missverständnisse zu entstehen, die mit dieser Mitteilung nach Möglichkeit behoben werden sollen.

**Rechnungs-
ergebnisse
1973**

Auf Seite 106 sind die Rechnungsergebnisse der AHV, IV und EO für das Jahr 1973 wiedergegeben. Beim Vergleich mit den AHV- und IV-Zahlen des Vorjahres fallen die starken Abweichungen auf. Diese gehen vor allem auf die achte AHV-Revision zurück, durch welche Beiträge und Renten beachtlich erhöht worden sind.

**Familienzulagen
im
Kanton Genf**

Der Regierungsrat hat am 30. Januar 1974 beschlossen, den Arbeitgeberbeitrag an die kantonale Familienausgleichskasse mit Wirkung ab 1. Januar 1974 von 1,7 auf 1,5 Prozent herabzusetzen.

**Adressenverzeichnis
AHV/IV/EO**

Seite 27, IV-Kommission Zug;
Telefonnummer berichtigen: (042) 21 16 66

**Personelles
Ausgleichskasse
COOP**

Fritz Dettwiler, Basel, ist als Leiter der Ausgleichskasse COOP zurückgetreten. Er hat seinen Posten seit 1948, d. h. seit Einführung der AHV und der damit verbundenen Errichtung «seiner» Ausgleichskasse ebenso einsatzfreudig wie sachkundig versehen. Dank seiner besonderen Vertrautheit mit organisatorischen Problemen wurde er in verschiedene Spezialkommissionen des Bundesamtes beigezogen. Zum Nachfolger hat der Kassenvorstand lic. rer. pol. Guido Kunz gewählt.

**IV-Kommission
Schaffhausen**

Dr. med. Hermann Lieb, der seit Einführung der IV im Jahre 1960 die IV-Kommission des Kantons Schaffhausen präsiidierte, ist von seinem Amte zurückgetreten. Das Bundesamt und die ZAK wünschen Dr. Lieb einen erfüllten Ruhestand und alles Gute. Zum neuen Präsidenten wählte der Regierungsrat Franz Tschui, gewesener Leiter der kantonalen Ausgleichskasse.

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Beiträge

Urteil des EVG vom 26. September 1973 i. Sa. F. L.

(Übersetzung aus dem Französischen)

Art. 9 Abs. 2 Bst. e AHVG, Art. 18 Abs. 2 AHVV. Nicht nur der selbst geschaffene, sondern auch der entgeltlich erworbene Goodwill gehört nicht zu dem im Betrieb arbeitenden eigenen Kapital (Bestätigung der Praxis).

Art. 9 Abs. 2 Bst. b AHVG. Indessen können auf dem entgeltlich erworbenen Goodwill Abschreibungen vorgenommen werden.

F. L. kaufte ein Geschäft für 2 100 000 Franken, wovon 1 123 000 Franken auf das Warenlager und 977 000 Franken auf Mobiliar und Einrichtungen entfielen. Die Wehrsteuerbehörde nahm an, die Hälfte des für Mobilien und Einrichtungen eingesetzten Preises, also 488 500 Franken, sei in Wirklichkeit für den Geschäftswert (Goodwill) entrichtet worden. Gestützt auf die Meldung der Wehrsteuerbehörde berücksichtigte die Ausgleichskasse den für den Goodwill angenommenen Betrag nicht als im Betrieb arbeitendes eigenes Kapital. F. L. beschwerte sich. Die Rekursbehörde wies die Beschwerde ab, ebenso das EVG die gegen den Entscheid eingelegte Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Gericht stelle folgende Erwägungen an:

1. Der Wert eines Unternehmens bestimmt sich nicht nur nach dessen materiellen Gütern (Warenlager, Geld, Guthaben und dgl.). Sehr oft muss auch dem Wert immaterieller Güter Rechnung getragen werden, wie der Firma, dem Ruf, der Kundschaft, den geschäftlichen Beziehungen, der Kenntnis von Lieferanten, den Arbeitsmethoden. Vielleicht muss auch berücksichtigt werden, dass überhaupt ein Unternehmen besteht, dass es organisiert ist und seit einer gewissen Zeit arbeitet. Vergleichbar mit dem Wertzuwachs materieller Güter, entsteht der Wert immaterieller Güter, die üblicherweise mit dem englischen Ausdruck «Goodwill» bezeichnet werden, durch die Erwerbstätigkeit des Unternehmers. Er kann beim Verkauf des Unternehmens realisiert werden. Es fragt sich, ob davon AHV/IV/EO-Beiträge geschuldet sind, also ob dieser Wert zum Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit gehöre (Art. 4 AHVG) und ob er für den Käufer Bestandteil des im Betrieb arbeitenden eigenen Kapitals bilde (Art. 9 Abs. 2 Bst. e AHVG). Das Gericht hat angenommen, von dem in Raten zahlbaren Preis für den Goodwill eines Geschäftes seien Beiträge von Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit geschuldet, wobei diese auf einmal vom gesamten Wert, ohne jeglichen Abzug, zu entrichten seien (BG 96 V 58, ZAK 1971, S. 270). Dagegen hat es schon vor Jahren festgestellt, der Goodwill gehöre nicht zu dem im Betrieb arbeitenden eigenen Kapital; denn dieses bestimme sich nach den Normen des Wehrsteuerrechtes (Art. 18 Abs. 2 AHVV), und darnach zähle der Wert

des Goodwills nicht zum Vermögen (EVGE 1956, S. 246, ZAK 1952, S. 48), im Gegensatz zu andern immateriellen Gütern wie etwa den Erfindungspatenten (ZAK 1959, S. 330).

2. Es stellt sich demnach die Frage, ob einerseits für den Verkäufer der realisierte Goodwill weiterhin der Beitragserhebung unterworfenes Einkommen bilde, der vom Käufer dafür bezahlte Preis aber nicht zu dem im Betrieb arbeitenden eigenen Kapital gehöre, und ob es andererseits auch künftighin gerechtfertigt sei, für die Beitragserhebung gewisse entgeltlich erworbene immaterielle Güter, die Geschäftsaktiven bilden, verschieden zu behandeln.

Auf den ersten Blick mögen die oben genannten Lösungen, rein logisch betrachtet, kaum zu befriedigen. Das Gericht sieht indessen keinen Grund, davon abzugehen, jedenfalls nicht von der Lösung, die das im Betrieb arbeitende eigene Kapital betrifft. Denn diese ergibt sich aus eindeutigen gesetzlichen Bestimmungen, die zu ändern nicht Sache des Richters ist. Die Regelung von Art. 18 Abs. 2 AHVV, wonach das im Betrieb arbeitende eigene Kapital nach den Vorschriften des Wehrsteuerrechtes zu bewerten ist, lässt sich im Hinblick auf Art. 9 Abs. 2 Bst. e AHVG kaum beanstanden; denn der Bundesrat hat mit dem Erlass von Art. 18 Abs. 2 AHVV seine Befugnis jedenfalls nicht überschritten (ZAK 1958, S. 368, Erwägung 4). Deshalb sind für die Bewertung des im Betrieb arbeitenden eigenen Kapitals die Bestimmungen des Wehrsteuerrechtes als massgebend zu betrachten, mit den Vor- und den Nachteilen, die damit verbunden sein mögen.

Die erwähnte Rechtsprechung hat den Vorteil, eine ungleiche Behandlung von originärem, selbst geschaffenen Goodwill — der nach der herrschenden Auffassung keinen Aktivposten der Bilanz bildet (s. Känzig, Wehrsteuer, 1962, N 75 zu Art. 49; Masshardt, Kommentar zur eidg. Wehrsteuer 1971—1982, N 22 zu Art. 22, N 4 zu Art. 27) — und derivativem, entgeltlich erworbenem Goodwill, zu verhindern. Die von ihr gewählte Lösung ist einfacher und gerechter als jene wäre, die jeden Goodwill berücksichtigte, den entgeltlich erworbenen und den selbst geschaffenen: der Schätzung dieses Goodwills stünden so grosse Schwierigkeiten entgegen, dass deren Ergebnis ohne Zweifel in zahlreichen Fällen willkürlich wäre.

Die Bewertung des im Betrieb arbeitenden eigenen Kapitals nach den Normen des Wehrsteuerrechtes gewährleistet zudem eine einheitliche Praxis bei der Meldung des im Betrieb arbeitenden eigenen Kapitals seitens der Steuerbehörden. Das BSV hat in seiner Vernehmlassung dann auch erklärt, dass aus diesem Grund die Regelung von Art. 18 Abs. 2 AHVV beibehalten wurde, auch nachdem die ergänzende Vermögenssteuer im Wehrsteuerrecht beseitigt worden war.

Endlich sei darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit, Abschreibungen auf dem entgeltlich erworbenen Goodwill vorzunehmen, wie sie von der Steuerpraxis geschaffen wurde, ein gewisses Korrektiv zu der nach Gesetz und Rechtsprechung geltenden Regelung schafft. Dass der Beschwerdeführer davon allenfalls bisher noch keinen Gebrauch gemacht hat, ist ohne Bedeutung; die Möglichkeit bleibt ihm für die Zukunft gewahrt.

Unter diesen Umständen ist auch festzuhalten, dass der Unterschied in der Behandlung des Goodwills und anderer immaterieller Güter gerechtfertigt und nicht willkürlich ist.

3. ...

Invalidenversicherung

Versicherungsmässige Voraussetzungen für den Leistungsbezug

Urteil des EVG vom 14. Februar 1973 i. Sa. G. S.

Art. 6 IVG; Art. 8 Bst. b des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Italienischen Republik über Soziale Sicherheit. Erfüllung der Versicherungsklausel durch die Ausübung einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz. Die Verwaltungspraxis, wonach in der Schweiz erkrankte oder verunfallte italienische Saisonarbeiter und -angestellte während der Krankheits- und Rekonvaleszenzzeit für höchstens 360 Tage seit der Erkrankung oder dem Unfall weiterhin als versichert gelten, wenn sie sich während dieser Zeit aufgrund einer fremdenpolizeilichen Bewilligung ununterbrochen in der Schweiz aufhalten, entspricht dem gegenseitigen Willen der Vertragsparteien und ist somit nicht zu beanstanden.

Der 1911 geborene italienische Staatsangehörige G. S. war in den Jahren 1956 und 1957 sowie von 1962 bis 1967 als Saisonarbeiter in der Schweiz erwerbstätig gewesen. Im Juni 1965 verunfallte er auf einer Baustelle und musste deswegen die Arbeit während einigen Tagen aussetzen. Vom 18. Juli bis 26. November 1966 konnte er wegen Rückenbeschwerden nicht arbeiten und kehrte darauf — angeblich geheilt — nach Italien zurück. Am 17. April 1967 nahm er die Arbeit in der Schweiz wieder auf. Vom 29. Mai bis 15. Dezember 1967 war er ohne Unterbruch abwechselnd zu 50 und 100 Prozent arbeitsunfähig, nämlich vom 29. Mai bis 26. Juni zu 100 Prozent, vom 27. Juni bis 7. August zu 50 Prozent, vom 8. August bis 19. August zu 100 Prozent, vom 21. August bis 13. Oktober zu 50 Prozent und anschliessend zu 100 Prozent. Für das Jahr 1968 erneuerte der Arbeitgeber die Arbeitsbewilligung nicht mehr, da G. keine anstrengenden Tätigkeiten mehr verrichten konnte. Mit fremdenpolizeilicher Bewilligung verblieb er jedoch in der Schweiz, um sich hier weiter behandeln zu lassen. Ende 1969 kehrte er endgültig nach Italien zurück.

G. S. leidet an rezidivierenden Lumbalgieen bei Spondylose, Arthrose und Diskopathie der Lenden- und Halswirbelsäule. Er ersuchte am 18. Juli 1967 / 10. Juli 1968 um eine Rente der schweizerischen IV. Mit Verfügung vom 17. August 1970 sprach ihm die Ausgleichskasse gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 Prozent eine halbe einfache IV-Rente mit Wirkung ab 1. Mai 1968 zu.

Beschwerdeweise liess G. S. unter Vorlage eines Zeugnisses von Dr. A. vom 14. September 1970, wonach die Invalidität 70 Prozent betrage, die Ausrichtung einer ganzen Rente beantragen. Die Rekursbehörde wies durch Entscheid vom 2. Dezember 1971 die Beschwerde ab und verneinte zudem jeden Anspruch auf eine IV-Rente, weil der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Versicherungsfalles — am 1. Mai 1968 (Variante 2 von Art. 29 Abs. 1 IVG) — nicht mehr versichert gewesen sei; G. S. habe weder in der Schweiz Wohn-

sitz gehabt, noch sei er erwerbstätig, noch der italienischen Versicherung angeschlossen gewesen; die administrative Weisung des BSV laut ZAK 1965, S. 305 f., entbehre jeder gesetzlichen Grundlage.

Mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde lässt G. S. beantragen, der Entscheid der Rekursbehörde und die angefochtene Verfügung seien aufzuheben und es sei ihm ab 1. Mai 1968, eventuell schon ab 1. Oktober 1967, eine ganze einfache IV-Rente samt Zusatzrenten auszurichten; eventuell sei die Sache an die Rekursbehörde zurückzuweisen, damit diese über das Begehren auf Zusprechung von ganzen IV-Renten entscheide.

Die Ausgleichskasse stellt den Antrag auf Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde in dem Sinne, dass G. S. ab 1. Mai 1968 eine halbe IV-Rente zu gewähren sei.

Das BSV schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde; eventuell sei für den Fall, dass ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent angenommen würde, die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die Verfügung vom 17. August 1970 unter Aufhebung des Entscheides der Rekursbehörde wieder herzustellen.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Erwägungen teilweise gutgeheissen:

1. Laut Art. 2 des Abkommens zwischen der Schweiz und Italien über Soziale Sicherheit vom 14. Dezember 1962 sind die schweizerischen und italienischen Staatsangehörigen in ihren Rechten und Pflichten grundsätzlich gleichgestellt. Demzufolge hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ordentliche Rente der IV, sofern und solange er versichert ist (Art. 6 Abs. 1 IVG), falls er bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge entrichtet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Versichert ist er, wenn er gemäss Art. 1 IVG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 AHVG in der Schweiz zivilrechtlichen Wohnsitz hat oder hier erwerbstätig ist. Ziff. 3 des zum Abkommen gehörenden Schlussprotokolls schliesst die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung aus. Hingegen ist in diesem Zusammenhang Art. 8 Bst. b des Abkommens von Bedeutung, der lautet: «Italienische Staatsangehörige, die der italienischen Versicherung angehören oder die vor Verlassen der Schweiz eine ordentliche Invalidenrente bezogen haben, sind den Versicherten gemäss schweizerischer Gesetzgebung gleichgestellt.»

2. ... Wie die Vorinstanz zutreffend ausgeführt hat, ist im vorliegenden Fall die zweite Variante von Art. 29 Abs. 1 IVG anwendbar. Da der Beschwerdeführer erst seit dem 29. Mai 1967 ununterbrochen mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig war, ist der Versicherungsfall frühestens im Mai 1968 eingetreten.

3. Nachdem feststeht, dass G. S. in Italien nur bis 1962 versichert gewesen war, ist zunächst zu prüfen, ob er im massgebenden Zeitpunkt der schweizerischen IV angehörte. Dies träfe dann zu, wenn er damals in der Schweiz seinen zivilrechtlichen Wohnsitz gehabt oder in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hätte.

a. Der Beschwerdeführer glaubt zu Unrecht, sein Aufenthalt in der Schweiz könne als Wohnsitz im Sinne von Art. 23 ff. ZGB angesehen werden. Denn nach der Praxis des EVG hält sich in der Regel ein ausländischer Arbeitnehmer, der in der Schweiz aufgrund einer Saisonbewilligung erwerbstätig ist, in diesem Lande nicht mit der Absicht dauernden Verbleibens auf

(EVGE 1966, S. 58 mit Hinweisen, ZAK 1966, S. 320). Ein Ausnahmefall liegt nicht vor. Dies gilt vorerst für die Zeit, während welcher der Beschwerdeführer als Saisonarbeiter in der Schweiz tätig war. Ebenso wenig aber hat er in der Schweiz Wohnsitz begründet, als er nach Ablauf der letzten Saisonbewilligung mit fremdenpolizeilicher Erlaubnis pflegehalber in X verblieb. Er hielt sich dort nicht mit der Absicht dauernden Verbleibens, sondern zur ärztlichen Behandlung und zum Bezuge des Taggeldes der Krankenkasse auf.

b. Somit stellt sich die Frage, ob die Zugehörigkeit zur schweizerischen Versicherung durch eine Erwerbstätigkeit begründet wurde. Diese Voraussetzung musste im Zeitpunkt des Versicherungsfalles erfüllt sein. Obschon der Beschwerdeführer am 1. Mai 1968 nicht mehr gearbeitet hatte, erachtete ihn die Ausgleichskasse als versichert. Sie ging dabei von einer Verwaltungspraxis aus, welche den Begriff der Erwerbstätigkeit anscheinend weiter fasst. In der ZAK (1965, S. 305 f.) wird dazu ausgeführt:

«Soweit italienische Staatsangehörige ordentliche IV-Renten beanspruchen, gilt es die Versicherungsklausel nach Artikel 6, Absatz 1, IVG anzuwenden. Italiener, die im dargelegten Sinne ihren Wohnsitz in der Schweiz haben sind hier versichert. Das Gleiche gilt für Italiener, die in der Schweiz erwerbstätig waren und hier erkrankt oder verunfallt sind; in solchen Fällen darf das Versicherungsverhältnis im Sinne von Artikel 6, Absatz 1, IVG während einer begrenzten Krankenzzeit, längstens während 360 Tagen als gegeben angenommen werden. Dies führt dazu, dass sich auch ein solcher Italiener eine IV-Rente wegen langdauernder Krankheit erwerben kann. Es wäre tatsächlich mit dem allgemeinen Sinn und Zweck des Abkommens kaum vereinbar, durch eine enge Auslegung der Versicherungsklausel einen sonst begründeten Rentenanspruch zu versagen, während derselbe Italiener, falls er nach Italien zurückkehrt und dort der italienischen Versicherung angehört, schon kraft ausdrücklicher Bestimmung von Artikel 8, Buchstabe b, des Abkommens in den Genuss einer schweizerischen Invalidenrente gelangte» (vgl. auch Rz 334 der Wegleitung über die Renten, gültig ab 1. Januar 1971).

Während das EVG in seinem Urteil i. Sa. P. vom 9. Mai 1967 offen liess, wie es sich mit dieser Verwaltungspraxis verhalte, ist die Vorinstanz der Auffassung, dass sie sich weder auf das Gesetz noch auf das Abkommen stützen könne. Das BSV führt aus, nach dem Zweck des Abkommens solle der aus dem schweizerischen Versicherungsverhältnis ausscheidende Italiener seine Rechte hinsichtlich der schweizerischen IV durch Beitritt zur italienischen Sozialversicherung wahren können. Dies sei aber in den Fällen nicht möglich, wo ein italienischer Staatsangehöriger in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hatte, hiebei verunfallte oder krank wurde und daher gezwungen ist, für begrenzte Zeit untätig in der Schweiz zu verbleiben. Das Gesetz schein eine Lücke zu enthalten, «die durch schöpferische Rechtsprechung und Verwaltungspraxis zu füllen ist, um stossende Situationen zu vermeiden, die der Gesetzgeber nicht einmal stillschweigend gewollt haben kann, da sie seinem eindeutigen Wunsch dermassen entgegengesetzt sind».

Nach der Rechtsprechung kommt eine über den Wortlaut hinausgehende, ausdehnende Auslegung eines Staatsvertrages nur in Frage, wenn aus dem

Zusammenhang oder der Entstehungsgeschichte mit Sicherheit auf eine vom Wortlaut abweichende Willenseinigung der Vertragsstaaten zu schliessen ist (BGE 97 I 365, 96 I 648 mit Hinweisen auf Literatur und Praxis). Dies trifft für diesen besonderen Sachverhalt zu. Nach den Ausführungen des BSV entspricht die erwähnte Verwaltungspraxis, welche sich seit Jahren bewährt hat, dem gegenseitigen Willen der Vertragsparteien; sie soll in absehbarer Zeit auch staatsvertraglich geregelt werden, wie dies in den Abkommen mit Spanien (Schlussprotokoll Ziffer 9), der Türkei (Schlussprotokoll Ziffer 7) und den Niederlanden (Schlussprotokoll Ziffer 7) bereits der Fall ist.

Unter diesen Umständen kann diese Verwaltungspraxis, die sich auf klar abgrenzbare Sonderfälle bezieht, nicht beanstandet werden. Die Ausgleichskasse nahm daher zu Recht an, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Versicherungsfalles der schweizerischen IV angehörte.

4a. Steht fest, dass der Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt versichert war, ist zu prüfen, ob seinem Antrag auf Ausrichtung einer ganzen Rente stattgegeben werden kann.

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG hat er Anspruch auf eine ganze Rente, wenn er mindestens zu zwei Dritteln invalid ist; eine halbe Rente steht ihm bei mindestens hälftiger Invalidität zu. Invalid im Sinne des Gesetzes ist, wer wegen eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall voraussichtlich bleibend oder längere Zeit dauernd erwerbsunfähig ist (Art. 4 Abs. 1 IVG). Der Invaliditätsgrad wird gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG in der Weise ermittelt, dass das Erwerbseinkommen, welches der Versicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, mit dem Verdienst verglichen wird, den der Versicherte zu erreichen vermöchte, wenn er nicht invalid geworden wäre. Die Ermittlung des Invaliditätsgrades wird sich im Einzelfall nach den konkreten Umständen richten müssen. Sie hat sich jedoch dem Inhalt des Invaliditätsbegriffes anzupassen. Somit sind z. B. Invaliditätsschätzungen, die bloss auf die Differenz tatsächlich erzielter Erwerbseinkommen abstellen, grundsätzlich ebensowenig zulässig wie rein medizinische Schätzungen, die ohne Berücksichtigung der entscheidenden erwerblichen Faktoren erfolgen (EVGE 1967, S. 22; ZAK 1969, S. 522).

b. Wie das BSV zutreffend festhält, widersprechen sich im vorliegenden Fall die Invaliditätsschätzungen **erheblich**. Dr. B kommt in seinen Berichten vom 31. Juli 1967 und 5. Dezember 1968 unter Hinweis auf das psychische Zustandsbild des Versicherten zum Schluss, dieser sei voll **arbeitsfähig**; im Vordergrund stehe weniger die radiologisch verifizierbare Spondylosis deformans der Lendenwirbelsäule als vielmehr eine ausgeprägte Begehrungsneurose; aufgrund der gut ausgebildeten Muskulatur des Versicherten sei es unverständlich, dass er nicht arbeite. Diese Feststellungen werden jedoch von keinem andern Arzt geteilt, insbesondere auch nicht von Dr. C (Bericht vom 1. Dezember 1969), der die ausdrückliche Frage nach psychischen Anfälligkeiten verneinte. Im Gegensatz zu Dr. B ist der Beschwerdeführer nach Dr. D als Bauarbeiter 100 Prozent arbeitsunfähig; für eine leichte Handarbeit, teils sitzend, teils stehend, sei er als zu 20 Prozent arbeitsfähig zu betrachten (Berichte vom 5./7. Februar 1969). Diese Beurteilung entspricht indessen nicht den tatsächlichen Möglichkeiten des Beschwerdeführers auf dem

schweizerischen Arbeitsmarkt, wie aus den Hinweisen des Arbeitgebers hervorgeht. Das Zeugnis von Dr. A vom 14. September 1970 ist deshalb nicht massgebend, weil darin neben der Spondylose noch andere Leiden erwähnt werden, welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinflusst hätten. Diese werden jedoch von den übrigen Ärzten nicht bestätigt und hatten sich auch früher nicht bemerkbar gemacht, so dass sie nicht berücksichtigt werden können. Bleibt noch der ausführliche Bericht von Dr. C, der für die Invaliditätsschätzung des BSV massgebend ist. Dieses Zeugnis vermag aber auch nicht zu überzeugen. Denn der Arzt hält den Beschwerdeführer sowohl in der zuletzt ausgeübten Beschäftigung als auch für jede andere Arbeit, die seinen Fähigkeiten entspricht, als zu 20 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt. Somit stellt sich die Frage, ob der Schätzung des Arztes der IV-Kommission, der eine häftige Invalidität annimmt, gefolgt werden kann. Dies ist deshalb zu bejahen, weil dieser Arzt, abgesehen vom Zeugnis des Dr. A, sämtliche medizinischen Unterlagen kannte und weil seine Schätzung sich mit den Berichten der Arbeitgeberin hinsichtlich des Lohnansatzes des Versicherten deckt.

c. Dem Beschwerdeführer ist somit nach dem Gesagten weiterhin eine halbe IV-Rente auszurichten. Von einer zusätzlichen medizinischen Expertise ist abzusehen. Aus den Ergebnissen eines Sachverständigen, welcher den Beschwerdeführer zum erstenmal sieht, könnten kaum zuverlässige Schlüsse für den massgebenden Zeitpunkt gezogen werden, und von den Ärzten, die den Versicherten untersuchten, liegen Berichte vor. Der vorinstanzliche Entscheid ist daher aufzuheben und die Kassenverfügungen sind wieder herzustellen.

Renten

Urteil des EVG vom 9. März 1973 i. Sa. J. E.

Art. 7 Abs. 1 IVG. Die Dauer einer Rentenkürzung ist grundsätzlich von der Dauer der zeitlichen Einwirkung des schuldhaften Verhaltens auf die Invalidität abhängig. (Bestätigung der Rechtsprechung)

Von diesem Grundsatz kann bei einer wegen Alkoholabusus gekürzten Rente ausnahmsweise abgewichen werden, wenn der Versicherte den Missbrauch aufgegeben hat und weitere Voraussetzungen (z. B. ein die alkoholbedingten Schäden so weit als möglich kompensierendes Verhalten usw.) erfüllt sind.

Der 1912 geborene Versicherte war bis zum 31. Dezember 1969 — mit einem vierjährigen Unterbruch — in der Bundesverwaltung tätig. Ende 1969 ersuchte er die IV um Arbeitsvermittlung. Der Internist Dr. A diagnostizierte: Status nach Vorderwandinfarkt, allgemeine und zerebrale Arteriosklerose, Hyperlipidämie Typ IV, Status nach rezidivierender, wahrscheinlich aethylicher Pankreatitis, Alkohol-, Analgetika- und Sedativa-Abusus. Verfügungsweise sprach die Ausgleichskasse dem Versicherten am 9. März 1970 eine am 1. Januar 1970 beginnende ganze einfache IV-Rente und für seine Ehefrau

eine Zusatzrente zu. Die IV-Rente kürzte sie wegen Selbstverschuldens um 40 Prozent. Die Rentenrevision war auf den 1. Januar 1972 vorgesehen.

Am 28. Oktober 1971 gelangte der Versicherte mit dem Ersuchen an die IV-Kommission, die Rentenkürzung angesichts der gestiegenen Teuerung um 10 Prozent zu reduzieren; eventuell sei ihm eine Erwerbstätigkeit zu vermitteln.

Mit Verfügung vom 31. Dezember 1971 eröffnete die Ausgleichskasse dem Versicherten, dass die Rentenkürzung nicht herabgesetzt werde und auch eine Stellenvermittlung wegen seines Alters und Gesundheitszustandes ausser Betracht falle.

Die vom Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies die kantonale Rekursbehörde ab, im wesentlichen mit der Begründung: Der Versicherte leide seit Jahren an chronischem Alkoholismus, der seine Invalidität erheblich verschlimmert habe. Er habe sich über die ärztlichen Mahnungen ständig hinweggesetzt und trotz Alkoholverbot weiterhin leichtsinnig übermässigem Alkohol- und Pillenkonsum gefrönt, selbst nachdem sein Gesundheitszustand wegen eines Herzinfarktes und einer Pankreatitis bereits schwer angeschlagen gewesen sei. Er habe sich demnach grobfahrlässig verhalten. Das Kürzungsmass von 40 Prozent sei selbst dann gerechtfertigt, wenn man berücksichtige, dass der chronische Alkoholismus nicht die alleinige Ursache der Invalidität sei. Berufliche Eingliederungsmassnahmen kämen angesichts des ungünstigen Arztberichtes, der vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe, nicht in Frage.

Der Versicherte lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde erheben und dem EVG beantragen, es sei ihm eine ungekürzte IV-Rente zuzusprechen. Zur Begründung wird im wesentlichen vorgetragen: Die ärztlichen Berichte «lassen mit einer gewissen Sicherheit den Schluss zu, dass der Alkoholabusus des Beschwerdeführers nicht als reine Trunksucht bezeichnet werden kann. Sie ist durch eine psychische Disposition begründet (Neurose, arteriosklerotische Veränderungen nach Herzinfarkt usw.). Demzufolge stellt sich die Frage, ob die vom Beschwerdeführer implizit geforderte Enthaltensamkeit noch im Bereich seiner psychischen Möglichkeiten bzw. seiner Willensfreiheit lag. Der Beschwerdeführer bestreitet dies; wird diese Frage verneint, so kann von einer Fahrlässigkeit nicht mehr gesprochen werden. Wird sie teilweise verneint, so würde jedenfalls keine ‚grobe‘ Fahrlässigkeit mehr vorliegen.» Diesen Zusammenhängen sei aufgrund eines ärztlichen Gutachtens nachzugehen. Aber abgesehen davon habe der Beschwerdeführer seit 1971 den Alkoholkonsum derart abgebaut, dass von einem Missbrauch nicht mehr die Rede sein könne. Damit sei die Voraussetzung zur endgültigen oder bedingten Aufhebung der Kürzung gemäss Rz 258 der Wegleitung über Invalidität und Hilflosigkeit gegeben.

Die Ausgleichskasse beantragt die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde: Wegen des langdauernden schuldhaften Verhaltens als der Ursache der Invalidität sei die Rentenkürzung berechtigt. Der Beschwerdeführer trinke immer noch Alkohol, wenn auch angeblich seit 1971 in reduziertem Mass. Wohlverhalten setze eine längere zeitliche Dauer voraus.

Das BSV vertritt die Auffassung, dass sich die Kürzungsbestimmung von Art. 7 IVG wegen ihrer Konzeption als Kann-Vorschrift von Art. 7 MVG und Art. 98 KUVG unterscheide. Dies habe der Gesetzgeber gewollt, da im

Rahmen einer volks-obligatorischen Versicherung Ausschluss- und Kürzungsbestimmungen nur in sehr eingeschränktem Rahmen möglich seien. Hier herrsche das Versorger- und weniger das Versicherungsprinzip vor. Den Invaliden soll ein Minimum an Lebensunterhalt zugesichert sein. So sehr Kürzungen grundsätzlich berechtigt seien, könne es aber doch nicht als stossend empfunden werden, «dass man die Aufhebung der Rentenkürzung dafür einsetzt, einen Geschädigten zum Wohlverhalten zu führen und unter Umständen auch seine Familie aus sehr oft misslichen Verhältnissen herauszubringen». Massgebend für den Kürzungsumfang sei daher nicht allein das Kausalitätsprinzip. Das Gesetz selber sehe eine dauernde oder vorübergehende Kürzung oder Leistungsverweigerung vor. Die vorübergehende Kürzung betreffe nicht nur Fälle, in denen das grobfahrlässige Verhalten des Rentenbezügers als Kausalitätsfaktor seiner Invalidität nach Ablauf einer bestimmten Zeit nicht mehr erheblich sei, sondern auch solche Fälle, da kein speziell schweres Verschulden vorliege. Es widerspreche daher nicht dem Willen des Gesetzgebers, wenn man eine Rentenkürzung bei besonderem Wohlverhalten des Versicherten dahinfallen lasse. Das BSV beantragt die Rückweisung der Sache an die IV-Kommission zur Abklärung, ob sich der Beschwerdeführer während längerer Zeit des übermässigen Alkohol- und Medikamentenkonsums enthalten habe und ob angenommen werden könne, dass auch künftig mit seinem Wohlverhalten gerechnet werden dürfe.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung teilweise gutgeheissen:

1. Nach Art. 7 Abs. 1 IVG können die Geldleistungen der IV dauernd oder vorübergehend verweigert, gekürzt oder entzogen werden, wenn der Versicherte seine Invalidität vorsätzlich oder grobfahrlässig oder bei der Verübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert hat. Damit soll verhütet werden, dass die IV über Gebühr mit Schäden belastet wird, welche die Leistungsansprecher hätten vermeiden können, wenn sie die ihnen zumutbare Sorgfalt angewandt hätten. Dieses Ziel wird dadurch erreicht, dass die Versicherten die gesetzliche Leistung entsprechend ihrem Verschulden ganz oder teilweise einbüssen. In EVGE 1962, S. 307 (ZAK 1963, S. 243) hat das Gericht erklärt, die dauernde Kürzung werde «wenigstens die Regel darstellen», soweit Renten in Frage stehen. Diese Auffassung hat es in EVGE 1967, S. 98 (ZAK 1967, S. 496) bestätigt mit der Begründung, dass wegen des aleatorischen Charakters von Höhe und Dauer der einzelnen Rente nur die prozentuale Kürzung während der ganzen Rentendauer den gesetzlichen Zweck gewährleiste. Würde man eine IV-Rente von unbekannter Dauer zum vornherein nur für eine bestimmte Zeitspanne kürzen, so verzichtete man darauf, die Sanktion der Höhe des Schadens anzupassen, welchen die Versicherung wegen des schuldhaften Verhaltens des Anspruchsberechtigten zu tragen habe. Ein solcher Verzicht liefe darauf hinaus, die Kürzung vor allem nach strafrechtlichen Kriterien zu gestalten. Dies widerspräche dem Sinn der Kürzung, der keine Straffunktion zukomme (EVGE 1966, S. 98, ZAK 1966, S. 618).

Immerhin anerkannte das Gericht schon in EVGE 1962, S. 307, dass Abweichungen von der Regel der dauernden Rentenkürzung möglich seien. In EVGE 1967, S. 98 (ZAK 1967, S. 496) beschränkte es diese möglichen Abweichungen ausdrücklich auf Ausnahmefälle.

An dieser Rechtsprechung, welche die Kürzungsdauer grundsätzlich von der Dauer der zeitlichen Einwirkung des schuldhaften Verhaltens auf die Invalidität abhängig macht, ist festzuhalten. Die abweichende Auffassung des BSV, die insbesondere in Rz 258 der Wegleitung über Invalidität und Hilflosigkeit ihren Niederschlag gefunden hat, entspricht nicht dem Zweckgedanken der Kürzungsnorm von Art. 7 Abs. 1 IVG. Deshalb vermag ihr das EVG nicht beizupflichten. Es wird zunächst Aufgabe des BSV sein, unter Berücksichtigung der geltenden Rechtsprechung Richtlinien betreffend die Ausnahmen vom Grundsatz der dauernden Rentenkürzung aufzustellen.

2. In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird zunächst vorgetragen, die Kürzung sei an sich ungerechtfertigt, weil der chronische Alkoholismus des Versicherten durch eine psychische Disposition begründet und deshalb nur bedingt oder gar nicht willentlicher Beeinflussung zugänglich, also nur relativ rechtserheblich sei. Auf diesen Einwand ist nicht näher einzutreten. Denn die am 9. März 1970 erfolgte Rentenkürzung ist unangefochten geblieben und somit rechtskräftig geworden. Zudem hat der Beschwerdeführer selber erklärt, er sei ein milieubedingtes Opfer des Alkohols, weil er wegen seines Berufes sehr alkoholexponiert gewesen sei. Jenen Posten hatte er aber in den Jahren 1942—1959 inne, während die psychischen Beschwerden erst viel später auftraten. Ferner steht die behauptete psychische Disposition im Widerspruch mit der Angabe in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde selber, seit 1971 habe er den Alkoholkonsum — willentlich — auf ein vernünftiges Mass beschränkt.

3. Mit der zuletzt erwähnten Behauptung wird geltend gemacht, dass jedenfalls seit 1971 von Alkoholmissbrauch nicht mehr gesprochen werden könne. Diese Angabe, obwohl nicht unglaubwürdig, ist aktenmässig nicht belegt und bedarf deshalb der näheren Überprüfung. Auch wenn sich ergäbe, dass sie den Tatsachen entspricht, so müssten noch andere Voraussetzungen erfüllt sein, um die Rentenkürzung im Sinne einer in Erwägung 1 erwähnten Ausnahme aufzuheben (z. B. ein die alkoholbedingten Schäden nach Möglichkeit kompensierendes Verhalten usw.); dies vor allem im Hinblick auf die objektiv grosse Rückfallgefahr beim Alkoholismus. Die Sache geht daher an die Ausgleichskasse zurück, damit diese die erforderlichen Abklärungen durch die IV-Kommission veranlasse.

4. . . .

Urteil des EVG vom 10. Juli 1973 i. Sa. J. A.

Art. 41 IVG und Art. 87 Abs. 2 IVV. Der von der Verwaltung in Aussicht genommene Revisionstermin ist dem Versicherten nicht mitzuteilen. Geschieht dies trotzdem, dann ist das Ergebnis der Revision in jedem Fall durch beschwerdefähige Verfügung zu eröffnen. (Präzisierung der Rechtsprechung)

Art. 88bis Abs. 1 IVV. Wird eine Revision von Amtes wegen auf einen bestimmten Termin in Aussicht genommen, dann ist für den Übergang von der halben zur ganzen Rente dieser massgebend und nicht der Zeitpunkt des Verfügungserrlasses.

Der 1922 geborene, verheiratete J. A., Vater von drei unmündigen Kindern, Landwirt und Viehhändler, leidet an der Boeck'schen Krankheit und bezieht

seit 1. März 1966 eine halbe einfache IV-Rente nebst Zusatzrenten (Verfügung vom 24. November 1966).

Dr. A diagnostizierte im Bericht vom 13. November 1968 nebst der Boeck'schen Krankheit: «atteinte pulmonaire bi-latérale très importante. Bronchite asthmatiforme. Ebauche de cœur pulmonaire chronique. Maladie de Scheuermann et discopathie L5-S1. Gastrite hypoacide.» Er schätzte die Arbeitsfähigkeit des Versicherten bei intensiver ärztlicher Behandlung auf 50 Prozent. Mit Verfügung vom 10. Januar 1969 und 2. Juni 1970 teilte die Ausgleichskasse dem Versicherten mit, dass die halbe Rente bis 31. August 1969 bzw. 31. August 1971 weiter ausgerichtet werde.

Am 25. Oktober 1971 ergänzte Dr. A seine Diagnose mit der Feststellung, dass der Versicherte auch noch an psycho-reaktiver Depression leide, und bewertete die Arbeitsunfähigkeit ab 1. August 1971 auf zwei Drittel.

Die durch die IV-Kommission im Hinblick auf die Revision des Anspruchs auf eine IV-Rente vorgenommene wirtschaftliche Zwischenabklärung ergab, dass J. A. noch zwei Tage pro Woche als Viehhändler tätig war, dagegen keine Arbeit in der Landwirtschaft mehr verrichtete (Bericht vom 3. Dezember 1971). Er versteuerte mit Einschluss des Einkommens der Ehefrau aus ihrer Mitarbeit 1961/1962 7 400 Franken, 1969/1970 12 000 Franken. Die Einkünfte eines Viehhändlers wurden auf mindestens 22 000 Franken geschätzt.

Gemäss Beschluss der IV-Kommission vom 19. Januar 1972, welche den Invaliditätsgrad nach wie vor auf 50 Prozent veranschlagte, teilte die Ausgleichskasse dem Versicherten am 2. August 1972 in Briefform mit, dass nach den Ergebnissen der von Amtes wegen durchgeführten Revision der Rentenanspruch unverändert aufrechterhalten werde; eine weitere Revision sei auf den 31. August 1974 vorgesehen. Entgegen den früheren Verfügungen fehlte die Rechtsmittelbelehrung; auch wurde nicht das übliche Formular verwendet.

J. A. ersuchte am 2. Oktober 1972 um Überprüfung seines Falles. Er müsse sich jeden Vormittag zur Behandlung in die Klinik begeben. Unter diesen Umständen habe ihn der Arzt zu Recht als zu zwei Dritteln arbeitsunfähig erklärt.

Die kantonale Rekursbehörde erachtete den Brief der Ausgleichskasse vom 2. August 1972 als beschwerdefähige Verfügung und denjenigen des Versicherten vom 2. Oktober 1972 mangels Rechtsmittelbelehrung als rechtzeitige Beschwerde; es hiess diese gut, hob die angefochtene Verfügung auf und sprach J. A. mit Wirkung ab 1. Juli 1972 eine ganze einfache IV-Rente zu.

Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt J. A., der Rentenbeginn sei auf den 1. August 1971 festzusetzen, da Dr. A ihn ab diesem Datum als zu zwei Dritteln arbeitsunfähig erklärt habe. Er ersucht ferner um Beantwortung der Frage, warum er nicht schon 1960, sondern erst ab 1. März 1966 eine halbe Rente zugesprochen erhalten habe.

Ausgleichskasse und BSV schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Gründen abgewiesen:

1. ...

2. Gemäss Art. 41 IVG ist die Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität

eines Rentenbezügers in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Die Revision wird gemäss Art. 87 Abs. 2 IVV von Amtes wegen durchgeführt, wenn sie im Hinblick auf eine mögliche erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades bei der Festsetzung der Rente auf einen bestimmten Termin in Aussicht genommen worden ist oder wenn Tatsachen bekannt oder Massnahmen angeordnet werden, die eine erhebliche Änderung des Grades der Invalidität als möglich erscheinen lassen. Voraussetzung der Rentenrevision von Amtes wegen ist also jedenfalls eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades.

Dieser Ordnung geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung auf eine rechtskräftige Verfügung nach den von der Praxis entwickelten Regeln zurückkommen kann. Eine Rente kann somit allenfalls unter diesem Gesichtspunkt aufgehoben werden, wenn die Voraussetzungen für eine Revision gemäss Art. 41 IVG fehlen (EVGE 1966, S. 56/57; ZAK 1964, S. 433).

Daraus hat das EVG in BGE 98 V 53 geschlossen, dass die Verwaltung rechtlich nicht an den in Aussicht genommenen Revisionsstermin gebunden sei, wenn sich eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades vor diesem Zeitpunkt ergibt oder wenn sich die Rentenverfügung nachträglich als zweifellos unrichtig erweist. Die Angabe eines Revisionsdatums in einer Rentenverfügung werde der — ohnehin bloss formellen — Rechtskraft der Verfügung nicht teilhaftig und habe keinesfalls den Sinn, die Ausrichtung der Rente bis zum angegebenen Zeitpunkt zu garantieren. Die Verwaltung sei zur Angabe eines Revisionsstermins nicht verpflichtet; nenne sie dennoch ein solches Datum, so habe dies lediglich die Bedeutung einer verwaltungsinternen Anmerkung (vgl. ZAK 1964, S. 433).

Damit indessen die Meldepflicht laut Art. 77 IVV nicht ausgehöhlt wird, sondern gewährleistet bleibt, ist der Revisionsstermin dem Versicherten nicht mitzuteilen. In diesem Sinne ist das bereits zitierte Urteil BGE 98 V 52 zu präzisieren.

3. Aus dem Urteil vom 28. April 1971 i. Sa. A. V. (ZAK 1971, S. 522) ergibt sich, dass bei Wiedererwägung von Amtes wegen, die den Rentenanspruch nicht verändert, keine neue Verfügung zu erlassen ist. Wird dagegen die Überprüfung auf Begehren des Versicherten vorgenommen, hat in jedem Falle eine beschwerdefähige Verfügung zu ergehen (ZAK 1971, S. 524; vgl. dazu auch Rz 1039 der Wegleitung über die Renten, gültig ab 1. Januar 1971).

Im vorliegenden Fall teilte die Ausgleichskasse — offenbar gestützt auf das erwähnte Urteil und auf Rz 1039 der Rentenwegleitung — dem Beschwerdeführer am 2. August 1972 brieflich mit, dass die halbe Rente bis zum neuen Revisionsdatum (31. August 1974) weiter entrichtet werde. Es fragt sich, ob das Urteil A. V. überhaupt zum Vergleich herangezogen werden darf; denn dort war die Frage zu prüfen, ob die Verwaltung befugt sei, nochmals über einen Sachverhalt zu verfügen, der schon Gegenstand einer früheren, damals nicht angefochtenen Verfügung gebildet hatte, womit der Rechtsweg neu eröffnet worden wäre. Das EVG erklärte dazu, dass im Gegensatz zur Revision auf Begehren des Versicherten bei einer Revision von Amtes wegen, die den Status quo feststelle, die Briefform als Mitteilung an den Versicherten genüge.

Der heute zu beurteilende Fall liegt indessen anders. Dem Beschwerdeführer wurde jeweils mitgeteilt, dass die Rente bis zu einem bestimmten Zeitpunkt, in dem sie Gegenstand einer Revision sein werde, gewährt würde. Unter diesen Umständen war es jedoch nicht ausgeschlossen, dass die Rente nicht mehr verlängert worden wäre, wie sich auch aus den Mitteilungen vom 1. August 1968 und 1. August 1969 ergibt, wodurch dem Versicherten zur Kenntnis gebracht wurde, dass sein Fall gegenwärtig einer Revision unterzogen, die Rente jedoch provisorisch während sechs Monaten weiter ausgerichtet werde.

Es ging daher nicht an, dem Beschwerdeführer das Ergebnis der Revision von Amtes wegen formlos bekanntzugeben. Wenn einem Versicherten der Revisionstermin zum voraus mitgeteilt wurde, wodurch er möglicherweise von einer sofortigen Anfechtung abgehalten wird, muss das Resultat der Revision durch Verfügung eröffnet werden, in welchem Sinne das Urteil A. V. (ZAK 1971, S. 522) zu präzisieren ist. Im übrigen erscheint es fraglich, ob der mit Rz 1039 der Rentenwegleitung angestrebte Zweck erreicht werden kann. Es ist nämlich nicht einzusehen, warum an Stelle des vorgedruckten Verfügungsformulars mit Rechtsmittelbelehrung die formlose briefliche Bekanntgabe eine Vereinfachung darstellen soll.

Schliesslich ist festzustellen, dass die Vorinstanz den Brief des Versicherten vom 2. August 1972 zu Recht als Beschwerde behandelt hat (BGE 98 Ib 333, 97 V 187).

4. Die Vorinstanz hat in ihrem Entscheid, auf den verwiesen werden kann, zutreffend dargelegt, dass der Beschwerdeführer die Voraussetzungen zur Gewährung einer ganzen Rente erfüllt. Das BSV macht im übrigen mit Recht darauf aufmerksam, dass sich an diesem Ergebnis auch nichts ändert, wenn die Invaliditätsschätzung nach den in BGE 97 V 56 aufgestellten Grundsätzen vorgenommen worden wäre.

5. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch, sobald der Versicherte mindestens zur Hälfte bleibend erwerbsunfähig geworden ist (Variante I) oder während 360 Tagen ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zur Hälfte arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig ist (Variante II). Nach ständiger Rechtsprechung ist für die Annahme bleibender Erwerbsunfähigkeit im Sinne der ersten Variante die überwiegende Wahrscheinlichkeit erforderlich, dass ein weitgehend stabilisierter, im wesentlichen irreversibler Gesundheitsschaden vorliegt, der auch in Berücksichtigung allfällig notwendiger Eingliederungsmassnahmen die Erwerbsfähigkeit des Rentenansprechers voraussichtlich dauernd in rentenbegründendem Ausmass beeinträchtigen wird (BGE 97 V 244 mit Hinweisen).

Nach den zutreffenden Ausführungen der Vorinstanz ist im vorliegenden Fall Variante I von Art. 29 Abs. 1 IVG nicht anwendbar, weil den Leiden des Beschwerdeführers offensichtlich die erforderliche Stabilität abgeht. Er kann somit die ganze Rente erst beanspruchen, wenn er während 360 Tagen ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu zwei Dritteln arbeitsunfähig war. Diese 360tägige Wartefrist begann am 1. August 1971 und lief im Juli 1972 ab, so dass der Anspruch auf die ganze Rente laut Art. 29 Abs. 1 zweiter Satz IVG am 1. Juli 1972 entstand.

Bei einer zum voraus auf einen bestimmten Zeitpunkt in Aussicht genommenen Revision von Amtes wegen ist das entsprechende Datum massgebend und Art. 88bis Abs. 1 IVV findet — entgegen der Auffassung des BSV — keine Anwendung. Die Ausgleichskasse hat die IV-Kommission in solchen Fällen rechtzeitig auf den Revisionsstermin aufmerksam zu machen (Rz 225 der Wegleitung über Invalidität und Hilflosigkeit, gültig ab 1. Januar 1971). Die IV-Kommission muss die erforderlichen Massnahmen treffen, damit das Revisionsverfahren fristgemäss abgeschlossen werden kann. Disponiert die Verwaltung zeitlich nicht richtig, kann das den Revisionsstermin nicht beeinflussen; dies umso weniger, wenn — wie im vorliegenden Fall — der Revisionsstermin auf den 31. August 1971 festgesetzt wurde, der Beschluss der IV-Kommission am 19. Januar 1972 und die Kassenverfügung am 2. August 1972 erging.

6. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass nach dem im Zeitpunkt der zweiten Anmeldung zum Leistungsbezug im März 1966 geltenden Art. 48 IVG eine rückwirkende Rentengewährung ausgeschlossen und dass die ablehnende Kassenverfügung vom 1. Dezember 1961, die auf eine erste Anmeldung vom 30. Juni 1961 zurückging, mangels Anfechtung in Rechtskraft erwachsen war.

Urteil des EVG vom 30. Januar 1973 i. Sa. A. I.

Art. 45 AHVG, Art. 76 AHVV; Art. 84 IVV. Wo Verfügungen zur Gewährleistung zweckgemässer Rentenverwendung mit vormundschaftsrechtlichen Anordnungen kollidieren, gehen diese vor. Wenn eine Ausgleichskasse die Invalidenrente gemäss den Weisungen des Vormundes an das Fürsorgeamt auszahlt, erfüllt sie ihre Leistungspflicht mit befreiender Wirkung.

Das kinderlose Ehepaar I. hat im Jahre 1951 die am 6. August 1948 geborene Versicherte, deren Name später auf I. geändert wurde, in unentgeltliche Pflege genommen. Nach Eintritt der Volljährigkeit wurde sie durch die zuständige Behörde der Vormundschaft ihrer Pflegemutter, Frau I., unterstellt.

Am 1. August 1969 meldete Frau I. ihr Mündel zum Bezug einer IV-Rente an. In der Anmeldung bestimmte sie, die Rente sei an sie als Vormund ausbezahlen. Die Ausgleichskasse sprach mit Verfügung vom 30. April 1971 dem Mündel eine ganze einfache IV-Rente zu mit Anspruchsbeginn am 1. Januar 1968, auszahlfähig gestützt auf Art. 48 Abs. 2 IVG ab 1. August 1968. Die Nachzahlung von diesem Zeitpunkt an bis zum Erlass der Rentenverfügung belief sich, einschliesslich der Rente für den Monat Mai 1971, auf insgesamt 6 600 Franken. Die Verfügung trug den Vermerk, die Renten würden «an Frau I., . . . , . . . » ausbezahlt.

Zwischen der Anmeldung und dem Erlass der genannten Verfügung, nämlich am 19. Juni 1970, hatte Frau I. dem Fürsorgeamt ihrer Wohngemeinde unter anderem mitgeteilt: «Ich bin als Vormund ohne weiteres einverstanden, dass die IV-Rente vollumfänglich an die Fürsorgebehörde ausgerichtet wird als Anteil an die finanziellen Aufwendungen für mein Mündel.» Mit Schreiben vom 7. Mai 1971 an die Ausgleichskasse erhob das Fürsorgeamt Anspruch auf die rückwirkend auszuzahlende und die laufende Rente, weil die Versicherte seit längerer Zeit aus öffentlichen Mitteln unterstützt

werden müsse. Frau I. als Vormund sei «vorbehaltslos bereit, dass die IV-Rente und später eventuell auch die EL an das Fürsorgeamt zu überweisen sei». Mit diesen Mitteln könne das Fürsorgeamt «die seit vielen Monaten vorchussweise bezahlten Kostgeld- und Arztrechnungen abtragen».

Frau I. war mit dem Inhalt dieses Briefes, dessen Durchschrift sie erhielt, offenbar nicht einverstanden. In einem weiteren Schreiben vom 10. Mai 1971 nahm das Fürsorgeamt auf den telefonischen Einspruch von Frau I. Bezug und teilte ihr mit, das kantonale Fürsorgeamt werde die Rente aufteilen. Am 12. Mai 1971 schrieb Frau I. dem Fürsorgeamt, sie vertrete die Auffassung, die Nachzahlung der Rente vom August 1968 bis März 1970 von total 3 700 Franken gebühre ihr als Vormund, weil sie während dieser Zeit alle Aufwendungen für ihr Mündel habe bestreiten müssen. Eine Abschrift dieses Briefes sandte sie am 19. Mai 1971 an die Ausgleichskasse.

Nachdem sie weiterhin keine Zahlung erhielt, richtete Frau I. folgendes Rechtsbegehren an die Ausgleichskasse: «Es seien die gemäss Verfügung der Ausgleichskasse vom 30. April 1971 festgesetzten Renten der IV für die Versicherte entsprechend der in dieser Verfügung enthaltenen Mitteilung an den Vormund, I., auszuzahlen. Zum mindesten habe diese direkte Auszahlung an die Versicherte bzw. deren Vormund für die Nachzahlungen vom August 1968 bis März 1970, d. h. für einen Betrag von 3 700 Franken zu erfolgen. Sollten Sie entgegen der in Ihrer Verfügung vom 30. April 1970 (recte: 1971) vorgesehenen Zahlungserledigung diesem Begehren nicht entsprechen können, so gilt dieses Schreiben als Beschwerde...» (Eingabe vom 27. Mai 1971).

Die Ausgleichskasse antwortete am 22. Juni 1971 dem Vormund, das gesamte Rentenbetroffnis von 6 600 Franken sei am 14. Mai 1971 an das Fürsorgeamt im Sinne der Anordnung vom 19. Juni 1970 überwiesen worden. Betreffend des von ihr als Vormund beanspruchten Teils der Nachzahlung müsse sie sich direkt mit dieser Fürsorgebehörde auseinandersetzen.

Mit dem Hinweis, ihr Einverständnis mit der Auszahlung von Rentenleistungen an die Fürsorgebehörde habe sich nur auf die laufenden Leistungen, nicht aber auf die Nachzahlungen bis und mit März 1970 bezogen, hielt Frau I. an der Beschwerde fest (Schreiben vom 25. Juni 1971). Die kantonale Rekursbehörde wies diese mit Entscheid vom 4. November 1971 ab.

Inzwischen hatte das Fürsorgeamt mit den erhaltenen Rentenzahlungen sowie mit den im Anschluss an die Rentengewährung ebenfalls zugesprochenen Ergänzungsleistungen (Anspruchsbeginn am 1. Dezember 1970) seine sämtlichen Auslagen seit 1. April 1970 und bis zum 30. Juni 1971 gedeckt; den Rest von 2 354.60 Franken gemäss Abrechnung vom 13. Juli 1971 legte sie für A. I. auf ein Sparheft an, welches später dem Vormund ausgehändigt wurde.

Als Vormund der Versicherten lässt Frau I. Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Antrag, es sei der Entscheid der kantonalen Rekursbehörde aufzuheben und festzustellen, dass die ihrem Mündel für die Zeit vom 1. August 1968 bis 30. März 1970 zustehenden Rentenbetroffnisse nicht abtretbar gewesen seien und deshalb grundsätzlich nur an die Versicherte bzw. deren Vormund hätten ausgerichtet werden dürfen. Dementsprechend sei die Ausgleichskasse anzuweisen, diese Betroffnisse im Gesamtbetrag von 3 700 Franken, abzüglich der inzwischen dem Vormund zugegangenen 2 354.60 Franken, somit 1 345.40 Franken, der Beschwerdeführerin auszuzahlen, unter

Zusprechung einer Parteientschädigung. In rechtlicher Hinsicht stützt sich die Beschwerde auf Art. 20 AHVG und Art. 50 IVG. — Die zuständige Vormundschaftsbehörde hat der Prozessführung zugestimmt.

Das beigeordnete Fürsorgeamt ist der Auffassung, richtig und im Interesse des Mündels gehandelt zu haben.

Die Ausgleichskasse beantragt Abweisung der Beschwerde; sie habe über einen allfälligen Rückforderungsanspruch des Vormundes nicht zu befinden. Hiefür sei vielmehr die Vormundschaftsbehörde in Verbindung mit dem Fürsorgeamt der Gemeinde und des Kantons zuständig.

Das BSV beantragt, es sei in Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides festzustellen, dass die Rentenbeträge für die Monate August 1968 bis März 1970 im Gesamtbetrag von 3 700 Franken, bzw. im nunmehr noch streitigen Restbetrag von 1 345.40 Franken, zu Unrecht dem Fürsorgeamt ausbezahlt worden seien, und es sei die Ausgleichskasse anzuweisen, diesen Betrag vom Fürsorgeamt zurückzufordern und dem Vormund der Versicherten zu überweisen. Das Bundesamt nimmt an, die vom Vormund der Fürsorgebehörde erteilte Inkassovollmacht sei durch diesen noch vor der Auszahlung gegenüber dem Fürsorgeamt rechtswirksam widerrufen bzw. eingeschränkt worden. Diese Behörde wäre zur sofortigen Weiterleitung des Widerrufs an die Ausgleichskasse verpflichtet gewesen. Es erscheine als rechtsmissbräuchlich, wenn diese Amtsstelle in Kenntnis des Widerrufs den ausbezahlten Betrag in vollem Umfange entgegengenommen und beansprucht habe. Von dem Zeitpunkt an, als in der Rentenverfügung der Vormund als Zahlungsempfänger bezeichnet worden sei, habe dieser mit der Auszahlung an sich rechnen dürfen. Man könne ihm deshalb nicht vorwerfen, die Kasse nicht selbst vom Widerruf bzw. der einschränkenden Auslegung seiner Einwilligung in Kenntnis gesetzt zu haben.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung abgewiesen:

1. Nach Art. 45 AHVG ist der Bundesrat befugt, Massnahmen zu treffen, damit die Renten und Hilflosenentschädigungen, soweit notwendig, zum Unterhalt des Berechtigten und der Personen, für die er zu sorgen hat, verwendet werden. Der Bundesrat hat von dieser Befugnis durch den Erlass von Art. 76 AHVV Gebrauch gemacht. Gemäss dieser Bestimmung obliegt es im allgemeinen den Ausgleichskassen, unter bestimmten Voraussetzungen die Anordnungen zu treffen, die eine zweckgemässe Verwendung der Renten gewährleisten. Ist aber der Rentenberechtigte bevormundet, so ist die Rente gemäss Art. 76 Abs. 2 AHVV einzig dem Vormund oder der von diesem bezeichneten Person auszuzahlen. Abs. 3 des gleichen Artikels bestimmt weiter, die einer Drittperson oder Behörde ausbezahlten Renten dürften von diesen nicht mit Forderungen gegenüber dem Rentenberechtigten verrechnet werden und seien ausschliesslich zum Lebensunterhalt des Berechtigten und der Personen, für die er zu sorgen hat, zu verwenden. Diese Bestimmungen gelten gestützt auf Art. 84 IVV auch auf dem Gebiete der IV.

Diese Ordnung beinhaltet unter anderem eine Kompetenzabgrenzung zwischen Ausgleichskassen und anderen Verwaltungsorganen, welche an einer zweckgemässen Rentenverwendung interessiert sind, insbesondere den Vormundschafts- und Fürsorgebehörden. Nach Sinn und Zweck dieser Kompetenzabgrenzung kann es nicht Sache der Durchführungsorgane der AHV

sein, zu prüfen, wie der Vormund die Rente verwendet; dies zu beurteilen, fällt vielmehr in die Zuständigkeit der vormundschaftlichen Behörden. Nach der Rechtsprechung decken jedenfalls Art. 45 AHVG und dessen Ausführungsbestimmungen keine Kassenverfügungen, die klaren vormundschaftlichen Anordnungen der hierfür zuständigen und verantwortlichen Organe widersprechen. Wo Verfügungen gemäss Art. 76 AHVV mit vormundschaftsrechtlichen Anordnungen kollidieren, gebührt diesen der Vorrang. Diese Prinzipien gründen nicht zuletzt darauf, dass die Institutionen des Familienrechts eine Ordnung darstellen, die von der Sozialversicherung vorausgesetzt wird und dieser daher grundsätzlich vorgehen muss. Das Gericht verweist auf EVGE 1959, S. 197 ff., 1951, S. 138 ff., ZAK 1948, S. 24; Binswanger; Kommentar zum AHVG, S. 198; ferner sinngemäss auf BGE 97 V 178 = ZAK 1972, S. 417 (betreffend den prinzipiellen Vorrang des Familienrechts).

Dieser Praxis gemäss findet auch die Spezialnorm von Art. 76 Abs. 3 AHVV auf die vormundschaftlichen Organe keine direkte Anwendung, weil sich die Kompetenz dieser Organe zur Verfügung über die Rente ausschliesslich und unmittelbar auf die umfassende Ordnung im Zivilgesetzbuch stützt (vgl. EVGE 1959, S. 198).

2. Im vorliegenden Fall war die Ausgleichskasse demnach hinsichtlich der Rentenauszahlung an die Weisungen des Vormundes gebunden. Daher ist zu prüfen, ob sich die Kasse an diese Weisungen gehalten habe.

a. In der im Jahre 1969 eingereichten Anmeldung zum Rentenbezug wurde in Ziff. 29 des amtlichen Formulars der Vormund selbst als Zahlungsempfänger angegeben. Bis zum Erlass der Rentenverfügung vom 30. April 1971 empfing die Kasse keine anderslautende Weisung des Vormundes, weshalb dieser auch in der Verfügung als Zahlungsempfänger vermerkt wurde.

Inzwischen hatte aber das Fürsorgeamt vorschussweise Leistungen für das Mündel übernommen, und zwar — wie nach den Akten anzunehmen ist — vom 1. April 1970 hinweg. Daraufhin erklärte Frau I. als Vormund am 19. Juni 1970 gegenüber dem Fürsorgeamt, sie sei mit der Auszahlung der zu erwartenden IV-Rente an die Fürsorgebehörde einverstanden. Trotz der Wendung «vollumfänglich», welche in diesem Schreiben verwendet wird, ist nach den gesamten Umständen, wie sie sich aus den Akten ergeben, ohne weiteres einleuchtend, dass der Vormund nur die laufenden Renten dem Fürsorgeamt überweisen lassen wollte, nicht auch allfällige Leistungen für die Zeit vor dem 1. April 1970. Das musste an sich auch der Fürsorgebehörde klar sein. Immerhin konnte die diesbezügliche Erklärung des Vormundes von Drittpersonen in Unkenntnis der konkreten Umstände anders verstanden werden; insofern entbehrte die Erklärung der erforderlichen Klarheit. Als die Rentenverfügung vom 30. April 1971 mit dem Vermerk des Vormundes als Zahlungsempfänger ergangen war, aber noch vor Überweisung des nachzuzahlenden Rentenbetriffnisses von 6 380 Franken sowie der laufenden Rente für den Monat Mai 1971, meldete das Fürsorgeamt der Ausgleichskasse das «vorbehaltlose» Einverständnis des Vormundes mit der Auszahlung der Rente an die Fürsorgebehörde, ohne in dessen der Kasse sogleich auch eine Kopie der Erklärung vom 19. Juni 1970 zuzustellen; eine Abschrift der Mitteilung an die Kasse liess sie dem Vormund zukommen. Den sofortigen Widerruf des Einverständnisses bzw. dessen Einschränkung durch den Vormund leitete das Fürsorgeamt offensichtlich

nicht an die Kasse weiter. Dieser Widerruf erfolgte zunächst mündlich, wie aus dem Schreiben des Fürsorgeamtes an den Vormund vom 10. Mai 1971 hervorgeht, und daraufhin noch schriftlich durch den vom 12. Mai 1971 datierten, jedoch bereits am 11. Mai 1971 der Post übergebenen Brief. Am 12. Mai 1971, also zu einem Zeitpunkt, in dem das Fürsorgeamt wahrscheinlich bereits im Besitze dieses Briefes war, sicher aber schon wusste, dass der Vormund seine Anordnungen nicht mehr in der am 19. Juni 1970 abgegebenen Form gelten liess, bestätigte es der Ausgleichskasse telefonisch die Meldung vom 7. Mai 1971 und nahm am 14. Mai 1971 die Rentennachzahlung der Ausgleichskasse im gesamten Umfang von 6 600 Franken entgegen. Hierauf verwendete es den Geldbetrag, der grundsätzlich für den Unterhalt der Rentenberechtigten ab 1. August 1968 bestimmt war, zur Deckung der Auslagen für die Zeit seit dem 1. April 1970, obwohl ihm bekannt war, dass der Vormund die Rentennachzahlungen bis Ende März 1970 für die eigenen Aufwendungen — welche übrigens schon seit rund 20 Jahren freiwillig erfolgt waren — beanspruchte.

b. Entgegen der in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vertretenen Auffassung handelt es sich bei der Erklärung des Vormundes an die Fürsorgebehörde vom 19. Juni 1970 nicht um eine gemäss Art. 20 AHVG nichtige Abtretung des Rentenanspruches, welche die Kasse von Amtes wegen hätte missachten müssen. Vielmehr stellt diese Erklärung eine sich auf die Weisungsbefugnis des Vormundes stützende Inkassovollmacht zugunsten des Fürsorgeamtes dar, welche die Kasse gemäss Art. 76 Abs. 2 AHVV zu beachten hatte; eine solche Vollmacht kann der Vormund jederzeit widerrufen.

c. Aufgrund der Meldung des Fürsorgeamtes vom 7. Mai 1971 durfte die Ausgleichskasse annehmen, es bestehe eine Inkassovollmacht des Vormundes zugunsten dieses Amtes. Da sie dem Schreiben entnehmen konnte, dass dem Vormund eine Kopie zugegangen war, brauchte sie, solange sie vom Vormund keine Berichtigung erhielt, an der erwähnten Meldung des Fürsorgeamtes, welche übrigens noch durch den Telefonanruf vom 12. Mai 1971 bestätigt worden war, nicht zu zweifeln. Unter diesen Umständen überwies die Kasse am 14. Mai 1971 in der berechtigten Annahme, es bestehe eine gültige Inkassovollmacht zugunsten des Fürsorgeamtes, das gesamte Rentenbetroffnis von 6 600 Franken an diese Amtsstelle. Dass die Kasse von der wirklichen Weisung des Vormundes erst nachher Kenntnis erhielt, hat nicht sie, sondern der Vormund selber zu vertreten.

Die Ausgleichskasse hat somit nach den ihr gegenüber gültigen Weisungen des Vormundes gehandelt und demnach auch ihre Leistungspflicht gegenüber der rentenberechtigten Person bzw. dessen gesetzlichem Vertreter erfüllt. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde, mit welcher 1 345.40 Franken von der Ausgleichskasse verlangt werden, ist somit abzuweisen.

3. Ob allenfalls ein zivilrechtlicher Rückforderungsanspruch besteht, kann aufgrund der vorliegenden Akten nicht entschieden werden. Keinesfalls aber wäre ein solcher Anspruch — weil nicht sozialversicherungsrechtlicher Natur — durch das EVG zu beurteilen.

Urteil des EVG vom 8. März 1973 i. Sa. J. B.
(Übersetzung aus dem Französischen)

Art. 77 IVV. Hat der Leistungsbezüger eine für den Anspruch wesentliche Änderung gemeldet und bezieht er dann die Leistung weiter, ohne irgendetwas zu unternehmen, so kann sein Verhalten auf die Dauer mit dem Grundsatz von Treu und Glauben dann unvereinbar werden, wenn er weiss oder hätte wissen müssen, dass er nicht mehr leistungsberechtigt ist. Mit Ablauf einer gewissen Zeit ist ein solches untätiges Verhalten in jeder Beziehung der Verletzung der Meldepflicht gleichzusetzen.

Die 1942 geborene Versicherte ist seit einem Verkehrsunfall im Jahre 1965 querschnittgelähmt. Im Verlaufe des Jahres 1966 nahm sie schrittweise ihre frühere Arbeit wieder auf und war seit dem 1. September 1966 wieder fast zur Hälfte tätig; daneben befasste sie sich weiterhin mit ihrer Wiedereingliederung. Die IV gewährte ihr zur funktionellen, beruflichen und sozialen Eingliederung zahlreiche Leistungen. Auch hatte die Ausgleichskasse ihr durch Verfügung vom 12. Oktober 1967 ab 1. März 1967 eine halbe einfache IV-Rente zugesprochen, die das bis dahin ausgerichtete Taggeld ablöste.

Aufgrund eines Hinweises des BSV, an das sich die IV-Kommission in einer anderen Frage gewandt hatte, erkundigte sich die Kommission Ende 1970 nach der beruflichen Situation der Versicherten. Diese gab am 3. April 1971 folgende Erwerbseinkommen an: 1967 6 809.10 Franken, 1968 13 965.95 Franken, 1969 15 000 Franken und 1970 16 200 Franken; auch 1971 werde sie 16 200 Franken verdienen, falls sie weiterhin voll arbeitsfähig bleibe, woran sie zweifle.

Die IV-Kommission stellte aufgrund dieser Erwerbseinkommen fest, dass kein Rentenanspruch mehr bestehe, und beschloss im Hinblick auf Art. 77 IVV Aufhebung der Rente rückwirkend ab 1. Januar 1969. Mit Verfügung vom 3. November 1971 wurde der Versicherten dieser Beschluss bekanntgegeben und Rückerstattung der in der Zeit vom 1. Januar 1969 bis 31. Oktober 1971 zu Unrecht bezogenen Leistungen im Gesamtbetrag von 6 932 Franken geltend gemacht.

Die Versicherte erhob Beschwerde und fragte, inwiefern sie die Meldepflicht verletzt habe. Die kantonale Rekursinstanz teilte ihr mit, ihr werde zum Vorwurf gemacht, der Verwaltung nicht von der vollumfänglichen Wiederaufnahme ihrer Berufstätigkeit Kenntnis gegeben zu haben, und man erwäge, die Rentenaufhebung auf den 1. Januar 1968 zurückzuverlegen. Die Versicherte bestritt diesen Vorwurf unter Hinweis auf die Fotokopie eines Schreibens vom 13. April 1968, das sie an die Ausgleichskasse gesandt haben will, und in dem die vollumfängliche Wiederaufnahme der Arbeit auf den 1. April 1968 mitgeteilt wurde.

Die Vorinstanz stellte nach entsprechenden Nachforschungen fest, dass das Schreiben vom 13. April 1968 offenbar nie die Verwaltung erreichte, und dass schon an der Absendung durch die Beschwerdeführerin Zweifel bestünden. Aus den Erwägungen, dass einerseits die Voraussetzungen für den Rentenanspruch seit 1. Januar 1968 fehlten und andererseits die Versicherte hätte wissen müssen, dass ihr daraufhin kein Anspruch mehr zustand und sie zu-

mindest eine den guten Glauben ausschliessende Fahrlässigkeit begangen hatte, änderte die Vorinstanz die angefochtene Verfügung zu deren Ungunsten. Mit Entscheid vom 19. Februar 1972 erkannte sie demgemäss auf Aufhebung der Rente rückwirkend ab 1. Januar 1968 und lud die Ausgleichskasse ein, die seither zu Unrecht bezogenen Renten zurückzuverlangen.

Die Versicherte erhob Verwaltungsgerichtsbeschwerde, berichtigte oder widerlegte die einzelnen Punkte des kantonalen Entscheides, bekräftigte unter Hinweis auf verschiedene Tatsachen und Unterlagen, das Schreiben vom 13. April 1968 aufgegeben zu haben, und beharrte darauf, der Meldepflicht gemäss Art. 77 IVV vollumfänglich nachgekommen zu sein, indem sie jede Fahrlässigkeit bestritt; mit der Aufhebung der Rente ab Ende Oktober 1971 erklärte sie sich einverstanden, nicht jedoch mit der Rückwirkung, und beantragte Erlass der Rückerstattung der gemäss vorinstanzlichem Entscheid geschuldeten Summe. Die Vorinstanz beantragte Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde; die beklagte Ausgleichskasse verzichtete auf eine Stellungnahme. Das BSV beantragte teilweise Gutheissung, nämlich was die Zeit vom April bis Oktober 1971 angehe, weil die Versicherte die Organe der IV spätestens mit ihrem Antwortschreiben vom 3. April 1971 gebührend benachrichtigt habe; das Jahr 1968 könne als Probezeit betrachtet werden und der Versicherten sei hinsichtlich Abfassung und Absendung des Schreibens vom 13. April 1968 die Vermutung der Wahrheit zugutezuhalten. Andererseits war das BSV der Meinung, die anschliessende passive Haltung der Versicherten, zumal diese durch die drei Jahre fortdauernde Rentenzahlung hätte stutzig werden müssen, habe von einem bestimmten, vom Gericht ex aequo et bono näher zu bestimmenden Zeitpunkt an nicht mehr mit den Erfordernissen des guten Glaubens in Einklang gestanden.

Das EVG hiess die Verwaltungsgerichtsbeschwerde insbesondere aus folgenden Gründen gut:

1. Ändert sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers in einer für den Anspruch erheblichen Weise, so ist die Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben (Art. 41 IVG). In der Regel wird die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente aufgrund einer solchen Revision vom Erlass der Revisionsverfügung an wirksam (Art. 88bis Abs. 1 IVV). Die Rente wird jedoch rückwirkend vom Eintritt der entscheidenden Änderung an herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Berechtigte die Meldepflicht gemäss Art. 77 IVV verletzt hat (Art. 88bis Abs. 2 IVV).

Art. 77 Abs. 1 IVV bestimmt: «Der Berechtigte oder sein gesetzlicher Vertreter sowie Behörden und Dritte, denen die Leistung zukommt, haben jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, namentlich eine solche des Gesundheitszustandes, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, der Hilflosigkeit, der persönlichen und gegebenenfalls der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten unverzüglich der Ausgleichskasse anzuzeigen.» Den Rentenbezüger wird diese Verpflichtung seit langem auf der Rückseite der Rentenverfügung in Erinnerung gerufen.

2. Im vorliegenden Fall anerkennt die Beschwerdeführerin die Aufhebung der bisher ausgerichteten halben Rente, womit sie zweifellos recht hat, erreicht doch der Invaliditätsgrad im Sinne von Art. 4 und 28 IVG offensichtlich seit langem nicht mehr 50 Prozent. Die IV-Kommission schätzte, dass die entscheidende Änderung am 1. Januar 1969 eingetreten war, und

das BSV schloss sich dem an, indem es das Jahr 1968 als Probezeit ansah. Die Vorinstanz entschied dagegen, dass die Voraussetzungen für den Rentenbezug bereits am 1. Januar 1968 nicht mehr gegeben waren. Es kann dahingestellt bleiben, ob dies zutrifft, wie aus den Erwägungen hervorgeht.

Obwohl die Beschwerdeführerin formell den «Erlass der Rückerstattung» beantragt, bestreitet sie doch in Wirklichkeit die Rückwirkung der Rentenaufhebung, denn ihr Vorbringen ist insgesamt darauf gerichtet, nachzuweisen, dass sie der Meldepflicht gemäss Art. 77 IVV genügt habe. Deshalb ist in erster Linie darüber zu befinden ob die Tatbestandsmerkmale von Art. 88bis Abs. 2 IVV erfüllt sind. Nur wenn dies zutreffen sollte, stellt sich die Frage der Rückerstattung einer unrechtmässigen Leistung und eines allfälligen Erlasses.

3. Die Beschwerdeführerin bekräftigt, die beklagte Ausgleichskasse von der Wiederaufnahme der vollen beruflichen Tätigkeit in Kenntnis gesetzt zu haben, und legt hierfür die Fotokopie eines Briefes vor, den sie am 13. April 1968 an die Kasse gesandt haben will. Zur Zeit ihres in der angefochtenen Verfügung wiedergegebenen Beschlusses hatte die IV-Kommission keinerlei Kenntnis von diesem Brief, der offenbar niemals bei der Verwaltung eintraf, so dass sie Art. 88bis Abs. 2 IVV für anwendbar halten musste. Sie hatte auch keine Veranlassung, anlässlich ihrer Vernehmung hiervon abzurücken, da die Beschwerde kein solches Schreiben erwähnte. In der Tat hat die Beschwerdeführerin erst im weiteren Verlauf des kantonalen Rekursverfahrens erstmals auf dieses Aktenstück hingewiesen. Hierauf stützt die Vorinstanz ihre Zweifel an der Abfassung oder jedenfalls Absendung des Briefes.

Zweifellos geht ein Brief nur ganz ausnahmsweise spurlos verloren. Immerhin kann dies ebenso wie eine Fehlleitung oder Falschsortierung vorkommen, und zwar selbst bei bestorganierten Dienstbetrieben. Die Tatsache, dass der Brief vom 13. April 1968 sich nicht bei den Unterlagen des Empfängers findet, beweist daher noch nicht, dass er nicht an ihn abgesandt wurde. Ebenso wenig lässt die verzögerte Bezugnahme auf dieses Schreiben im Verlaufe des Verfahrens irgendeinen Schluss zu. Die Verfügung erwähnt zwar die Verletzung von Art. 77 IVV, erläutert jedoch nicht, worin sie besteht; die Ausgleichskasse selbst wusste nichts Näheres und antwortete auf die diesbezügliche Anfrage der Versicherten, sie kenne die medizinischen Akten nicht und könne daher nicht Stellung nehmen. Auf jeden Fall widerspricht es sämtlichen Unterlagen zu behaupten — wie dies die Vorinstanz tut —, die Rekurrentin habe in ihrer Beschwerdeschrift bestritten, «fahrlässig gehandelt zu haben, indem sie der Verwaltung von den wesentlichen Änderungen in ihrer beruflichen Situation keine Kenntnis gab». Vielmehr muss eingeräumt werden, dass sie erst aus dem Schreiben der Rekurskommission vom 19. Juli 1972, das ihr eine Reformatio in peius in Aussicht stellte, erfuhr, welcher Art der ihr zur Last gelegte Verstoss war. Vorher hatte mithin die Beschwerdeführerin gar keinen Anlass auf dieses Dokument hinzuweisen.

Ohne Zweifel mag es überraschen, dass in der nachfolgenden umfangreichen Korrespondenz in keiner Weise auf den Brief vom 13. April 1968 Bezug genommen wurde, während dies für andere Schreiben häufig der Fall ist. Indessen befasste sich dieser Schriftwechsel mit anderen Fragen als solchen des Rentenanspruches, und selbst die Schreiben, mit denen sich die IV-Kommission Ende 1970 nach der beruflichen Lage der Beschwerdeführerin

erkundigte, betrafen vorerst andere Leistungen und liessen nicht erkennen, welchem Zweck die erbetenen Auskünfte dienten. Darüberhinaus ist auch schwer vorstellbar, dass die Versicherte 1968 daran gedacht habe, sich für die Zukunft ein Alibi durch Abfassung eines fingierten Schreibens, das sie bewusst nicht absandte, zu schaffen. Sie macht denn auch in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass der Brief vom 13. April 1968 auf einer Maschine geschrieben wurde, deren Schrifttypen in der auf den Kauf einer neuen (mit Eintausch der alten) folgenden Korrespondenz nicht mehr erscheinen. Im übrigen wäre selbst ohne diesen Hinweis eine derartige Anschuldigung zu schwerwiegend, als dass sie ohne konkrete Anhaltspunkte, die hier vollständig fehlen, vorgebracht werden könnte. Es besteht somit kein Anlass, die Aufrichtigkeit der Beschwerdeführerin in Zweifel zu ziehen, und es ist davon auszugehen, dass diese den Brief vom 13. April 1968 nicht nur geschrieben, sondern auch abgesandt hatte. Unter diesen Umständen hatte die Versicherte 1968 ihrer Meldepflicht gemäss Art. 77 IVV genügt, indem sie der Ausgleichskasse die Änderung in ihrer beruflichen Tätigkeit mitteilte.

4. Hat die Versicherte 1968 der Meldepflicht gemäss Art. 77 IVV genügt, so folgt daraus nicht notwendig, dass von ihr angenommen werden darf, sie habe dies auch während der gesamten folgenden Zeit des Leistungsbezuges getan, und dass die Rente anlässlich einer späteren Revision in keinem Fall rückwirkend aufgehoben werden könne. Hat der Bezüger eine für den Anspruch wesentliche Änderung gemeldet und bezieht er dann die Leistung weiter, ohne irgendetwas zu unternehmen, so kann sein Verhalten auf die Dauer mit dem Grundsatz von Treu und Glauben dann unvereinbar werden, wenn er weiss oder hätte wissen müssen — ja selbst, wenn er Anlass hat oder hätte haben müssen, sich diesbezüglich Gedanken zu machen —, dass er nicht mehr leistungsberechtigt ist. Mit Ablauf einer gewissen Zeit ist ein solches untätiges Verhalten in jeder Beziehung der Verletzung der Meldepflicht gemäss Art. 77 IVV gleichzusetzen.

Mit Recht hebt das BSV im vorliegenden Fall hervor, wie überraschend es sei, dass die Fortzahlung der halben Rente während Jahren der Versicherten nicht zu denken gab, obwohl sie doch ganztäglich und zum vollen Gehalt arbeitete. Was auch immer die Versicherte hierzu vorbringen mag, kann man ihr den Vorwurf einer gewissen Fahrlässigkeit nicht ersparen. Dabei fragt sich, ob die Fahrlässigkeit so schwer wiegt, dass sie von einem noch zu bestimmenden Zeitpunkt an als mit dem Grundsatz von Treu und Glauben nicht mehr vereinbar anzusehen wäre. Die Antwort hängt von der Wertung sämtlicher Umstände des konkreten Falles ab.

Manche Tatsachen könnten, für sich allein betrachtet, den Eindruck erwecken, die Versicherte habe gewusst oder hätte zumindest glauben sollen, dass sie nicht mehr rentenberechtigt war. Indessen verwischt sich dieser Eindruck bis zur Unkenntlichkeit, wenn man diese Tatsachen im Zusammenhang sieht. So kann man sich nicht auf die im Rahmen der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, wo also die Streitfragen klar geworden sind, abgegebenen Erklärungen stützen, um zu beweisen, dass die Beschwerdeführerin auch früher bereits die Lage so gesehen habe. Und wenn das Schreiben vom 13. April 1968, mit dem die volle Wiederaufnahme der Arbeit gemeldet wurde, auch die Frage nach einem möglichen Einfluss auf den Rentenanspruch aufwirft, so bedeutet das nicht notwendig, dass die Versicherte sich später des

Verlustes ihres Anspruchs bewusst geworden sein müsste, denn sie konnte ihre Tätigkeit nur mit Hilfe weiterer Kosten und Massnahmen ausüben.

Die Vorinstanz hebt die vielen Gesuche und Schritte hervor, die die Versicherte unternahm, um die verschiedensten Leistungen zu erlangen. Einige von der IV gewährte Massnahmen standen aber gerade in unmittelbarem Zusammenhang mit der noch umfassenderen Ausnützung der Arbeitsfähigkeit (wie z. B. die Umbauten am Arbeitsplatz), was die Ansprecherin zu der Annahme verleiten musste, den Versicherungsorganen sei die Entwicklung ihrer Lage bekannt. Man kann es nicht der Versicherten anlasten, wenn die Koordination zwischen diesen Organen nicht immer einwandfrei war und niemals die Prüfung der Rentenberechtigung in Betracht gezogen wurde. Ebensovienig kann man aus der Vielzahl der Gesuche und Schritte der Versicherten auf eine vollendete Kenntnis der IV-Bestimmungen schliessen, wie die Vorinstanz glaubte. Wenn die Komplexität des vorliegenden Falles und das Ineinandergreifen der verschiedenen Massnahmen die zeitweise aufgetretene Unsicherheit der Verwaltung erklären, so sind der Versicherten umsomehr gewisse Unkenntnisse als entschuldbar anzurechnen.

Die Würdigung der Gesamtheit dieses Falles führt somit zu der Folgerung, dass das lange Stillschweigen der Beschwerdeführerin eine gewisse Fahrlässigkeit erkennen lässt, die aber nicht so stark erscheint, dass dieses passive Verhalten einer Verletzung der Meldepflicht gemäss Art. 77 IVV gleichgesetzt werden könnte.

5. Unter diesen Umständen kann die Rente aufgrund der Revision nicht rückwirkend aufgehoben werden, sondern gemäss Art. 88bis Abs. 1 IVV erst vom Erlass der Revisionsverfügung an, die vom 3. November 1971 stammt. Eine wörtliche Anwendung der Weisungen (Rz 1041 der Wegleitung über die Renten) würde zur Aufhebung der Rente ab 30. November 1971 führen, so dass für den laufenden Monat die Rente noch zu zahlen wäre. Allerdings ist im vorliegenden Fall die Auszahlung der Rente ab 31. Oktober 1971 eingestellt worden, und es wäre stossend, nachträglich noch eine Leistung zu gewähren, für die es schon seit langem an den Voraussetzungen fehlt; im übrigen verlangt die Beschwerdeführerin dies auch gar nicht. Es wird deshalb festgestellt, dass die halbe Rente ab 31. Oktober 1971 aufgehoben ist.

Von Monat zu Monat

Die *Kommission für organisationstechnische Fragen* hielt am 12. März unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung ihre sechste Sitzung ab. Zur Beratung stand der Nachtrag II zur Wegleitung über Versicherungsausweis und individuelles Konto. Ferner wurden die Mitglieder über die Verwendung der Versichertennummer der AHV ausserhalb der bundesrechtlichen Sozialversicherung orientiert.

*

Der von der Eidgenössischen AHV/IV-Kommission beauftragte *Sonderausschuss für die freiwillige Versicherung* erörterte am 15. März in einer allgemeinen Aussprache unter dem Vorsitz von Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung Grundsatzfragen der freiwilligen Versicherung für Auslandschweizer. Der Ausschuss wird an seiner nächsten, voraussichtlich im Oktober stattfindenden zweiten Sitzung die geltende Regelung einer eingehenden Prüfung unterziehen.

*

Die Vorlage betreffend *Änderung des AHVG auf den 1. Januar 1975* wurde am 18./19. März im Nationalrat behandelt. Dieser hiess den Kommissionsentwurf mit 137 zu 4 Stimmen gut. Für die Einzelheiten wird auf Seite 158 verwiesen. Das Geschäft geht an den Ständerat.

*

Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 27. März beschlossen, Artikel 3 der Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern (FLV) durch einen zweiten Absatz zu ergänzen. Danach haben Äpler, die während mindestens drei Monaten ununterbrochen eine Alp in selbständiger Stellung bewirtschaften, für die Zeit dieser Tätigkeit Anspruch auf Kinderzulagen. Die neue Bestimmung ist am 1. April in Kraft getreten.

Die Änderung des AHVG vor dem Nationalrat

Die Leser der ZAK sind durch die Januar-Nummer (1974, S. 2) eingehend über die vom Bundesrat mit Botschaft vom 21. November 1973 vorgeschlagenen Gesetzesänderungen orientiert worden. Bekanntlich hat aber die nationalrätliche Kommission beschlossen (s. ZAK 1974, S. 105), die Vorlage des Bundesrates vorläufig nicht zu beraten, sondern ihn zu ersuchen, in einer Ergänzungsbotschaft zu einer Reihe von Fragen Stellung zu nehmen. Da mehrere Monate verstreichen werden, bis diese Ergänzungsbotschaft vorliegt, hat die Kommission selbst einen Gesetzesentwurf im Sinne eines Sofortprogramms ausgearbeitet und dem Nationalrat vorgelegt. Dieser hat den Entwurf am 18. und 19. März durchberaten und in der nachstehenden Fassung schliesslich mit 137 gegen 4 Stimmen gutgeheissen.

Beschluss des Nationalrates vom 19. März 1974

I. Änderung des AHVG

Art. 42 Abs. 1 AHVG

¹ Anspruch auf eine ausserordentliche Rente haben in der Schweiz wohnhafte Schweizer Bürger, denen keine ordentliche Rente zusteht oder deren ordentliche Rente kleiner ist als die ausserordentliche, soweit zwei Drittel des Jahreseinkommens, dem ein angemessener Teil des Vermögens hinzuzurechnen ist, folgende Grenzen nicht erreichen:

für Bezüger von	Fr.
— einfachen Altersrenten und Witwenrenten	7 800
— Ehepaar-Altersrenten	11 700
— einfachen Waisenrenten und Vollwaisenrenten	3 900

Art. 101 AHVG (neu)

Baubeiträge

¹ Die Versicherung kann Beiträge an die Errichtung, den Ausbau und die Erneuerung von Heimen und andern Einrichtungen für Betagte gewähren.

² Der Bundesrat bestimmt, für welche Heime und Einrichtungen gemäss Absatz 1 sowie unter welchen Voraussetzungen Beiträge gewährt werden. Er setzt die Höhe der Beiträge fest.

³ Soweit aufgrund anderer Bundesgesetze Beiträge im Sinne von Absatz 1 gewährt werden, entfällt ein Anspruch auf Beiträge der Versicherung.

II. Änderung des ELG

Art. 2 Abs. 1 ELG

¹ In der Schweiz wohnhaften Schweizer Bürgern, denen eine Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung, eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung zusteht, ist ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen einzuräumen, soweit das anrechenbare Jahreseinkommen einen im nachstehenden Rahmen festzusetzenden Grenzbetrag nicht erreicht:

- für Alleinstehende und minderjährige Bezüger einer Invalidenrente mindestens 6600 und höchstens 7800 Franken,
- für Ehepaare mindestens 9900 und höchstens 11 700 Franken,
- für Waisen mindestens 3300 und höchstens 3900 Franken.

Art. 4 Abs. 1 Bst. b ELG

¹ Die Kantone können . . .

- b. vom Einkommen einen Abzug von höchstens 1800 Franken bei Alleinstehenden und 3000 Franken bei Ehepaaren und Personen mit rentenberechtigten oder an der Rente beteiligten Kindern für den bei Alleinstehenden 780 Franken und bei den anderen Bezügerkategorien 1200 Franken übersteigenden jährlichen Mietzins zulassen.

Art. 10 Abs. 1 Bst. a ELG

¹ Jährlich werden ausgerichtet:

- a. ein Beitrag bis zu 11,5 Millionen Franken an die Schweizerische Stiftung Pro Senectute;

Art. 10 Abs. 2 ELG

² Die Beiträge an die Stiftungen Pro Senectute und Pro Juventute werden aus Mitteln der Alters- und Hinterlassenenversicherung, jene an die Vereinigung Pro Infirmis aus Mitteln der Invalidenversicherung geleistet.

¹ Die Beiträge sind zu verwenden . . .

- b. für die Gewährung von einmaligen oder periodischen Leistungen an bedürftige, in der Schweiz wohnhafte Ausländer, Flüchtlinge und Staatenlose, die sich seit mindestens fünf Jahren daselbst aufhalten und bei denen der Versicherungsfall im Sinne der Bundesgesetze über die Alters- und Hinterlassenenversicherung oder die Invalidenversicherung eingetreten ist.

III. Teuerungsausgleich für das Jahr 1974

1. Einmalige Zulage

¹ Die Renten und Hilflosenentschädigungen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung werden durch eine einmalige Zulage im Jahre 1974 erhöht.

² Die Zulage besteht in einer Verdoppelung aller Renten und Hilflosenentschädigungen, auf die in einem vom Bundesrat zu bestimmenden Monat gemäss den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung ein Anspruch besteht.

³ Einmalige Abfindungen sind von der Verdoppelung ausgenommen.

2. Nichtanrechnung bei den ausserordentlichen Renten und den Ergänzungsleistungen

Die Zulage wird nicht als Einkommen im Sinne von Artikel 42 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und von Artikel 3 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung angerechnet.

3. Finanzierung

An die Ausgaben für Leistungen gemäss Ziffer 1 hat die öffentliche Hand keine Beiträge gemäss den Artikeln 103—105 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und Artikel 78 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung zu leisten.

4. Zusätzliche Ergänzungsleistung

¹ Kantone, die für den vom Bundesrat gemäss Ziffer 1 Absatz 2 be-

stimmten Monat eine zusätzliche Ergänzungsleistung ausrichten, erhalten für ihre Mehraufwendungen, höchstens aber für die Verdoppelung der monatlichen Ergänzungsleistung, Beiträge gemäss Artikel 9 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

² Kann ein Kanton seine Gesetzgebung über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung nicht rechtzeitig anpassen, so ist die Kantonsregierung befugt, die Ausrichtung einer zusätzlichen Ergänzungsleistung im Sinne von Absatz 1 zu beschliessen und deren Ausmass festzusetzen.

IV. Erhöhung der laufenden Renten auf 1. Januar 1975

¹ Die am 1. Januar 1975 laufenden ordentlichen Renten der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung werden in Voll- und Teilrenten nach neuem Recht umgewandelt. Dabei wird das bisher massgebende durchschnittliche Jahreseinkommen bei Renten, auf die der Anspruch vor dem 1. Januar 1974 entstanden ist, mit dem Faktor 1,25 und bei Renten, auf die der Anspruch erstmals im Jahre 1974 entstanden ist, mit dem Faktor 1,2 durch Umrechnung erhöht.

² Die umgerechneten Renten dürfen in keinem Falle niedriger sein als die bisherigen. Vorbehalten bleiben Kürzungen wegen Überversicherung.

V. Übergangsbestimmungen

1. Baubeiträge in der Übergangszeit

Beiträge im Sinne von Artikel 101 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung können auch für Bauten und Einrichtungen ausgerichtet werden, die im Jahre 1974 in Betrieb genommen wurden.

2. Aufhebung bisherigen Rechts

Die folgenden Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 30. Juni 1972 betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und damit im Zusammenhang stehender Gesetze (8. AHV-Revision) werden aufgehoben:

- Abschnitt VI/1 Artikel 42 Absatz 1,
- Abschnitt VI/2,
- Abschnitt VIII/1/c Absatz 2.

VI. Schlussbestimmungen

¹ Der Bundesrat ist mit dem Vollzug beauftragt.

² Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

³ Die Abschnitte I, II, IV und V treten am 1. Januar 1975 in Kraft.
Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten des Abschnittes III.

Das Wichtigste aus den Ratsverhandlungen

Aus der Debatte im Nationalrat verdienen die folgenden Einzelheiten festgehalten zu werden. Die Aufteilung der Vorlage in Sofortmassnahmen und langfristige Massnahmen wurde allgemein begrüsst; denn sie erlaubt es, die ab 1976 einzuschlagende Rentenpolitik nochmals eingehend zu überdenken. Doch selbst das Sofortprogramm war nicht in allen Teilen unbestritten und erforderte in der Detailberatung mehrere Abstimmungen.

Dafflon (pda, Genf) hatte höhere Einkommensgrenzen für die ausserordentlichen Renten und für die Ergänzungsleistungen beantragt. Sein Antrag zu Artikel 42 Absatz 1 AHVG unterlag jedoch mit 117 gegen 7 Stimmen, so dass er auf eine zweite Abstimmung bei Artikel 2 Absatz 1 ELG verzichtete.

Beim neuen Artikel 101 AHVG, der es der AHV erlauben soll, Beiträge an die Errichtung, den Ausbau und die Erneuerung von Heimen und anderen Einrichtungen für Betagte auszurichten, lagen ein Streichungsantrag von *Dafflon* (pda, Genf) und ein Rückweisungsantrag von *Bräm* (rep., Zürich) vor. Beide fanden, die Ausrichtung derartiger Subventionen sei nicht Sache der AHV, obwohl der neue Artikel 23^{quater} der Bundesverfassung in seinem Absatz 7 dies ausdrücklich vorsieht. In einer Eventualabstimmung wurde der Rückweisungsantrag *Bräm* dem Streichungsantrag *Dafflon* vorgezogen, in der Hauptabstimmung jedoch mit 130 gegen 7 Stimmen abgelehnt.

Umstritten war auch der Teuerungsausgleich für das Jahr 1974. Der Bundesrat hatte in seinem Entwurf vom 21. November 1973 nur die Aus-

richtung von Zulagen an die Bezüger von Ergänzungsleistungen vorgeschlagen. Von einer doppelten Monatsrente im Jahre 1974, wie sie schon 1972 ausbezahlt wurde, wollte er damals nichts wissen. Seither sind jedoch die Lebenskosten derart angestiegen und werden im laufenden Jahr wahrscheinlich noch mehr ansteigen, dass sich eine andere Betrachtungsweise aufdrängte. Die Kommission schlug die Ausrichtung einer doppelten Monatsrente vor, die auf das ganze Jahr umgerechnet einen Teuerungsausgleich von 8,3 Prozent bringt. Dabei sollen Bund und Kantone von ihrer gesetzlichen Beitragspflicht an diese Sonderausgabe (AHV 20%, IV 50%) befreit werden. Dieser Antrag der Kommission wurde von *Aubert* (lib., Neuenburg) bekämpft, der den seinerzeitigen Vorschlag des Bundesrates wieder aufnahm, obwohl Bundesrat Hürliemann ausdrücklich erklärte, dass sich die Landesregierung nunmehr dem Antrag der Kommission anschliesse. Aubert unterlag mit seinem Antrag bei einem Stimmenverhältnis von 136 zu 11.

Einer längeren Debatte rief der Abschnitt IV des Gesetzesentwurfes, der die Erhöhung der am 1. Januar 1975 laufenden Renten betrifft. Hier lagen zwei Anträge von *Brunner* (fdp, Zug) vor. Mit einem Hauptantrag wollte er diesen Abschnitt streichen, was bedeutet hätte, dass damit gemäss den Beschlüssen vom 30. Juni 1972 bei den neuen Renten eine Erhöhung um 25 Prozent, bei den laufenden Renten aber (mit Ausnahme der Minimalrenten) nur eine solche um 20 Prozent erfolgt wäre. Die Befürworter des Kommissionsantrages konnten indessen geltend machen, dass der Ausgleich der seit 1. Januar 1973 eingetretenen Teuerung für das Jahr 1975 eine Erhöhung um 25 Prozent rechtfertige; man müsse froh sein, wenn man damit die Teuerung der beiden Jahre 1973 und 1974 einholen könne. Der Eventualantrag Brunner sah ebenfalls eine Rentenerhöhung um 25 Prozent vor, war aber mit einer Änderung des Aufwertungsfaktors für die massgebenden Einkommensdurchschnitte verbunden. Mit 124 gegen 25 Stimmen zog der Rat den Kommissionsantrag dem Eventualantrag Brunner vor und lehnte anschliessend mit 127 gegen 22 Stimmen auch den Streichungsantrag Brunner ab. Nach der nun beschlossenen Fassung erfolgt nicht etwa eine rein lineare Erhöhung der Renten um 25 Prozent, sondern es findet eine Umrechnung der massgebenden Einkommen statt, damit für Alt- und Neurenten die gleiche Rententabelle angewendet werden kann. Dabei gilt für die im Jahre 1974 entstandenen Renten ein etwas niedrigerer Umrechnungsfaktor für den Einkommensdurchschnitt, weil das nominelle Einkommensniveau dieser Versicherten bereits etwas höher liegt als bei den früher entstandenen Renten.

Das weitere Vorgehen

Das vom Nationalrat gutgeheissene Gesetz mit den *Sofortmassnahmen* geht nun an den Ständerat. Die Kommission des Ständerates wird sich am 13. und 14. Mai, der Ständerat in der am 10. Juni beginnenden Sommersession mit der Vorlage befassen. Im Juni wird voraussichtlich die Schlussabstimmung stattfinden, worauf kurz darauf die Publikation erfolgt und die Referendumsfrist von 90 Tagen zu laufen beginnt. Sofern sich keine Opposition gegen die gefassten Beschlüsse zeigt, wird der Bundesrat wahrscheinlich noch vor Ablauf der Referendumsfrist die Auszahlung der doppelten Monatsrente für den September 1974 anordnen.

Hinsichtlich der *langfristigen Regelung ab 1976* ist nun vorläufig wieder der Bundesrat am Zuge. Bevor er den Räten seine Ergänzungsbotschaft vorlegt, wird er — wie es das AHVG in Artikel 73 vorschreibt — die aus 50 Mitgliedern bestehende Eidgenössische AHV/IV-Kommission konsultieren. Wenn die Botschaft vorliegt, wird die Kommission des Nationalrates ihre Beratungen wieder aufnehmen. Gemäss dem Verlangen der Kommission hat sich die Ergänzungsbotschaft über die folgenden Fragen auszusprechen:

1. Möglichkeiten einer Teildynamisierung der Altrenten mit genauen Aufschlüssen über finanzielle und administrative Auswirkungen und das Zusammenspiel mit dem in Vorbereitung befindlichen Gesetz über die Zweite Säule.
2. Abklärungen und Angaben darüber, wie die Beiträge der öffentlichen Hand, die sich als Konsequenz aus der Vorlage ergeben, auf kürzere und längere Sicht aufgebracht werden können.
3. Im Zusammenhang mit der für die Rentenberechnung als Neuerung vorgesehenen individuellen Aufwertung der Einkommen
 - a. Orientierung über die Auswirkungen dieses Systems (mit Beispielen) auf die Renten der Hinterlassenen und Invaliden sowie Angaben darüber, ob es nicht eine Erhöhung des Maximums des in Artikel 36 Absatz 3 IVG vorgesehenen Zuschlages zu den Einkommen der Invaliden bedingt;
 - b. Prüfung, ob die Fraueneinkommen, die infolge mangelnder Parität tiefer liegen als die Männereinkommen, für die Rentenberechtigung nicht zusätzlich aufgewertet werden können.

Der jugendliche Behinderte in der Invalidenversicherung

Zweite Fortsetzung ¹

4. Berufliche Eingliederungsmassnahmen

(Grundlagen: Art. 15—18 IVG; Art. 5, 6, 6bis, 7 IVV; Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art)

a. Allgemeines

Grundsätzlich haben alle im IVG vorgesehenen beruflichen Eingliederungsmassnahmen den Zweck, eine bestmögliche Ausbildung und berufliche Eingliederung zu ermöglichen. Soweit sich das Eidgenössische Versicherungsgericht ausdrücklich mit dieser Frage befasst hat, beurteilte es nur das Ausmass bzw. den Umfang der von der IV zu erbringenden Leistungen. Es führte aus, dass das Ziel dieser bestmöglichen Ausbildung *zu Lasten der IV* erreicht sei, wenn der Versicherte — und damit auch der Jugendliche — im gewählten und für ihn unter Berücksichtigung *aller* Eingliederungsfaktoren geeigneten Beruf eine Stufe erreicht habe, die dem landläufigen Niveau der Ausbildung gesunder Berufsanwärter entspricht.

Die Erreichung eines solch anspruchsvollen Zieles setzt voraus, dass ausser den im Gesetz genannten Voraussetzungen oder Bedingungen auch viele andere objektive und subjektive Einflussgrössen berücksichtigt werden, z. B. Nachfrage nach bestimmten Ausbildungen, Berufs- und Erwerbsaussichten, die von den Arbeitgebern gestellten Anforderungen an Berufsanwärter, Verwertbarkeit der Ausbildung, Berufsneigungen usw. Nur die optimale Berücksichtigung aller Daten, von denen der Erfolg einer Ausbildung und Eingliederung abhängt, gibt Aussicht auf Realisierung der von der IV angestrebten dauerhaften, optimalen Eingliederung.

Die im Gesetz für Jugendliche vorgesehenen beruflichen Massnahmen umfassen in erster Linie Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildungen und Arbeitsvermittlung, alsdann aber auch Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit und Kapitalhilfe.

¹ Siehe ZAK 1974, S. 70 und 114; von der Artikelfolge, die im nächsten Heft abgeschlossen wird, können anschliessend Separatdrucke bezogen werden.

b. Berufsberatung

Invalide versicherte Jugendliche, die wegen ihrer Invalidität in ihrer Berufswahl oder in der Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit eingeschränkt sind, haben Anspruch auf Berufsberatung gemäss Artikel 15 IVG. Die Beratung erfolgt durch Fachpersonal (durch die IV-Regionalstellen oder eine durch sie beauftragte Spezialstelle). Die Berufsberatung zu Lasten der IV wird ambulant oder stationär durchgeführt und bezieht sich auf alle Massnahmen berufsberaterischer Tätigkeit oder praktischer Erprobung, z. B. in Form von Abklärungsaufenthalten oder Arbeitsversuchen.

Der Berufsberatung Jugendlicher durch die im IVG vorgesehenen Fachorgane kommt eine eminente Bedeutung zu, geht es doch primär darum, alle jene dem Gesundheitszustand angepassten Einflüsse abzuklären, die Gewähr für eine optimale Eingliederung bieten. Zu diesem Zweck wird ein systematischer Eingliederungsplan aufgestellt.

c. Erstmögliche berufliche Ausbildung

Als erstmalige berufliche Ausbildung gilt nach Artikel 5 Absatz 1 IVV jede Berufslehre oder Anlehre sowie nach Abschluss der Volks- oder Sonderschule der Besuch einer Fach-, Mittel- oder Hochschule. Die Vorbereitung Jugendlicher auf eine Hilfsarbeit oder auf eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte, die berufliche Neuausbildung invalider versicherter Jugendlicher, die nach Eintritt der Invalidität ohne Zutun der IV eine ungeeignete und auf die Dauer unzumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen haben, sowie die berufliche Weiterbildung, sofern dadurch die Erwerbsfähigkeit wesentlich verbessert werden kann, gelten nach Artikel 16 Absatz 2 Buchstaben a—c IVG als der erstmaligen beruflichen Ausbildung im Sinn von Artikel 16 Absatz 1 IVG gleichgestellt.

Bei erstmaliger beruflicher Ausbildung übernimmt die IV die durch die Invalidität verursachten zusätzlichen Kosten, soweit diese 400 Franken im Jahr übersteigen und soweit die in Aussicht genommene Ausbildung den Fähigkeiten des Jugendlichen entspricht, der noch nicht erwerbstätig im Sinn der IV gewesen sein muss. Die IV übernimmt nach diesem gesetzlichen Grundsatz «nur» die sogenannten invaliditätsbedingten Mehrkosten, beschränkt sich also nach dem Willen des Gesetzgebers auf die Übernahme des durch die Invalidität verursachten Ausbildungsaufwandes. Nach diesem Grundsatz werden die invaliditätsbedingten Mehrkosten ermittelt, indem die Aufwendungen für die beruf-

liche Ausbildung nach Eintritt der Invalidität verglichen werden mit den Ausbildungskosten, die ohne Invalidität für die Erreichung des gleichen oder eines gleichartigen Ausbildungsziels entstanden wären. Von dieser Regel gibt es, um den verschiedenen praktischen Fällen gerecht zu werden, zwei Ausnahmen. Hatte der Jugendliche vor Eintritt der Invalidität bereits eine Ausbildung begonnen, die er infolge Invalidität nicht mehr weiterführen kann, so sind die Kosten für den nicht absolvierten Teil dieser Ausbildung mit den tatsächlichen anrechenbaren Aufwendungen für die «neue», dem Gesundheitsschaden angepasste Ausbildung zu vergleichen. Hätte ein Jugendlicher sodann ohne Invalidität offensichtlich eine weniger kostspielige Ausbildung erhalten, so wird für die Ermittlung der Mehrkosten ebenfalls vom Grundsatz abgewichen, sofern die Invalidität die primäre oder überwiegende Ursache für die Wahl der Ausbildung oder des Berufes war. Die Aufwendungen für eine berufliche Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte von Jugendlichen, deren Erwerbsfähigkeit durch eine noch so umfassende und qualifizierte Ausbildung nicht wesentlich verbessert werden kann, sind in der Regel ausschliesslich invaliditätsbedingt, weil die betreffende Ausbildung ohne Invalidität keinen besonderen Ausbildungsaufwand erfordert hätte und somit ohne Invalidität überhaupt keine Ausbildungs- oder Berufsvorbereitung notwendig wäre.

Zu den anrechenbaren Aufwendungen für die erstmalige berufliche Ausbildung gehören: die Kosten für die Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten, wie Schul-, Lehr- und andere Ausbildungsgelder, Seminär-, Praktikums- und andere Ausbildungsgebühren usw.; Lehrmittel; die Transportkosten; die Auslagen für persönliche Werkzeuge und Berufskleider; die Kosten für die wegen der Ausbildung notwendige auswärtige Unterbringung und Verpflegung (Art. 5 Abs. 3 IVV).

Die Grenzen, die das Gesetz und die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts den Leistungen unter diesem Gesetzstitel setzte, lassen sich hinsichtlich der wichtigsten Punkte wie folgt umschreiben:

- Die erstmalige berufliche Ausbildung hat sich auf das Notwendige und Geeignete zur Erreichung des Eingliederungszieles zu beschränken (Art. 8 Abs. 1 IVG). Diese Erfordernisse sind unter anderm bestimmend für den Umfang einer Ausbildung. So kann beispielsweise grundsätzlich einem invaliden Jugendlichen keine umfassendere Ausbildung gewährt werden, als sie einem Gesunden für die Erreichung desselben Berufszieles üblicherweise zusteht.

- Art und Schwere der Invalidität sind in erster Linie bestimmend für die Berufswahl, und zwar zusammen mit den in Artikel 16 Absatz 1 IVG verlangten Fähigkeiten; subjektive Erwägungen können für die «Höhe» der Ausbildung nicht bestimmend sein, soweit die IV hierfür Leistungen erbringen soll, die über den durch die oben erwähnte Regel ermittelten Mehrkosten liegen.
- Bestimmt nicht primär die Invalidität, sondern beispielsweise die Berufsneigung das höhere Berufsziel, so sind ohne Ausnahme die Mehrkosten nach der in Artikel 5 Absatz 2 IVV (und oben) erwähnten Regel (gleichartige Ausbildung im Falle der Invalidität und Nichtinvalidität) zu bestimmen. IV-rechtlich besteht somit kein Hindernis für die Wahl eines «höheren» Berufes, nur müssen in einem solchen Fall die Mehrkosten nach der Regel bestimmt werden.

Diese Grenzen sollen durch weitere Beispiele aus der «Werkstatt» des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes illustriert werden:

- Die berufliche Weiterausbildung ist hinsichtlich der Beitragsleistung der erstmaligen beruflichen Ausbildung gleichgestellt, sofern dadurch die Erwerbsfähigkeit wesentlich verbessert werden kann. Leistungen der IV können jedoch nur im Umfange der invaliditätsbedingten Mehrkosten und unter der Voraussetzung erbracht werden, dass der Invalide die bestehenden Erwerbsmöglichkeiten in zumutbarer Weise ausnützt (EVG 22. 2. 1972, ZAK 1972, S. 737).
- Die erstmalige berufliche Ausbildung hat dem Versicherten eine wesentliche und dauerhafte Erwerbstätigkeit zu gewährleisten, dank welcher er wenigstens einen Teil seines Lebensunterhaltes bestreiten kann . . . (EVG 20. 7. 1971, ZAK 1972, S. 56).
- Anspruch auf berufliche Neuausbildung besteht, wenn der massgebende Gesundheitsschaden eine Art und Schwere erreicht hat, welche die bisherige Erwerbstätigkeit unzumutbar macht. Die Unzumutbarkeit muss unmittelbar durch ein Leiden im Sinne von Artikel 4 IVG verursacht sein (EVG 28. 1. 1971, ZAK 1971, S. 366).
- Die erstmalige berufliche Ausbildung beginnt erst in jenem Zeitpunkt, in welchem der Versicherte seine obligatorische Schulpflicht erfüllt hat. Die Dauer dieser Schulpflicht kann von Kanton zu Kanton variieren (EVG 14. 10. 1970, ZAK 1971, S. 279).
- Unter Weiterausbildung im Sinne von Artikel 16 Absatz 2 Buchstabe c IVG ist die Fortsetzung oder Vervollkommnung der Berufsausbildung zu verstehen. Sie baut auf den bereits erworbenen Kennt-

nissen auf und dient der Erreichung eines höheren Zieles innerhalb derselben Berufsart. Eine zweite Berufsausbildung mit wesentlich anderem Ziel ist nur als Umschulung durchführbar (EVG 11. 2. 1970, ZAK 1970, S. 484).

- Einer Versicherten, die den auf Kosten der IV erlernten Beruf wegen ihrer Invalidität nicht existenzsichernd auszuüben vermag und deshalb einen anderen Beruf ergreifen muss, sind Leistungen unter dem Begriff der beruflichen Neuausbildung zu gewähren. Diese Ausbildung gilt als erstmalige berufliche Ausbildung.
- Eine vom Jugendrichter gemäss Artikel 92 StGB angeordnete Heimeinweisung schliesst die Gewährung von Beiträgen an die erstmalige berufliche Ausbildung nicht aus, wenn die Ausbildung in einer Anstalt auch wegen der Invalidität als notwendig erscheint (EVG 16. 9. 1969, ZAK 1970, S. 120).

d. Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit

Wird einem Jugendlichen, der bereits erwerbstätig im Sinn der IV war, durch Eintritt einer Invalidität oder im Hinblick auf eine unmittelbar drohende Invalidität die Weiterführung der bisherigen Erwerbstätigkeit verunmöglicht oder wesentlich erschwert, so übernimmt die Versicherung die vollen anrechenbaren Kosten für die Umschulung auf eine dem Gesundheitszustand und der noch vorhandenen Eignung angepasste neue Tätigkeit.

Die Erfahrung zeigt, dass Fälle von Umschulungen Jugendlicher selten sind, weshalb hier nicht näher darauf eingetreten wird.

e. Kapitalhilfe

Grundsätzlich können versicherte eingliederungsfähige invalide Jugendliche mit Wohnsitz in der Schweiz auch Kapitalhilfen zur Aufnahme oder zum Ausbau einer Tätigkeit als Selbständigerwerbende sowie zur Finanzierung von invaliditätsbedingten betrieblichen Umstellungen beanspruchen. Praktisch konnte bis anhin aber noch keinem Jugendlichen eine solche Leistung zugesprochen werden. Der Grund liegt überwiegend darin, dass die vom Gesetzgeber aufgestellten Voraussetzungen anspruchsvoll sind. Es wird nämlich verlangt, dass er sich z. B. in fachlicher und charakterlicher Hinsicht für eine selbständige Erwerbstätigkeit eignet und dass die wirtschaftlichen Voraussetzungen für eine

dauernde existenzsichernde Tätigkeit gegeben sind sowie für eine ausreichende Finanzierung Gewähr geboten ist (Art. 7 Abs. 1 IVV). Es liegt auf der Hand, dass Jugendlichen oft noch die erforderlichen beruflichen, wirtschaftlichen u. a. Kenntnisse fehlen; somit wäre der Erfolg dieser beruflichen Eingliederungsmassnahme nicht oder nicht genügend gewährleistet.

Die Verwaltung stellte zwar Heimarbeiter, die auf eigene Kosten den Arbeitsplatz einrichten müssen, im Einzelfall hinsichtlich der Gewährung von Kapitalhilfen den Selbständigerwerbenden im AHV-rechtlichen Sinne gleich. Sie setzte in der Praxis die Anforderungen an die vom Gesetz verlangte Existenzsicherung relativ tief an, um zu erreichen, dass auch Heimarbeiter in den Genuss beruflicher Eingliederungsmassnahmen kommen können. Dennoch zeigte sich, dass derartige Leistungen für Jugendliche in geringem Umfange zwar begehrt wurden; von den zuständigen IV-Kommissionen mussten solche Begehren aus verschiedenen Gründen jedoch abgelehnt werden (z. B. wegen ungenügender Erwerbsaussichten).

f. Arbeitsvermittlung

Insbesondere die Fachorgane der Berufsberatung (IV-Regionalstellen, von diesen beauftragte Spezialstellen) bemühen sich, eingliederungsfähigen Jugendlichen nach Möglichkeit geeignete Arbeitsstellen oder -plätze, allenfalls auch Lehr- oder Anlehrstellen zu vermitteln (vgl. Art. 18 Abs. 1 IVG). Es handelt sich dabei aber nicht um ein «Recht auf eine Arbeitsstelle oder einen Arbeitsplatz» oder um ein «Recht auf eine Lehr- oder Anlehrstelle». Es geht vielmehr darum, dass arbeitswillige Jugendliche in den Genuss der oft zeitraubenden Bemühungen der Fachorgane kommen können, falls sich dies zur bestmöglichen Verwirklichung des Eingliederungsplanes als notwendig erweist. Die Kosten der damit verbundenen Umtriebe gehen voll zu Lasten der IV.

Zur Neuauflage des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, gültig ab 1. April 1974

Die Neufassung von Artikel 2 IVV mit Wirkung ab 1. Januar 1973 und nötige Präzisierungen hatten zur Folge, dass verschiedene Bestimmungen des vor zwei Jahren in Kraft getretenen Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen angepasst oder erweitert werden mussten. Die Änderungen, Ergänzungen und Neuaufnahmen von Bestimmungen beziehen sich auf insgesamt 32 Randziffern (Rz), welche hienach zusammengestellt sind, wobei sie in Form einer Synopse den aufgehobenen Randziffern gegenübergestellt werden. Hervortretende Neuerungen betreffen vor allem die folgenden Bereiche:

- Anwendung und Dauer von Physiotherapie bei Lähmungen;
- Reittherapie (Hippo- und Ponytherapie; keine medizinische Massnahme der IV);
- Akupunktur (nicht als medizinische Massnahme anerkannt);
- vermehrte Abgabe korrigierender Apparate bei Wirbelsäulendefekten von Jugendlichen;
- Anwendungsgründe und -bereiche für Badekuren und Heileurhythmie;
- Wirbelmissbildungen aller Art;
- Zahnbehandlung bei Erschwerung durch Geburtsgebrechen (die IV übernimmt die Narkosekosten).

Gegenüberstellung der bisherigen und der ab 1. April 1974 geltenden Fassung der revidierten Bestimmungen des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen

b. Dauer der medizinischen Eingliederung bei Lähmungen und anderen motorischen Funktionsausfällen

Rz 16a (neu)

Bei Lähmungen und anderen
motorischen Funktionsausfällen,

die gemäss Artikel 12 IVG übernommen werden können (vgl. Rz 14 bis 16), sind physiotherapeutische Massnahmen so lange zu gewähren, als dadurch nach bewährter Erkenntnis eine Verbesserung der Funktion der Muskulatur zu erwarten ist. Die damit angestrebte Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, in einem bestimmten Aufgabenbereich (z. B. Haushalt) tätig zu sein, muss voraussichtlich wesentlichen und dauernden Charakter haben (vgl. Rz 17 bis 19, insbes. Rz 18a).

Rz 16b (neu)

Nach Aufnahme der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich können physiotherapeutische Massnahmen im Sinne von Rz 16a weitergeführt oder später periodisch wiederholt werden, wenn nur dadurch die Funktionstüchtigkeit der Muskulatur im Hinblick auf die Weiterführung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich erhalten bleibt. Die Erwerbsfähigkeit des Versicherten muss dabei auf lange Sicht voraussichtlich mindestens ein Drittel betragen.

Rz 16c (neu)

In Fällen von Rz 16b ist in geeigneter Weise eine Abklärung in beruflicher Hinsicht vorzunehmen.

Erforderliche Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit

Rz 18a (neu)

Ein wesentlicher Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit ist dann anzunehmen, wenn die im Erwerbsleben oder im übrigen Aufgabenbereich erforderliche Funktionsfähigkeit der Muskulatur durch Physiotherapie offensichtlich verbessert oder erhalten werden kann.

Infektionen und parasitäre Krankheiten

Rz 26, Poliomyelitis (603)¹

Der Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen beginnt in der Regel vier Wochen nach Auftreten der Lähmungen (s. Art. 2 Abs. 2 IVV und Rz 14f.). Eingliederungsmassnahmen können solange gewährt werden, bis das im Einzelfall mögliche Optimum der Eingliederung erreicht ist.

Der Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen beginnt in der Regel vier Wochen nach Auftreten der Lähmungen (s. Art. 2 Abs. 2 IVV und Rz 14f.). Hinsichtlich der Dauer der Physiotherapie vgl. Rz 16a und b.

Rz 27, Polyradiculitis (Guillain-Barré)

Der Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen beginnt in der Regel vier Wochen nach Auftreten der Lähmungen bzw. — beim atypischen, schubweisen Verlauf der Polyradiculitis

Der Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen beginnt in der Regel vier Wochen nach Auftreten der Lähmungen bzw. — beim atypischen, schubweisen Verlauf der Polyradiculitis

¹ Die Zahlen in Klammern verweisen auf die entsprechenden Ziffern im Kreisschreiben über die Durchführung der Gebrechensstatistik.

Guillain-Barré — vier Wochen nach dem Auftreten der letzten Lähmungen (s. Rz 14 f.).

Guillain-Barré — vier Wochen nach dem Auftreten der letzten Lähmungen (vgl. Rz 14 f.).

Hinsichtlich der Dauer der Physiotherapie siehe Rz 16a und b.

Nervensystem

Rz 36a (neu)

Bemerkung: Bei kongenitalen oder erworbenen Schädigungen des Nervensystems stellt die Hippotherapie weder eine Massnahme im Sinne von Artikel 1 Absatz 3 GgV bzw. Artikel 2 Absatz 1 IVV noch eine pädagogisch-therapeutische Massnahme im Sinne von Artikel 19 Absatz 2 Buchstabe c IVG dar.

Sinnesorgane

Rz 44

Versicherte nach *beidseitiger* Staroperation haben Anspruch auf

eine Bifokalstarbrille
und eine Ersatz-Bifokalstarbrille;
oder
eine Starbrille für die Nähe
und eine Ersatz-Starbrille für die Ferne;

oder

Kontaktlinsen (diese sind nur bei besonderer augenärztlicher Indikation abzugeben)
und eine Nahbrille
und eine Ersatz-Bifokalstarbrille.

Versicherte nach *beidseitiger* Staroperation haben Anspruch auf

eine Bifokalstarbrille
und eine Ersatz-Bifokalstarbrille;
oder
eine Starbrille für die Nähe
und eine Starbrille für die Ferne
und eine Ersatz-Starbrille für die Ferne;

oder

Kontaktlinsen (diese sind nur bei besonderer augenärztlicher Indikation abzugeben)
und eine Nahbrille
und eine Ersatz-Bifokalstarbrille.

Knochen und Bewegungsorgane

Rz 68, Spondylosen und Osteochondrosen

mit Einschluss der Scheuermannschen Krankheit (736—936)

Spondylosen, Osteochondrosen und die Scheuermannsche Krankheit (Wirbelsäulenverkrümmung bei Jugendlichen, die kein Geburtsgebrechen ist) stellen labiles pathologisches Geschehen dar. Massnahmen zu ihrer konservativen Behandlung (Lagerung, Gymnastik, Badekuren) sind keine IV-Leistungen. Ein den Schulbesuch ermöglichender oder die Erwerbsfähigkeit verbessernder orthopädischer Behelf kann als Hilfsmittel der IV abgegeben werden.

Spondylosen, Osteochondrosen und die Scheuermannsche Krankheit (nicht angeborene Wirbelsäulenverkrümmung bei Jugendlichen, Adoleszentenkyphose) stellen labiles pathologisches Geschehen dar. Massnahmen zu ihrer konservativen Behandlung (Lagerung, Gymnastik und Massage, Badekuren) sind keine IV-Leistungen.

Droht bei Minderjährigen ein schwerer stabiler Defekt nach Rz 21 zu entstehen, so übernimmt die IV die Behandlung inkl. korrigierende Apparate. Ein solcher Defekt ist anzunehmen, wenn mit einem erheblichen Fortschreiten des Prozesses zu rechnen ist, keilförmige Deformierungen mehrerer Wirbelkörper bestehen, die zu einem versteiften Rundrücken führen, und der Arzt das dauernde Tragen eines korrigierenden Apparates (z. B. Dreipunktkorsett, Aufrichtekorsett) während mindestens eines Jahres verordnet.

Die IV übernimmt die ganze Behandlung vom Zeitpunkt der Abgabe des korrigierenden Apparates an, solange als dieser dauernd getragen werden muss, längstens aber bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres.

Rz 72, Idiopathische (nicht angeborene) Skoliose (737—937)

Konservative Massnahmen bei idiopathischer Skoliose (Gymnastik, Physiotherapie, redressierende Apparate) stellen eine Behandlung des Leidens an sich dar und werden von der IV nicht übernommen.

Versteifende Operationen, inkl. Harrington-Operation, die die berufliche Ausbildung ermöglichen oder die Erwerbsfähigkeit wesentlich verbessern (Rz 17 ff.), sind in schwersten Fällen medizinische Eingliederungsmassnahmen der IV, nicht aber konservative Vorgehen.

Zu Lasten der IV geht auch die einer vorgesehenen Versteifungsoperation unmittelbar vorangehende Distraktionsbehandlung.

Rz 72, Idiopathische Skoliosen (737—937)

Konservative Massnahmen bei idiopathischer (nicht angeborener) Skoliose (Gymnastik, Physiotherapie, redressierende Apparate) stellen eine Behandlung des Leidens an sich dar und werden von der IV bei Erwachsenen nicht übernommen.

Bei schweren Skoliosen von Minderjährigen wird die Behandlung nach Rz 21 übernommen, sobald und solange ein schwerer Defekt droht. Dies ist von dem Zeitpunkt an anzunehmen, da der Orthopäde das Tragen eines redressierenden Apparates (z. B. Milwaukee-Korsett) während mindestens eines Jahres verordnet. Die Leistungspflicht der IV endigt, sobald der Apparat nicht mehr getragen werden muss, spätestens bei Erreichen des 20. Altersjahres.

Versteifende Operationen, inkl. Harrington-Operation, die die berufliche Ausbildung ermöglichen oder die Erwerbsfähigkeit wesentlich verbessern (Rz 17 ff.), sind in schwersten Fällen medizinische Eingliederungsmassnahmen der IV.

Zu Lasten der IV geht auch die einer vorgesehenen Versteifungsoperation unmittelbar vorangehende Distraktionsbehandlung.

Abgrenzung nach der Art der Massnahme

Rz 80a, Akupunktur (neu)

Akupunktur gilt in der IV nicht als medizinische Massnahme.

Rz 84, Badekuren

Badekuren stellen in der Regel nur dann eine *Ergänzung von der IV übernommener operativer Eingliederungsmassnahmen* dar, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach dem Eingriff durchgeführt werden. Andernfalls ist — vorbehältlich besonderer Verhältnisse — anzunehmen, die Behandlung des Grundleidens (z. B. Arthrose) stehe im Vordergrund (vgl. auch Rz 62).

Als *Ergänzung von operativen Eingliederungsmassnahmen der IV* sind Badekuren zu bewilligen, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach dem Eingriff durchgeführt werden. Ambulante Physiotherapie, während drei Monaten nach der Operation durchgeführt, ist einer stationären Badekur gleichzusetzen. Spätere Badekuren oder Physiotherapie kann die IV nur vergüten, wenn die Kur voraussichtlich zu einer Wiederaufnahme der Arbeit führt. Nach der Arbeitsaufnahme gelten Physiotherapie und Badekuren in der Regel als Behandlung des Leidens an sich.

Badekuren und Physiotherapie vor einer Operation sind gemäss Rz 13 abzulehnen. Das Entfernen von Osteosynthesematerial gibt keinen Anspruch auf Nachbehandlung durch Physiotherapie oder Badekuren.

Rz 85

Für *Badekuren nach Lähmungen* gelten die besonderen Bestimmungen gemäss Rz 26 und 37 ff. des Kreisschreibens.

Für *Badekuren bei Lähmungen* vgl. Rz 16a und b.

Rz 86

Die IV übernimmt die Kosten einer Badekur, die in der allgemeinen Abteilung einer unter ärztlicher Leitung stehenden schweizerischen Bäderheilstätte durchgeführt wird.

Badekuren, die vorwiegend der Verbesserung des allgemeinen Befindens dienen, stellen keine Eingliederungsmassnahmen der IV dar.

Badekuren sind nur zu gewähren, wenn ambulant (d. h. ohne auswärtige Unterbringung) durchgeführte Physiotherapie unzweckmässig oder weniger erfolgversprechend erscheint.

Rz 86a (neu)

Badekuren im Sinne von Rz 84 und 85 sind in einer unter ärztlicher Leitung stehenden schweizerischen Bäderheilstätte durchzuführen. Sie müssen neben der üblichen Hydrotherapie auch physikalisch-therapeutische Massnahmen und aktive Heilgymnastik umfassen.

Rz 86b (neu)

Der Kurarzt orientiert nach Abschluss der Kur den behandelnden Arzt über die Art der durchgeführten Massnahmen und deren Ergebnis. Kann die Arbeit nicht wieder in früherem Umfange aufgenommen werden, ist der Grad der Arbeitsfähigkeit anzugeben. Weitere für die IV wesentliche Angaben können auf dem Formular «Ärztlicher Zwischenbericht» (Form. 318.537) erfolgen.

Rz 86c (neu)

Die Vergütung erfolgt bei Behandlung in einer Heilstätte, die mit dem BSV eine Tarifvereinbarung abgeschlossen hat, aufgrund direkter Rechnungstellung an die IV. In allen anderen Fällen werden ausser den Therapiekosten gemäss Tarifvereinbarungen mit den Ärzten und Physiotherapeuten dem Versicherten für Unterkunft und Verpflegung Tagespauschalen aufgrund des vom BSV herausgegebenen «Tarifs betreffend Kostenvergütung bei Badekuren» ausgerichtet. Der Vergütung ist stets das Beiblatt betreffend Badekuren (Form. 318.564) beizuheften, womit der Versicherte und die Ärzte über das Vorgehen orientiert werden.

Rz 88

Dialysen

Die Behandlung mit einer künstlichen Niere dient der Erhaltung des Lebens und ist keine Eingliederungsmassnahme der IV.

Dialysen — Haemodialysen

Die Behandlung eines Erwachsenen oder eines Minderjährigen, der nicht an einem Geburtsgebrechen des Urogenitalsystems (Art. 2 GgV, Ziff. 341 bis 360) leidet, mit einer künstlichen Niere dient der Erhaltung des Lebens und ist keine Eingliederungsmassnahme der IV.

Rz 93

Eurhythmie

Heil-Eurhythmie zur Korrektur der gestörten Motorik eines Blin-

Eurhythmie — Heil-Eurhythmie

Heil-Eurhythmie gilt in der IV nicht als medizinische Massnahme.

den stellt eine medizinische Massnahme der IV dar (vgl. auch Rz 107).

Sie kann indessen nach den hiefür geltenden besonderen Voraussetzungen als pädagogisch-therapeutische Massnahme von der IV übernommen werden.

Rz 96a (neu), Hippotherapie/Ponytherapie

Die Hippotherapie (Ponytherapie) stellt weder eine medizinische Massnahme im Sinne von Artikel 1 Absatz 3 GgV bzw. Artikel 2 Absatz 1 IVV noch eine pädagogisch-therapeutische Massnahme im Sinne von Artikel 19 Absatz 2 Buchstabe c IVG dar.

Rz 101, Organtransplantationen

Organübertragungen dienen ausschliesslich der Erhaltung des Lebens und werden von der IV nicht übernommen.

Organübertragungen dienen ausschliesslich der Erhaltung des Lebens und werden von der IV nicht übernommen, es sei denn, sie dienen der Behandlung eines Minderjährigen mit einem Geburtsgebrechen.

Zahnbehandlungen

Rz 208a (neu)

Wird eine Zahnbehandlung durch ein in der GgV aufgeführtes Geburtsgebrechen unmittelbar erschwert, so können die Kosten der notwendigen Narkose, nicht aber der Zahnbehandlung, übernommen werden. In der Regel ist eine Behandlung nur unter klinischen Verhältnissen möglich; die Narkose ist in jedem Falle von einem

Arzt durchzuführen oder persönlich zu überwachen, der hiefür selbst nach IV-Ärztetarif Rechnung stellt.

Besonderheiten bei einzelnen Geburtsgebrechen

Rz 213 (152) (neu), Angeborene Wirbelmissbildungen (hochgradige Keilwirbel, Blockwirbel [Kippel-Feil-Syndrom], Spaltwirbel oder aplastische Wirbel, hochgradige dysplastische Wirbel)

Die Spina bifida occulta (Offenbleiben von einem oder mehreren Wirbelbogen ohne gleichzeitige Missbildungen des zentralen Nervensystems und seiner Häute) ist kein Geburtsgebrechen, sondern eine postnatale Störung der Verknöcherung der Wirbelbogen. Vorbehalten bleibt Ziffer 381 GgV.

Rz 213 (206), *Anodontia totalis cong.*, *Anodontia partialis cong.*
bei Nichtanlage von mindestens drei bleibenden Frontzähnen oder fünf bleibenden Zähnen pro Kiefer oder zwei nebeneinanderliegenden Zähnen pro Kieferhälfte

Gemäss Verfügung des Eidg. Departementes des Innern gilt auch die angeborene Nichtanlage der beiden bleibenden mittleren Schneidezähne pro Kiefer als Geburtsgebrechen.

Bei der Beurteilung der partiellen Anodontia gelten Eckzähne als Frontzähne, Weisheitszähne werden nicht einbezogen.

Bei der Beurteilung der partiellen Anodontia gelten Eckzähne als Frontzähne, Weisheitszähne werden nicht einbezogen.

Rz 213 (208—210)

Die *Micrognathia inferior* (Ziff. 208 GgV), der *Mordex aper-*

Die *Micrognathia inferior* (Ziff. 208 GgV), der *Mordex aper-*

tus aut clausus (Ziff. 209 GgV) und die *Prognathia inferior* (Ziff. 210 GgV) können als angeborene Anomalien oder auch als Entwicklungsleiden auftreten. Als Geburtsgebrechen können diese Gebrechen nur anerkannt werden, wenn extreme vertikale oder sagittale Abweichungen im Kiefer-Skelltaufbau vorliegen.

Wird eines dieser Gebrechen einer IVK gemeldet, muss zur Abklärung ein Fernröntgenbild des Gesichtsschädels durch ein kieferorthopädisches Universitätsinstitut der Schweiz oder durch einen vom BSV bestimmten Gutachter aufgenommen und begutachtet werden.

Bei einer skelettal bedingten schweren Kieferanomalie können die Ziffern 208 und 209 oder 209 und 210 GgV kombiniert sein, ohne dass die zephalometrischen Grenzwerte der einzelnen Ziffern erreicht werden. Bei Vorliegen einer Kombination von grenzwertnahen Werten im Bereich von 38° oder mehr bzw. 12° oder weniger

tus aut clausus (Ziff. 209 GgV) und die *Prognathia inferior* (Ziff. 210 GgV) können als angeborene Anomalien oder auch als Entwicklungsleiden auftreten. Als Geburtsgebrechen können diese Gebrechen nur anerkannt werden, wenn extreme vertikale oder sagittale Abweichungen im Kiefer-Skelltaufbau vorliegen.

Wird vom behandelnden Zahnarzt bestätigt, dass ein derartiges Gebrechen vorliegt, so ist eine Begutachtung durch die kieferorthopädische Klinik des am nächsten gelegenen schweizerischen zahnärztlichen Universitätsinstituts oder durch einen vom BSV bestimmten Gutachter anzuordnen. Sofern sie durch den behandelnden Zahnarzt beschafft werden können, sind der Begutachtungsstelle folgende Unterlagen einzusenden:

- klinischer Befund (Arztbericht),
- Studienmodelle mit Okklusionsmarken,
- Profilfernrontgenbild und dessen Durchzeichnung.

Bei einer skelettal bedingten schweren Kieferanomalie können die Ziffern 208 und 209 und 210 GgV kombiniert sein, ohne dass die zephalometrischen Grenzwerte der einzelnen Ziffern erreicht werden. Bei Vorliegen einer Kombination von grenzwertnahen Werten im Bereich von 38° oder mehr bzw. 12° oder weniger beim Basis-

beim Basisebenen-Winkel, und 7° oder mehr bzw. 0° oder weniger beim ANB-Winkel kann ein Geburtsgebrechen angenommen werden.

ebenen-Winkel, und 7° oder mehr bzw. 0° oder weniger beim ANB-Winkel kann ein Geburtsgebrechen angenommen werden.

213 (279), *Coeliakia cong. (Gliadin- und Milcheiweiss-Intoleranz)*

Es ist zu unterscheiden zwischen:

- diätetischen Spezialitäten, die mit gewissen Nährstoffen (z. B. Proteinen, Aminosäuren, Mineralien, Vitaminen) angereicherte Präparate sind, die zwar den allgemeinen Gesundheitszustand zu heben vermögen, denen aber *kein spezifischer Arzneimittelcharakter* zukommt. Daran kann die IV ganz generell *keine* Beiträge leisten;
- diätetischen Spezialitäten *mit* Arzneicharacter, z. B. alle im Handel erhältlichen Pulverpräparate für Milch-Schleim-Schoppen, welche kein Gliadin oder kein Milcheiweiss enthalten.

Das Bundesamt gibt den IV-Kommissionen periodisch die **K**ostenlimiten bekannt, innerhalb welcher die Vergütung der Mehrkosten erfolgen kann.

Es ist zu unterscheiden zwischen:

- diätetischen Spezialitäten, die mit gewissen Nährstoffen (z. B. Proteinen, Aminosäuren, Mineralien, Vitaminen) angereicherte Präparate sind, die zwar den allgemeinen Gesundheitszustand zu heben vermögen, denen aber *kein spezifischer Arzneimittelcharakter* zukommt. Daran kann die IV ganz generell *keine* Beiträge leisten;
- diätetischen Spezialitäten *mit* Arzneicharacter, z. B. alle im Handel erhältlichen Pulverpräparate für Milch-Schleim-Schoppen, welche kein Gliadin oder kein Milcheiweiss enthalten.

Das Bundesamt gibt den IV-Kommissionen periodisch die Höhe des monatlich zu vergütenden Pauschalbeitrages bekannt. Es ist periodisch zu überprüfen (z. B. durch Kontrolle der Rechnungen für bezogene Diätetika), ob die Diät eingehalten wird. Falls die nachgewiesenen **K**osten wesentlich weniger als die Hälfte der Pauschal-

vergütung betragen, ist beim behandelnden Arzt ein Zwischenbericht einzuholen. Werden die ärztlich angeordneten Diätvorschriften nicht befolgt, ist die Vergütung künftighin nicht mehr auszurichten.

*213 (390), Angeborene zerebrale Lähmungen, Athetosen
und Dyskinesien*

Die Verwendung von Spasmotron-Apparaten zur Behandlung von Versicherten mit zerebralen Bewegungsstörungen bedarf einer intensiven ärztlichen Überwachung, so dass der Einsatz solcher Geräte grundsätzlich nur unter klinischen Verhältnissen zweckmässig ist. Die Kosten für die Benützung von Spasmotron-Apparaten im Rahmen einer Hausbehandlung gehen somit nicht zu Lasten der IV.

Die Verwendung von Spasmotron-Apparaten zur Behandlung von Versicherten mit zerebralen Bewegungsstörungen bedarf einer intensiven ärztlichen Überwachung, so dass der Einsatz solcher Geräte grundsätzlich nur unter klinischen Verhältnissen zweckmässig ist. Die Kosten für die Benützung von Spasmotron-Apparaten im Rahmen einer Hausbehandlung gehen somit nicht zu Lasten der IV.

Die Hippotherapie (Ponytherapie) stellt weder eine medizinische Massnahme im Sinne von Artikel 1 Absatz 3 GgV bzw. Artikel 2 Absatz 1 IVV noch eine pädagogisch-therapeutische Massnahme im Sinne von Artikel 19 Absatz 2 Buchstabe c IVG dar.

213 (425), Angeborene Refraktionsanomalien mit Visusverminderung auf 0,2 oder weniger (mit Korrektur) bei einem Visus am andern Auge von weniger als 0,6 (mit Korrektur) oder Visusverminderungen an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)

Unter Ziffer 425 ist ein Augenleiden immer einzureihen, wenn die

Sind die Voraussetzungen nach Ziffer 425 GgV erfüllt, so umfasst der Anspruch auch augenärztliche Kontrollen und Korrekturbrillen als «Behandlungsgerät».

Anstelle von Korrekturbrillen können auch Kontaktlinsen abgegeben werden, wenn neben einer schweren Refraktionsanomalie

- a. eine Anisometropie von in der Regel mindestens $3\frac{1}{2}$ Dioptrien vorliegt oder
- b. mit Kontaktlinsen eine deutlich bessere Sehschärfe erzielt wird als mit Brillengläsern.

Bedingungen der GgV für diese Ziffer erfüllt sind und der Augenarzt eine Refraktionsanomalie (z. B. hochgradige Myopie, hochgradigen Astigmatismus) als Ursache der Sehschwäche bezeichnet.

Sind die Voraussetzungen nach Ziffer 425 GgV erfüllt, so umfasst der Anspruch auch augenärztliche Kontrollen und Korrekturbrillen als «Behandlungsgerät».

Anstelle von Korrekturbrillen können auch Kontaktlinsen abgegeben werden, wenn neben einer schweren Refraktionsanomalie

- a. eine Anisometropie von in der Regel mindestens $3\frac{1}{2}$ Dioptrien vorliegt oder
- b. mit Kontaktlinsen eine deutlich bessere Sehschärfe erzielt wird als mit Brillengläsern.

213 (426), Kongenitale Amblyopie von 0,2 oder weniger (mit Korrektur)

Als Ziffer 426 ist nur eine anlagebedingte einseitige Schwach-sichtigkeit ohne morphologische Veränderungen am amblyopen Auge oder an den für den Sehakt massgebenden Teilen des zentralen Nervensystems anzuerkennen, wenn die Amblyopie nach Korrektur 0,2 oder weniger beträgt. Refraktionsfehler, die offensichtlich keinen Einfluss auf die Amblyopie haben, sind dabei zu vernachlässigen. Liegt *beidseits* eine Amblyopie von 0,2 oder weniger vor, ist in erster Linie ein anderes Ge-

burtsgebrechen (Ziff. 422, 423, aber auch 403, da hochgradig Oligophrene oft spät zentral fixieren) zu suchen.

(Rest unverändert)

213 (427) (neu), *Strabismus concomitans monolateralis*, wenn eine Amblyopie von 0,2 oder weniger (mit Korrektur) vorliegt

Darunter fällt jede Amblyopie von 0,2 oder weniger nach Korrektur, die mit einem einseitigen Begleitschielen verbunden ist.

213 (451), *Angeborene Störungen des Kohlenhydrat-Stoffwechsels (Glykogenose, Galaktosämie, Fruktose-Intoleranz, Hypoglykämie McQuarrie, Hypoglykämie Zetterstroem, Leucin sensible Hypoglykämie, Laktose-Malabsorption, Saccharose-Malabsorption und Diabetes mellitus, sofern dieser innert der ersten vier Lebenswochen festgestellt wird oder unzweifelhaft manifest war)*

Die *Galaktosämie* ist eine angeborene, seltene, auf einem Fermentdefekt beruhende Krankheit. Deren Träger dürfen mit der Nahrung keinen Milchzucker (Laktose) erhalten, der aus 1 Molekül *Galaktose* und 1 Molekül Glukose besteht. Die Fermentstörung verhindert die Umsetzung von Galaktose in Glukose, so dass sich die erstere im Blut anhäuft, was zu schweren sekundären Organschäden (Hirn, Niere, Leber) führt. Diese Störung ist von besonderer Bedeutung für das Neugeborene und den Säugling, deren Nahrung ausschliesslich bzw. teilweise aus Milch besteht.

Die *Galaktosämie* ist eine angeborene, seltene, auf einem Fermentdefekt beruhende Krankheit. Die Nahrung darf keinen Milchzucker (Laktose) enthalten, was insbesondere bei Neugeborenen und Säuglingen, die ausschliesslich oder teilweise mit Milch ernährt werden, besonders zu beachten ist.

Die im Handel erhältlichen laktosefreien Milchpulverpräparate stellen medikamentös-diätetische Präparate dar, also Diätetika mit Arzneimittelcharakter im Sinne der unter Rz 213 (279) gemachten Ausführungen.

Das Bundesamt gibt den IV-Kommissionen periodisch die Kostenlimiten für den Bezug solcher Präparate bekannt.

Wird ein nach den ersten vier Lebenswochen diagnostizierter Diabetes mellitus angemeldet, haben die IV-Kommissionen den Fall vor der Beschlussfassung dem Bundesamt zu unterbreiten.

Die im Handel erhältlichen laktosefreien Milchpulverpräparate stellen medikamentös-diätetische Präparate dar, also Diätetika mit Arzneimittelcharakter im Sinne der unter Rz 213 (279) gemachten Ausführungen.

Hinsichtlich der zu leistenden Vergütungen vgl. Rz 213 (279).

Wird ein nach den ersten vier Lebenswochen diagnostizierter Diabetes mellitus angemeldet, haben die IV-Kommissionen den Fall vor der Beschlussfassung dem Bundesamt zu unterbreiten.

Übergangsbestimmungen

Rz 302

Auch auf bereits erlassene zuspäprechende Verfügungen ist nicht von Amtes wegen zurückzukommen. Bei der Neuurteilung laufender Fälle (Verlängerungen, weitere Leistungsbegehren) ist jedoch vom Datum der Verfügung an — frühestens aber ab Inkrafttreten — neues Recht anzuwenden. Besteht nach neuem Recht kein Anspruch mehr, so ist eine entsprechende Verfügung zu erlassen.

Verfügungen, mit denen aufgrund der aufgehobenen GgV vom 10. August 1965 und der früheren Weisungen, die im Widerspruch zum geltenden Recht stehen, Leistungen zugesprochen wurden, sind von Amtes wegen in Wiedererwägung zu ziehen, wenn eine Leistung über das Jahr 1974 hinaus oder unbefristet zugesprochen wurde. In diesen Fällen ist die Anpassung an das neue Recht einheitlich ab 1. Januar 1975 vorzunehmen.

Bei neuen Leistungsbegehren wie auch bei Verlängerungen sind ausschliesslich die geltenden Vorschriften massgebend.

Durchführungsfragen

AHV: Zum Begriff des vollen Beitragsjahres

*(Kommentar zum Urteil des EVG vom 30. Januar 1973
i. Sa. F. M., publiziert auf S. 196)*

Das EVG bekräftigt, dass der Rechtsbegriff des Beitragsjahres eine einheitliche Auslegung erfordert. Es bringt in diesem Zusammenhang in Erinnerung, dass die Bestimmungen von Rz 362 der Rentenwegleitung nicht anwendbar sind, sobald feststeht, dass für mehrere Monate des in Frage stehenden Jahres keine Beiträge entrichtet worden sind. Aus diesem Grunde — und dies ist immer zu beachten — sagt denn auch Rz 363 der Rentenwegleitung, die Anrechnung eines vollen Beitragsjahres setze stets voraus, dass der Rentenansprecher während des ganzen Jahres versichert und der Beitragspflicht unterstellt war.

IV: Schulungskurse des BSSV¹

*(Art. 21 und Art. 74 IVG, Rz 122 und 126 des KS
über die Abgabe von Hilfsmitteln)*

Der Bund Schweizerischer Schwerhörigenvereine (BSSV) führt jährlich verschiedene Schulungskurse zur Rehabilitation Schwerhöriger durch. Für die IV-Kommissionen sind wegen der unterschiedlichen Kostenvergütung folgende Kursarten von Bedeutung:

1. Einführungskurse

Diese haben den Zweck, Versicherten, denen erstmals ein Hörgerät abgegeben wird, Apparatekunde (Kenntnis, Handhabung, Dosierung, Service usw.) sowie ein spezielles Hörtraining (Vertrautwerden mit den neuen akustischen Verhältnissen) zu vermitteln.

Die Kurse finden lokal (in örtlichen Hörmittelzentralen) oder zentral in einem dreieinhalbtägigen Kurs in Luzern statt. Sie stellen eine individuelle Eingliederungsmassnahme im Sinne von Artikel 8 IVG dar, die von den IV-Kommissionen vor allem im Zusammenhang mit der erstmaligen Abgabe eines Hörmittels zu beschliessen ist (vgl. Rz 122 und 126 des KS über die Abgabe von Hilfsmitteln). Die Kostenvergütung

¹ Aus IV-Mitteilungen Nr. 164

richtet sich nach dem zwischen dem BSV und dem BSSV abgeschlossenen Tarif.

2. Zentralkurse

Die zweiwöchigen Zentralkurse haben den Zweck, den Versicherten ein besseres Sprachverständnis und eine leichtere Gesprächsführung zu vermitteln (Abseh-, Hör- und Sprachtraining nach modernen audio-visuellen und sprechtechnischen Methoden).

Diese Kurse dienen vorwiegend der Ertüchtigung Invalider im Sinne von Artikel 74 IVG und werden dementsprechend durch das BSV aus Mitteln der IV subventioniert. Da es sich somit nicht um eine individuelle Massnahme gemäss Artikel 8 IVG handelt, hat die Zusprache entsprechender Leistungen durch die IV-Kommissionen zu unterbleiben.

Trotzdem ist immer wieder festzustellen, dass auch für Zentralkurse von 14 Tagen Dauer Verfügungen erlassen werden. Bei neuen Begehren um Kostenübernahme für den Besuch von Kursen des BSSV ist deshalb darauf zu achten bzw. abzuklären, um welche Art von Kursen es sich jeweils handelt. In Zweifelsfällen ist die Stellungnahme des BSV einzuholen.

EL: Differenzen über die Zuständigkeit zwischen zwei oder mehreren Kantonen; provisorische Auszahlung einer EL

(Art. 1 Abs. 3 ELG)

Können sich zwei oder mehrere EL-Durchführungsstellen über den Wohnsitz eines EL-Ansprechers und damit über ihre Zuständigkeit zur Festsetzung und Auszahlung der EL nicht einigen, so hat die Durchführungsstelle des Aufenthaltskantons — nach Rücksprache mit den andern möglicherweise zuständigen kantonalen Durchführungsstellen — eine seinen einschlägigen Bestimmungen gemäss festgesetzte EL *provisorisch* auszuzahlen, damit der Versicherte sofort in den Genuss der EL gelangt. Das gilt auch dann, wenn der EL-Ansprecher in eine Anstalt eingetreten oder dort untergebracht worden ist. Wird daraufhin — sei es durch eine Verständigung unter den in Frage kommenden Kantonen oder durch ein rechtskräftiges Gerichtsurteil — ein anderer als der Aufenthaltskanton für die Festsetzung und Auszahlung der EL als zuständig bezeichnet, so hat dieser Kanton dem Aufenthaltskanton die dem Versicherten provisorisch ausgerichteten EL im Rahmen seiner eigenen EL-Bestimmungen zurückzuvorgüten.

**Altrenten und
Neurenten**

Im Zusammenhang mit der vor den eidgenössischen Räten liegenden Änderung des AHV-Gesetzes ist immer wieder von Altrenten und Neurenten die Rede. Was ist unter diesen Begriffen zu verstehen? Handelt es sich da um Generationsunterschiede? Keineswegs. Eine Neurente ist eine von einem bestimmten Tag an entstehende neue Rente, also z. B. eine ab 1. Januar 1975 laufende einfache Altersrente für einen Versicherten, der im Dezember 1974 sein 65. Altersjahr vollendet. Seine Rente ist folglich eine Neurente ab 1. Januar 1975. Demgegenüber bezeichnet man alle in einem bestimmten Zeitpunkt bereits laufenden Renten als Altrenten. Beispiel: Der Versicherte, der sein 65. Altersjahr im November 1974 vollendet, erhält ab 1. Dezember 1974 eine Neurente. Im Januar 1975 ist aus dieser Neurente aber schon eine Altrente geworden. In der Gesetzesprache werden daher die Altrenten zutreffender als «laufende Renten» bezeichnet.

Weshalb kommt denn der Unterscheidung zwischen Alt- und Neurenten bei den Diskussionen um die Gesetzesänderung eine so grosse Bedeutung zu? Bei einer Änderung der gesetzlichen Bestimmungen über die Rentenberechnung ist es klar, dass bei der Festsetzung von neuen Renten, d. h. — um bei obigem Beispiel zu bleiben — von solchen, die am 1. Januar 1975 oder später entstehen, die ab 1. Januar 1975 gültige Rentenformel angewendet werden muss. Weniger eindeutig ist das Schicksal der Altrenten, d. h. der am 1. Januar 1975 bereits laufenden Renten. Für diese sah das am 30. Juni 1972 beschlossene Gesetz eine Erhöhung um 20 Prozent (anstatt 25 Prozent wie es sich bei der Berechnung der Neurenten aufgrund der neuen Rentenformel ergibt) vor. Nach dem Beschluss des Nationalrates vom 19. März 1974 (siehe S. 158) soll nun aber diese unterschiedliche Behandlung von Alt- und Neurenten dahinfallen. Abschnitt IV des Änderungsgesetzes in der nationalrätlichen Fassung bestimmt, dass die laufenden Renten in Renten nach neuem Recht umgewandelt werden sollen. Das bedeutet, dass für sie ab 1. Januar 1975 die gleiche Rententabelle angewendet wird wie für die Neurenten, sofern der Ständerat im Juni dieser Lösung zustimmt.

**Automatische
Anpassung
kantonaler
Ergänzungs-
leistungen
an abgeändertes
Bundesrecht**

Das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV vom 19. März 1965 (ELG) ist ein Subventionsgesetz. Daher obliegt es den Kantonen, in bundesrechtlichem Rahmen Bestimmungen über Festsetzung und Ausrichtung von Ergänzungsleistungen aufzustellen. Sie haben namentlich die für die Berechnung dieser Leistungen massgebenden Einkommensgrenzen festzusetzen — der Bund sieht hierfür nur Rahmenansätze vor —; zudem sind sie befugt, die vom Bund vorgesehenen festen Abzüge vom Erwerbs- und Renteneinkommen auf bundesrechtlich vorgesehene Maximalbeträge zu erhöhen sowie einen Mietzinsabzug vorzusehen. Werden die Rahmenansätze des Bundesgesetzes revidiert, so zieht dies in der Regel die Abänderung der kantonalen Gesetzgebung nach sich. Diese Revisionen sind meist mit beträchtlichem Arbeits- und Zeitaufwand verbunden (vor allem in Kantonen, in denen die Anpassung an das abgeänderte Bundesrecht nicht in der Kompetenz des Regierungsrates liegt, sondern Sache der gesetzgebenden Behörde ist).

Im Hinblick auf die rasch wechselnden Bundesvorschriften beantragt nun der Regierungsrat des Kantons Zürich — wie kürzlich in der Presse zu lesen war — in einer Vorlage an den Kantonsrat zur Volksinitiative auf Änderung des Gesetzes über die Zusatzleistungen zur Eidgenössischen AHV und IV vom 7. Februar 1971 einen «Automatismus», der eine sofortige Anpassung an abgeändertes Bundesrecht ermöglicht. Danach sind jeweils bei der Ermittlung des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen die nach der Bundesgesetzgebung höchstzulässigen Beträge der Einkommensgrenzen, des Pauschalabzuges vom Erwerbs- und Renteneinkommen sowie des Mietzinsabzuges anzuwenden.

Als erster Kanton hat schon im vergangenen Jahr Basel-Landschaft mit seinem Gesetz vom 15. Februar 1973 über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV die automatische Anpassung der kantonalen Ansätze an die im Bundesrecht vorgesehenen Höchstansätze eingeführt.

FACHLITERATUR

Arnold-Lehmann Sylvia: Die Stellung der Frau in der Eidgenössischen Alters- und Hinterlassenenversicherung. In «Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung», 1974, Heft 1, S. 41—68.

Bourgeois Marcel: Zur Frage der Erwerbstätigkeit von Pensionierten. In «Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung», 1974, Heft 1, S. 26—40.

Gysin Arnold: Die Durchsetzung von Leistungsansprüchen im Bereich der sozialen Sicherheit. Landesreferat Schweiz zum 8. Internationalen Kongress für Arbeitsrecht und Soziale Sicherheit. In «Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung», 1974, Heft 1, S. 1—25.

Kölz A.: Prozessmaximen im schweizerischen Verwaltungsprozess. Band 4 der Zürcher Schriften zum Verfahrensrecht, herausgegeben von Prof. Dr. H. U. Walder. 144 S. Schulthess Polygraphischer Verlag, Zürich, 1973.

Thalmann-Antenen Helene: Die Institution der Sozialgerichtsbarkeit, insbesondere die Gerichtsbarkeit auf dem Gebiet des Arbeitsrechts und der sozialen Sicherheit. Band 2 der Zürcher Schriften zum Verfahrensrecht, herausgegeben von Prof. Dr. H. U. Walder. 110 S. Schulthess Polygraphischer Verlag, Zürich, 1973.

PARLAMENTARISCHE VORSTÖSSE

AHV

Kleine Anfrage
Mugny vom
31. Januar 1974

Der Bundesrat hat die Kleine Anfrage Mugny (ZAK 1974, S. 131) am 15. März wie folgt beantwortet:

«Nach den heute geltenden Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung sind die Akten der AHV-Ausgleichskassen grundsätzlich während 10 Jahren aufzubewahren. Diese Frist entspricht derjenigen von Artikel 962 Absatz 1 OR und betrifft vor allem die Buchungs- und Abrechnungsbelege, die den grösseren Teil der anfallenden Akten ausmachen. Soweit es verantwortbar war, wurden auch kürzere Fristen vorgesehen.

Unbefristet aufzubewahren sind hingegen die Beitragsabrechnungen der Jahre 1948—1968. Diese Unterlagen konnten nicht zur Vernichtung freigegeben werden, weil sie bei der Festsetzung der Renten von Ausländern mit unterjährigen Beitragszeiten in den genannten Jah-

ren von Bedeutung sein können. Seit 1969 werden nun die Beitragszeiten der Ausländer auf den Monat genau in den individuellen Konten eingetragen. Ferner hat das Bundesamt für Sozialversicherung im Jahre 1971 Tabellen herausgegeben, die es erlauben, die Beitragszeiten für die Jahre 1948—1968 anhand der Beitragssummen und der Erwerbszweige annäherungsweise zu ermitteln. Nachdem sich diese Ermittlungsmethode bewährt hat, wird das genannte Amt prüfen, ob es weiterhin nötig ist, die Beitrags- und Einkommensbescheinigungen unbefristet aufzubewahren. Ebenso soll eine Verkürzung der Frist für den Ersatz von Originalakten durch Mikrofilm geprüft werden.»

Kleine Anfrage
Ziegler
vom 14. März 1974

Nationalrat Ziegler hat folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«Eine grosse Zahl von schweizerischen und ausländischen Arbeitnehmern, die bei den diplomatischen Vertretungen in Genf angestellt sind, kommen nicht in den Genuss der Sozialgesetzgebung unseres Landes, da ihre Arbeitgeber sich weigern, die AHV/IV-Beiträge zu bezahlen.

Diese Benachteiligung ist schockierend. Es gibt keinen Grund, die bei uns niedergelassenen diplomatischen Vertretungen von ihrer Beitragspflicht zugunsten ihrer Angestellten zu befreien.

Wie verlautet, führt das Eidgenössische Politische Departement gegenwärtig über diese Angelegenheit eine Untersuchung durch.

Kann uns der Bundesrat die Ergebnisse dieser Untersuchung bekanntgeben und über die Schritte Auskunft geben, die er bei den diplomatischen Vertretungen unternehmen wird, um einem unerträglichen Zustand ein Ende zu setzen, der zahlreichen schweizerischen und ausländischen Arbeitnehmern schadet?»

Der Vorstoss fällt in die Zuständigkeit des Eidgenössischen Politischen Departements.

Invaliden-
versicherung
Kleine Anfrage
Bräm vom
3. Dezember 1973

Der Bundesrat hat die Kleine Anfrage Bräm (ZAK 1974, S. 30) am 11. März wie folgt beantwortet:

«Die IV gewährt der Schweizerischen Blindenhörbücherei in Zürich gestützt auf Artikel 74 IVG jährlich einen Beitrag von 80 Prozent an die Löhne und Sozialaufwendungen des gesamten mit der Produktion und der Ausleihe der Tonbänder beschäftigten Personals. Eine weitergehende finanzielle Unterstützung dieser Institution ist nach den geltenden Bestimmungen nicht

möglich. Da im Hinblick auf die nächste IV-Revision die vermehrte Förderung der gesellschaftlichen Eingliederung ohnehin zur Diskussion steht, hat der Bundesrat das Bundesamt für Sozialversicherung beauftragt, zu prüfen, ob durch direkte Beiträge der IV an die Kosten für die Produktion von Tonbandliteratur und anderer Freizeitliteratur für Invalide die Bestrebungen im Sinne der Tätigkeit der Blindenhörbücherei noch wirkungsvoller gefördert werden könnten.»

Ergänzungsleistungen

Postulat Meier vom
28. Januar 1974

Nationalrat Meier hat sein Postulat betreffend die umstrittene Zuständigkeit hinsichtlich der Auszahlung von EL (ZAK 1974, S. 131) am 21. März 1974 zurückgezogen.

Koordination der Sozialversicherung

Motion
Meier Josi vom
3. Oktober 1973

Die Motion (ZAK 1973, S. 602) möchte den Bundesrat verpflichten, sich vermehrt um die Koordination der Sozialversicherung zu bemühen und eine entsprechende Vorlage auszuarbeiten. Der Bundesrat erklärte sich am 14. Dezember 1973 im Nationalrat bereit, den Vorstoss mit gewissen Vorbehalten bezüglich des Zeitpunktes der Verwirklichung entgegenzunehmen, worauf der Rat die Motion überwies (ZAK S. 31). Am 13. März dieses Jahres hat der Ständerat oppositionslos im gleichen Sinne entschieden.

MITTEILUNGEN

Familienzulagen im Kanton Neuenburg

Der Grosse Rat hat am 5. März 1974 einen Gesetzesentwurf gutgeheissen, durch welchen die kantonalen Kinderzulagen für selbständige Landwirte mit Wirkung ab 1. April 1974 den neuen Ansätzen der bundesrechtlichen Kinderzulagen angepasst und für die Landwirte Ausbildungszulagen eingeführt werden. Den landwirtschaftlichen Arbeitnehmern werden wie bisher dieselben Familienzulagen gewährt, wie sie den nichtlandwirtschaftlichen Arbeitnehmern zustehen. Im einzelnen gilt folgendes.

I. Landwirtschaftliche Arbeitnehmer

1. Kinderzulage

Die landwirtschaftlichen Arbeitnehmer haben Anspruch auf eine Kinderzulage von 60 Franken je Kind im Mo-

nat. Dieser Ansatz entspricht jenem der bundesrechtlichen Kinderzulage für Arbeitnehmer im Berggebiet. Für Arbeitnehmer im Unterland wird eine kantonale Kinderzulage von 10 Franken gewährt.

Für Kinder vom erfüllten 16. bis zum vollendeten 18. Altersjahr, für die kein Anspruch auf die bundesrechtliche Kinderzulage besteht und die nicht in Ausbildung begriffen sind, wird eine kantonale Kinderzulage von 60 Franken gewährt, sofern der Eigenverdienst des Kindes 550 Franken im Monat nicht übersteigt.

2. Geburtszulage

Die Geburtszulage beträgt 400 Franken für jedes neu geborene Kind, für das Anspruch auf Kinderzulage besteht.

3. Ausbildungszulage

Landwirtschaftliche Arbeitnehmer haben Anspruch auf eine Ausbildungszulage von 80 Franken je Kind im Monat, in der die bundesrechtliche Kinderzulage eingeschlossen ist. Sie wird von der Beendigung des obligatorischen Schulunterrichts bis zur Beendigung der Ausbildung, längstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr gewährt, sofern der Eigenverdienst des Kindes 550 Franken im Monat nicht übersteigt.

II. Selbständige Landwirte

1. Kinderzulage

Landwirte, denen kein Anspruch auf bundesrechtliche Kinderzulagen zusteht, haben Anspruch auf eine kantonale Kinderzulage von 60 Franken je Kind im Monat. Landwirten im Unterland, die die bundesrechtliche Kinderzulage (50 Fr.) beziehen, wird eine kantonale Kinderzulage von 10 Franken je Kind im Monat gewährt.

2. Ausbildungszulage

Die selbständigen Landwirte haben wie die landwirtschaftlichen Arbeitnehmer Anspruch auf eine Ausbildungszulage von 80 Franken je Kind im Monat (vgl. oben Ziff. I 3), in der die bundesrechtliche Kinderzulage eingeschlossen ist.

Personelles

Der Leiter der Ausgleichskasse «Détailants genevois», Paul Casetti, tritt auf Ende April 1974 in den Ruhestand. Zu seinem Nachfolger wählte der Kassenvorstand Charles Bohnenblust.

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung Renten

Urteil des EVG vom 30. Januar 1973 i. Sa. F. M.
(Übersetzung aus dem Französischen)

Art. 29 Abs. 2, Art. 29bis Abs. 1 und Art. 38 Abs. 2 AHVG; Art. 50 AHVV. Ein Beitragsjahr ist unvollständig, wenn das individuelle Konto zwar eine Eintragung über eine Beitragszahlung in der Höhe von 12 Franken für das betreffende Jahr aufweist, der Rentenberechtigte indes nur für einen Teil dieses Jahres versichert und beitragspflichtig war (Bestätigung der Praxis auf diesem Gebiet).

Dem am 19. Mai 1906 geborenen F. M. wurden eine Ehepaar-Altersrente von 634 Franken im Monat und eine Doppel-Kinderrente von 238 Franken im Monat ab 1. Juni 1971 zugesprochen. Diese Leistungen waren aufgrund folgender Berechnungsgrundlagen festgesetzt worden: Durchschnittliches Jahreseinkommen 50 000 Franken, Beitragsdauer 20 Jahre und 5 Monate, Rentenskala 19. Aus dem Zusammenzug der individuellen Konti des Versicherten geht hervor, dass für ihn für die Zeit vom 1. Januar 1948 bis 31. Juli 1950 keine Beiträge entrichtet worden sind.

Der Ansprecher erhob gegen diese Verfügung Beschwerde und verlangte die Anwendung der Rentenskala 20. Er führte dabei an, er habe «ohne weiteres angenommen», dass die AHV-Beiträge von der Gesellschaft entrichtet worden seien, die er in der Türkei vertreten habe, als die AHV in der Schweiz eingeführt wurde. Da die genannte Gesellschaft erklärte, sie habe für F. M. «während seines Aufenthaltes in der Türkei vom 1. Januar 1948 bis 31. August 1950» keine Beiträge bezahlt, weil ihm in der Schweiz kein Gehalt ausgerichtet worden sei, wies die kantonale Rekursbehörde die Beschwerde ab.

Der Versicherte bringt auch in seiner Verwaltungsgerichtsbeschwerde vor, er sei in der Türkei — infolge der dortigen Lage — nicht Lohnempfänger gewesen, sondern habe nur Entschädigungen für seine tatsächlichen Ausgaben im Zusammenhang mit dem Aufenthalt bezogen und der schweizerischen Gesellschaft auf Ende eines jeden Monats Rechnung gestellt. Er belegte diese Behauptung mit zwei Spesenrechnungen und brachte einen auf den 20. September 1950 abgeschlossenen Kontoauszug bei.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung abgewiesen:

1. Art. 16 Abs. 1 AHVG bestimmt, dass Beiträge, die nicht innert fünf Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, für welches sie geschuldet sind, durch Verfügung geltend gemacht werden, nicht mehr eingefordert oder entrichtet werden können. Diese Vorschrift ist für die Arbeitgeber- wie auch für die Arbeitnehmerbeiträge anwendbar (EVGE 1956, S. 174, ZAK 1957, S. 444).

Im Lichte der oben erwähnten Bestimmung können vorliegend allenfalls geschuldete Beiträge für die Periode, während welcher der Beschwerdeführer in der Türkei wohnte, heute weder geltend gemacht noch eingefordert werden — ist dieser doch im Laufe des Jahres 1950 in die Schweiz zurückgekehrt und die vorerwähnte Frist von fünf Jahren seit langem abgelaufen. Die Berücksichtigung solcher Beiträge im Rahmen von Art. 52 AHVG und Art. 138 AHVV (Vorschriften über die Deckung von Schäden) ist gemäss Art. 82 AHVV auch nicht mehr möglich. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer während seines Auslandsaufenthaltes der schweizerischen AHV hätte unterstellt sein können, ist in der vorliegenden Rechtssache belanglos: auch in diesem Falle bliebe nämlich die Tatsache bestehen, dass die Beiträge für die erste Jahreshälfte 1950 nicht bezahlt worden sind; aus Gründen, die nachstehend erläutert werden, dürfen nur die Monate, für welche die entsprechenden Beiträge tatsächlich entrichtet wurden, berücksichtigt werden, dessenungeachtet, dass die in der zweiten Jahreshälfte entrichteten Beiträge die Summe von 12 Franken übersteigen.

2. Nach der Rechtsprechung muss der Rechtsbegriff des Beitragsjahres einheitlich ausgelegt werden. Art. 50 AHVV erläutert, dass ein volles Beitragsjahr vorliegt, «wenn der Versicherte insgesamt länger als 11 Monate der Beitragspflicht unterstellt war und die entsprechenden Beiträge entrichtet worden sind». Das EVG hat schon früher entschieden, dass die mit dem vollen Beitragsjahr verbundenen Rechtsfolgen nur eintreten, sofern während dieses Jahres (unter der Herrschaft des alten Rechts) Beiträge in der Höhe von mindestens 12 Franken entrichtet worden sind. Die Frage blieb allerdings offen, ob das volle Jahr auch als erfüllt zu gelten habe, wenn das individuelle Konto nur diesen Mindestbeitrag aufweist (EVGE 1958, S. 194, ZAK 1958, S. 329). Später hat das Gericht ausgeführt, dass gemäss Art. 29bis Abs. 1 AHVG für die Prüfung, ob eine vollständige Beitragsdauer vorliegt, einzig die vollen Beitragsjahre im Sinne von Art. 50 AHVV (EVGE 1960, S. 314, ZAK 1961, S. 40) heranzuziehen sind. Es hat in einem Fall, in welchem die Beitragsdauer den Kern der Streitfrage bildete, und in dem es darum ging, das durchschnittliche Jahreseinkommen zu ermitteln, erklärt, dass es der Verwaltung obliege, von Amtes wegen die tatsächlichen Beitragsperioden zu ermitteln, dies jedenfalls dann, wenn die Anwendung der Weisungen in der Wegleitung über die Renten zu einer Schmälerung der Ansprüche von Witwen oder Ehefrauen führen könnte.

Es besteht nun kein Anlass, von diesen Grundsätzen bei der Feststellung der Rentenskala gemäss den Vorschriften von Art. 29 Abs. 2, Art. 29bis Abs. 1 und Art. 38 Abs. 2 AHVG abzugehen. Man würde sonst Berechnungen begünstigen, die darauf hinzielen, Vorschriften über die Zusprechung der Teilrenten zu umgehen.

3. Im vorliegenden Fall wurden für F.M. während der ersten Jahreshälfte 1950 keine Beiträge bezahlt. Die für das zweite Halbjahr entrichteten Beiträge übersteigen dagegen den Betrag von 12 Franken. Die Anwendung der Weisungen in der Wegleitung über die Renten (Rz 362) könnte möglicherweise zur Ermittlung der Rentenskala 20 führen, wenn angenommen würde, der Ansprecher sei während seines Aufenthaltes in der Türkei der schweizerischen AHV unterstellt gewesen. Diese Randziffer lautet: «Wurde in einem Jahr nur ein Teil der geschuldeten Beiträge geleistet (z. B. wegen

teilweiser Abschreibung), so zählt unter folgenden Voraussetzungen das ganze Jahr als Beitragszeit: . . . für Kalenderjahre bis 1968, wenn die bezahlten AHV-Beiträge des Unselbständigerwerbenden, Selbständigerwerbenden oder Nichterwerbstätigen 12 Franken betragen». Diese Weisung ist aber nicht anwendbar, wenn — wie vorliegend feststeht — für mehrere Monate des in Frage stehenden Jahres kein Beitrag entrichtet worden ist. In Zweifelsfällen muss die Verwaltung diesbezügliche Untersuchungen durchführen.

4. Unter diesen Umständen sind die Berechnungsgrundlagen zutreffend festgestellt worden, weshalb denn die Rentenskala 19 zu Recht anwendbar ist.

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 12. Oktober 1973 i. Sa. V. T.

Art. 11 Abs. 2 IVG. Besteht bei einem Versicherten eine Invalidität in rentenbegründendem Ausmass oder steht eine solche in absehbarer Zeit bevor, haftet die IV bei Krankheiten oder Unfällen, die durch angeordnete zumutbare Eingliederungsmassnahmen verursacht wurden, nicht nur für die Heilungskosten, sondern auch für den darüber hinausgehenden Schaden.

Die im Jahre 1942 geborene Versicherte wies eine angeborene Beinverkürzung rechts auf, die zu einem Beckenschiefstand und damit verbundenen Rückenbeschwerden führte.

Am 19. Oktober 1966 meldete sie sich bei der IV an mit dem Gesuch um Kostenübernahme für einen operativen Ausgleich der Beinverkürzung. Mit Beschluss vom 5. Dezember 1966 leistete die IV-Kommission Kostengutsprache für die Operation samt Nachbehandlung. Im Verlaufe des am 4. Februar 1967 durchgeführten Eingriffs zeigte sich, dass die ursprünglich vorgesehene Verkürzungsosteotomie von 4,5 cm nicht durchführbar war. Der operierende Arzt Dr. H entschloss sich daher, ein links gewonnenes Knochensegment von 1,5 cm am rechten Schienbeinkopf einzufügen.

Mit Bericht vom 17. Mai 1967 teilte Dr. H der IV-Kommission mit, im Anschluss an die Operation sei es zu einer schweren Staphylokokken-Infektion gekommen, die zu einer Nekrotisierung des am rechten Schienbein eingesetzten Knochenstückes und praktisch zu einer völligen Abstossung der Muskulatur am Unterschenkel geführt habe. In der Folge trat eine Peroneus-Lähmung rechts mit Hängefuss und Krallenzehen auf.

In Ergänzung ihres früheren Beschlusses leistete die IV-Kommission am 22. Januar 1968 Kostengutsprache für eine plastische Operation am rechten Unterschenkel sowie für konsiliarische Abklärungen. Zudem wurde am 16. Juni 1969 Kostenübernahme für die Korrektur der Fussfehlstellung beschlossen.

Mit Eingabe vom 14. Juli 1971 machte Rechtsanwalt X namens der Versicherten eine Schadenersatzforderung im Sinne von Art. 11 Abs. 2 IVG für bereits erlittenen und künftigen Erwerbsausfall von insgesamt 81 906.65 Franken geltend.

Gestützt auf einen weiteren Bericht von Dr. H und eine Stellungnahme des BSV wies die IV-Kommission das Begehren mit Beschluss vom 31. Januar 1972 ab.

Gegen die entsprechende Kassenverfügung vom 9. Februar 1972 erhob der rechtliche Vertreter der Versicherten Beschwerde bei der kantonalen Rekursbehörde. In der Begründung wird ausgeführt, das Gesetz sage nicht ausdrücklich, in welchem Zeitpunkt der Rentenanspruch bestehen müsse. Da aber nach Art. 8 Abs. 1 IVG die von einer Invalidität unmittelbar Bedrohten den Invaliden gleichgestellt seien, lasse es sich nicht rechtfertigen, diese hinsichtlich des Eingliederungsrisikos schlechter zu behandeln. Mit Rücksicht auf den Grundsatz «Eingliederung vor Rente» könne es zudem nicht darauf ankommen, ob der Versicherte zunächst selbst medizinische Massnahmen verlangt oder ob Antrag auf Rente gestellt ist, aufgrund dessen die IV-Kommission vorerst medizinische Eingliederungsmassnahmen anordnet.

Die kantonale Rekursbehörde wies die Beschwerde mit Entscheid vom 23. November 1972 ab. Aus dem Wortlaut von Art. 11 Abs. 2 IVG ergebe sich klar, dass der volle Schaden nur zu ersetzen sei, wenn die IV — statt einem Rentenbegehren zu entsprechen — vom Versicherten verlangt, dass er sich zunächst Eingliederungsmassnahmen unterzieht. Ob für die Anwendbarkeit von Art. 11 Abs. 2 IVG auch eine unmittelbar drohende Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 IVG genüge, könne offen gelassen werden, da es sich vorliegend jedenfalls nicht um eine von der IV zugemutete Eingliederungsmassnahme handle.

Gegen diesen Entscheid erhebt der Rechtsvertreter der Versicherten rechtzeitig Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Er macht erneut geltend, eine Haftung der IV für das volle Eingliederungsrisiko sei schon dann gegeben, wenn der Versicherte ohne Durchführung von Eingliederungsmassnahmen in absehbarer Zeit als Rentenbezüger in Betracht fallen würde. Nachdem die IV den Eingriff als medizinische Eingliederungsmassnahme angeordnet habe, habe sie anerkannt, dass die Versicherte von einer Invalidität unmittelbar bedroht gewesen sei. Die IV sei daher haftbar für die Folgen des gegen den Willen der Versicherten durchgeführten Eingriffs.

Das BSV lässt sich mit dem Antrag auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vernehmen.

Das EVG hiess die Verwaltungsgerichtsbeschwerde im Sinne folgender Erwägungen gut:

1. Nach Art. 11 Abs. 1 IVG hat der Versicherte Anspruch auf Ersatz der Heilungskosten für Krankheiten und Unfälle, die durch Eingliederungsmassnahmen verursacht werden. Die entsprechende Haftung besteht grundsätzlich nur, wenn eine von der IV angeordnete Eingliederungsmassnahme die adäquate Ursache einer den Versicherten schädigenden Krankheit oder eines diesen beeinträchtigenden Unfalles ist. Die Haftung der IV ist auch zu bejahen, wenn die in Frage stehende Eingliederungsmassnahme lediglich eine adäquate Teilursache der Krankheit oder des Unfalles ist (EVGE 1968, S. 199, ZAK 1968, S. 688; EVGE 1965, S. 77, ZAK 1965, S. 498).

Erfüllt der Versicherte hinsichtlich der Invalidität die Voraussetzungen für den Rentenanspruch, werden ihm jedoch Eingliederungsmassnahmen zugemutet, so erstreckt sich der Anspruch auch auf den Ersatz des nach Art. 11 Abs. 1 IVG nicht gedeckten Schadens (Art. 11 Abs. 2 IVG).

2. Es ist unbestritten, dass die IV gemäss Art. 11 Abs. 1 IVG für die Heilungskosten bezüglich der im Anschluss an die Operation aufgetretenen Folgerscheinungen aufzukommen hatte. Fraglich ist dagegen, ob eine Haftung auch für den über die Heilungskosten hinausgehenden Schaden besteht.

Die Beschwerdeführerin möchte Art. 11 Abs. 2 IVG in dem Sinne verstanden wissen, dass die IV für den über die Heilungskosten hinausgehenden Schaden auch dann aufzukommen hat, wenn keine Rente beantragt worden ist, jedoch ohne Durchführung der Eingliederungsmassnahme mit einer künftigen rentenbegründenden Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 IVG in absehbarer Zeit gerechnet werden müsste.

3. Auf die Anmeldung eines Versicherten hin hat die IV-Kommission von Amtes wegen abzuklären, ob vorgängig der Gewährung einer Rente Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind, selbst wenn solche vom Versicherten nicht verlangt werden. Daher ist der Beschwerdeführerin darin beizupflichten, dass das Ausmass der Risikodeckung nicht davon abhängig ist, ob der Versicherte primär eine Rente oder aber Kostenübernahme für eine Eingliederungsmassnahme beantragt. Vielmehr ist objektiv festzustellen, ob nach den gegebenen Umständen eine Invalidität von rentenbegründendem Ausmass bestanden hat, die Anlass zu vorgängigen Anordnungen von Eingliederungsmassnahmen geben musste. Andernfalls würde derjenige Versicherte schlechter gestellt, der, obwohl mindestens zu 50 Prozent invalid, gemäss der gesetzlichen Ordnung vorerst die Gewährung von Eingliederungsmassnahmen beantragt, gegenüber demjenigen Versicherten, der auf einer Rentengewährung beharrt, obwohl vorgängig Eingliederungsmassnahmen am Platze sind.

4. Art. 11 Abs. 2 IVG setzt unter anderem voraus, dass dem Versicherten Eingliederungsmassnahmen «zugemutet» werden. Aus dieser Formulierung darf nicht geschlossen werden, die erweiterte Risikodeckung bestehe nur, wenn die Eingliederungsmassnahme gegen den Willen des Versicherten angeordnet würde. Wie den Erläuterungen in der Botschaft des Bundesrates vom 24. Oktober 1958 (BBl 1958 II 1174; Separatausgabe S. 38) zu entnehmen ist, wollte mit der Verwendung des Ausdrucks «zumuten» lediglich festgehalten werden, dass es sich auch im Rahmen dieser Spezialnorm nur um zumutbare Eingliederungsmassnahmen handeln kann. Sinngemäss will also die genannte Bestimmung besagen, dass die erweiterte Risikodeckung gewährt wird, wenn zumutbare Eingliederungsmassnahmen angeordnet werden.

Etwas anderes lässt sich auch aus dem Wort «jedoch» im erwähnten Satzteil nicht ableiten. Wie die Beschwerdeführerin zutreffend dartut, wird damit lediglich auf die gesetzliche Ordnung hingewiesen, wonach die Eingliederungsmassnahmen vor den Renten stehen.

5. Weitere Voraussetzung für die erweiterte Risikodeckung ist nach Art. 11 Abs. 2 IVG, dass der Versicherte hinsichtlich der Invalidität die Voraussetzungen für den Rentenanspruch erfüllt.

Der Wortlaut dieser Bestimmung lässt darauf schliessen, dass die Voraussetzungen für den Rentenanspruch in dem Zeitpunkt gegeben sein müssen, da — anstelle der Rentenzusprechung — Eingliederungsmassnahmen ange-

ordnet werden. Die Beschwerdeführerin macht jedoch geltend, dass nach Art. 8 Abs. 1 IVG nicht nur der Invalide, sondern auch der von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen hat. In analoger Weise müsse im Rahmen von Art. 11 Abs. 2 IVG der Fall behandelt werden, wo der Rentenanspruch unmittelbar bzw. in absehbarer Zeit bevorstehe, falls keine Eingliederungsmassnahmen durchgeführt würden. Dies habe auch der Bundesrat in der Botschaft vom 24. Oktober 1958 (BBl 1958 II 1174 und 1256; Separatausgabe S. 38 und 120) klar zum Ausdruck gebracht.

Der Auffassung der Beschwerdeführerin ist beizupflichten. Der Grundsatz von Art. 8 Abs. 1 IVG ist auch im Rahmen von Art. 11 Abs. 2 IVG anwendbar. Es macht daher keinen Unterschied aus, ob die Voraussetzungen des Rentenanspruchs im Zeitpunkt der Eingliederungsmassnahme bereits erfüllt sind oder ob der Rentenanspruch unmittelbar bevorsteht.

Zum Begriff der Unmittelbarkeit im Sinne von Art. 8 Abs. 1 IVG hat das EVG in BGE 96 V 76 (ZAK 1970, S. 552) festgestellt, dass er gegeben ist, wenn eine Invalidität in absehbarer Zeit einzutreten droht, nicht aber, wenn der Eintritt der Invalidität zwar als gewiss erscheint, der Zeitpunkt dieses Eintrittes aber ungewiss ist. Diese Grundsätze sind auch im Rahmen von Art. 11 Abs. 2 IVG anwendbar.

6. Im vorliegenden Falle ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Kassenverfügung, welche die Eingliederungsmassnahme anordnete, nicht in rentenbegründendem Ausmass invalid war. Ob damals eine rentenbegründende Invalidität in absehbarer Zeit einzutreten drohte, ergibt sich aus den Akten nicht mit hinreichender Zuverlässigkeit. Dr. H. teilte der IV-Kommission im November 1966 mit, durch den Eingriff würden künftig auftretende Kreuzschmerzen behoben, welche die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sicher beeinträchtigen würden. Aber es steht nicht fest, ob damals anzunehmen war, diese Beeinträchtigung werde ein rentenbegründendes Ausmass erreichen, und ob der Zeitpunkt ihres Eintrittes absehbar war oder noch ungewiss.

Hierüber wird die IV-Kommission noch nähere Abklärungen zu treffen haben. Sollte sie darnach die Voraussetzungen von Art. 11 Abs. 2 IVG als erfüllt erachten, dann hätte sie weiter das Massliche der Schadenersatzforderung abzuklären. Die Ausgleichskasse wird alsdann in jedem Falle eine neue beschwerdefähige Verfügung erlassen.

Urteil des EVG vom 23. Oktober 1973 i. Sa. S. R.

Art. 21 Abs. 1 IVG; Art. 14 Abs. 1 IVV. Nachtschienen wie auch Liegeschalen stellen in der Regel ein der Behandlung dienendes Gerät dar und können bei Leidensbehandlungen im Gegensatz zu Thomasschienen, die das Gehen und damit die Schulung und die Erwerbstätigkeit ermöglichen, von der IV nicht übernommen werden.

Der heute 53jährige Versicherte leidet unter anderem an progredient chronischer Polyarthrit. Zudem weisen seine Handgelenke eine erhebliche Neigung zu Ulnardeviation auf. Er ersuchte deshalb am 12. Oktober 1972 die IV um Abgabe von zwei Nachtschienen für die Hände. Die IV-Kommission beschloss

jedoch am 22. November 1972, das Leistungsbegehren abzuweisen, da es sich nach den medizinischen Unterlagen hierbei nicht um ein Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG, sondern um einen Bestandteil des Heilverfahrens handle, für welches die IV nicht aufzukommen habe. Dieser Beschluss wurde dem Versicherten von der Ausgleichskasse am 23. November 1972 eröffnet.

Der Versicherte beschwerte sich mit dem Antrag, die Kassenverfügung sei aufzuheben und dem Gesuch um Übernahme der Kosten der zwei Nachtschienen durch die IV zu entsprechen. Bei diesen Schienen handle es sich tatsächlich um Hilfsmittel gemäss Art. 21 IVG.

In Gutheissung der Beschwerde entschied die kantonale Rekursbehörde am 6. Juli 1973, die IV habe für die der Korrektur der Hände dienenden Nachtschienen Kostengutsprache zu leisten, weil ihnen Hilfsmittelcharakter zukomme.

Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt das BSV Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheides und Wiederherstellung der Kassenverfügung vom 23. November 1972.

Das EVG hiess die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gut, wobei es folgende Erwägungen anstellte:

1. Nach Art. 21 Abs. 1 IVG hat der Versicherte im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren er für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit in seinem Aufgabenbereich, für die Schulung, die Ausbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf. Die bundesrätliche Liste ist in Art. 14 Abs. 1 IVV enthalten und führt unter anderem folgende Hilfsmittelgruppe auf: «Stütz- und Führungsapparate, wie Bein- und Armapparate, orthopädische Korsetts, Kopfhalter, Schienen, Schalen und Bandagen für orthopädische Korrekturen, orthopädisches Schuhwerk und Schuheinlagen» (Bst. b).

Während die Verwaltungsorgane der IV sowie das BSV die Ansicht vertreten, bei den streitigen Armschienen handle es sich um Geräte, deren Verwendung lediglich einen Bestandteil der Krankheitsbehandlung darstellten, wird im vorinstanzlichen Entscheid die Ansicht des Versicherten geteilt, diese seien als Hilfsmittel zu qualifizieren.

2. Die kantonale Rekursbehörde weist zutreffend darauf hin, in EVGE 1963, S. 144 (ZAK 1963, S. 502) habe das EVG entschieden, dass bei einem an Epiphysolyse erkrankten Versicherten eine Thomasschiene, die das Gehen ermögliche, ein Hilfsmittel im Sinne des Gesetzes darstelle; sie sei nämlich geeignet, eine Erwerbstätigkeit bzw. eine Schulung zu ermöglichen, da der Versicherte zur Zurücklegung des Schulweges auf sie angewiesen sei. Daraus zieht die Vorinstanz den Schluss, die streitigen Nachtschienen hätten dieselbe Funktion wie die Thomasschienen, denn wenn sie auch nicht bei der Arbeit selbst getragen würden, ermöglichten sie es doch offensichtlich, dass der Versicherte tagsüber seine Erwerbstätigkeit, bei der er sich auch der Hände bedienen müsse, ausüben könne.

Diese Auffassung der kantonalen Rekursbehörde ist unzutreffend. Wie das BSV in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit Recht einwendet, wird die Thomasschiene nur tagsüber getragen und dient insbesondere dazu, Kinder bzw. Jugendliche, die an Morbus Perthes oder an Epiphysiolysis capitis femoris leiden, gehfähig zu machen, damit sie die Schule besuchen bzw. ihrer Ausbildung nachgehen können. Diese Zweckbestimmung ist Nachtschienen in

der Regel nicht eigen. Sie stellen ein der Behandlung des Leidens dienendes Gerät dar und sind weitgehend vergleichbar mit einer Liegeschale, deren Kosten gemäss EVGE 1964, S. 24 (ZAK 1964, S. 219) nicht von der IV übernommen werden können. Selbst der behandelnde Arzt hat übrigens der IV-Kommission auf Rückfrage hin berichtet, die Nachtschienen seien kein Hilfsmittel gemäss Art. 21 IVG, sie gehörten «zur Behandlung der Krankheit». In diesem Zusammenhang ist noch darauf hinzuweisen, dass das EVG in einem Urteil vom 17. Januar 1973 (vgl. RSKV 1/1973, S. 31) entschieden hat, eine zufolge Ellbogenbruchs ärztlich verordnete Lagerschiene für den Unterarm und die Hand diene therapeutischen Zwecken, so dass dafür die Krankenkasse (und nicht die IV) aufzukommen habe.

Urteil des EVG vom 11. Oktober 1973 i. Sa. J. R.

(Übersetzung aus dem Französischen)

Art. 2 Ziff. 451 GgV. Die neue und engere Umschreibung des Begriffes der angeborenen Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ist gesetzeskonform.

GgV vom 20. Oktober 1971; Übergangsrecht. Die Verfügungen, die gemäss den inzwischen aufgehobenen GgV-Bestimmungen erlassen worden sind, begründen keine «wohlerworbenen Rechte». (Bestätigung der Praxis)

Die am 11. Januar 1962 geborene Versicherte leidet an Diabetes mellitus, welcher am 11. Oktober 1970 festgestellt worden war. Sie wurde deshalb vom 12. bis 22. Oktober 1970 hospitalisiert. Aufgrund der am 15. Oktober 1970 erfolgten Anmeldung und nachdem der behandelnde Arzt ein Geburtsgebrechen bestätigt hatte, gewährte die IV-Kommission die erforderlichen medizinischen Massnahmen — d. h. die Spitalbehandlung sowie die ambulante Behandlung beim Hausarzt bis zum 31. Januar 1982 — gestützt auf Art. 2 Ziff. 451 der GgV vom 10. August 1965. Dieser Beschluss wurde mit Verfügung vom 8. April 1971 durch die Ausgleichskasse eröffnet.

Am 15. November 1972 meldete der Vater der Versicherten, der Gesundheitszustand seiner Tochter habe sich verschlechtert. Zugleich beantragte er die Übernahme der ambulanten Behandlungen im Spital sowie der Transportkosten inklusive Begleitperson durch die IV. Demgegenüber stellte die IV-Kommission fest, dass im vorliegenden Fall nach dem neuen Wortlaut von Art. 2 Ziff. 451 GgV keine Leistungen mehr möglich sind. Deshalb wies sie das ihr gestellte Begehren ab und entschied überdies, die mit der früheren Verfügung gewährten Leistungen mit Bekanntgabe ihres neuen Beschlusses zu entziehen. Dieser Entscheid wurde dem Vater der Versicherten mit Verfügung vom 21. November 1972 durch die Ausgleichskasse eröffnet.

In seiner Beschwerde an die kantonale Rekursinstanz verlangte der Vertreter der Versicherten die Aufhebung der Verfügung vom 21. November 1972. Zudem stellte er das Begehren, die ambulanten Behandlungen im Spital sowie die bisher bewilligten Leistungen seien weiterhin zu gewähren. Die kantonale Rekursbehörde wies mit Entscheid vom 19. Juni 1973 die Beschwerde in dem Sinne ab, als sie sich bezüglich des erneuten Begehrens um Leistungen auf den Standpunkt der angefochtenen Verfügung stellte. Hin-

gegen hiess sie die Beschwerde insofern teilweise gut, als sie erklärte, die früher bewilligten Leistungen sollten bis zum 31. Dezember 1974 weitergewährt werden.

In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde kommt der Vertreter der Versicherten auf seine Anträge vor der ersten Instanz zurück und macht geltend, im vorliegenden Fall liege doch unzweifelhaft ein Geburtsgebrechen vor. Einerseits hätten die mit Verfügung vom 8. April 1971 bewilligten Leistungen den Charakter erworbener Rechte; andererseits habe der Bundesrat seine Kompetenzen überschritten, indem er gestützt auf Art. 13 IVG Art. 2 Ziff. 451 in die GgV vom 20. Oktober 1971 aufgenommen hat.

Während die Ausgleichskasse wie auch die IV-Kommission sich nicht zum Fall äusserten, beantragte das BSV in seiner Vernehmlassung die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Gründen abgewiesen:

1. Nach Ziff. 451 von Art. 2 GgV vom 10. August 1965, welche seit dem 1. Januar 1968 in Kraft steht, gilt der Diabetes mellitus als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG, «sofern dieser innert den ersten vier Lebenswochen festgestellt wird oder unzweifelhaft manifest ist». Diese Verordnung des Bundesrates ist indessen ausser Kraft gesetzt und durch jene vom 20. Oktober 1971 ersetzt worden, welche nun seit dem 1. Januar 1972 in Kraft steht. Deren Ziffer 451 anerkennt den Diabetes mellitus als Geburtsgebrechen im IV-rechtlichen Sinne, «sofern dieser innert den ersten vier Lebenswochen festgestellt wird oder unzweifelhaft manifest war».

Der behandelnde Arzt hat aufgrund der ihm bekannten Familienanamnese bestätigt, dass ein Diabetes mellitus als Geburtsgebrechen vorliege. Diese Feststellung erfolgte indessen erst im 10. Lebensjahr. Damals war die IV-Kommission noch berechtigt, der Versicherten Leistungen aufgrund von Art. 13 zu gewähren. Das BSV betont zwar in seiner Vernehmlassung, dies sei keineswegs der Fall. Die Frage kann hier aber offen bleiben angesichts des Ausgangs des Verfahrens (vgl. Erwägung 3 unten).

Von entscheidender Bedeutung ist hingegen, dass kein Anspruch auf Leistungen gemäss Art. 2 Ziff. 451 der am 1. Januar 1972 in Kraft getretenen Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV neu) bestanden hat. Der Diabetes war vor dem Oktober 1970 weder manifest noch als solcher festgestellt worden. Die periodischen Kontrollen beim Hausarzt waren hinsichtlich dieser familiären Veranlagung bis zu jenem Zeitpunkt immer negativ.

2. Der Vertreter der Beschwerdeführerin macht nun geltend, Art. 2 Ziff. 451 GgV neu sei gesetzeswidrig, indem nämlich als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG nicht mehr solche gelten, welche medizinisch erfasst werden, sondern nur jene, die in der GgV aufgeführt sind.

Die wortwörtliche Auslegung von Art. 13 IVG könnte nach dem französischen Text, welcher mit den Worten «le Conseil fédéral établira une liste de ces infirmités» beginnt, vermuten lassen, alle minderjährigen Versicherten mit einem Geburtsgebrechen — ausgenommen solche mit geringfügigen Behinderungen — hätten Anspruch auf die zur Behandlung des Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Massnahmen. Eine andere Begriffsbestimmung als eine rein medizinische wäre demnach unzulässig. Der deutsche und der italienische Text sind indessen präziser formuliert: «Der Bundesrat be-

zeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden...» «Il Consiglio federale designa le infermità per le quali sono concessi tali provvedimenti...» Eine solche Kompetenzdelegation erlangt insofern Bedeutung, als die Geburtsgebrechen, deren Behandlung die IV übernimmt, als solche umschrieben und Kriterien aufgestellt werden können, die den streng medizinischen Rahmen überschreiten.

Der Bundesrat hat dabei allerdings die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu berücksichtigen. Beispielsweise darf er kein Gebrechen aus der Liste streichen, welches nach der einhelligen Auffassung der Ärzteschaft als Geburtsgebrechen anerkannt werden sollte. Dagegen besteht im vorliegenden Fall ein Leiden, bei dem die medizinische Wissenschaft geteilter Meinung ist, namentlich wenn es nur kurz nach der Geburt erkannt werden soll. Nach den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist es nicht immer möglich, mit Sicherheit die Abgrenzung eines bei der Geburt vorliegenden Leidens und einer diesbezüglichen Anlage vorzunehmen, solange nicht irgendwelche Schwierigkeiten während der ersten Lebenswochen zutage treten. Die Familienanamnese kann sicher ein Indiz dafür bilden, aber keinen Beweis liefern. Da der Grundsatz der Rechtsgleichheit Normen verlangt, ist es keineswegs willkürlich, Kriterien aufzustellen, die wie beim Diabetes mellitus erfordern, dass der Charakter eines Geburtsgebrechens während den ersten Lebenswochen erkannt werden oder unzweifelhaft manifest sein muss, da er sonst nicht mit rechtsgenügender Zuverlässigkeit feststellbar wäre. Deshalb hat der Bundesrat — wie das EVG in früheren Urteilen festgehalten hat — die Grenzen der oben erwähnten Gesetzesdelegation nicht überschritten. So muss die Verwaltungsgerichtsbeschwerde bezüglich der Gewährung künftiger Leistungen abgelehnt werden.

3. Der Vertreter der Beschwerdeführerin macht geltend, die mit Verfügung vom 8. April 1971 zugesprochenen medizinischen Massnahmen, welche bis zum 31. Januar 1982 befristet wurden, hätten den Charakter von wohlverworbenen Rechten.

Die Verordnung über Geburtsgebrechen vom 20. Oktober 1971 (GgV neu) enthält indessen keine Übergangsbestimmungen. Deshalb stellt sich die Frage, was mit Verfügungen, welche unter der Herrschaft der alten Ordnung (GgV alt) in Rechtskraft erwachsen sind, zu geschehen habe, wenn nach neuem Recht kein Anspruch auf Leistungen mehr besteht. Dazu hat sich das EVG schon in einem früheren Fall geäussert, wobei es implizite die These der «wohlverworbenen Rechte» verworfen und erklärt hat, solche Verfügungen würden keineswegs automatisch aufgehoben. An der Rechtsprechung (BGE 99 V 37, ZAK 1974, S. 40), wonach die Grundsätze der Gesetzmässigkeit und der Rechtsgleichheit eine Anpassung an das jeweilige Recht verlangten, sei weiterhin festzuhalten.

Angesichts der Unmöglichkeit, eine Vielzahl von Verfügungen nach dem Inkrafttreten der neuen GgV zu widerrufen, hat das BSV als weisungsbeauftragte Aufsichtsbehörde diesbezügliche Anordnungen getroffen (vgl. Kreisreiben über medizinische Eingliederungsmassnahmen, gültig ab 1. Januar 1972, Rz 302; ergänzt durch die IV-Mitteilung Nr. 151, ZAK 1973, S. 22). Danach ist in diesen Fällen die Leistungspflicht bis zum 31. Dezember 1974 zu begrenzen. Obwohl diese Weisungen nicht als bindend gelten, hat das EVG anerkannt, dass sie mit den Grundsätzen des Bundesrechts übereinstimmen.

Vorliegendenfalls hat sich die kantonale Rekursinstanz an die oben erwähnten Bestimmungen gehalten, welche einen solchen Anspruch bis zum 31. Dezember 1974 vorsehen, wobei die bisherigen Leistungen bis zu diesem Datum erbracht werden. Daher muss die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ebenfalls bezüglich solcher Leistungen über den 31. Dezember 1974 hinaus abgelehnt werden.

Renten

Urteil des EVG vom 27. Juli 1973 i. Sa. G. G.

Art. 41 IVG und Art. 88bis Abs. 1 IVV. Für die revisionsweise Beurteilung des Rentenanspruchs bei Schubkrankheiten ist es gemäss Verwaltungspraxis angezeigt, zur Ermittlung des Invaliditätsgrades auf die durchschnittliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit während eines längeren Zeitabschnittes abzustellen.

Der 1938 geborene, ledige G. G. leidet an Schizophrenie, die sich seit 1964 in wechselndem Masse auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirkt. Entsprechend der schwankenden Gesundheits- und Einkommensverhältnisse richtete die IV dem Versicherten ab 1. März 1965 abwechselnd eine ganze Rente während 19 Monaten, eine halbe während 9 Monaten, eine ganze während 23 Monaten, eine halbe während 4 Monaten und schliesslich — bis Ende April 1972 — eine ganze Rente während 31 Monaten aus. Insgesamt erhielt der Beschwerdeführer somit während 73 Monaten eine ganze und während 13 Monaten eine halbe IV-Rente.

Mit Verfügung vom 21. April 1972 wurde die Rente auf Ende April 1972 aufgehoben. Beim entsprechenden Beschluss ging die IV-Kommission davon aus, dass der Versicherte seit Februar 1971 in der Firma X arbeitete und dort ein Jahreseinkommen von 15 400 Franken erzielte. Im Vergleich zum Normaleinkommen eines kaufmännischen Angestellten von rund 25 000 Franken ergebe sich ein Invaliditätsgrad von nurmehr 39 Prozent; ein Härtefall liege nicht vor. Eine gegen diese Verfügung eingereichte Beschwerde wurde von der kantonalen Rekursbehörde mit Entscheid vom 30. Juni 1972 mit gleicher Begründung abgewiesen.

Mit rechtzeitiger Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt der Vater des Versicherten die Zusprechung einer halben Rente, da sein Sohn über 50 Prozent invalid sei. Dessen Einkommen liege unter der Hälfte des hypothetischen Einkommens von 25 000 Franken, da er nicht eine normale Arbeitszeit einhalten könne.

Während sich die Ausgleichskasse eines bestimmten Antrages enthält, trägt das BSV auf Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde und Gewährung einer halben Rente für die Zeit nach dem 30. April 1972 an. Es liege eine Schubkrankheit vor, bei welcher der durchschnittliche Invaliditätsgrad aus einer längeren Beobachtungszeit (zwei Jahre) zu bestimmen sei.

Nachträglich reicht die IV-Kommission verschiedene zusätzliche Aktenstücke ein, aus denen sich ergibt, dass seit Frühjahr 1972 wiederum vermehrt psychische Störungen aufgetreten sind. Vom 4. Mai bis 14. Juni 1972 war der

Versicherte voll arbeitsunfähig, anschliessend zu 50 Prozent und vom 8. Juni bis 12. Oktober 1972 hielt er sich in einer Nervenklinik auf. Am 7. Mai 1973 nahm er die Arbeit in der Firma X zu einem Monatslohn von 860 Franken in reduziertem Masse wieder auf.

Das EVG hat die Beschwerde mit folgender Begründung gutgeheissen:

1. Laut Art. 28 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Rente, wenn der Versicherte mindestens zu zwei Dritteln, derjenige auf eine halbe Rente, wenn er mindestens zur Hälfte invalid ist. Die halbe Rente kann in Härtefällen auch bei einer Invalidität von mindestens einem Drittel ausgerichtet werden. Gemäss Abs. 2 der genannten Gesetzesbestimmung wird für die Bemessung der Invalidität «das Erwerbseinkommen, das der Versicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre».

Art. 29 Abs. 1 IVG bestimmt, dass der Rentenanspruch entsteht, «sobald der Versicherte mindestens zur Hälfte bleibend erwerbsunfähig geworden ist oder während 360 Tagen ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zur Hälfte arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig ist». Für die Frage des Anspruchbeginns ist somit entscheidend, ob der Versicherte eine voraussichtlich bleibende Erwerbsunfähigkeit (Variante 1 von Art. 29 Abs. 1 IVG) oder eine längere Zeit dauernde Krankheit (Variante 2 von Art. 29 Abs. 1 IVG) aufweist. Bleibende Erwerbsunfähigkeit ist nach ständiger Rechtsprechung und Verwaltungspraxis dann anzunehmen, wenn ein weitgehend stabilisierter, im wesentlichen irreversibler Gesundheitsschaden vorliegt, welcher die Erwerbsfähigkeit des Versicherten voraussichtlich dauernd in rentenbegründendem Ausmass beeinträchtigen wird. Als relativ stabil geworden kann ein ausgesprochen labil gewesenes Leiden nur dann betrachtet werden, wenn sich sein Charakter deutlich in der Weise geändert hat, dass vorausgesehen werden kann, in absehbarer Zeit werde keine praktisch erhebliche Wandlung mehr erfolgen (BGE 97 V 245; ZAK 1971, S. 466).

Laufende Renten sind für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad eines Rentners in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert (Art. 41 IVG). Die Revision erfolgt von Amtes wegen oder auf Gesuch hin, wobei die Regeln von Art. 29 Abs. 1 IVG über den Beginn des Rentenanspruchs sinngemäss anwendbar sind (Art. 88bis Abs. 1 IVV). Demnach darf in Fällen, die nach Variante 2 zu beurteilen sind, die ganze Rente nur dann aufgehoben werden, wenn der Versicherte während 360 Tagen ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich weniger als zur Hälfte arbeitsunfähig war und weiterhin weniger als zur Hälfte erwerbsunfähig ist. Die ganze Rente ist auf eine halbe zu reduzieren, wenn der Versicherte während der genannten Wartezeit weniger als zu zwei Dritteln, aber mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig war und weiterhin in diesem Ausmass erwerbsunfähig ist.

2. Der Beschwerdeführer leidet seit Jahren an Schizophrenie. Die Krankheit verläuft in der für Schubkrankheiten charakteristischen Form mit sich ablösenden Perioden von Remissionen und Rückfällen. Entsprechend den wechselnden Verhältnissen unterzog die IV-Kommission gestützt auf die Be-

stimmungen betreffend die Invaliditätsbemessung und die revisionsweise Überprüfung von Rentenverfügungen den Rentenanspruch innert sieben Jahren siebenmal einer Überprüfung, wobei fünfmal ein neuer Invaliditätsgrad ermittelt wurde.

Wie das BSV in seiner Vernehmlassung vom 9. November 1972 zutreffend darlegt, vermag die geltende Regelung der Invaliditätsbemessung bei Schubkrankheiten nicht durchwegs zu befriedigen. Bei diesen Leiden lösen sich Perioden der Arbeitsfähigkeit und solche der vollen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit oft kurzfristig ab. Beurteilt man dabei die sich ablösenden Perioden einzeln nach Variante 2, so wird man der tatsächlichen Beeinträchtigung häufig nicht gerecht. Der Versicherte ist unter Umständen dauernd vom Genuss einer Rente ausgeschlossen, wenn die einzelnen, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Krankheitsschübe regelmässig weniger als 360 Tage andauern. Ein befriedigendes Ergebnis lässt sich für die revisionsweise Beurteilung des Rentenanspruches in Fällen von Schubkrankheiten nur erreichen, wenn auf die durchschnittliche Beeinträchtigung während eines längeren Zeitabschnittes abgestellt wird. Es wird damit vermieden, dass die Rente einzig deshalb herabgesetzt oder aufgehoben werden muss, weil die auf längere Sicht erhebliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit von kurzen Perioden gesteigerter Erwerbsfähigkeit unterbrochen wird. Im übrigen bleibt dahingestellt, ob und in welcher Form diese Praxis auch auf die erstmalige Beurteilung des Rentenanspruches anzuwenden ist.

3. Die angefochtene Verfügung vom 21. April 1972 beruht auf dem Beschluss der IV-Kommission, auf den 29. Februar 1972 eine weitere Rentenrevision durchzuführen. Legt man der Beurteilung die vom BSV beantragte zweijährige Beobachtungsperiode zugrunde, so ergibt sich für diesen Zeitabschnitt (März 1970 bis Februar 1972) eine volle Erwerbsunfähigkeit des Versicherten während 11 Monaten (März 1970 bis Januar 1971) und eine teilweise Erwerbsunfähigkeit von 39 Prozent während 13 Monaten (Februar 1971 bis Februar 1972). Für die zweijährige Periode beträgt der Invaliditätsgrad somit 67 Prozent.

...

4. Es bleibt zu prüfen, ob der Beschwerdeführer auch die zweite der in Art. 29 Abs. 1 IVG für die Rentenzusprechung genannten Voraussetzungen erfüllt, wonach der Versicherte weiterhin mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig sein muss. Bei der revisionsweisen Prüfung des Rentenanspruches ist dabei zu beachten, dass eine Revision zu unterbleiben hat, wenn die Erwerbsunfähigkeit im Zeitpunkt der Revisionsverfügung von neuem ein rentenbegründendes Ausmass erreicht oder eine solche Verschlimmerung unmittelbar bevorsteht (ZAK 1972, S. 61; BGE 96 V 137).

Am 21. April 1972, als die angefochtene Verfügung erlassen wurde, arbeitete der Versicherte annähernd in vollem Umfange in der Firma X. Rund 14 Tage später musste er die Arbeit jedoch erneut für längere Zeit aufgeben. Eine Tätigkeit in beschränktem Ausmass konnte offenbar erst wieder im Mai 1973 aufgenommen werden.

Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind zwar grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verwaltungsverfügung massgebend. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand

in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (EVGE 1968, S. 16; ZAK 1970, S. 611).

Sowohl der bisherige Verlauf des Leidens wie auch die in den Akten enthaltenen ärztlichen Angaben lassen auf eine ungünstige Prognose hinsichtlich der künftigen Erwerbsfähigkeit des Versicherten schliessen. Auch im Zeitpunkt des Verfügungserlasses musste daher mit erneuter Arbeitsunfähigkeit gerechnet werden. Jedenfalls aber hätte die Verwaltung, sofern sie von der unmittelbar bevorstehenden Periode der vollen Erwerbsunfähigkeit Kenntnis gehabt hätte, dies bei der Beurteilung des Rentenanspruches berücksichtigen müssen. Da dieser Sachverhalt die prognostische Beurteilung des Falles im Zeitpunkt der Verwaltungsverfügung betrifft, ist er im Beschwerdeverfahren vor dem EVG nach dem oben Gesagten in die Beurteilung des Rentenanspruches miteinzubeziehen.

Daraus ergibt sich, dass der Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt zu über zwei Dritteln erwerbsunfähig war. Er hat demnach Anspruch auf Weiterausrichtung der ganzen Rente ab Mai 1972. Dem steht der Umstand nicht entgegen, dass der Beschwerdeführer selbst nur die Ausrichtung einer halben IV-Rente beantragt hat. Nach Art. 132 Bst. c OG kann das EVG über die Parteibehren hinausgehen.

Ergänzungsleistungen

Urteil des EVG vom 3. Juli 1973 i. Sa. N. R.

Art. 1 Abs. 3 ELG. Der Wohnsitz einer Person befindet sich aufgrund der Art. 23 und 24 ZGB an dem Orte, der für sie für kürzere oder längere Zeit zum Mittelpunkt ihrer Lebensbeziehungen wird. Dies gilt — bis zur Begründung eines neuen Wohnsitzes — selbst dann, wenn jener Ort vorübergehend (namentlich krankheitshalber) verlassen wird. (Erwägung 2)

G. R. (geb. 1887) und seine Ehefrau N. R. (geb. 1897) waren in X ansässig. Wegen depressiver Störungen verbrachte letztere von 1953 bis 1961 bloss rund drei Jahre bei ihrem Manne und die übrige Zeit in einer psychiatrischen Privatklinik in K. Am 9. Januar 1962, als die Patientin wieder einmal daheim weilte, starb ihr Ehemann. Am 30. Januar 1962 hob ihr Bruder ihren Heimatschein in X ab, hinterlegte ihn in Y und besorgte der Patientin daselbst ein Zimmer bei ihrer Schwester. Dort wohnte die Witwe bis zum 7. Februar 1962 und trat tags darauf wieder in die Privatklinik ein.

In der Folge lebte N. R. bis anfangs Juli 1967 noch rund ein Jahr und drei Monate bei ihrer Schwester und die übrige Zeit in der Klinik. Seit dem 19. Juli 1967 weilte sie ununterbrochen in der Klinik.

Am 25. Mai 1971 verlangte der Bruder bei der Ausgleichskasse in Y für seine Schwester eine EL zur einfachen Altersrente. Die Ausgleichskasse Y überwies das Gesuch der Ausgleichskasse in X. Doch bestritt diese am

5. Oktober 1971 ihre Zuständigkeit mit der Begründung, der Wohnsitz der Versicherten befinde sich seit dem 30. Januar 1962 in Y.

Die Ausgleichskasse Y schrieb am 2. November 1971 dem Bruder der Versicherten, sie betrachte sich als unzuständig, und focht gleichentags die Verfügung der Kasse X vom 5. Oktober 1971 bei der Rekursbehörde des Kantons X an.

Am 27. November 1972 teilte die Ausgleichskasse Y der Rekursbehörde mit, seit dem 19. April 1972 sei N. R. nunmehr bei der Einwohnerkontrolle ihrer Heimatstadt Z angemeldet.

Mit Urteil vom 18. Dezember 1972 pflichtete die Rekursbehörde des Kantons X der Verfügung der Ausgleichskasse X bei und wies die Beschwerde der Ausgleichskasse Y ab.

Die Ausgleichskasse Y führt rechtzeitig Verwaltungsgerichtsbeschwerde und wiederholt, die Versicherte habe ihren Wohnsitz nach wie vor in X.

Die Ausgleichskasse X hält das kantonale Urteil für richtig. Hingegen beantragen die Versicherte und das BSV, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gutzuheissen.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Gründen abgewiesen:

1. Zuständig für die Festsetzung und Auszahlung einer EL ist nach Art. 1 Abs. 3 ELG der Kanton, in dessen Gebiet der Rentenbezüger seinen zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Welcher Kanton das ist, muss im Streitfalle der Sozialversicherungsrichter entscheiden (EVGE 1969, S. 178, Erwägung 2).

Im vorliegenden Fall ist die Verfügung der Ausgleichskasse Y vom 2. November 1971 unmassgeblich, obschon sie weder vom Vertreter der Versicherten noch von der Ausgleichskasse X angefochten worden ist. Weil die Kasse Y am gleichen Tag die Verfügung der Kasse X vom 5. Oktober 1971 an das Versicherungsgericht X weitergezogen hat, ist nämlich die Kompetenz, den für die Gesuchstellerin zuständigen Kanton zu bezeichnen, von den Verwaltungsorganen auf den Richter übergegangen (EVGE 1958, S. 47, Erwägung 2, ZAK 1958, S. 144; EVGE 1960, S. 89, Erwägung 4, und 1962, S. 159, Erwägung 1).

2. Aufgrund der Art. 23 und 24 ZGB befindet sich der Wohnsitz einer Person an dem Orte, den sie für kürzere oder längere Zeit zum Mittelpunkt ihrer Lebensbeziehungen macht. An jenem Ort ist der Wohnsitz selbst dann, wenn sie ihn — zum Beispiel krankheitshalber — vorübergehend verlässt. Und dort bleibt er so lange erhalten, bis allenfalls anderswo ein neuer Wohnsitz begründet wird. Das EVG verweist auf BGE 69 I 12 und 79, 69 II 277 ff., 89 III 8, Erwägung 2, 97 II 3, Erwägung 3, 98 V 204, Erwägung 2, sowie auf EVGE 1957, S. 97, Erwägung 2 (ZAK 1957, S. 315) und EVGE 1958, S. 96.

3. Die Versicherte hatte seit dem 20. Oktober 1961 wieder einmal bei ihrem Ehemann in X gewohnt. Nachdem dieser am 9. Januar 1962 gestorben war und ihr Bruder ihren Heimatschein in X abgehoben hatte, hat sie Ende Januar 1962 bei ihrer Schwester in Y Wohnung genommen. Sie ist am 8. Februar 1962 dann wieder in die Klinik zurückgekehrt und hat am 28. März 1962 der Ausgleichskasse X persönlich geschrieben, man solle die Altersrente an ihre Wohnadresse in Y überweisen. Im ganzen hat die Versicherte in der Folge bis anfangs Juli 1967 noch die rund fünfzehn Monate, während welcher sie als aus der Klinik entlassen galt, und zudem wahrscheinlich auch kurz-

fristige Urlaube bei der Schwester in Y zugebracht. Ununterbrochen hospitalisiert ist die Patientin erst seit Mitte Juli 1967, wie sich einem Bericht der Klinik vom 24. November 1972 an die Vorinstanz entnehmen lässt.

Würdigt man alle diese Umstände, so hat die Versicherte mit dem Umzug von X zu ihrer Schwester den Wohnsitz nach Y verlegt, wie der kantonale Richter mit einleuchtender Begründung darlegt.

4. Demnach muss der Kanton Y die EL festsetzen und auszahlen, die der Versicherten gestützt auf das Gesuch vom 25. Mai 1971 allenfalls gebührt. Anscheinend ist die Rente der AHV ihr einziges Einkommen und hat sie kein Vermögen, wie ihr Bruder am 27. September 1972 der Vorinstanz geschrieben hat.

In K, d. h. am Ort ihres Klinikaufenthalts, hat die Versicherte kraft Art. 26 ZGB nie Wohnsitz zu begründen vermocht, wie die Vorinstanz zutreffend ausführt. Auch behauptet weder die Beschwerdeführerin noch der heutige Vertreter der Versicherten, dass diese seit dem 19. April 1972 ihren Wohnsitz in der Stadt Z habe. Solches ist in der Tat unwahrscheinlich, weil die Patientin sich seit dem 19. Juli 1967 ununterbrochen in der Privatklinik aufhält.

5. Übrigens klafft in der geltenden gesetzlichen Ordnung eine sozial unerfreuliche Lücke. Wie der vorliegende Fall zeigt, lässt diese es geschehen, dass ein Rentenbezüger unter Umständen jahrelang warten muss, bis auf sein Gesuch um eine EL überhaupt eingetreten wird.

Es obläge dem Gesetzgeber, diese Lücke durch eine entsprechende Ergänzung des ELG zu schliessen. Denkbar wäre etwa, den vom Rentenbezüger zuerst angegangenen Kanton zur vorläufigen Festsetzung und vorschussweisen Auszahlung der EL zu verhalten, sofern der laut Art. 1 Abs. 3 ELG massgebende Wohnsitz umstritten und solange er nicht rechtskräftig ermittelt ist. Das EVG verweist in diesem Zusammenhang auf Art. 26 Abs. 4 KUVG in Verbindung mit den Art. 18 und 19 der Verordnung III über die Krankenversicherung sowie auf die Art. 45^{bis} IVG und 88quinquies IVV.

Urteil des EVG vom 11. Juli 1973 i. Sa. H. Z.

Art. 3 Abs. 1 Bst. b ELG. Das Wohnrecht im Sinne von Art. 776 ZGB ist — sowohl seinem Wesen nach als auch in bezug auf seine Ausübung — unübertragbar und unvererblich. Sein Gegenwert darf deshalb dem Berechtigten, der es aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben kann, bei der Bemessung der EL nicht als Einkommen angerechnet werden.

Aus den Erwägungen:

1. ...
2. ...

3. Wie der Sohn der Beschwerdeführerin in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde ausführt, steht seiner Mutter auch heute noch das im Teilungsvertrag vereinbarte Wohnrecht in seinem Hause zu. Sie kann es jedoch aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben. Die Ausgleichskasse ist der Meinung, dass die Wohnung ohne grosse Schwierigkeiten an einen Dauerinteressenten oder an Feriengäste vermietet werden könnte, wobei ein jähr-

licher Erlös von mindestens 1 200 Franken resultieren dürfte. Dieser Auffassung kann indessen nicht beigepflichtet werden.

Gemäss Art. 776 Abs. 2 ZGB ist das Wohnrecht unübertragbar und unvererblich. Es ist weder der Substanz noch der Ausübung nach übertragbar. Vielmehr steht es dem Berechtigten grundsätzlich bloss für seine Person zu (Tuor, Das Schweizerische Zivilgesetzbuch, 8. Aufl., Zürich 1968, S. 576). Das Wohnrecht erschöpft sich somit in der Benützung der Wohnung durch eigenes Wohnen des Berechtigten und allfällig seiner Familienangehörigen und Hausgenossen (vgl. Art. 777 ZGB; BGE 52 II 136). Kann die Beschwerdeführerin das Wohnrecht gezwungenermassen nicht mehr ausüben und nach Gesetz auch nicht übertragen, so geht es nicht an, den Gegenwert dieses Rechts bei der Bemessung der ihr zustehenden EL als Einkommen anzurechnen.

4. ...

5. ...

6. ...

Urteil des EVG vom 10. Januar 1974 i. Sa. I. F.

Art. 4 Abs. 1 Bst. b ELG. Eine zweite Wohnung kann innerhalb des für den Mietzinsabzug vorgesehenen Höchstbetrages nur dann berücksichtigt werden, wenn diese aus beruflichen oder gesundheitlichen Gründen für den EL-Bezüger unentbehrlich ist.

An das
Bundesamt für
Sozialversicherung

3003 BERN

**Bestellschein
für Separatdruck aus ZAK 1974, Heft 2—5:
Der jugendliche Behinderte
in der Invalidenversicherung**

Bestellnummer 318.520.10; Preis Fr. 1.50

Wir bitten um Zustellung der folgenden Anzahl:

_____ Exemplare in deutscher Sprache

_____ Exemplare in französischer Sprache

Adresse und Unterschrift:

Bestellfrist: 7. Juni 1974

Auslieferung: voraussichtlich Ende Juni 1974

Von Monat zu Monat

Am 4. April tagte unter dem Vorsitz von Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung der *Ausschuss für IV-Fragen* der Eidgenössischen AHV/IV-Kommission. Die Sitzung war den auf den 1. Januar 1975 vorgesehenen Änderungen der IV-Verordnung auf dem Gebiete der individuellen Leistungen und der Invalidenhilfe gewidmet. Die entsprechenden Vorschläge des Bundesamtes wurden durchberaten und zuhanden der Gesamtkommission verabschiedet.

*

Die *Gemischte Kommission für die Zusammenarbeit zwischen AHV- und Steuerbehörden* tagte am 9. April unter dem Vorsitz von Dr. Wetenschwiler vom Bundesamt für Sozialversicherung. Sie behandelte insbesondere die Fragen der Erhöhung des Naturallohnsatzes in nicht-landwirtschaftlichen Betrieben, der Globallohnsätze der mitarbeitenden Familienglieder sowie der Zurechnung des entgeltlich erworbenen Goodwills zum betrieblichen Eigenkapital.

Ein halbes Jahrhundert AHV-Politik

Die AHV feierte vergangenes Jahr ihr 25jähriges Bestehen. Bei dieser Gelegenheit wurden hauptsächlich die Schöpfer des seit 1948 geltenden Gesetzes sowie die seitherige Entwicklung des Sozialwerkes gewürdigt. Ein im AHV-Jubiläumsvorjahr von der Bundeskanzlei herausgegebenes Dokument mit dem Titel «Referendumsvorlagen, dringliche Bundesbeschlüsse, Volksinitiativen, Volksabstimmungen» gibt uns Anlass, weiter zurückzublicken auf die Vorgeschichte der AHV, die im zweiten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts ihren Anfang nahm. Anhand einiger Ausschnitte aus dem Schweizerischen Bundesblatt der Jahre 1919 und 1929 sollen einerseits die damaligen Schwierigkeiten bei der im ersten Anlauf missglückten Schaffung einer Altersversicherung in Erinnerung gerufen und andererseits gezeigt werden, dass die heute zur Diskussion stehenden

Ausbaupläne (Indexierung der Renten, Obligatorischerklärung der beruflichen Vorsorge, Koordination usw.) Probleme aufwerfen, die in verschiedener Hinsicht den damals zu bewältigenden ähnlich sind.

Im Anschluss an den kleinen Exkurs in die Vorgeschichte der AHV werden aus dem eingangs erwähnten Dokument die von der Bundesversammlung beschlossenen Verfassungsänderungen, Bundesgesetze und Bundesbeschlüsse betreffend die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (bzw. -fürsorge) aufgeführt. Darauf folgt eine Übersicht über die Volksinitiativen zur gleichen Materie. Dieser Übersicht sind Erläuterungen über deren Erledigung sowie einige Anmerkungen über den Einfluss der Volksinitiativen auf die AHV beigefügt.

Die «AHV-Geschichte» lässt sich in drei Entwicklungsphasen gliedern. Die *erste Phase* (I; s. S. 218) umfasst den Verfassungsartikel von 1925, den vergeblichen Anlauf zur Schaffung eines AHV-Gesetzes im Jahre 1931 (Lex Schulthess) und die damit im Zusammenhang stehenden Bestrebungen für eine bundesrechtliche Altersfürsorge. Die Errichtung der AHV selbst blieb in der wirtschaftlichen und politischen Notlage der dreissiger Jahre stecken. Die sozialpolitische Wende von 1940 fusst auf der vollmachtenrechtlichen Lohn- und Verdienstersatzordnung und findet hier keinen Niederschlag. Sie sei immerhin erwähnt; die spätere Entwicklung wäre ohne sie undenkbar. Die *zweite Phase* (II) setzt mit dem AHV-Gesetz von 1946 und den Bemühungen für eine Alters- und Hinterlassenenfürsorge ein; die letztere wurde aus dem hiefür abgezweigten Anteil aus den Einnahmenüberschüssen der Lohn- und Verdienstersatzordnung 1940/47 finanziert. Die zweite Phase endet mit der vierten AHV-Revision; an sie schliesst sich die *dritte Phase* (III) mit der Einführung der Invalidenversicherung und den AHV-Anpassungsrevisionen an. Sie umfasst den Ausbau von AHV und IV bis zum heutigen Stand sowie die Einführung und Anpassung der Ergänzungsleistungen.

Kleiner Exkurs in die Vorgeschichte der AHV

Der Ruf nach einer eidgenössischen Alters- und Invalidenversicherung wurde schon zu Beginn dieses Jahrhunderts laut. Er verstärkte sich nach dem Ersten Weltkrieg. Anlass hiezu gaben «die durch den Krieg geschaffenen wirtschaftlichen Verhältnisse grosser Bevölkerungskreise, ... die Erkenntnis der Notwendigkeit und die Schärfung des sozialen Gewissens sowie der Wunsch nach Überbrückung der Klassengegensätze durch Betätigung opferwilliger Solidarität» (Bundesblatt 1919, Band IV).

Zahlreiche zwischen 1914 und 1918 eingereichte parlamentarische Vorstösse sowie verschiedene Eingaben an den Bundesrat und die Parolen der Parteien wiesen in die gleiche Richtung. So forderte eine gemeinsame Eingabe vom 14. August 1918 des Zentralverbandes christlich-sozialer Arbeiterorganisationen, des christlich-sozialen Gewerkschaftsbundes und des politischen Komitees der christlich-sozialen Organisationen der Schweiz kurz und bündig die «sofortige Inangriffnahme der Alters- und Invaliditätsversicherung für das Schweizervolk». Erwähnenswert und gerade heute wieder aktuell ist das Begehren des schweizerischen Betriebskrankenkassenverbandes vom 17. August 1918:

«Die Delegiertenversammlung des schweizerischen Betriebskrankenkassenverbandes vom 10. und 11. August 1918 in Schaffhausen, an der 42 000 Mitglieder des Verbandes vertreten waren, ersucht den hohen Bundesrat, den Auftrag betreffend das Studium der Alters- und Invalidenversicherung an das Bundesamt für Sozialversicherung derart zu erweitern, dass dieses die organische Verbindung einer obligatorischen Kranken-, Unfall-, Alters- und Invalidenversicherung studieren und womöglich befördern soll.»

Am 21. Juni 1919 erstattete der Bundesrat schliesslich eine ausführliche, 210 Seiten umfassende Botschaft betreffend «Einführung des Gesetzgebungsrechts über die Invaliditäts-, Alters- und Hinterlassenenversicherung und betreffend die Beschaffung der für die Sozialversicherung erforderlichen Bundesmittel». Die Botschaft gab sich betont optimistisch und liess keinen Zweifel offen, dass die Zeit «reif» sei, das grosse Sozialwerk zu errichten. Der folgende Ausschnitt macht die fast euphorische Stimmung deutlich:

«Alle diese Kundgebungen beweisen zur Genüge, dass es heute im wahren Sinne des Wortes der Wunsch und Wille des Volkes ist, den Ausbau der Sozialversicherung als Werk des Bundes zu vollziehen. Es ist deshalb überflüssig und würde zu weit führen, auch noch alle die Äusserungen von Vereinen, Versammlungen, der Presse usw. aufzuzählen, die einem Vorgehen des Bundes rufen. Wir begnügen uns mit der Feststellung, dass heute alle politischen Parteien die Einführung verlangen, dass ein Widerstand sich von keiner Seite gemeldet hat und dass die Frage in den weitesten Kreisen der Bevölkerung als eine dringliche angesehen wird. . . . Schliesslich wird, nachdem das Bedürfnis als ein gebieterisches zutage getreten ist, auch das letzte Hindernis, das finanzielle Bedenken, fallen und dem festen Entschlusse der Behörden sowie dem Opfersinn aller Bevölkerungskreise, die nötigen Mittel zu beschaffen, den Platz räumen müssen.

Tritt die Schweiz nun auch etwas später als verschiedene andere Staaten an die einheitliche Lösung des Problems, so wird dies auch einen Vorteil haben. Sie kann sich die Beispiele und Erfahrungen des Auslandes zunutze machen, ihre Einrichtungen den heutigen veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen anpassen und so ein Werk schaffen, das sie an die Spitze stellen und damit die Verzögerung reichlich wieder wettmachen wird.»

So schnell und so leicht liess sich indessen ein Werk von solcher Tragweite nicht schaffen. Zwar wurde der Artikel 34^{quater} als verfassungsmässige Grundlage in der Volksabstimmung vom 6. Dezember 1925 mit einem Verhältnis von etwa 2 zu 1 angenommen, doch bedurfte es weiterer 22 Jahre, bis das Schweizervolk einer Verwirklichung dieser Grundsätze zustimmte.

Stein des Anstosses in der ersten Gesetzesvorlage von 1931 war — nebst föderalistisch geprägten Befürchtungen — hauptsächlich die Finanzierung gewesen. Schon in der oben zitierten Botschaft von 1919 wurde das Finanzierungsproblem als grösstes Hindernis auf dem Weg zur Verwirklichung der Sozialversicherung erkannt. Die Klagen über die bedrängte Finanzlage des Bundes kommen uns heute — 55 Jahre später — recht vertraut vor:

«Nie hätte es dem Bunde schwerer fallen können, Mittel für dieses soziale Werk aufzubringen, als im gegenwärtigen Zeitpunkt, wo für die Verzinsung und Amortisation der für unsere Verhältnisse enormen Kriegsschuld von einer Milliarde 400 Millionen Franken gesorgt und gleichzeitig an die Wiederherstellung des Gleichgewichts in unserem Budget gedacht werden muss. Der Fehlbetrag im Budget der Eidgenossenschaft ist abgesehen von den für die Verzinsung und Amortisation der Kriegsschuld erforderlichen, auf rund 40 Millionen sich belaufenden Summen auf mindestens 70 Millionen Franken zu schätzen. Er ist in der Hauptsache zurückzuführen auf die gewaltige Steigerung der Ausgaben infolge der durch den Krieg hervorgebrachten Teuerung und Geldentwertung. ...

Es ist unter diesen Umständen klar, dass man jetzt nicht mehr sagen kann: wir führen diese und jene Neuerung ein, wir beschliessen diese und jene Ausgabe, die Mittel dazu werden sich dann schon finden, wie man das früher so oft getan hat. War das damals schon ein grosser Fehler, wie wir in der Einleitung zum Voranschlag für das Jahr 1912 in eindringlichster Weise zu konstatieren uns veranlasst sahen, so schliesst die heutige Finanzlage des Bundes ein solches Vorgehen einfach aus. Die Einführung der Invaliditäts-, Alters- und Hinterlassenen-

versicherung kann deshalb nur erfolgen, wenn gleichzeitig, d. h. in der gleichen Verfassungsvorlage, in der dem Bund das Recht zu dieser Einführung verliehen wird, ihm auch die nötigen Einnahmequellen für die von ihm aufzubringenden Mittel für diese Versicherung eröffnet werden.»

Der im Jahre 1925 angenommene (und auch der seit dem 3. Dezember 1972 gültige) Verfassungsartikel 34^{quater} bestimmte, dass die finanziellen Leistungen des Bundes und der Kantone sich zusammen auf höchstens die Hälfte des Gesamtbedarfes der Versicherung belaufen dürfen. Die Botschaft zum Gesetzesentwurf von 1929 schlägt vor, bei den Zuwendungen der öffentlichen Hand bis zum verfassungsmässigen Höchstbetrag zu gehen ¹, um so «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». Man war sich somit der starken Widerstände seitens der Wirtschaft und auch aus dem Volk bezüglich der finanziellen Belastung bewusst. Die Rücksicht auf die Abneigung des Bürgers gegen zusätzliche finanzielle Belastungen kommt auch im folgenden Zitat zum Ausdruck:

«Was vom ganzen Volk 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 hier vorgesehenen bescheidenen Leistungen hätten nach Artikel 20 des Gesetzesentwurfs von 1929 200 Franken *jährlich* betragen sollen, zahlbar für Männer und Frauen vom 66. Altersjahr an. Ein Artikel 21 schränkte aber noch weiter ein: «In den ersten 15 Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes wird die Hälfte der in Artikel 20 vorgesehenen Leistungen ausgerichtet. Personen, welche aus eigenen Mitteln und Pensionen ihren Lebensunterhalt in auskömmlicher Weise bestreiten

¹ Im AHV-Gesetz von 1948 wurden die jährlichen Beiträge der öffentlichen Hand auf 160 Mio Franken festgelegt. Seit der sechsten Revision (1964) betragen sie mindestens ein Fünftel der Ausgaben (s. ZAK 1973, S. 4).

können, sind während dieser Periode von allen Bezügen ausgeschlossen.» Die hierfür nötigen Beiträge waren für Männer auf 18, für Frauen auf 12 und für Arbeitgeber auf 15 Franken jährlich pro beschäftigte Person festgesetzt worden. Die massvollen Pläne fanden indessen trotz des behutsamen Vorgehens des Bundesrates beim Volk keine Gnade. In der Abstimmung vom 6. Dezember 1931 wurde das Gesetz bei einer Stimmbeteiligung von 78 Prozent mit 513 512 gegen 338 032 Stimmen verworfen. Der Aufbruch zum Sozialstaat war im ersten Anlauf gescheitert. Angesichts der wirtschaftlichen Krisenzeiten gingen die Bedürfnisse der aktiven Generation der Solidarität mit den Alten vor.

Von der Bundesversammlung beschlossene Verfassungsänderungen, Bundesgesetze und Bundesbeschlüsse betreffend die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge von 1925 bis 1972

I

	Volksabstimmung	Inkrafttreten
Ergänzung der Bundesverfassung durch Artikel 34quater und 41ter betreffend die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung und deren Finanzierung durch eine Tabaksteuer, vom 18. 6. 1925	6. 12. 1925 ¹	19. 2. 1926
Bundesbeschluss über die Unterstützung bedürftiger Greise, vom 16. 3. 1929	—	1. 1. 1929
Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 17. 6. 1931	6. 12. 1931 ²	Verworfen
Bundesgesetz über die Besteuerung des Tabaks, vom 18. 12. 1930	6. 12. 1931 ³	Verworfen

¹ Die Verfassungsartikel über die AHV/IV und die Tabaksteuer wurden mit 410 988 Ja gegen 217 483 Nein angenommen.

² An dieser Volksabstimmung scheiterte das erste AHV-Gesetz bei 513 512 Nein- gegen 338 032 Ja-Stimmen.

³ Mit diesem Gesetz hätte ein Teil der Mittel des Bundes für die geplante AHV aufgebracht werden sollen (in bescheidenerem Masse waren schon vorher Tabakzölle erhoben und diese seit 1926 einem Fonds für die AHV zugewiesen worden). Das Gesetz wurde nur knapp mit 425 449 gegen 423 523 Stimmen verworfen.

Bundesbeschluss betreffend die Verlängerung des Bundesbeschlusses vom 16. 3. 1929 über die Unterstützung bedürftiger Greise, vom 13. 4. 1933	—	1. 1. 1933
---	---	------------

II

Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 20. 12. 1946	6. 7. 1947 ⁴	1. 1. 1948
--	-------------------------	------------

Bundesbeschluss über die Verwendung der der Alters- und Hinterlassenenver- sicherung aus den Überschüssen der Lohn- und Verdienstersatzordnung zu- gewiesenen Mittel, vom 8. 10. 1948 (zu- sätzliche Alters- und Hinterlassenen- fürsorge des Bundes)	—	1. 1. 1948
---	---	------------

Bundesbeschluss über die Verlängerung und Abänderung des Bundesbeschlusses betreffend die zusätzliche Alters- und Hinterlassenenfürsorge, vom 5. 10. 1950	—	1. 1. 1951
--	---	------------

Bundesgesetz betreffend die Abänderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 21. 12. 1950 (erste AHV-Revision)	—	1. 1. 1951
---	---	------------

Bundesgesetz betreffend die Abänderung von Bestimmungen über die fiskalische Belastung des Tabaks im Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenver- sicherung, vom 1. 2. 1952	5. 10. 1952	1. 12. 1952
---	-------------	-------------

Bundesgesetz betreffend die Abänderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 30. 9. 1953 (zweite AHV-Revision)	—	1. 1. 1954
---	---	------------

Bundesbeschluss über die Verlängerung und Änderung des Bundesbeschlusses betreffend die zusätzliche Alters- und Hinterlassenenfürsorge, vom 30. 9. 1955	—	1. 1. 1956
--	---	------------

⁴ Die historische Abstimmung von 1947 brachte der AHV einen 4:1-Erfolg:
862 036 Ja gegen 215 496 Nein bei einer 80prozentigen Stimmbeteiligung!

Bundesgesetz betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 22. 12. 1955 (dritte AHV-Revision)	—	1. 1. 1956
Bundesgesetz betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 21. 12. 1956 (vierte AHV-Revision)	—	1. 1. 1957
Bundesbeschluss über die Verlängerung und Änderung des Bundesbeschlusses betreffend die zusätzliche Alters- und Hinterlassenenfürsorge, vom 3. 10. 1958	—	1. 1. 1959

III

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 19. 6. 1959	—	1. 1. 1960
Bundesgesetz betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 19. 6. 1959 (Anpassungsrevision)	—	1. 1. 1960
Bundesgesetz betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 23. 3. 1961 (fünfte AHV-Revision)	—	1. 7. 1961 / 1. 1. 1962
Bundesbeschluss über die Rechtsstellung der Flüchtlinge in der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, vom 4. 10. 1962	—	1. 1. 1963
Bundesgesetz betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 19. 12. 1963 (sechste AHV-Revision)	—	1. 1. 1964
Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, vom 19. 3. 1965	—	1. 1. 1966
Bundesgesetz über eine Erhöhung der Renten der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, vom 6. 10. 1966 (Teuerungsrevision)	—	1. 1. 1967

Bundesgesetz betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, vom 5. 10. 1967 (erste IV-Revision)	—	1. 1. 1968
Bundesgesetz über die Tabakbesteuerung, vom 5. 10. 1967	19. 5. 1968 ¹	Verworfen
Bundesgesetz betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 4. 10. 1968 (siebente AHV-Revision)	—	1. 1. 1969
Bundesgesetz über die Tabakbesteuerung ² , vom 21. 3. 1969	—	1. 1. 1970
Bundesgesetz über eine Erhöhung der Renten der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, vom 24. 9. 1970 (Teuerungsrevision)	—	1. 1. 1971
Bundesgesetz betreffend Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, vom 9. 10. 1970	—	1. 1. 1971
Bundesgesetz betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, vom 9. 10. 1970 (Revision von Art. 19 IVG)	—	1. 1. 1971
Bundesbeschluss betreffend Änderung des Bundesbeschlusses über die Rechtsstellung der Flüchtlinge in der AHV und IV, vom 28. 4. 1972	—	1. 10. 1972
Bundesgesetz betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und damit im Zusammenhang stehender Gesetze, vom 30. 6. 1972 (achte AHV-Revision)	—	1. 1. 1973

¹ Mit diesem Gesetz hätte die damals in Abschnitt IV des zweiten Teils des AHVG (Art. 113—153) enthaltene Regelung ersetzt werden sollen. Anlass zum Referendum hatte die im Gesetzesentwurf vorgesehene befristete Weiterführung des Preisschutzes für Tabakfabrikate gegeben (s. BBl 1968 II 345). Nach einer entsprechenden Änderung trat das Gesetz ohne Referendum am 1. 1. 1970 in Kraft.

² Siehe obige Fussnote.

Bundesbeschluss betreffend das Volksbegehren für eine wirkliche Volkspension und die Änderung der Bundesverfassung auf dem Gebiete der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge, vom 30. 6. 1972

3. 12. 1972

3. 12. 1972

Volksinitiativen zur AHV/IV von 1920 bis 1972

	Datum der Einreichung	Volksabstimmung
Aufnahme eines Artikels 34^{quater} in die Bundesverfassung betreffend die Invaliditäts-, Alters- und Hinterlassenenversicherung (Initiative Rothenberger)	Jan./Febr. 1920	24. 5. 1925: Verworfen

Die Initiative wurde mit 390 129 Nein gegen 282 527 Ja abgelehnt (5 ganze und 2 halbe Stände hatten annehmende Mehrheiten). Die ablehnende Haltung von Bundesrat und Parlament war damit begründet worden, dass der vorgeschlagene Verfassungstext die Finanzierung der Versicherung nicht löse. Nach der Verwerfung der Vorlage beschloss die Bundesversammlung am 18. Juni 1925, ihren eigenen Verfassungsentwurf dem Volke zur Abstimmung vorzulegen; diese fand am 6. Dezember 1925 statt (s. S. 218).

Aufnahme einer Übergangsbestimmung zu Artikel 34^{quater} der Bundesverfassung betreffend Alters- und Hinterlassenenfürsorge	30. 11. 1931	Am 22. 10. 1947 zurückgezogen
---	--------------	-------------------------------

Das Volksbegehren wurde vom Referendumskomitee, das sich zur Bekämpfung des AHV-Gesetzes vom 17. Juni 1931 gebildet hatte, eingereicht. Es bezweckte die Schaffung einer vorübergehenden (d. h. bis zum Inkrafttreten der AHV) unentgeltlichen Fürsorge für «Greise und Greisinnen sowie für Witwen und Waisen, die aus eigenen Mitteln und Pensionen ihren Lebensunterhalt in auskömmlicher Weise nicht bestreiten können». Die Behandlung des Begehrens musste infolge der Notmassnahmen des Bundes auf dem Gebiete des Finanzwesens unterbrochen werden. Mit der Regelung der Alters- und Hinterlassenenfürsorge im Rahmen der Finanzprogramme (Beiträge an die Kantone und an die Stiftung für das Alter) war dem Grundgedanken der Initianten Rechnung getragen, so dass die Initiative nicht weiter verfolgt wurde.

Ergänzung des Artikels 34quater der Bundesverfassung; Umwandlung der Ausgleichskassen für Wehrmänner in Alters- und Hinterbliebenen-Versicherungskassen

25. 7. 1942

Am 23. 12. 1947
zurückgezogen

Das vom Initiativkomitee für die Altersversicherung eingereichte Volksbegehren bezweckte die Errichtung der Altersversicherung durch Umwandlung der Lohn- und Verdienstausfallkassen in AHV-Kassen. Ein gleiches Begehren war vom Kanton Genf schon am 16. Juli 1941 gestellt worden. Weitere Standesinitiativen richteten im November 1941 der Kanton Neuenburg, im Juni 1943 der Kanton Bern und im September 1943 der Kanton Aargau an den Bundesrat, worin dieser eingeladen wird, die Arbeiten für die Verwirklichung der Alters- und Hinterlassenenversicherung an die Hand zu nehmen. Aufgrund dieser Initiativen und angesichts zahlreicher weiterer Vorstösse und Eingaben wurde der Bundesrat im März 1944 von den eidgenössischen Räten beauftragt, einen Gesetzesentwurf auszuarbeiten. Ein solcher wurde bereits im Mai 1946 zusammen mit einer ausführlichen Botschaft vorgelegt. Von nun an lief die «Gesetzgebungsmaschinerie» planmässig: Zustimmung der eidgenössischen Räte am 20. Dezember 1946, Annahme durch das Volk in der Referendumsabstimmung vom 7. Juli 1947, Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 1948. Der Grundgedanke der oben genannten Volksinitiative wurde mit dem AHV-Gesetz erfüllt, so dass es Ende 1947 zurückgezogen werden konnte.

Abänderung des Artikels 34quater der Bundesverfassung; Einführung einer Invalidenversicherung

1. 2. 1955

Am 8. 12. 1959
zurückgezogen

Abänderung des Artikels 34quater der Bundesverfassung; Schaffung einer eidgenössischen Invalidenversicherung

24. 3. 1955

Am 5. 12. 1959
zurückgezogen

Das von der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz eingereichte Volksbegehren wurde vom Bundesrat zur Ablehnung empfohlen, weil der geltende Artikel 34quater BV als Grundlage zur Schaffung einer Invalidenversicherung ausreichte. Die Initiative wurde — ebenso wie die wenig später von der Partei der Arbeit eingereichte — nach Erscheinen des Gesetzesentwurfes zurückgezogen.

Verbesserung der Alters- und Hinterlassenenversicherungs-Renten

22. 10. 1959

Am 22. 8. 1961
zurückgezogen

**Erhöhung der Alters- und Hinter-
lassenenversicherungs-Renten und
Ausbau des Umlageverfahrens**

22. 5. 1959

Am 13. 6. 1961
zurückgezogen

Diese beiden, von der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz und dem «Überparteilichen Komitee für höhere AHV-Renten» eingereichten Volksbegehren, haben — nebst weiteren Vorstössen auf parlamentarischer Ebene — massgeblich zur Ausarbeitung der fünften AHV-Revision beigetragen. Da die Gesetzesänderung die Forderungen der Initianten weitgehend berücksichtigte, wurden beide Volksbegehren zurückgezogen.

**Erhöhung der Renten der
Alters-, Hinterlassenen- und Invaliden-
versicherung**

21. 6. 1962

Am 28. 6. 1965
zurückgezogen

Dieses vom Schweizerischen Komitee der Vereinigungen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenrentner in Genf (AVIVO) eingereichte Volksbegehren verlangte für die AHV und die IV existenzsichernde Bedarfsrenten; die öffentliche Hand sollte sich mindestens hälftig an der Finanzierung beteiligen. Mit der sechsten AHV-Revision wurden in der Folge zwar die Renten angemessen erhöht, die Ausrichtung von Bedarfsrenten (d. h. an ein Mindesteinkommen bzw. -vermögen gebundene Renten) als nicht mit dem Prinzip der Volksversicherung vereinbar abgelehnt. Stattdessen stellte der Bundesrat eine Gesetzesvorlage über Zusatzleistungen zur AHV und IV in Aussicht; nach Annahme des entsprechenden Gesetzes (ELG) zog das Komitee sein Begehren zurück.

**Zeitgemässere Alters-, Hinterlassenen-
sowie Invalidenversicherungs-Renten
mit Teuerungsausgleich**

12. 7. 1962

Am 10. 9. 1965
zurückgezogen

Auch dieses Volksbegehren, eingereicht vom «Schweizerischen Beobachter», strebte auf dem Weg der Verfassungsrevision eine Rentenerhöhung an; ferner sollten die Renten an den Konsumentenpreisindex angepasst werden. Die sechste AHV-Revision sowie die in diesem Zusammenhang erstmals klar umrissene Dreisäulen-Theorie entsprach grösstenteils den Zielen der Initiative, so dass sie schliesslich zurückgezogen wurde.

**Weiterer Ausbau der Alters-, Hinter-
lassenen- und Invalidenversicherung**

25. 8. 1966

Am 13. 11. 1968
zurückgezogen

Das Volksbegehren des Christlichnationalen Gewerkschaftsbundes forderte eine jährliche Anpassung der AHV- und IV-Renten an die Teue-

rung und an die Zunahme des Volkseinkommens, eine Rentenerhöhung um ein Drittel sowie das Obligatorium für die zusätzliche betriebliche Altersvorsorge. Diese Forderungen lösten zusammen mit zahlreichen weiteren Eingaben und parlamentarischen Vorstössen die siebente AHV-Revision aus. Das Verfahren der Rentenanpassung wurde damit zwar noch nicht «automatisiert», aber doch verbessert, und die Rentenerhöhung annähernd im geforderten Ausmass zugestanden. Für die Erfüllung der dritten Forderung, die Obligatorischerklärung der betrieblichen AHV und IV, war die Zeit offenbar noch nicht reif.

Neufassung von Artikel 34quater BV (Einführung einer wirklichen Volkspension)	2. 12. 1969	3. 12. 1972: Verwerfung durch Volk und Stände
Neufassung von Artikel 34quater BV (Einführung der Volkspension)	18. 3. 1970	Am 22. 2. 1974 zurückgezogen
Neufassung von Artikel 34quater BV (Zeitgemässe Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge)	13. 4. 1970	

Mit der Verwerfung der PdA-Initiative wurde gleichzeitig der von der Bundesversammlung ausgearbeitete Gegenentwurf (s. S. 222) als neue Grundlage für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge angenommen. Die später eingereichten Initiativen der Sozialdemokratischen Partei und eines überparteilichen Komitees haben den neuen Verfassungstext massgeblich beeinflusst. Die erstere ist inzwischen zurückgezogen worden.

*

Wollte man die auf dem Gebiete der AHV und IV eingereichten Volksbegehren einzig nach ihrer formellen Erledigung beurteilen, so käme man zum Schluss, dass sie allesamt ihr Ziel nicht erreicht haben; denn keine einzige ist angenommen worden. Die meisten wurden zurückgezogen, ohne dass es zu einer Volksabstimmung kam. Die vorstehenden Erläuterungen zu den einzelnen Initiativen zeigen indessen, dass die indirekten Wirkungen sehr bedeutsam waren. Sie lassen sich wie folgt gruppieren:

- Aufstellung eines Gegenvorschlags der Bundesversammlung;
- volle oder teilweise Erfüllung der Begehren auf dem Gesetzeswege;

— Beschleunigung einer Vorlage des Bundesrates bzw. der Bundesversammlung.

Nur in zwei Fällen fand eine Volksabstimmung statt, nämlich bei der Initiative Rothenberger im Jahre 1925 und bei der PdA-Initiative 1972. Beide wurden — in Übereinstimmung mit Bundesrat und Bundesversammlung — abgelehnt. Dennoch ist auch diesen verworfenen Begehren eine Wirkung im Sinne einer Beschleunigung von Alternativmassnahmen, die im zweiten Fall gar zur Ausarbeitung eines Gegenvorschlags auf Verfassungsebene führte, nicht abzusprechen.

Es zeigt sich also, dass das Volksrecht der Verfassungsinitiative, das im Jahre 1891 in die Bundesverfassung aufgenommen worden war, gerade auf sozialpolitischem Gebiet ein wirksames Mittel zur Bewusstmachung, Förderung und Verwirklichung von Anliegen breiter Bevölkerungskreise ist. Extreme Forderungen haben dagegen, wie die Erfahrung lehrt, keine Aussicht auf Erfolg.

Das zentrale Versichertenregister aus statistischer Sicht

Mit der Einführung der elfstelligen Versichertennummer und des neuen Verfahrens auf dem Gebiete des Versicherungsausweises und des individuellen Kontos auf den 1. Juli 1972 wurden die nachstehenden, bisher von den Ausgleichskassen ausgeführten Arbeiten der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) übertragen:

- Bildung und Zuteilung der Versichertennummer;
- Erstellung der Versicherungsausweise (VA);
- Erstellung der individuellen Konten (IK).

Die Neuregelung brachte auch die Abgabe eines VA an nichtbeitragspflichtige Leistungsbezüger mit sich. Zudem erfolgt die Meldung der Ausgleichskassen an die ZAS mit einem für das optische Lesegerät konzipierten Beleg.

Da diese nunmehr der ZAS obliegenden Arbeiten von ihr mit einem elektronischen Datenverarbeitungssystem ausgeführt werden, war es möglich, über die Geschäftsvorfälle im Rahmen des Verfahrens VA und IK eine ausführliche Statistik zu erstellen. Sämtliche das zentrale Ver-

sichertenregister betreffenden Bewegungsdaten wurden entsprechend den Schlüsselzahlen (Codes) für den Grund der Meldung erfasst.

Die Auswertung der Statistik für das Jahr 1973 ergibt im wesentlichen folgendes Bild:

1. Versicherungsausweis

Die ZAS erstellte insgesamt rund 562 000 VA. Werden die verschiedenen Gründe in Betracht gezogen, welche die Ausfertigung eines neuen VA bewirken, so teilt sich diese Zahl wie folgt auf:

- 220 000 bei Beginn der Beitragspflicht;
- 59 000 bei der Anmeldung für eine Leistung als Nichtbeitragspflichtiger;
- 67 000 bei Änderungen und Berichtigungen von Personalien;
- 60 000 als Ersatz für verlorene VA;
- 110 000 als Ersatz für unansehnliche oder mehrfach ausgestellte VA sowie für VA mit vollständig ausgenützten Feldern;
- 16 000 bei fehlendem VA vor dem Zusammenruf der IK;
- 30 000 beim Zusammenruf der IK für Versicherte, deren Jahrgang weiterhin beitragspflichtig ist.

2. Individuelles Konto

Die Zahl der insgesamt eröffneten IK beläuft sich auf über eine Million. Davon wurden erstellt:

- 220 000 bei der erstmaligen Abgabe eines VA zu Beginn der Beitragspflicht;
- 62 000 bei einer Änderung oder Berichtigung der Personalien;
- 20 000 für weiterhin beitragspflichtige Leistungsbezüger;
- 712 000 anlässlich eines Kassenwechsels.

Im Zusammenhang mit dem Kassenwechsel erfolgte die Eröffnung eines IK in 386 000 Fällen aufgrund eines vorgelegten VA, in 177 000 Fällen ohne Vorlage eines VA, in 50 000 Fällen verbunden mit dem Ersatz eines verlorenen VA und in 99 000 Fällen mit dem Ersatz eines unansehnlichen VA, mehrfach ausgestellten VA oder VA mit vollständig ausgenützten Feldern.

An Ausgleichskassen, die mit der ZAS die gleichzeitige Erstellung einer zusätzlichen Registerkarte vereinbart hatten, wurden 98 000 Karten im Format A6 und 200 000 Lochkarten abgegeben.

Im weitem führte die ZAS für 95 300 Versicherte einen Zusammenruf der IK durch. Davon bezogen sich 78 800 auf Alters- und Hinterlassenenrenten und 15 500 auf Invalidenrenten. In 200 Fällen erfolgte ein Kontenzusammenruf für geschiedene oder aussereheliche Mütter zur Festsetzung einer Waisen- oder Doppel-Kinderrente und in 800 Fällen für die Rückvergütung oder Überweisung von Beiträgen. 24 Zusammenrufe wurden rückgängig gemacht.

3. Übrige Meldungen

Wird ein vor dem 1. Juli 1972 erstellter VA durch einen neuen VA mit elfstelliger Versichertennummer ersetzt, so übermittelt die ZAS den Ausgleichskassen, die für den Versicherten ein entsprechendes IK führen, ein als Ergänzungsanzeige bezeichnetes IK. Im Berichtsjahr wurden 476 000 solcher Anzeigen abgegeben. Gestützt darauf mussten die Ausgleichskassen die auf dem bestehenden IK aufgeführte Versichertennummer auf 11 Stellen ergänzen.

Von der Möglichkeit, Anfragen über die Erfassung einer Person im zentralen Versichertenregister an die ZAS zu stellen, wurde in rund 22 000 Fällen Gebrauch gemacht.

*

Die Datenmenge sowie die grosse Zahl von erstellten Dokumenten zeigt eindrücklich, dass alle diese Arbeitsverrichtungen manuell kaum in annehmbarer Zeit hätten bewältigt werden können. Der Schritt zur zentralen Datenverarbeitung auf dem Gebiete des Versicherungsausweises und des individuellen Kontos war somit — nicht zuletzt auch im Hinblick auf die dadurch erreichte höhere Sicherheit — durchaus angezeigt.

Die Entwicklung der Bau- und Einrichtungsbeiträge der Invalidenversicherung

Das Jahr 1973 markiert einen Wendepunkt in der von der Invalidenversicherung seit 1960 geförderten Entwicklung von Ausbildungs- und Eingliederungsstätten für Invalide. Die ZAK hat bereits bei der Publikation der Ergebnisse des ersten Halbjahres (1973, S. 599) auf die Tendenzumkehr hingewiesen: Allmählich werden dank der gezielten Förderung

Behinderter in den Sonderschulen vermehrte Arbeits- und Wohnplätze in geschützten Werkstätten erforderlich. Die starke Zunahme der zugesicherten Beiträge innerhalb eines Jahres — von rund 48 Mio auf 82 Mio Franken — ist denn auch zum grössten Teil auf diesen Umstand zurückzuführen.

Zugesicherte Bau- und Einrichtungsbeiträge der IV

Beitragssummen in Franken		Anzahl Gesuche		Gesamtsumme in Franken	
		1972	1973	1972	1973
	bis 10 000	138	160	475 919	499 914
von	10 001 bis 50 000	49	71	958 869	1 467 658
von	50 001 bis 100 000	9	11	660 920	770 073
von	100 001 bis 500 000	15	31	3 561 353	7 138 861
	über 500 000	12	25	42 817 000	72 186 000
		223	298	48 474 061	82 062 506

Eine weitere Folge der verbesserten Eingliederung Behinderter zeigt sich auch im vermehrten Bedarf an Wohnheimen, die nicht nur den in einer Eingliederungs- oder Dauerwerkstätte weilenden, sondern auch den in der offenen Wirtschaft tätigen Behinderten offenstehen.

Seit dem 1. Januar 1973 ist ausserdem der Kreis der Bezüger von Subventionen erweitert worden. Der anlässlich der achten AHV-Revision revidierte Artikel 73 IVG ermöglicht nunmehr auch die Gewährung von Beiträgen an Werkstätten und Wohnheime für beruflich nicht eingliederungsfähige Behinderte sowie an Wohnheime für die vorübergehende Unterbringung von Invaliden in ihrer Freizeit.

*

Als *Beispiele* geplanter Neubauten dieser Art, an welche die IV im vergangenen Jahr Beiträge zugesichert hat, seien folgende erwähnt:

Blindenheim in Basel

Das schon im Jahre 1898 errichtete, heute 28 Arbeitsplätze und 21 Wohngelegenheiten enthaltende Heim soll durch einen Neubau mit 30 Arbeitsplätzen und 63 Einerzimmern für Blinde, Sehschwache und Mehrfachbehinderte ersetzt werden. Der Beitrag der IV von 50 Prozent wird rund 4,5 Mio Franken ausmachen; hinzu kommt ein zinsloses Darlehen von 2,3 Mio Franken.

Stiftung Invalidenwerkstätten Region Thun, Gwatt BE

Diese Eingliederungsstätte soll vorab geistig Behinderten, die in der offenen Wirtschaft keinem Erwerb nachgehen können, eine Beschäftigung ermöglichen. Der an Stelle des bisherigen Provisoriums geplante Neubau wird 40 Arbeitsplätze und 20 Plätze im Wohnheim beinhalten; in einer späteren Ausbautetappe kann das Platzangebot nach Bedarf verdoppelt werden. Das Projekt umfasst zudem eine Turnhalle mit Schwimmbad. Diese Einrichtungen sollen auch von dem in unmittelbarer Nähe befindlichen Schweizerischen Wohn- und Arbeitsheim für körperlich Schwerbehinderte benutzt werden können. Die IV-Leistungen belaufen sich auf 2,1 Mio Franken als Beitrag à fonds perdu und auf 1 Mio Franken als zinsloses Darlehen.

Arbeitszentrum Brändi, Horw LU

Hier handelt es sich um den Endausbau einer Eingliederungsstätte für geistig und körperlich Behinderte. Die Arbeitsplätze werden von 75 auf 180 vermehrt und dazu 80 Wohnplätze geschaffen. Die IV leistet daran 7,2 Mio Franken und gewährt zudem ein zinsloses Darlehen von 3,6 Mio Franken.

Zugerische Werkstätte für Behinderte, Zug

Diese Werkstätte war bisher provisorisch in gemieteten Räumen untergebracht, wo sie über 20 Arbeitsplätze verfügte. Das geplante Werkstattgebäude wird 70 Arbeitsplätze und das zugehörige Wohnheim 40 Unterkünfte für geistig und körperlich Behinderte umfassen. Die IV übernimmt 50 Prozent der anrechenbaren Kosten, d. h. rund 7 Mio Franken, und gewährt ein zinsloses Darlehen von 3,5 Mio Franken.

*

Erwähnenswert sind auch einige Projekte neuer oder noch wenig verbreiteter Schul- und Heimtypen:

Schulheim Glarisegg, Steckborn TG

Für normalbegabte verhaltensgestörte Minderjährige mit hirnorganischen Störungen besteht allgemein ein erheblicher Mangel an geeigneten Heim- und Schulplätzen. Das in Steckborn geplante — und teilweise bereits verwirklichte — Schulheim wird das Bedürfnis an solchen Plätzen in der Region Ostschweiz grösstenteils decken. Das Projekt wird von den Kantonen Thurgau, St. Gallen, Schaffhausen, Zürich und Grau-

bünden unterstützt. Die IV hat die Übernahme der Hälfte der Anlagekosten von 5,7 Mio Franken sowie ein Darlehen von 1,4 Mio Franken zugesichert.

Sonderschulheim Horbach, Zugerberg

Dieser kleineren Schule mit gleicher Zielsetzung wie Glarisegg hat die IV im vergangenen Jahr ebenfalls einen Beitrag an die Erneuerung und Erweiterung (auf 20 Plätze) zugesichert.

*Wohn- und Bürozentrum für körperlich schwer Behinderte,
Reinach BL*

Viele geschulte und beruflich ausgebildete körperlich schwer Behinderte können trotz ständig grösserer Bereitschaft und verbesserter Möglichkeiten, invalide Arbeitskräfte in den normalen Arbeitsprozess zu integrieren, keinen Arbeitsplatz in der offenen Wirtschaft finden; dies weil

- sie körperlich so schwer behindert sind, dass sie für ihre täglichen Bedürfnisse Hilfe brauchen,
- eine Arbeit nur mit Hilfe ganz spezieller Geräte möglich wäre,
- ihre Leistungsfähigkeit so gering ist, dass sie für einen normalen Betrieb nicht tragbar ist,
- sie nicht selbständig zu einem Arbeitsplatz gelangen können,
- architektonische Barrieren ihnen den Weg dahin versperren.

Um auch diesen Behinderten ihren Fähigkeiten entsprechende Arbeitsmöglichkeiten anbieten zu können, entschloss sich die eigens hierfür errichtete Stiftung Wohn- und Arbeitsheim für Gelähmte Basel, in Reinach BL ein Wohn- und Bürozentrum zu errichten. Das Wohnheim, dessen Räume baulich und einrichtungsmässig vollständig auf das Leben im Rollstuhl abgestimmt sein werden, wird 35 Behinderten Platz bieten. Der Bürotrakt soll Arbeitsplätze für 55 intern und extern wohnende Invalide umfassen. Zweckmässige Räume und eine individuell angepasste Gestaltung der Arbeitsinstrumente sollen sogar schwerst körperlich Behinderten die Möglichkeit bieten, in den Abteilungen Datenerfassung/Datenverarbeitung, Buchhaltung/Rechnungswesen und in einer allgemeinen Abteilung (Schreibarbeiten, Vervielfältigungen usw.) einen Teil oder den ganzen Lebensunterhalt selbst zu verdienen.

Die zuständigen Instanzen der Kantone Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn haben diesem Projekt zugestimmt. An seiner Verwirklichung hat auch die IV ein besonderes Interesse. Sie hat einen Beitrag von 5,4 Mio und ein Darlehen von 2,7 Mio Franken zugesprochen.

Village Aigues-Vertes, Chèvres GE

Diese Institution beherbergt bereits etwa 50 geistig Behinderte. Da das Angebot an solchen Plätzen für Erwachsene ungenügend ist, plant die Stiftung Aigues-Vertes den Bau von vier weiteren Wohnpavillons. Nach Verwirklichung dieser Bauetappe wird das Dorf Aigues-Vertes 80 Wohnplätze sowie gleich viele Arbeitsplätze in Werkstätten und Landwirtschaft aufweisen. Die IV übernimmt die Hälfte der anrechenbaren Kosten, d. h. voraussichtlich etwa 1,6 Mio Franken.

Betreuungs- und Ausbildungsstätte für zerebralgelähmte Kinder, Lancy GE

Für zerebralgelähmte Kinder bestehen nur ungenügende Unterkunfts- und Betreuungsmöglichkeiten, so dass sie bisher in nicht ihren Bedürfnissen angepassten Heimen untergebracht werden mussten. Das geplante Heim wird 32 dieser schwer behinderten Kinder dauernd betreuen und unterrichten; daneben soll es als eine Art Notfallheim auch für kurzfristige Aufnahmen zur Durchführung medizinischer und pädagogisch-therapeutischer Massnahmen eingerichtet werden. Die IV trägt an die Kosten rund 2 Mio bei und gewährt zudem ein zinsloses Darlehen von 1 Mio Franken.

*

Die neun genannten Beispiele vermögen — auch wenn sie nur einen kleinen Teil der behandelten Bauvorhaben darstellen — die Bedeutung der IV in der Bereitstellung von Behinderteneinrichtungen aufzuzeigen. Es wäre jedoch ungerecht, nicht darauf hinzuweisen, dass sie diese Rolle nur dank der Initiative und der finanziellen Mithilfe der beteiligten Institutionen, Gemeinden und Kantone spielen kann.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Aufwendungen für die verschiedenen Kategorien von Behinderteneinrichtungen in den letzten fünf Jahren sowie die zugesicherten Gesamtbeiträge seit Bestehen der IV. Die eingangs geschilderte verstärkte Entwicklung bei den geschützten Werkstätten ist hier deutlich ersichtlich.

Von den zugesicherten Bau- und Einrichtungsbeiträgen im Gesamtbetrag von 328 Mio Franken sind bis Ende 1973 245 Mio Franken ausbezahlt worden. Die noch offenen Verpflichtungen der IV machen somit 83 Mio Franken aus. Unter Berücksichtigung der Teuerung dürften diese auf über 100 Mio Franken anwachsen.

Im Jahre 1973 wurde das Zusprechungsverfahren vereinfacht und rationalisiert, so dass der starke Anfall von Gesuchen ohne grössere

Jugesicherte Bau- und Einrichtungsbeiträge, gegliedert nach Kategorien

	1969	1970	1971	1972	1973	1960—1973
Sonderschulen und Anstalten für hilflose Minderjährige	14 561 192	13 218 539	21 799 991	31 499 943	33 276 597	177 747 738
Anstalten zur Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen	2 116 553	87 660	1 801 034	4 029 687	4 735 161	27 351 973
Anstalten zur Durchführung medizinischer Eingliederungsmassnahmen	489 459	1 564 953	11 928 645	406 424	472 682	27 247 163
Geschützte Werkstätten mit oder ohne Wohnheim	5 880 255	1 009 380	14 603 187	12 168 576	40 078 038	82 501 216
Wohnheime	350 295	94 487	6 398 652	369 431	3 500 028	13 496 557
Insgesamt	23 397 754	15 975 019	56 531 509	48 474 061	82 062 506	328 344 647

administrative Schwierigkeiten bewältigt werden konnte. Wie sich aus der Aufstellung auf Seite 229 ergibt, betraf auch im vergangenen Jahr der Grossteil der Gesuche (nämlich 273 von insgesamt 298) kleinere Vorhaben mit Beitragssummen unter 500 000 Franken, die das Bundesamt für Sozialversicherung in eigener Kompetenz entscheiden konnte.

Bemerkenswert ist, dass Ende 1973 rund 300 grössere Geschäfte irgendwie hängig waren. Diese befanden sich entweder im Stadium der Vorprüfung, des Vorprojekts oder des Projekts, im Baustadium, im Abrechnungsstadium oder warteten auf die Festsetzung des endgültigen Beitrages.

Der jugendliche Behinderte in der Invalidenversicherung

Dritte Fortsetzung und Schluss ¹

5. Zur Frage der Motorisierung jugendlicher Invaliden

(Grundlagen: Insbesondere Art. 21 IVG und Art. 15 IVV; IV-Mitteilungen Rz 1210 = ZAK 1973, S. 177)

Motorfahrzeuge, wie zwei- und dreirädrige Motorräder (inkl. Kabinenroller), Motorfahrräder sowie Kleinautomobile sind Hilfsmittel im Sinn der IV. In bezug auf die übrigen Hilfsmittel, die ein Jugendlicher beanspruchen kann, wird insbesondere auf Artikel 14 IVV sowie auf das Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln verwiesen.

Das BSV hat in Form von Weisungen in den IV-Mitteilungen die Praxis der Gewährung von Leistungen bei invaliditätsbedingter Verwendung von Motorfahrzeugen zur Überwindung des Weges zwischen Wohn- und Arbeitsort (auch Schulweg) bei erstmaliger beruflicher Ausbildung oder Umschulung wie folgt umschrieben.

Ist ein Versicherter, damit auch ein invalider Jugendlicher, ab einer bestimmten unteren Altersgrenze (z. B. 18 Jahre für die Führung eines Kleinautos; 14 Jahre für die Führung eines Motorfahrrades) während der Dauer der erstmaligen beruflichen Ausbildung oder Umschulung aus invaliditätsbedingten Gründen auf ein Motorfahrzeug angewiesen, so kann die IV die entstehenden Kosten der Wegüberwindung (Transportkosten) wie folgt übernehmen:

- Bei *erstmaliger beruflicher Ausbildung* sind die Kosten Bestandteil der Ausbildungsaufwendungen; es können somit nur die in der Vergleichsrechnung ausgewiesenen invaliditätsbedingten Mehrkosten vergütet werden.
- Bei *Umschulung* werden die invaliditätsbedingt notwendigen Transportkosten voll übernommen.

Für die *Wegüberwindung* sind sowohl bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung als auch bei der Umschulung folgende Kostenansätze bzw. Abgabebestimmungen massgebend:

¹ Siehe ZAK 1974, S. 70, 114 und 165. Von der Artikelfolge wird demnächst ein Sonderdruck erscheinen; dieser kann mit dem beiliegenden Bestellschein angefordert werden.

- Wird das Motorfahrzeug vom jugendlichen Versicherten selbst oder von einer Drittperson zur Verfügung gestellt, so betragen die Amortisationen je nach Fahrzeugtyp 600, 1 000 oder 1 200 Franken.
- Es kann auch ein Motorfahrzeug von der IV zur Verfügung gestellt werden, sei es aus dem eigenen Bestand der im IV-Depot eingelagerten Fahrzeuge oder sei es durch Neuanschaffung.

Steht dem Versicherten ein Motorfahrzeug zur Verfügung, so können in Rechnung gestellt werden:

- effektive Kosten der invaliditätsbedingt notwendigen *Abänderungen* gemäss eingeholter Offerte;
- *Motorfahrzeugsteuer und -versicherung* (Haftpflichtversicherung bis 1 Million Franken, Kaskoversicherung bis zu einem Prämienbetrag von 600 Franken; die Insassenversicherung geht jedoch nicht zu Lasten der IV);
- *Kilometerentschädigung* für die Betriebs- und Reparaturkosten, und zwar 20 Rappen, wenn die ausbildungsbedingte Fahrstrecke 20 km im Tag nicht übersteigt, 15 Rappen in den übrigen Fällen;
- *Fahrschulkosten* bis 40 Stunden (Theoriestunden inbegriffen), sofern der jugendliche Versicherte noch nicht im Besitze des Führerausweises ist. Wird die Fahrschule mit seinem eigenen oder dem ihm zugesprochenen Fahrzeug durchgeführt, zahlt die IV pro Lektion (45 Minuten) einen Betriebskostenbeitrag von 5 Franken.

Der Versicherte ist verpflichtet, ein *Bordbuch* zu führen, woraus die ausbildungsbedingten Fahrten klar ersichtlich sein müssen.

C. Taggelder, Renten und Hilflosenentschädigungen

1. Taggelder

(Grundlagen: Art. 22 bis 25 IVG; Art. 17 bis 22bis IVV; Kreisreiben über die Taggelder in der IV)

Nach Vollendung des 18. Altersjahres hat der Versicherte grundsätzlich Anspruch auf ein Taggeld, wenn er an wenigstens drei aufeinanderfolgenden Tagen wegen der Eingliederung verhindert ist, einer Arbeit nachzugehen, oder wenn er zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig ist.

Seit der achten AHV-Revision, die am 1. Januar 1973 in Kraft getreten ist und auch einige wesentliche Änderungen in der IV brachte,

haben minderjährige Versicherte, die noch nicht erwerbstätig waren oder sich in beruflicher Ausbildung befinden, in keinem Fall mehr Anspruch auf ein Taggeld. Taggelder kommen dementsprechend für sie ab dem 18. Altersjahr nur in Frage, wenn sie vor Beginn der Anspruchsberechtigung *bereits erwerbstätig waren*. Auch nach Erreichen der Volljährigkeit besteht kein Anspruch auf Taggelder, wenn es sich bei der Eingliederungsmassnahme um eine *erstmalige berufliche Ausbildung* handelt.

2. Renten

(Grundlagen: Art. 28 ff. IVG; Art. 25 ff. IVV; Wegleitung über Invalidität und Hilflosigkeit)

a. Invalidenrenten können nach Vollendung des 18. Altersjahres gewährt werden, wenn Eingliederungsmassnahmen ihr Ziel nicht oder nur ungenügend erreichen oder zum vorneherein aussichtslos sind. Anspruch auf ganze Renten besteht bei einem Invaliditätsgrad von 66 $\frac{2}{3}$ Prozent oder mehr und auf halbe Renten bei einem Invaliditätsgrad zwischen 50 und 66 $\frac{2}{3}$ Prozent, in Härtefällen auch zwischen 33 $\frac{1}{3}$ und 49 Prozent.

Für die Bemessung der Invalidität wird ausser der Erwerbseinbusse auch die Auswirkung auf die berufliche Ausbildung (Unterbrechung und Verzögerung der Ausbildung) berücksichtigt. So kann zum Beispiel ein Jugendlicher, der wegen einer längeren Krankheit oder eines schweren Unfalles seine Berufslehre unterbrechen muss, nach Erreichung des 18. Altersjahres Anspruch auf eine Rente haben.

b. Der Rentenanspruch schliesst die ambulante oder stationäre Durchführung von Eingliederungsmassnahmen durch die IV nicht aus. Die Leistungen werden in diesem Falle kumuliert, und zwar auch dann, wenn die IV, wie etwa bei einer Spitalbehandlung oder bei einer beschränkt möglichen erstmaligen beruflichen Ausbildung in einem Internat, die Kosten für die Unterbringung übernimmt.

c. *Geburts- und Frühinvaliden* haben in der Regel ab dem 18. Altersjahr Anspruch auf eine Rente, wenn sie wegen Invalidität *keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben können*. Eine Anlehre gilt nur dann als zureichende berufliche Ausbildung, wenn es sich um eine qualifizierte Ausbildung handelt, die nach Abschluss die gleichen Verdienstmöglichkeiten gibt wie eine eigentliche Lehre (z. B. die über einen besonderen Bildungsgang ohne üblichen Abschluss erlangte Ausbildung eines Blinden zum Masseur oder eines schwer Körperbehinderten zum Bauzeichner).

d. Die einfache IV-Rente beträgt monatlich im Minimum 400 Franken und im Maximum 800 Franken. Geburts- und Kindheitsinvaliden, die vor dem 20. Altersjahr nicht erwerbstätig sein konnten und deswegen nur Anspruch auf eine ausserordentliche IV-Rente (Minimum) haben, erhalten einen Zuschlag von $33 \frac{1}{3}$ Prozent (d. h. 134 Fr., also insgesamt 534 Fr.). Tritt die Invalidität vor dem Alter von 25 Jahren ein, so beträgt die ordentliche einfache IV-Rente im Minimum 500 Franken (Zuschlag 25 Prozent zum Minimum).

3. Hilflosenentschädigungen

(Grundlagen: Art. 42 IVG; Art. 38 und 39 IVV; Wegleitung über Invalidität und Hilflosigkeit)

Invalide, die hilflos sind, haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Als hilflos gilt, wer wegen seiner Invalidität für die alltäglichen Lebensverrichtungen (wie Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Verrichten der Notdurft, Sichfortbewegen usw.) dauernd auf fremde Hilfe oder eine persönliche Überwachung angewiesen ist. In der Regel wird bei Minderjährigen, die Anspruch auf Hilflosenbeiträge haben, diese Leistung bei Erreichen des 18. Altersjahres nebst der Rente durch eine Hilflosenentschädigung abgelöst. Die Hilflosenentschädigung kann jedoch auch erwerbstätigen und in Ausbildung begriffenen Invaliden zustehen, selbst wenn sie keinen Anspruch auf eine IV-Rente haben.

Die Hilflosenentschädigung beträgt je nach dem Grad der Hilflosigkeit 320, 200 oder 80 Franken im Monat.

Das Verhältnis der Familienzulagen zur AHV und IV

Durch die Gesetzesnovelle vom 14. Dezember 1973 zum FLG wurde das Verhältnis der Familienzulagen zur AHV neu geregelt. Die nachstehende Übersicht gibt Aufschluss über den Anspruch auf Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern, die selbst oder deren Ehefrauen eine AHV- oder IV-Rente beziehen.

I. Verhältnis zur AHV

Bezüger	Anspruch auf	
	Kinderzulagen	Haushaltungszulage
Landwirtschaftliche Arbeitnehmer — die eine Rente im Sinne des AHVG beziehen (FLG Art. 3 Abs. 4) — für deren Kinder eine Kinder- oder Waisenrente im Sinne des AHVG gewährt wird (FLG Art. 9 Abs. 4) — deren Ehefrau eine einfache Altersrente bezieht	nein nein nein	nein nein ja
Kleinbauern — für deren Kinder eine Kinder- oder Waisenrente im Sinne des AHVG gewährt wird (FLG Art. 9 Abs. 4)	nein	entfällt

II. Verhältnis zur IV

Bezüger	Anspruch auf	
	Kinderzulagen	Haushaltungszulage
Landwirtschaftliche Arbeitnehmer — die eine halbe IV-Rente beziehen (Gewährung der Familienzulage nach Massgabe der Arbeitszeit) — die eine ganze IV-Rente beziehen (gelten als nichterwerbstätige Personen) — deren Ehefrau eine halbe oder ganze IV-Rente bezieht	$\frac{1}{2}$ nein ja	$\frac{1}{2}$ nein ja
Kleinbauern — die eine halbe IV-Rente beziehen (gelten als Kleinbauern im Hauptberuf) — die eine ganze IV-Rente beziehen (gelten nicht als Kleinbauern im Hauptberuf) — deren Ehefrau eine halbe oder ganze IV-Rente bezieht	ja nein ja	entfällt entfällt entfällt

Durchführungsfragen

IV: Hilfsmittel; orthopädisches Schuhwerk

(Art. 21 IVG, Art. 14 IVV; Änderung von Rz 90—98 des
Kreisschreibens über die Abgabe von Hilfsmitteln)

I

Im Zusammenhang mit der Abgabe von orthopädischem Schuhwerk haben sich immer wieder Schwierigkeiten ergeben. Deshalb wurden vom Bundesamt für Sozialversicherung zusammen mit Experten der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie Weisungen erarbeitet, welche die Abgabe von orthopädischem Schuhwerk regeln. Diese Weisungen wurden in den IV-Mitteilungen 153 und 165 veröffentlicht; sie werden nachfolgend unter Ziffer II zusammengefasst wiedergegeben.

Inskünftig werden nur noch Mass-Schuhe, die einer krankhaften Fussform oder Fussfunktion angepasst sind, als orthopädisches Schuhwerk anerkannt und zu Lasten der IV abgegeben.

Serienmässig hergestellte Schuhe sind in jedem Falle vom Versicherten selbst zu bezahlen. Neu werden jedoch kostspielige Änderungen an Serienschuhen — die durch diese Änderungen einen Mass-Schuh ersetzen — durch die IV übernommen. Als «kostspielig» gelten Änderungen, die mehr als 50 Franken pro Paar kosten.

Der Versicherte hat bei der Abgabe von Mass-Schuhen in jedem Falle einen Selbstbehalt, der den heute geltenden Normalschuhpreisen angepasst ist, zu tragen. Ebenso geht ein Teil der Reparaturkosten zu Lasten des Versicherten. Die IV übernimmt bei Reparaturen den 50 Franken *pro Jahr* übersteigenden Kostenanteil für eine oder mehrere Reparaturen, d. h. der Versicherte hat jährlich 50 Franken selbst zu tragen.

In der Regel wird die Anzahl der abzugebenden Schuhe auf ein Paar pro Jahr beschränkt; bei begründetem Mehrverbrauch kann von dieser Norm abgewichen werden.

II¹

Für die Abgabe von orthopädischem Schuhwerk gelten die folgenden Bedingungen:

1. Die *Verordnung von orthopädischem Schuhwerk* ist Sache des Spezialarztes für Orthopädie oder anderer Spezialärzte mit guten ortho-

¹ Zusammenfassung der IV-Mitteilungen Nr. 153 und 165

pädischen Kenntnissen. Stellen andere Ärzte das Begehren um Abgabe dieses Hilfsmittels, ist im allgemeinen bei der erstmaligen Verordnung die Indikation durch einen der vorgenannten Spezialärzte zu überprüfen.

2. Unter orthopädischem Schuhwerk sind
 - a. *Mass-Schuhe*,
 - b. *kostspielige Änderungen von Serienschuhen*zu verstehen, die einer pathologischen Fussform oder Fussfunktion individuell angepasst werden oder die einen orthopädischen Apparat ersetzen oder notwendigerweise ergänzen. Einfache Mass-Schuhe ohne orthopädische Vorkehrungen (z. B. bei speziellen Fussformen ohne invalidisierende Veränderungen) fallen nicht unter diesen Begriff. Ebenso wenig gelten serienmässig hergestellte Schuhe, wozu auch Einlage- und Apparateschuhe (z. B. Bally B 48), Antivarus- und Pes-adductus-Schuhe sowie Konfektionsschuhe verschiedener Grössen gehören, als orthopädisches Schuhwerk.
3. Orthopädisches Schuhwerk kann nur unter der *Voraussetzung* abgegeben werden, dass eine *Versorgung* mit Konfektionsschuhen (oder Einlageschuhen) mit zusätzlichen Einlagen nicht möglich ist. Die Hauptindikation bilden wesentliche Grössen- und Formveränderungen der Füsse in Höhe und Breite, aber auch eine grosse Disproportion von Länge und Breite. Keine Indikation zur Abgabe von orthopädischem Schuhwerk bilden Längenunterschiede der Füsse oder Beine von 2,5 cm und weniger, ein Hallux valgus, ein Knicksenkfuss oder ein kontrakter Spreizfuss.
4. Werden als Leistungen der IV orthopädische Mass-Schuhe verlangt, so hat sich die IV-Kommission auf dem Fragebogen für den Arzt folgende *zusätzliche Angaben* zu beschaffen:
 - a. genaue Beschreibung der anatomischen Veränderungen der Füsse, und, sofern vorhanden, Röntgenbild oder -befund, Fussabdruck (Podogramm) und Umrisszeichnung;
 - b. Beschreibung der Schwierigkeiten beim Tragen gewöhnlicher Schuhe;
 - c. bisher gemachte Versuche und Erfahrungen mit Einlagen usw.;
 - d. Beanspruchung der Füsse im täglichen Leben und im Beruf.Anhand der Antworten auf diese Fragen entscheidet der kontrollierende Orthopäde, ob der Versicherte selber noch von ihm untersucht werden muss. Unvollständig ausgefüllte Fragebogen sind dem Arzt zur Ergänzung zurückzuschicken.

5. *Kostspielige Änderungen* von Serienschuhen übernimmt die IV, wenn dadurch die Abgabe von Mass-Schuhen nach Ziffer 3 vermieden werden kann. Kleine Änderungen wie Absatzerhöhungen und ähnliche kleine Korrekturen *im Kostenbetrag bis zu 50 Franken gelten nicht als kostspielig* und gehen nicht zu Lasten der IV. *Änderungen im Betrage von mehr als 50 Franken übernimmt die IV voll*, hingegen geht die Anschaffung der Serienschuhe stets zu Lasten des Versicherten.
6. Schuheinlagen und Änderungen an Normalschuhen, *die eine Einlage ersetzen*, vergütet die IV nur, wenn sie eine notwendige Ergänzung einer von der IV durchgeführten Eingliederungsmassnahme darstellen (Art. 21 Abs. 1 IVG). Vorbehalten bleiben die als Behandlungsgeräte bei Geburtsgebrechen gemäss Artikel 2 GgV abgegebenen Schuheinlagen und analogen Schuhänderungen (vgl. auch IVM 145, Rz 1151).
7. Bei der Abgabe von orthopädischen Mass-Schuhen bezahlt der Versicherte in jedem Falle einen *Selbstbehalt* von 80 Franken für Erwachsene und 40 Franken für Minderjährige. Reparaturen im Sinne von Rz 26 bis 28 des Kreisschreibens über die Abgabe von Hilfsmitteln gehen nach Abzug einer Kostenbeteiligung des Versicherten von insgesamt *50 Franken pro Jahr* zu Lasten der Versicherung.
Im übrigen ist das Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln anwendbar, insbesondere dessen Rz 9.
8. Orthopädische Mass-Schuhe werden erstmals in der Regel in *doppelter Ausführung* abgegeben. Das zweite Paar darf aber nicht verordnet werden, bevor der Versicherte das erste während mindestens drei Monaten ohne Beschwerden getragen hat. In der Regel wird höchstens ein Paar jährlich erneuert. Ein allfälliger Mehrverbrauch ist zu begründen. Änderungen an Serienschuhen gemäss Ziffer 5 können pro Jahr höchstens drei bewilligt werden.
9. Die *Herstellung* erfolgt durch eidgenössisch diplomierte Orthopädie-Schuhmachermeister. Wo kein solcher zur Verfügung steht, können die IV-Kommissionen bis auf weiteres die Aufträge an die Stellen weiter vergeben, die zu ihrer Zufriedenheit gearbeitet haben.
10. Die *Kostenvergütung* erfolgt aufgrund der IV/SUVA/MV-Richtpreise für orthopädische Massarbeiten. Bei Nichtvertragslieferanten findet Rz 56 des Kreisschreibens über die Abgabe von Hilfsmitteln Anwendung.

11. Diese Weisungen sind in allen Fällen erstmaliger Abgabe von orthopädischen Schuhen und Verlängerungsbegehren anzuwenden.

**EL: Änderung einzelner in der EL-Wegleitung
enthaltener Ansätze**

- a. In Rz 304 muss — in Anlehnung an die in der IV geltende Regelung — der Selbstbehalt für die Vergütung von Reparaturkosten bei orthopädischem Schuhwerk auf 50 Franken pro Jahr erhöht werden.
- b. Ferner ist in Rz 327 als monatlicher Pflegekostenbeitrag für Blindenführhunde ein Betrag von 80 Franken einzusetzen.

H I N W E I S E

Wie ein Sehbehinderter seinen Weg machte

In der Artikelfolge «Der jugendliche Behinderte in der Invalidenversicherung» wurden im April-Heft der ZAK auch die von der IV gewährten beruflichen Eingliederungsmassnahmen erörtert. Zur Illustration dieser mehr theoretischen Ausführungen sei hier ein praktischer Fall aus der Sicht eines beruflich wiedereingegliederten Sehbehinderten geschildert. Der Betreffende sah sich zur Abfassung des nachstehend wiedergegebenen Schreibens an eine Tageszeitung veranlasst, nachdem ein Leidensgenosse in einem Leserbrief sich darüber beklagt hatte, dass er infolge seiner Behinderung trotz unzähliger Versuche noch keine passende Arbeitsstelle gefunden habe.

«Als gelernter Maschinenzeichner war ich etwa 14 Jahre in diesem Beruf tätig. Unter anderem war ich beim Bau einer Grossmaschinenfabrik einer der grössten Schweizer Firmen beteiligt. Durch Krankheit wurde ich dann vor einigen Jahren sehbehindert. Meine Augen verloren Woche für Woche mehr an Sehkraft, und alle ärztliche Kunst konnte mir nicht helfen. Es gab in dieser Zeit viele Stunden der Verzweiflung. Eine Anmeldung an die Invalidenversicherung führte dazu, dass ich zweimal nach Basel fahren musste, wo dann ein Berufsberater einige Tests mit mir machte, und schlussendlich sagte er zu mir, dass er der Ansicht sei, man könnte mich umschulen auf das kaufmännische Berufsbereich. Auch ich war der Meinung, dass dies eine gute Lösung wäre.

Nun begann meine Umschulung in der ‚Eingliederungsstelle für Sehbehinderte‘ in Basel. Es war eine sehr schwere und strenge Zeit, die viel Ausdauer erforderte. Man hat mich ausgebildet in den Fächern Rechnen, Buchhaltung, Maschinenschreiben (10-Finger-System), Deutsch, Französisch, Handfertigkeitsunterricht und in der Blindenschrift. Im zweiten Jahr kam dann noch die Korrespondenz dazu. Mit kleineren Arbeiten im Schulsekretariat ging es an die praktische Tätigkeit, und wer da gute Arbeit leistete, durfte dann mit der elektrischen Schreibmaschine schreiben: Für einen Sehbehinderten sicher ein Erfolg. Die Leiterin der Schule organisierte anschliessend ein Praktikum in einer Basler Versicherungsgesellschaft. Meine Arbeit bestand zu einem grossen Teil aus Korrespondenz, und zwar ab Folie oder Sprechplatte. Die Blindenschrift, die mich so faszinierte und die ich sehr gut gelernt habe, brauchte ich nicht, und auch heute kann ich diese nicht verwenden. Nach sechsmonatiger Tätigkeit fand eine Besprechung statt mit meinen Lehrern. Man sprach von einer zweiten Praktikumsstelle, und zwar an meinem Wohnort oder in der Umgebung. Ich habe mich bereit erklärt, die Bewerbungsschreiben selbst zu machen. Die ersten Anfragen brachten zwar keinen Erfolg, doch später klappte es dann. Der Direktor und der Personalchef hatten keine Ahnung, wie sich mit einem Sehbehinderten arbeiten lässt, und wir einigten uns zu einem Versuch von zwei Monaten. Der Erfolg ist da, denn heute arbeite ich immer noch am gleichen Arbeitsplatz, seit dreieinhalb Jahren schon. Die Vorgesetzten sind zufrieden mit mir, und mir gefällt es auch. Es ist auch von einer Grossbank nicht selbstverständlich, dass sie einen Sehbehinderten beschäftigt. Dafür möchte ich dankbar sein.»

PARLAMENTARISCHE VORSTÖSSE

Erwerbsersatz- ordnung

Kleine Anfrage
Eng
vom 18. März 1974

Nationalrat Eng hat folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«Nach Artikel 324 a OR ist dem Arbeitnehmer bei Verhinderung an der Arbeitsleistung zufolge Erfüllung gesetzlicher Pflichten oder Ausübung eines öffentlichen Amtes für eine beschränkte Zeit der darauf entfallende Lohn zu entrichten. Feuerwehrtätigkeit und Kursbesuch fallen zweifellos unter diese Bestimmung.

In der Praxis zeigt es sich, dass die Betriebe durch den Feuerwehrdienst sehr ungleichmässig betroffen werden. Vermehrt wird denn auch von den Arbeitgebern die Rückerstattung der dafür ausbezahlten Löhne durch die Gemeinden gefordert. Da die Kantone jedoch nicht kompetent sind, zwingendes materielles Bundesrecht abzuändern, und da zudem bei einer kantonalen Gesetzgebung kaum eine einheitliche Regelung erreicht werden könnte, erscheint eine Bundeslösung angemessen, indem der Feuerwehrdienst allgemein in die gegenwärtig in Revision stehende Erwerbsersatzordnung des Bundes eingebaut wird.

Ich frage deshalb den Bundesrat an, ob im Zuge der Revision der Erwerbsersatzordnung vorgesehen ist, auch die Lohnzahlung und ihre Rückerstattung für aktiven Feuerwehrdienst und Kursbesuch zu regeln, und gegebenenfalls, aus welchen Gründen davon Abstand genommen werden soll.»

MITTEILUNGEN

**Familienzulagen
im
Kanton Tessin**

Der Grosse Rat hat in seiner Sitzung vom 25. März 1974 einer Revision des Kinderzulagengesetzes zugestimmt. Danach wird die Kinderzulage von 50 auf 65 Franken je Kind und Monat erhöht. Die Gesetzesnovelle ist am 1. April 1974 in Kraft getreten.

**Personelles
Ausgleichskassen**

An Stelle des verstorbenen Dr. Hefti (ZAK 1973, S. 605) leitet Jakob Wolfensberger nun auch die Ausgleichskasse Engros-Möbel. Er übernahm ausserdem die Leitung der Ausgleichskasse Baumaterial, bleibt aber weiterhin Leiter der Kasse Schreiner.

**IV-Kommission
Graubünden**

Dr. Alex Schmid hat den Vorsitz der IV-Kommission Graubünden übernommen.

**IV-Kommission
Aargau**

Die IV-Kommission des Kantons Aargau steht unter dem neuen Präsidium von Dr. Hans Theiler.

GERICHTSENTSCHEIDE

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 12. November 1973 i. Sa. R. B.

Art. 14 Abs. 1 und 2 IVG. Die infolge eines Geburtsgebrechens nötige tägliche Krankenpflege eines Kindes ist für sich allein auch dann keine medizinische Massnahme, wenn sie in einem Spital erfolgt und an das Betreuungspersonal hohe Anforderungen stellt. Daher ist die volle Kostenübernahme bei Spitalaufenthalt nicht möglich; es kann nur ein Pflegebeitrag für hilflose Minderjährige ausgerichtet werden. (Bestätigung der Praxis)

Der versicherte Knabe R wog bei seiner Geburt am 30. Mai 1967 nur 2000 g. In den ersten drei Lebenstagen trat zudem eine Hypoglykämie auf. Am 3. April 1968 erkrankte das Kind «anscheinend aus völliger Gesundheit plötzlich mit generalisierten, epileptiformen Krämpfen, die trotz intensiver Therapie während mehrerer Stunden wiederkehrten. Die Folge dieser Krämpfe ist eine schwere Hirnschädigung mit Beeinträchtigung der psycho-motorischen Leistungsfähigkeit, multifokaler Epilepsie und spastischer zerebraler Bewegungsstörung» (Arztbericht des Kinderspitals). Die IV gewährte medizinische Massnahmen zur Behandlung der Geburtsgebrehen Ziff. 387 und 390 GgV. Ferner bewilligte sie mit Kassenverfügung vom 6. November 1969 einen Pflegebeitrag für hilflose Minderjährige, nachdem sich ergeben hatte, dass das Kind nicht stehen, gehen, sitzen, nicht aus eigener Kraft den Kopf hochhalten kann und dass es mit zwei Jahren noch wie ein Säugling genährt, gepflegt und gewickelt werden muss.

Am 27. Dezember 1971 wurde R ins Kinderspital verlegt, weil — laut Bericht des Kinderarztes Dr. H vom 18. Dezember 1971 — die Pflege des schwer zerebral geschädigten Kindes zuhause nicht mehr möglich sei. Dessen Vater ersuchte daher um Übernahme der «finanziellen Kosten» durch die IV.

In seinem Arztbericht vom 6. April 1972 bezeichnet Dr. S vom Kinderspital den Versicherten als total hilfloses Kind, das restlos auf Pflege angewiesen sei. Es sei überhaupt nicht ansprechbar und vollständig dezerebriert. Hin und wieder träten Anfälle von Atemstillstand auf. «Es ist ein reiner Pflegefall, eine Besserung nicht zu erwarten.»

Mit Verfügung vom 20. Juni 1972 gewährte die Ausgleichkasse erneut Kostengutsprache für ärztliche ambulante Kontrollen, Elektroenzephalogramm, medikamentöse Versorgung und Physiotherapie sowie einen Beitrag für hilflose Minderjährige von 6.50 Franken und einen Kostgeldbeitrag für Anstaltsaufenthalt von 6 Franken täglich unter gleichzeitiger Aufhebung der Verfügung vom 6. November 1969.

Der Vater des versicherten Knaben liess gegen die Verfügung vom 20. Juni 1972 Beschwerde erheben mit dem Antrag, die IV sei zu verpflichten, die gesamten Kosten des Klinikaufenthalts zu übernehmen.

Die kantonale Rekursbehörde stellte fest, dass das Kind schon wegen der Nahrungsaufnahme auf die Betreuung durch eine geschulte medizinische Hilfsperson angewiesen sei. Sodann müssten bei einem Atemstillstand unverzüglich die notwendigen ärztlichen Vorkehren durchgeführt werden. Ständige ärztlich Betreuung sei notwendig und werde nur durch medizinische Hilfspersonen in einer Anstalt gewährleistet. Die Vorinstanz verhielt deshalb die IV, die vollen Kosten des Aufenthalts im Kinderspital gemäss Art. 13 IVG vom 27. Dezember 1971 hinweg zu übernehmen. Andererseits würden aber der mit der streitigen Verfügung zugesprochene Beitrag für hilflose Minderjährige und der Kostgeldbeitrag für den Anstaltsaufenthalt hinfällig. In diesem Sinn hat die Rekurskommission am 27. März 1973 entschieden.

Das BSV reicht gegen diesen Entscheid Verwaltungsgerichtsbeschwerde ein und beantragt die Wiederherstellung der streitigen Kassenverfügung. Der Knabe habe aus pflegerischen und nicht aus medizinischen Gründen hospitalisiert werden müssen.

Das EVG hiess die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Erwägungen gut:

1. Der kantonale Richter vertritt die Auffassung, die Hospitalisierung des Versicherten sei für die Behandlung der Geburtsgebrechen Nr. 390 und 387 erforderlich. Das BSV seinerseits anerkennt, dass der Versicherte am Geburtsgebrechen Nr. 387 (Epilepsie) leidet, meint aber, alle übrigen Krankheitserscheinungen wie Tetraplegie und Dezerebration seien offensichtlich die unmittelbaren und adäquaten Folgen dieser Epilepsie. Deswegen seien physiotherapeutische Vorkehren und medikamentöse Versorgung erforderlich. Dabei handle es sich aber um Massnahmen, die keine Hospitalisierung erforderten, sondern zuhause durchgeführt werden könnten, wenn kein schwerer Pflegefall vorläge.

2. Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben minderjährige Versicherte Anspruch auf die zur Behandlung der in der Geburtsgebrechenliste aufgeführten Leiden notwendigen medizinischen Massnahmen. Diese umfassen die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird, sowie die Abgabe der ärztlich verordneten Medikamente (Art. 14 Abs. 1 IVG). Art. 14 Abs. 2 IVG bestimmt ferner, dass der Versicherte Anspruch auch auf Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung hat, wenn die ärztliche Behandlung in einer Krankenanstalt erfolgt. Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 1 Abs. 3 GgV). Dazu gehört — nach ständiger Rechtsprechung — aber nicht die tägliche Krankenpflege, weil ihr kein therapeutischer Charakter im eigentlichen Sinn zukommt (EVGE 1967, S. 106, ZAK 1967, S. 487).

Es ist unbestritten, dass dem Beschwerdegegner gestützt auf Art. 13 Abs. 1 IVG ein Anspruch auf ambulante ärztliche Kontrollen, Medikamente, Physiotherapie und auf einen Kostgeldbeitrag für Anstaltsaufenthalt zusteht. Streitig ist lediglich, ob die IV für die ganze Spitaltagestaxe aufzukommen habe, die Ende 1971 28 Franken betrug und die üblichen Spitalleistungen wie

Arzt, Arzneien, Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung umfasst. Dies wäre nur dann zu bejahen, wenn der Klinikaufenthalt für die Geburtsgebrechenbehandlung notwendig wäre (vgl. EVGE 1967, S. 106, ZAK 1967, S. 487; vgl. Art. 1 Abs. 2 GgV).

3. Einem Bericht lässt sich unter anderem folgendes entnehmen: Der Knabe kann weder gehen noch stehen, sitzen oder aus eigener Kraft den Kopf halten. Arme und Hände sind stark spastisch. Er muss gefüttert werden und kann nur fein purierte Nahrung zu sich nehmen. Dr. S bezeichnete den Knaben in seinem ersten Bericht vom April 1972 als total hilflos; er sei restlos auf Pflege angewiesen, müsse gefüttert werden, sei nicht ansprechbar und vollständig dezerebriert. Es handle sich um einen reinen Pflegefall. Eine Besserung sei nicht zu erwarten. Der Versicherte werde im Kinderspital täglich durchbewegt und einmal wöchentlich durch die Heilgymnastin behandelt. Es sei vorgesehen, ihn später in ein Heim für hilflose Minderjährige zu verlegen. Dauernde Überwachung der Atmung sei notwendig. In seinem zweiten Arztzeugnis (vom 1. Juli 1972) äusserte sich Dr. S wie folgt: Der Knabe sei absolut hilflos und müsse von einer erfahrenen Schwester gefüttert werden, da bei der geringsten Unachtsamkeit ein Atemstillstand eintreten könne, was zuhause und auch im Kinderspital zweimal habe beobachtet werden können. Er benötige dann künstliche Beatmung und Injektionen. «Damit sei betont, dass der Patient nicht zu Hause oder in einem einfachen Heim gepflegt werden darf.» Er werde jeden Tag gymnastisch durchbewegt, damit sich nicht weitere Spasmen bilden, und vom Hausarzt besucht.

Anhand dieser medizinischen Akten steht eindeutig fest, dass der Versicherte vollständig hilflos und eine Besserung seines Zustandes nicht zu erwarten ist. Er bedarf ständiger Pflege und Überwachung und ist völlig auf die Hilfe Dritter angewiesen. Es handelt sich offensichtlich um einen reinen Pflegefall, wie Dr. S in seinem ersten Bericht an die IV-Kommission ausgeführt hat. Dieser Stellungnahme widerspricht der Attest, den Dr. S drei Monate später erstattet hat, nicht. Wohl erklärt der Arzt in diesem zweiten Bericht, es gehe hier nicht um einen einfachen Pflegefall, sondern um einen Patienten, der grosse Ansprüche stelle und nicht zuhause gepflegt werden könne. Damit wird aber nur bestätigt, dass es sich in der Tat um einen Pflegefall handelt, wenn auch um einen solchen, der an das Betreuungspersonal hohe Anforderungen stellt. Dieser Pflegecharakter geht auch dadurch nicht verloren, dass bei unachtsamer Verabreichung der Nahrung Atemstillstand eintritt, so dass künstliche Beatmung und Injektionen notwendig werden, denn derartige Vorkehrungen sind selten erforderliche Massnahmen zur Lebenserhaltung, die nicht einen therapeutischen Erfolg im Sinne von Art. 1 Abs. 3 GgV anstreben und übrigens gegenüber der fortwährenden pflegerischen Betreuung weit in den Hintergrund treten. Auch der Umstand, dass der Knabe jeden Tag vom Hausarzt des Spitals besucht wird, vermag am typischen Pflegecharakter nichts zu ändern, handelt es sich doch bei diesen Besuchen ohne Zweifel um routinemässige Kontrollen, mit denen — angesichts des ohnehin unverbesserbaren Zustandes des Kindes — in der Regel kein therapeutischer Erfolg verbunden ist.

Bei diesen Gegebenheiten muss es bei den Leistungen, welche die Ausgleichskasse am 20. Juni 1972 dem Beschwerdegegner zugesprochen hat, sein Bewenden haben.

Urteil des EVG vom 23. November 1973 i. Sa. G. R.

Art. 9 Abs. 1 IVG. Wurde einem Versicherten während Jahren im Sinne einer Ausnahme bewilligt, die Prothese im Ausland zu beziehen, so darf diese Praxis nicht ohne vorgängige Mitteilung an den Versicherten geändert werden. Andererseits kann der Versicherte aus der bisherigen Ausnahmebewilligung keine Rechte für die Zukunft ableiten.

Der im Jahre 1945 geborene Versicherte leidet an den Folgen von Poliomyelitis. Im Jahre 1965 liess er sich wegen schwerer Zirkulationsstörungen den linken Unterschenkel amputieren. Die IV-Kommission gewährte ihm verschiedene Leistungen. Unter anderem verhielt sie die IV zur Abgabe einer Unterschenkelprothese «nach Anleitung von Prof. N, sofern diese in der Schweiz hergestellt wird» (Verfügung der Ausgleichskasse vom 9. August 1965). Der Versicherte machte indessen geltend, dass er auf Empfehlung von Prof. N seit sieben Jahren zu seiner vollen Zufriedenheit durch einen deutschen Orthopäden prothetisch versorgt werde. Hierauf wurde die erwähnte Verfügung mit dem Einverständnis des BSV dahin abgeändert, dass die Prothese durch den ausländischen Hersteller geliefert werden dürfe (Verfügung vom 17. Dezember 1965). Später bewilligte die Verwaltung dem Versicherten noch mehrere vom selben Orthopäden hergestellte Ersatzprothesen mit den notwendigen Reparaturen, letztmals mit Verfügung vom 11. August 1971.

Als der Versicherte im Herbst 1972 um die Übernahme der Kosten einer weitem aus dem Auslande zu liefernden Prothese ersuchte, unterbreitete die IV-Kommission den Fall erneut dem BSV. In seinem Antwortschreiben vom 27. November 1972 wies das Amt darauf hin, dass am Wohnort des Versicherten sechs Mitglieder des Schweizerischen Verbandes der Orthopäden und Bandagisten tätig seien, mit denen eine Tarifabmachung bestehe. Deshalb habe der Geschwetter wie andere Versicherte seine Unterschenkelprothese in der Schweiz zu beziehen. Es bestehe kein Grund zur Annahme, dass die Verbandsmitglieder ausserstande sein sollten, ihm eine einwandfreie Prothese anzufertigen. Deshalb verfügte die Ausgleichskasse am 9. Januar 1973, dass die IV keine im Ausland bezogene Prothesen mehr bewillige.

Der Versicherte beschwerte sich gegen diese Verfügung bei der kantonalen Rekurskommission. Diese erachtete es angesichts der «Besonderheit des Falles des Rekurrenten» als geradezu unverständlich, weshalb ein seit Jahren zur Zufriedenheit arbeitender Hersteller gewechselt werden sollte, um erneut in der Schweiz zu versuchen, was seinerzeit nicht gelungen ist». Die Rekurskommission verpflichtete deshalb die IV, die Kosten einer neuen, von der deutschen Firma hergestellten Unterschenkelprothese zu übernehmen.

Das BSV erhebt Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Unter Hinweis auf die Rechtsprechung des EVG zu Art. 9 Abs. 1 IVG bekräftigt es seine schon im erwähnten Schreiben vom November 1972 geäusserte Auffassung, dass der Versicherte die Möglichkeit habe, sich eine zweckmässige und gute Prothese in der Schweiz zu verschaffen.

Der Versicherte beantragt die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Die Prothese sei inzwischen durch die deutsche Firma bereits hergestellt worden. — In einer Zuschrift an das Gericht vom 20. August 1973 bemerkt Prof. N, es handle sich nicht um einen «gewöhnlichen», sondern «um

einen recht schwierigen Einzelfall». Es gehe daher auch nicht um eine gewöhnliche prothetische Versorgung, sondern um eine Spezialanfertigung.

Das EVG wies die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung ab:

1. Nach Art. 9 Abs. 1 IVG werden die Eingliederungsmassnahmen in der Schweiz, ausnahmsweise auch im Ausland gewährt. Ein solcher Ausnahmefall ist nach der Rechtsprechung des EVG gegeben, wenn die Massnahme mangels geeigneter Einrichtungen oder wegen ihrer Besonderheit und Seltenheit in der Schweiz nicht oder noch nicht durchgeführt werden kann. Ob diese Voraussetzungen gegeben sind, beurteilt sich nach objektiven Gesichtspunkten; blosse Vorzüge im Einzelfall genügen nicht (EVGE 1966, S. 102, ZAK 1967, S. 83; EVGE 1967, S. 248, ZAK 1968, S. 238; BGE 97 V 158, ZAK 1972, S. 425).

2. Nach erfolgter Beinamputation hat der Beschwerdegegner seine erste Unterschenkelprothese im Jahre 1965 durch den ausländischen Orthopäden anfertigen lassen, nachdem er wegen schlechter Erfahrungen mit schweizerischen Firmen vorher schon während sieben Jahren sich durch den deutschen Lieferanten erfolgreich hatte prothetisch versorgen lassen. Die Verwaltung hatte sich ausdrücklich damit einverstanden erklärt, dass diese Prothese im Ausland bezogen würde. In den folgenden Jahren, zum letzten Mal 1971, bewilligte ihm die IV-Kommission drei weitere im Ausland herzustellende Prothesen. — Bei diesen Gegebenheiten musste der Beschwerdegegner nicht damit rechnen, dass die Ausgleichskasse auf sein am 17. Oktober 1972 neu eingereichtes Begehren hin ihre Praxis ändern und ihm zumuten würde, den bisher offenbar bestbewährten Lieferanten zu wechseln, obschon er vorher von der Verwaltung nie auf diese Möglichkeit aufmerksam gemacht worden war. Daher widerspricht es Treu und Glauben, wenn am 9. Januar 1973, somit rund drei Monate nach der neuen Anmeldung bei der IV, verfügt wurde, dass die Anschaffungskosten der Prothese nur übernehmen würden, wenn der Versicherte das Kunstbein in der Schweiz herstellen lasse.

Aus der Tatsache, dass die Verwaltung seit 1965 wiederholt die Kosten einer im Ausland hergestellten Prothese übernommen hat und heute ein weiteres Mal übernehmen muss, vermag der Versicherte freilich keine Rechte für die Zukunft abzuleiten. Vielmehr wird die IV-Kommission im Hinblick auf ein späteres neues Gesuch des Beschwerdegegners zu prüfen haben, ob die den Verfügungen vom 17. Dezember 1965, 5. Mai 1966, 1. Dezember 1970 und 11. August 1971 zugrunde gelegene Annahme, in der Schweiz könne eine Prothese von der Art, wie sie vom Versicherten benötigt wird, nicht hergestellt werden, immer noch zutreffe. Sie wird dabei beachten, dass Prof. N selber erklärt, es handle sich nicht um einen «normalen Fall», weil die Amputation an einem «polio-gelähmten Bein mit Paresen der Hüft- und Oberschenkelmuskulatur» erfolgt und zudem «auch eine Sympathektomie wegen der anfänglich schlechten Blutzirkulation durchgeführt» worden sei. Prof. N spricht ausdrücklich von einem «Sonderfall» und von «Spezialanfertigung» der Prothese, was sich auf die Herstellungskosten auswirken dürfte. Müsste nach erfolgter Abklärung die Notwendigkeit des Hilfsmittelbezuges aus dem Ausland objektiv verneint werden, so könnte der Beschwerdegegner künftig nicht mehr damit rechnen, dass die IV im Ausland entstandene Herstellungs- und Reparaturkosten übernehmen wird.

Urteil des EVG vom 16. November 1973 i. Sa. E. W.

Art. 21 Abs. 1 IVG. Der Begriff des Hilfsmittels umfasst weder Liegeschalen noch Extensionsvorrichtungen.

Die 1933 geborene Versicherte leidet seit ihrer Kindheit an doppelbogiger S-förmiger Skoliose. Die IV verweigerte ihr schon vor Jahren medizinische Massnahmen und ein Gipskorsett, dieses mit der Begründung, dass ihm kein Hilfsmittelcharakter zukomme. Hingegen wurden ihr mit Verfügung vom 19. September 1968 Stützkorsetts zugesprochen. Im Juni 1972 ersuchte die Versicherte die IV erneut um medizinische Massnahmen und um Abgabe eines Gipsbettes. Die Abklärungen der IV-Kommission beim behandelnden Orthopäden ergaben, dass die von der Versicherten angegebenen vermehrten Schmerzen «vor allem nicht auf einer Zunahme der Skoliose beruhen, sondern auf degenerativen Veränderungen und Beschwerden in der Muskulatur». Mit Fango, Massage und Turnen habe eine deutliche Verbesserung erzielt werden können. Das Gipsbett, das der Orthopäde für die Nacht habe anpassen lassen, habe sich im Verlauf des Jahres 1972 sehr bewährt. Deshalb habe dieser die Anfertigung eines — solideren und hygienischeren — «Kunststoffgipsbettes» empfohlen.

Mit Verfügung vom 4. Oktober 1972 verneinte die Ausgleichskasse erneut den Anspruch auf medizinische Massnahmen und — dem Sinne nach — auf ein Gipsbett.

Diese Verfügung zog der Ehemann der Versicherten an die kantonale Rekurskommission weiter, indem er das Begehren um medizinische Massnahmen und um ein Gipsbett wiederholte.

Gegen den Entscheid des kantonalen Richters lässt die Versicherte Verwaltungsgerichtsbeschwerde einreichen. Zur Begründung wird vorgebracht: Ein Gipsbett bringe ihr wie das von der IV bewilligte Stützkorsett wesentliche Erleichterung und habe entgegen der Auffassung der Vorinstanz keine therapeutische Funktion. Das erwähnte Gerät erlaube ihr einen schmerzfreien Schlaf, so dass sie am folgenden Tag — mit Unterstützung ihrer Töchter und Nachbarn — wieder den Haushalt zu besorgen vermöge. Ohne Gipsbett würde sie ihre Leistungsfähigkeit vollständig verlieren. Die Krankenversicherung habe sich geweigert, für die Kosten einer derartigen Schlafhilfe aufzukommen.

Das EVG wies die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung ab:

1. Nach Art. 21 Abs. 1 IVG hat der Versicherte im Rahmen der vom Bundesrat aufgestellten Liste (vgl. Art. 14 Abs. 1 IVV) Anspruch auf jene Hilfsmittel, die er für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit in seinem Aufgabenbereich, für die Schulung, die Ausbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung benötigt. Aus dieser Zweckumschreibung hat das EVG in ständiger Rechtsprechung geschlossen, dass ein Gerät nur dann als Hilfsmittel qualifiziert werden kann, wenn es seiner Konstruktion nach geeignet ist, der Eingliederung ins Erwerbsleben oder — bei Nichterwerbstätigen — der Beschäftigung im spezifischen Aufgabenbereich (z. B. der Hausfrau) zu dienen. Gegenstände, welche diesem Zweck nicht dienlich sein können, erfüllen den Hilfsmittelbegriff nicht. Durch die in Art. 14 Abs. 1 IVV aufgezählten Hilfsmittel wird bestätigt, dass unter einem solchen Gerät ein

Gegenstand zu verstehen ist, welcher vom Invaliden bei der Überwindung des Arbeitsweges oder bei der Arbeit selbst verwendet werden kann. Daraus ergibt sich, dass beispielsweise blossen Extensionsvorrichtungen, Gipsbetten und Liegeschalen kein Hilfsmittelcharakter im Sinn von Art. 21 Abs. 1 IVG zukommt (EVGE 1963, S. 146, ZAK 1963, S. 502; EVGE 1964, S. 38, ZAK 1964, S. 219). Solche Geräte dienen nur mittelbar der Berufsausübung bzw. der Tätigkeit im spezifischen nichterwerblichen Aufgabenbereich. — Demzufolge haben es Verwaltung und Vorinstanz gestützt auf Art. 21 Abs. 1 IVG mit Recht abgelehnt, der IV die Kosten des von der Beschwerdeführerin verlangten Kunststoffbettes zu belasten.

Aber auch nach Art. 21 Abs. 2 IVG besteht keine Leistungspflicht der IV. Nach dieser Bestimmung ist zwar der Anspruch auf Hilfsmittel unabhängig von der Möglichkeit der Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den nichterwerblichen Aufgabenbereich gegeben. Allein der erwähnte Absatz 2 räumt nur jenem Versicherten einen solchen Anspruch ein, der infolge seiner Invalidität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge kostspieliger Geräte bedarf. Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall offensichtlich nicht erfüllt. Abgesehen davon figuriert das Gipsbett unter den in Art. 14 Abs. 2 IVV abschliessend aufgezählten Hilfsmitteln nicht (EVGE 1968, S. 211, ZAK 1969, S. 126, und BGE 98 V 51, ZAK 1972, S. 430).

Urteil des EVG vom 27. November 1973 i. Sa. E. M.

Art. 21 Abs. 1 und 2 IVG; Art. 14 Abs. 1 und 2 IVV. Eine motorisch betriebene, liftähnliche Hebebühne kann die IV nicht als Hilfsmittel abgeben.

Die im Jahre 1945 geborene Versicherte zog sich bei einem Automobilunfall im Juli 1970 eine Querschnittsläsion zu, weshalb sie ihr Coiffeurgeschäft aufgeben musste. Sie schulte sich von der Coiffeurmeisterin zur kaufmännischen Angestellten um. Sie ist an einen Rollstuhl gebunden und daher ausserstande, die Treppen des ihr gehörenden Einfamilienhauses ohne fremde Hilfe zu überwinden. Es wurde deshalb auf der Höhe des ersten Stockwerkes, wo sich das Zimmer der Versicherten befindet, ein Balkon angebaut und dieser mittels einer Hebebühne vom Garten her zugänglich gemacht. Auf diese Weise vermag die Invalide ohne Dritthilfe von ihrem Invalidenauto direkt in ihr Zimmer und das Haus zu gelangen. Die IV ist für medizinische und berufliche Massnahmen sowie für Hilfsmittel aufgekommen, hat es aber abgelehnt, «die eigentlichen Umbauten am Haus», worunter auch die Erstellung der Hebebühne zu verstehen ist, zu übernehmen.

Gegen die Verweigerung der erwähnten Kostenübernahme liess die Versicherte Beschwerde erheben, die von der kantonalen Rekursbehörde am 30. Januar 1973 jedoch abgewiesen worden ist.

Die Versicherte verlangt mit ihrer Verwaltungsgerichtsbeschwerde erneut, dass die Kosten der Hebebühne der IV belastet werden. Diese Vorrichtung brauche sie zur Überwindung des Weges von der Wohnung zur Strasse und damit zur Ausübung ihres Berufes.

Das EVG wies die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung ab:

1. Nach Art. 21 Abs. 1 IVG hat der Versicherte im Rahmen der in Art. 14 Abs. 1 IVV aufgeführten Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, die er unter anderem für die Ausübung der Erwerbstätigkeit benötigt. In der erwähnten Liste sind die in Frage kommenden Hilfsmittelkategorien abschliessend, die unter die einzelnen Kategorien fallenden Hilfsmittel hingegen nur exemplifikatorisch aufgezählt (ZAK 1969, S. 611).

Es fragt sich also, ob die von der Beschwerdeführerin verlangte Hebebühne sich unter eine dieser Hilfsmittelgruppen subsumieren lässt. Art. 14 Abs. 1 Bst. g IVV nennt «Fahrzeuge mit den jeweils notwendigen Anpassungen an das Gebrechen, wie Zimmer- und Strassenfahrstühle, Selbstfahrer, zwei- oder dreirädrige Fahrräder, Motorroller mit zwei oder drei Rädern, Kabinenroller und Kleinautomobile». Aus dieser Aufzählung geht klar hervor, dass unter Fahrzeugen im Sinn IV-rechtlicher Hilfsmittel nur solche Transportmittel zu verstehen sind, die auf dem Boden durch eigene oder fremde Kraft unabhängig von Schienen fortbewegt und in horizontaler Richtung beliebig verändert werden können. Bei der Hebebühne dagegen handelt es sich um eine Einrichtung, die durch motorischen Antrieb entlang einem Führungselement sich liftähnlich nur in vertikaler Richtung bewegen lässt. Sie unterscheidet sich also wesentlich von den Hilfsmitteln, welche der Bst. g zum Gegenstand hat, und lässt sich selbst bei extensiver Interpretation des Fahrzeugbegriffs nicht bei der dort erwähnten Hilfsmittelkategorie einordnen. Die Hebebühne fällt auch nicht unter die in Bst. h von Art. 14 Abs. 1 IVV aufgeführte Art von Hilfsmitteln. Dort werden genannt «Hilfsgeräte am Arbeitsplatz, wie besondere Arbeitsgeräte und Sitzvorrichtungen, Zusatzgeräte für die Bedienung von Apparaten und Maschinen, Anpassung der Arbeitsfläche und der maschinellen Einrichtungen sowie räumliche Veränderungen». Bei diesen räumlichen Veränderungen handelt es sich ausschliesslich um Anpassungen am Arbeitsplatz selber, wie aus dem französischen und italienischen Verordnungstext eindeutig hervorgeht, wo von «aménagement... des locaux de travail» bzw. von «adeguamento... dei locali di lavoro» die Rede ist (ZAK 1966, S. 210). — Die übrigen in Art. 14 Abs. 1 IVV erwähnten Hilfsmittelkategorien fallen zum vornherein ausser Betracht.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Hebebühne bei keiner Hilfsmittelgruppe von Art. 14 Abs. 1 IVV eingeordnet werden kann, weshalb der Beschwerdeführerin aus dieser Bestimmung (in Verbindung mit Art. 21 Abs. 1 IVG) kein Anspruch zusteht.

2. Unabhängig von der Eingliederungsmöglichkeit hat ein Versicherter Anspruch auf die in Art. 14 Abs. 2 IVV abschliessend aufgezählten Hilfsmittel, wenn er infolge seiner Invalidität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge jener Geräte bedarf (Art. 21 Abs. 2 IVG).

Art. 14 Abs. 2 Bst. f IVV sieht die Abgabe von Fahrstühlen vor. Dazu gehören nach der Rechtsprechung lediglich Zimmer- und Strassenfahrstühle ohne Motor (ZAK 1970, S. 627). Und nachdem das Gericht ausdrücklich verneint hat, dass ein elektrisch angetriebener Treppenlift unter den erwähnten Bst. f untergeordnet werden kann, gilt dies noch in vermehrtem Mass für die motorisch betriebene Hebebühne. Die übrigen in Art. 14 Abs. 2 IVV aufgezählten Hilfsmittel fallen zum vornherein ausser Betracht. Somit kann die Beschwerdeführerin auch aus Art. 14 Abs. 2 IVV nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Renten

Urteil des EVG vom 11. Januar 1974 i. Sa. J. D.
(Übersetzung aus dem Französischen)

Art. 40 Abs. 3 IVG. Einem Versicherten, dessen laufende Rente in einem Zeitpunkt zugesprochen worden ist, in dem er über 21 Jahre alt war, ist im Zuge der achten AHV-Revision auf seinen Antrag hin die Rente ebenfalls auf 133 $\frac{1}{3}$ Prozent zu erhöhen, wenn er bereits vor Vollendung des 21. Altersjahres rentenberechtigt gewesen war, die Rente indessen wegen Durchführung von Eingliederungsmassnahmen vorübergehend aufgehoben wurde.

Die am 2. Oktober 1945 geborene, ledige J. D. leidet seit vielen Jahren an chronischer Schizophrenie. Mit Verfügung vom 26. Oktober 1965 wurde ihr eine einfache IV-Rente mit Wirkung ab 1. November 1965 zuerkannt. Die ganze Rente wurde vorübergehend vom 1. Februar 1969 bis 1. Januar 1970 durch eine halbe Rente ersetzt. Die Versicherte ist bevormundet.

Am 13. Juli 1971 sprach die Ausgleichskasse der Versicherten Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art zu (einen Aufenthalt zur Abklärung der Berufsneigungen und zur Durchführung eines Arbeitstrainings in einem Invalidenzentrum) und ersetzte die Rente während der Durchführung dieser Massnahmen durch ein Taggeld. Der Aufenthalt begann am 17. Mai 1971 und wurde bis 29. Februar 1972 verlängert. Damit konnte aber die Arbeitsfähigkeit der Versicherten nicht verbessert werden, weshalb ihr die Rente durch Verfügung vom 25. April 1972 mit Wirkung ab 1. März 1972 wiederum zugesprochen wurde.

Der Vormund der Versicherten beantragte am 31. Januar 1973 bei der Ausgleichskasse die Erhöhung der Rente für sein Mündel, indem er auf die neue Regelung für vor Beginn der Beitragspflicht invalid gewordene Personen hinwies. Nach Rücksprache mit dem BSV lehnte die Ausgleichskasse das Gesuch ab, weil der Versicherten letztmals am 25. April 1972 eine Rente zugesprochen worden war, also in einem Zeitpunkt, in dem die Ansprecherin bereits 26 $\frac{1}{2}$ Jahre alt war. Die kantonale Rekurskommission entschied am 2. August 1973, die angefochtene Verfügung sei nicht gesetzwidrig.

Der Vormund verlangt mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde Zusprechung der gemäss Art. 40 Abs. 3 IVG vorgeschriebenen Rentenerhöhung an sein Mündel, indem er anführt, nach dem Wortlaut des Gesetzes hänge der Anspruch auf die höhere Rente vom Zeitpunkt des Eintrittes der Invalidität ab und nicht von demjenigen der letzten Verfügung. Er bestreitet die Gesetzmässigkeit der Weisungen des Bundesamtes. Das BSV legt dar, dass entsprechende Vollzugsbestimmungen des Bundesrates fehlen und die erlassenen Verwaltungsrichtlinien sich aus praktischen Gründen aufdrängten. Das EVG hat entgegen dem Antrag des BSV die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Erwägungen gutgeheissen:

1. Laut dem durch die Gesetzesnovelle vom 11. Oktober 1972 eingeführten und am 1. Januar 1973 in Kraft getretenen Art. 40 Abs. 3 IVG entsprechen die ausserordentlichen Renten von Personen, die vor dem 1. Dezember des der Vollendung des 20. Altersjahres folgenden Jahres invalid geworden sind

(Art. 39 Abs. 2 IVG), 133 $\frac{1}{3}$ Prozent des Mindestbetrages der zutreffenden ordentlichen Vollrente.

Es ist weder dem Gesetz noch der Verordnung zu entnehmen, ob die genannte Erhöhung auf alle Fälle anwendbar ist, in denen die Ansprecher die Voraussetzungen von Art. 40 Abs. 3 IVG erfüllen, oder nur auf diejenigen, welchen die Rente nach dem 31. Dezember 1972 zugesprochen worden ist oder wird. Das BSV hat im Kreisschreiben I an die Ausgleichskassen über die Durchführung der achten AHV-Revision auf dem Gebiete der Renten diesbezüglich eine Lösung angewendet, welche von den Versicherten, die vor dem 1. Januar 1973 invalid geworden sind, nur diejenigen ausschliesst, die beim Inkrafttreten des IVG, d. h. am 1. Januar 1960, bereits das 21. Altersjahr vollendet hatten (Rz 143 des Kreisschreibens). Diese Regelung entspricht dem Buchstaben und Geist des neuen Art. 40 IVG, mit welchem offensichtlich angestrebt wird, einer Kategorie von Versicherten, deren Rente bei Anwendung des bisherigen Rechts zur Deckung minimaler Lebensbedürfnisse nicht genügt hätte, frühestens ab 1. Januar 1973 einen Zuschuss zur Rente zu gewähren (vgl. Botschaft des Bundesrates vom 11. Oktober 1971, Ziff. 332, S. 43, und zum neuen Art. 40 IVG, S. 82; der Bundesrat schlug damals einen Zuschlag von 25 % vor). Der Ausschluss der Invaliden, die bei der Inkraftsetzung des IVG 21 Jahre alt und älter waren, erklärt sich ohne Zweifel aus der in der Übergangsbestimmung von Art. 85 Abs. 1 IVG enthaltenen Vorschrift: Für jene Versicherten wird angenommen, ihre Invalidität sei im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes eingetreten, d. h. mindestens ein Jahr nachdem sie das 20. Altersjahr zurückgelegt haben.

2. Was die zeitliche Ermittlung der nach Art. 40 Abs. 3 IVG zu behandelnden Fälle anbelangt, erklärt das BSV im Kreisschreiben I in Rz 145 Abs. 2: «Massgebend ist demnach, dass der erste Tag des Monats, von dem an die Rente beansprucht werden konnte, vor dem 1. Dezember des der Vollendung des 20. Altersjahres folgenden Kalenderjahres oder in einem früheren Jahr liegt.» Ausserdem lautet Rz 146 wie folgt: «Entscheidend ist stets der letzte Rentenbeginn. Dieser ist in der Rentenverfügung angegeben, mit welcher die laufende Rente zugesprochen worden ist. Es ist daher nicht auf einen allfälligen früheren Rentenbeginn abzustellen.»

Die Ausgleichskasse hat aufgrund dieser letzteren Bestimmung der am 2. Oktober 1945 geborenen J.D., die seit dem 1. November 1965 infolge dauernder Arbeitsunfähigkeit rentenberechtigt ist, den von Art. 40 Abs. 3 IVG vorgesehenen Zuschlag von 33 $\frac{1}{3}$ Prozent verweigert — ist doch die Rente vom 17. Mai 1971 bis 29. Februar 1972 aufgehoben und während der Dauer eines beruflichen Eingliederungsversuches durch ein Taggeld gemäss Art. 22 IVG ersetzt worden und erfolgte dann die Wiederherstellung des früheren Zustandes ab 1. März 1972 mittels einer Verfügung, welche formell einer Verfügung auf Zusprechung einer Rente gleichkommt.

Die Vorschrift des Kreisschreibens I, wonach der Zeitpunkt massgebend ist, in dem der Anspruch auf die letzte dem Versicherten zugesprochene Rente entstand, legt das Gesetz grundsätzlich richtig aus. Dagegen ist die Anweisung an die Ausgleichskassen, dieser Zeitpunkt sei der Verfügung zu entnehmen, mit welcher die laufende Rente zugesprochen wurde, zu absolut. Sie berücksichtigt namentlich gewisse Sonderfälle wie denjenigen der Beschwerdeführerin nicht. Bei dieser ist nämlich der Rentenanspruch letztmals

in einem Zeitpunkt entstanden, der in einer Verfügung festgehalten ist, die dem jüngsten Verwaltungsakt in dieser Sache voranging. In der Tat liegt in jenem Falle, in dem eine Rente während der Durchführung einer Eingliederungsmassnahme durch ein Taggeld ersetzt wurde und wegen Misserfolg der Massnahme wieder gewährt wird, keine neue Rente vor, sondern es wird nur die ursprüngliche Rente fortgeführt, auch wenn die Wiederherstellung des früheren Zustandes — so auch dessen Aufhebung — mittels einer formellen Verfügung vorzunehmen ist. Das EVG hat so in einem nicht veröffentlichten Entscheid vom 10. März 1971, wenn auch nicht ausdrücklich, entschieden. Die Entscheide E. K. vom 22. Januar 1965 (EVGE, S. 47, ZAK 1965, S. 459) und F. F. vom 3. Oktober 1968 (EVGE, S. 213, ZAK 1969, S. 195) scheinen in die gleiche Richtung zu weisen, insofern sie das Verfahren zur Überprüfung des Rentenanspruches, wie es nach Beendigung der Eingliederungsmassnahmen erforderlich ist, nicht den Revisionsbestimmungen gemäss Art. 41 IVG unterstellen.

Das BSV wendet ein, dass die Ausgleichskassen nicht in der Lage sind, die Akten sämtlicher Rentner zu überprüfen, um abzuklären, ob nun der in der letzten Rentenverfügung aufgeführte Zeitpunkt dem tatsächlichen Datum der Entstehung des Rentenanspruches entspricht; es liefe auf eine ungleiche Behandlung der Versicherten hinaus, wollte man diejenigen Versicherten, die ihre Ansprüche geltend machen, gegenüber jenen, die nicht wissen, dass sie Anspruch auf eine Rentenerhöhung haben, in dieser Weise bevorzugen. Sicher ist es für die Verwaltung technisch unmöglich, Art. 40 Abs. 3 IVG auch in den Fällen von Amtes wegen anzuwenden, in denen die letzte Rentenverfügung erlassen wurde, als der Ansprecher älter als 21 Jahre war. Dies wird nur auf Gesuch des Versicherten hin möglich sein. Das Risiko der ungleichen Behandlung wiegt indessen nicht dermassen schwer, dass man das Gesetz auf diejenigen Versicherten nicht anwenden dürfte, denen es den Anspruch ausdrücklich zuerkennt. Das Risiko ist nicht grösser als in andern Fällen, in denen zwecks Gewährung oder Revision einer Rente ein Gesuch erforderlich ist. Nach Auffassung des BSV hätte die angestrebte radikale Lösung durch die Ergänzungsleistungen der AHV und IV gemildert werden sollen. Diese Leistungen können jedoch — im Gegensatz zu dem von Art. 40 Abs. 3 IVG vorgeschriebenen Zuschlag — nur im Bedarfsfalle beansprucht werden.

Verfahren

Urteil des EVG vom 21. September 1973 i. Sa. J. E.

Art. 137 Bst. b OG. Ärztliches Zeugnis als entscheidendes neues Beweismittel betrachtet. (Erwägung 1)

Entscheidend ist ein neues Beweismittel, wenn anders zu entscheiden gewesen wäre, hätte es schon im Beschwerdeverfahren vorgelegen. (Erwägung 2)

Art. 134, Art. 135/Art. 156 Abs. 1 OG. Im Revisionsverfahren werden die Gerichtskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt, auch wenn über Versicherungsleistungen zu entscheiden ist;

Art. 134 OG ist im Revisionsverfahren nicht anwendbar. (Erw. 3)

Das EVG hiess das Revisionsbegehren aus folgenden Erwägungen gut:

1. Aufgrund von Art. 137 Bst. b und Art. 141 Abs. 1 Bst. b in Verbindung mit Art. 135 OG ist ein Urteil des EVG revidierbar, wenn eine Partei nachträglich neue erhebliche Tatsachen erfährt oder entscheidende Beweismittel auffindet (trouve des preuves concluantes; trova prove decisive), die sie im frühern Beschwerdeverfahren nicht beibringen konnte, und binnen neunzig Tagen seit der Entdeckung des Revisionsgrundes die Revision verlangt.

Der Versicherte hat das Arztzeugnis vom 2. Februar 1973 mitsamt dem Revisionsgesuch vom 29. März 1973 am 30. März zur Post gegeben. Dass er eine solche Bescheinigung schon in einem früheren Zeitpunkt hätte beibringen können, wird weder von der Ausgleichskasse noch vom BSV geltend gemacht. Daher ist im erwähnten ärztlichen Zeugnis ein innert der gesetzlichen Revisionsfrist eingereichtes neues Beweismittel zu erblicken und auf das vorliegende Revisionsgesuch einzutreten.

2. Im Sinne von Art. 137 Bst. b OG entscheidend ist eine neue ärztliche Bescheinigung, wenn sie den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt in einem derart neuen Licht zeigt, dass anders zu entscheiden gewesen wäre, wenn das nunmehr angerufene Beweismittel schon im Beschwerdeverfahren vorgelegen hätte (EVGE 1959, S. 5 ff., und 1968, S. 37, Erwägungen 2 und 3; BGE 95 II 285, Erwägung 2, Bst. a).

Laut dem gründlichen Bericht des Arztes hat beim Gesuchsteller von Anfang an eine typische Tendenz zur Bildung eines Genu recurvatum bestanden, die hauptsächlich wegen einer Störung der Tiefensensibilität im Bereich der Kniegelenke ursprünglich nicht korrigierbar gewesen ist. Doch hat sich jene Sensibilität in der Folge allmählich dermassen regeneriert, dass in den Jahren 1970 und 1971 «eine krankengymnastische Korrektur des Gehaktes, speziell der Genu-recurvatum-Tendenz mit Erfolg durchgeführt werden konnte». Wäre dieser medizinische Sachverhalt schon im Jahre 1972 abgeklärt gewesen, so hätte das EVG die am 16. Dezember 1971 bei ihm eingegangene Verwaltungsgerichtsbeschwerde des Versicherten schützen müssen. Jedenfalls wird die Annahme der II. Kammer, eine Rekurvation habe scheinbar anfänglich nicht bestanden, sondern «sich erst im Laufe der Zeit entwickelt», durch die spezialärztlichen Darlegungen vom 2. Februar 1973 in einleuchtender Weise widerlegt.

Der in Art. 137 Bst. b OG umschriebene Revisionsgrund liegt somit vor. Weil die Rekurvationstendenz in den Kniegelenken von Anfang an am primären Lähmungsbild beteiligt war, teilt sie das rechtliche Schicksal des Grundleidens und muss die IV aufgrund von Art. 12 IVG die Kosten der während der Jahre 1970 und 1971 durchgeführten Physiotherapie übernehmen (BGE 98 V 98, Erwägung 2, ZAK 1972, S. 352).

3. Hinsichtlich der Gerichtskosten ist im Verfahren betreffend Urteilsrevision der Art. 156 Abs. 1 OG selbst dann anwendbar, wenn über Versicherungsleistungen zu entscheiden ist (Plenarbeschluss des EVG vom 15. März 1972). Daher sind die Gerichtskosten im vorliegenden Falle der Ausgleichskasse aufzuerlegen. Überdies schuldet die Kasse gemäss Art. 159 in Verbindung mit Art. 135 OG dem — erstmals durch einen Anwalt vertretenen — Gesuchsteller eine angemessene Parteientschädigung.

Von Monat zu Monat

Unter dem Vorsitz von Ständerat Reimann (Aargau) tagte am 14. Mai in Bern die *ständerätliche Kommission zur Vorbereitung einer Änderung des AHV-Gesetzes*. Den Beratungen wohnten Bundesrat Hürliemann, Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung sowie Prof. Kaiser, Berater für mathematische Fragen der Sozialversicherung, bei. Die Kommission beschloss mehrheitlich, dem Ständerat den vom Nationalrat im März angenommenen Gesetzesentwurf (s. ZAK 1974, S. 158) zur Annahme zu empfehlen.

*

Der *Ausschuss für die berufliche Vorsorge der Eidgenössischen AHV/IV-Kommission* tagte vom 29. bis 31. Mai 1974 unter dem Vorsitz von Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung und im Beisein von Prof. Kaiser, Berater für mathematische Fragen der Sozialversicherung. Mit dieser Sitzung wurde die Beratung des Vorentwurfes für ein Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge im wesentlichen zum Abschluss gebracht.

Über das Zusammenwirken von Privatversicherung und Sozialversicherung

Vom 29. April bis 1. Mai 1974 tagte in Lausanne der Vierte Weltkongress der Internationalen Vereinigung für Versicherungsrecht¹. Rund 500 Spezialisten der Privat- und der Sozialversicherung befassten sich dabei mit Fragen der Überversicherung und mit Problemen, die sich für das Versicherungswesen im Zusammenhang mit Gewaltverbrechen ergeben. Der Kongress wurde durch eine Ansprache von Bundesrat Hürliemann eröffnet. Die ZAK gibt nachstehend die bundesrätlichen Ausführungen.

¹ Siehe Hinweis in ZAK 1974, S. 81.

rungen — unter Weglassung der Begrüssungsadresse — wieder in der Meinung, dass auch die Durchführungsstellen der Sozialversicherung sowie die Versicherten selbst aus gedeihlichen Beziehungen zur Privatversicherung Nutzen ziehen und an den damit zusammenhängenden Fragen interessiert sind.

I

1. Wenn wir im Versicherungswesen von Privatversicherung einerseits und von Sozialversicherung andererseits zu sprechen pflegen, so folgen wir einem seit ehemals geübten Sprachgebrauch. Heute müssen wir uns allerdings fragen, ob dieser Antagonismus in seiner bisherigen Form überhaupt noch den Tatsachen entspricht. Es ist hier nicht der Ort, sich auf die rechtswissenschaftliche Systematik näher einzulassen. Soweit am Platze, werden wir auf die Abgrenzung zurückkommen. Schon jetzt aber möchte ich — so wie es die gastgebende Schweizerische Gesellschaft für Versicherungsrecht in anerkannter Weise tut — das Gemeinsame der beiden Bereiche betonen und das Trennende hintanstellen.

2. Der Privatversicherung im klassischen Sinne gewähren wir den Vorrang. Wir alle wissen, wie die im letzten Jahrhundert mit voller Wucht anhebende Industrialisierung und der dahinter stehende Unternehmergeist schon frühzeitig zur Gründung privater Versicherungsgesellschaften beigetragen haben. Eine entscheidende Bedeutung kam deshalb der Einführung einer eidgenössischen Versicherungsaufsicht zu. Es ist ein glücklicher Zufall, dass wir in diesem Zusammenhang so etwas wie ein Jubiläum feiern können. Heute sind es auf ein paar Wochen genau hundert Jahre her, dass sich unser Bundesstaat mit der bisher einzigen Totalrevision eine neue Bundesverfassung gegeben und darin u. a. das Versicherungswesen der Gesetzgebung und der Aufsicht des Bundes unterstellt hat. Gestützt darauf wurde im Jahre 1886 das Aufsichtsgesetz erlassen, ein Gesetz, das vor allem den Schutz des Versicherten zum Ziele hatte und dem es gleichzeitig gelungen ist, der Initiative und der freien Entfaltung der schweizerischen Privatversicherung keine hemmenden Fesseln anzulegen. Heute stehen 93 Versicherungsunternehmen unter dieser durch das Eidgenössische Versicherungsamt ausgeübten Aufsicht. Der Gesetzeserlass hat ein für eine Spezialmaterie wahrhaft patriarchalisches Alter erreicht; dass er sich seit einigen Jahren in Überprüfung befindet, erstaunt niemanden. Die heutige Revision drängt sich vor allem vom Geltungsbereich der Auf-

sicht her auf. Die Experten, deren sehr gründliche Vorarbeiten vor dem Abschluss stehen, werden es mit Würde zu tragen wissen, dass ein anderes Problem des Versicherungswesens die Gemüter noch stärker bewegt; es ist die allfällige Neuordnung der Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung. Auf diesem Gebiete ist ja fast jedermann sein eigener Sachverständiger. Auch hier sind jedoch erfahrene Fachleute an der Arbeit. Der Schlussbericht wird nach Abklärung einiger Verfassungsfragen demnächst erwartet.

3. Die Geschichte der schweizerischen Sozialversicherung hat relativ spät eingesetzt, später jedenfalls und anfangs auch bedächtiger als diejenige des privaten Sektors. Seit zwei bis drei Jahrzehnten ist die Entwicklung lebhafter, auf einigen Gebieten geradezu stürmisch geworden. Wenn ich etwas einlässlicher darauf eingehe und im Anschluss daran die Bemühungen um die innerstaatliche Koordination und um die zwischenstaatliche Zusammenarbeit als Sonderaspekte herausgreife, so tue ich es in meiner Eigenschaft als Vorsteher des Eidgenössischen Departementes des Innern. Dieses Departement ist im wesentlichen für die Sozialversicherung zuständig. Unsere ausländischen Gäste mögen überrascht sein, dass die Schweiz kein Sozialministerium kennt. In der 125jährigen Geschichte unseres Bundesstaates hat die oberste Landesbehörde — nicht immer unbestritten — immer aus sieben Mitgliedern bestanden; da fehlt für die anderswo übliche Auffächerung der staatlichen Aufgaben der Raum.

Als «Oldtimer» der bundesrechtlichen Sozialversicherung dürfen die Militärversicherung (die zwar nur im Sprachgebrauch eine Versicherung ist) sowie die Kranken- und die Unfallversicherung gelten: sie sind vor dem Ersten Weltkrieg entstanden. In die Zwischenkriegsjahre und in die Zeit des Zweiten Weltkrieges fallen die Arbeitslosenversicherung, die Lohn- und Verdienstersatzordnung für Wehrmänner und die Familienzulagen für die Landwirtschaft. Erst nach 1945 wurden die Alters- und Hinterlassenen- sowie die Invalidenversicherung als grösstes Sozialwerk geschaffen. Mit deren Errichtung war die Entwicklung jedoch keineswegs abgeschlossen. Periodische Anpassungen stellen mehr oder minder den Anschluss an die modernen Erfordernisse her. Hier und dort genügen indes nur quantitative Verbesserungen nicht mehr, die sich ändernden Verhältnisse verlangten und verlangen eine umfassende grundsätzliche Überprüfung. Die Bewegung im Bereich der Sozialversicherung ist symptomatisch für unsere gegenwärtige gesellschaftspolitische Situation.

Die heutige Lage wird nicht zuletzt durch die Besonderheiten der schweizerischen Initiativ- und Referendumsdemokratie bestimmt. Jede Verfassungsänderung muss von Volk und Kantonen bestätigt werden. Dabei können 50 000 Stimmbürger und Stimmbürgerinnen von sich aus eine Verfassungsänderung beantragen; 30 000 gültige Unterschriften genügen, um die Volksabstimmung über ein vom Parlament verabschiedetes Bundesgesetz zu erwirken. Von diesen staatsbürgerlichen Rechten wird in der Sozialversicherung rege Gebrauch gemacht. Die letzte Volksabstimmung über ein Sozialversicherungsgesetz liegt zwar gegen 27 Jahre zurück; mit seltenem Mehr hat das Schweizervolk — von gegnerischer Seite zur Abstimmung aufgerufen — damals die AHV angenommen. Häufiger sind die Volksbegehren, die auf eine Verfassungsänderung hinzielen. So sind 1969 und 1970 drei Verfassungsinitiativen für eine Neuordnung der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge eingereicht worden, denen das Parlament im Jahre 1972 einen Gegenvorschlag entgegengestellt hat. Dieser wurde von Volk und Ständen gutgeheissen, zwei der erwähnten Initiativen wurden abgelehnt oder zurückgezogen, das dritte Begehren dürfte, inzwischen im wesentlichen gegenstandslos geworden, wohl ebenfalls aus Abschied und Traktanden fallen. In der Kranken- und Unfallversicherung stehen sich ein Volksbegehren und ein parlamentarischer Gegenentwurf gegenüber; Volk und Stände werden im laufenden Jahr zum Entscheid aufgerufen sein.

Die Referendumsdemokratie macht das Regieren nicht leichter. Trotzdem: Unser Land hat mit ihr gute Erfahrungen gemacht, denn sie verhindert starre und einseitige Lösungen, weil sie mehr als andere politische Mechanismen auf den Konsens der Beteiligten angewiesen ist. Gelegentlich mag das Grundsätzliche gegenüber dem Pragmatismus etwas zu kurz kommen. Daher widerspiegeln unsere Sozialversicherungsgesetze die politischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten ihrer jeweiligen Entstehungsgeschichte.

4. Haben wir bisher die Privat- und die Sozialversicherung deutlich auseinander gehalten, so war dies von der gebotenen Optik her sicher richtig. Einer subtileren Würdigung hält die scharfe Trennung — wie angedeutet — indessen nicht stand. Heute stützt sich die Sozialversicherung weniger als früher auf ihr angestammtes öffentliches Instrumentarium; um ihre Ziele zu verwirklichen, sichert sie sich in vermehrtem Masse die Mitarbeit der Privatversicherung. Das gilt zum Beispiel schon lange für die Unfallversicherung in der Landwirtschaft, die zwar nicht ausschliesslich, aber doch in erster Linie von den privaten Versiche-

rungsgesellschaften durchgeführt wird. Die Geschichte der schweizerischen Krankenversicherung wurde in entscheidender Weise von den eigentlichen Krankenkassen geprägt. Der von der Bundesversammlung kürzlich beschlossene neue Verfassungsartikel erwähnt nicht nur die Krankenkassen, sondern spricht in weiterem Sinne von Versicherungsträgern. Eidgenössischer Tradition entspricht es, die Mitwirkung der privaten Versicherungsgesellschaften zu gewinnen. Voraussetzung ist nur, dass die Privatassekuranz die Bedingungen der Sozialversicherung erfüllt. Die obligatorische Unfallversicherung wurde bisher im wesentlichen von der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, der seit vielen Jahrzehnten bewährten SUVA, betreut. Die in Aussicht stehende Neuordnung der Unfallversicherung soll den geltenden obligatorischen Geltungsbereich ausdehnen. Die grosse Mehrheit der Expertenkommission sieht vor, auf dem erweiterten Sektor die privaten Versicherungsgesellschaften einzusetzen. Ihnen würde solchermassen eine Aufgabe anvertraut, die sie — auf allerdings beschränkterem Gebiete — bisher zur Zufriedenheit der Versicherten erfüllt haben. Da die Gesellschaften die Versicherung mit gleichen Leistungen zu praktisch gleichen Prämien wie die SUVA durchzuführen in der Lage sind, liesse sich die Lösung auch sozialpolitisch durchaus verantworten. Ein neuestes Problem berührt die obligatorische berufliche Vorsorge. Diese soll den Betagten, Hinterlassenen und Behinderten über die Renten der AHV und der Invalidenversicherung hinaus die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung in angemessener Weise ermöglichen. Die entsprechende Gesetzgebung wird derzeit vorbereitet. Nach dem heutigen Stand der Dinge können die Vorsorgeeinrichtungen die Deckung der Risiken Alter, Tod und Invalidität selbst übernehmen oder einen Teil oder die ganze Risikodeckung einer der Versicherungsaufsicht unterstehenden privaten Unternehmung übertragen.

Unsere Gesetzgebung ist, wie eben zu hören war, dem blossen Doktrinarismus abhold; sie sucht lieber die im Einzelfall zweckmässigere Lösung. Hat die obligatorische Unfallversicherung seinerzeit in der Gestalt der SUVA die private Haftpflicht des Betriebsinhabers für Betriebsunfälle abgelöst, so übernehmen die Versicherungsgesellschaften heute wieder öffentlichrechtliche Aufgaben. Sollten die Privat- und die Sozialversicherung früher wirklich «feindliche Brüder» gewesen sein, so sind sie jedenfalls heute konstruktive Partner geworden. Mag die private Sozialversicherung bisher eher im Hintergrund gestanden haben, so wird ihr, wenn sich die Erwartungen erfüllen, künftig ein dankbares Wirkungsfeld offen stehen.

II

1. Der unserer Gesetzgebung im allgemeinen und der Sozialversicherung im besonderen zugrunde liegende Pragmatismus hat seine Folgen; in der Sozialversicherung wurden Unebenheiten und Widersprüche zwischen den einzelnen, zeitlich und sachlich unter verschiedenen Voraussetzungen entstandenen Versicherungszweigen fast unvermeidlich. Unbestrittenermassen zogen und ziehen die Versicherten oft aus der fehlenden Koordination Nutzen, sie profitierten und profitieren heute noch zum Beispiel von der auf dem Kumul von Leistungen beruhenden Überversicherung. Eines Ihrer beiden Kongressthemen befasst sich ja primär gerade mit diesem Aspekt, so dass ich darauf nicht näher einzutreten habe. Anderen Versicherten schaden Lücken im Leistungskatalog. Verständlicherweise kommt die Frage der Koordination immer wieder zur Sprache, sei es in Form parlamentarischer Vorstösse, sei es von der Wissenschaft her oder aus der Praxis heraus. Nun ist die Problematik einer wirksamen Harmonisierung recht vielschichtig. Entweder mag die Vereinheitlichung der Begriffe, etwa des Invaliditätsbegriffs, zur Diskussion stehen. Oder es handelt sich um die sachgemässere Abgrenzung der einzelnen Sozialwerke: welche Versicherung kommt für die Grundleistung auf, welche kommt komplementär zum Zuge und wie sollen die Relationen zwischen den beiden Leistungen lauten? Welcher Versicherungszweig soll allenfalls eine Lücke schliessen oder eine Härte mildern? Oder es drängen quantitative Fragen in den Vordergrund. Die Koordination kann schliesslich auch die Organisation oder die Administration berühren. Die Vielfalt der Probleme ist also augenfällig. Über den Stand der bisher verwirklichten Koordination besteht, wir sind uns dessen bewusst, nicht eitel Zufriedenheit. Zu Recht oder zu Unrecht? Wir haben bisher den Weg der «kleinen Schritte» begangen. Diese Politik besteht darin, fürs erste auf eine Generallösung zu verzichten, bei jeder Gesetzesrevision den Erfordernissen der Koordination jedoch immer wieder neu Rechnung zu tragen. Dieses schrittweise Vorgehen mag in der Art weniger spektakulär sein, doch wichtiger als das optische Bild ist der unverdrossen erzielte, im Einzelfall geringfügige, im Effekt aber doch merkliche Fortschritt.

Es wäre verlockend, die bisherige Methode anhand ausgewählter Beispiele näher zu illustrieren, doch würde es den vorliegenden Rahmen sprengen. Auf zwei Teilgebiete möchte ich gleichwohl hingewiesen haben. Ein bestimmter Versicherungszweig ruft allenfalls nach einer bestimmten Verbesserung, für eine allgemeine Regelung ist die Zeit sozialpolitisch noch nicht reif. Gewollt oder ungewollt wirkt sich die konkrete

Neuerung nun aber als wirksame Starthilfe für gleichartige Lösungen in weiteren Sachbereichen aus. Ich erwähne — um es bei einem bescheidenen aber typischen Beispiel bewenden zu lassen — die Heraufsetzung der Altersgrenze für rentenberechtigte in Ausbildung befindliche Kinder. Hier hat seinerzeit die Revision der Militärversicherung erst langsam, dann immer rascher die Harmonisierung bei anderen Sozialwerken ausgelöst. Zum zweiten bedeutet Koordination nicht einfach Gleichmacherei. Eine Gleichstellung von unterschiedlichen Regelungen darf nicht nur aus gesetzkosmetischen Gründen erfolgen, Unterschiede sind und bleiben unter Umständen sachlich gerechtfertigt. So kennen wir in unserer heutigen Sozialversicherung beispielsweise erstinstanzliche Rechtsmittelfristen von einem und von sechs Monaten. Diese Unterschiede sind nicht unbestritten; die Angelegenheit wird gegenwärtig geprüft. Ohne mich materiell festzulegen, kann es doch sein, dass ein Unfallversicherungs- und ein AHV-Prozess verfahrensrechtlich nicht ein und dasselbe sind, dass ungleiche Fristen somit gerechtfertigt sind. Ob sie so stark divergieren müssen wie heute, ist eine andere Frage.

Meine Ausführungen sind keineswegs als Plädoyer für eine allzu betonte Zurückhaltung, für den Vorrang von Spezialinteressen oder sogar für überholtes Prestigedenken zu verstehen. Die bisherigen Erfolge sind vielmehr ein Ansporn für weitere Bemühungen. So werden wir bei der Ausarbeitung des Gesetzesentwurfes über die berufliche Vorsorge und über die Unfallversicherung sowie bei der Revision der Invalidenversicherung den Problemen der Koordination in noch verstärkter Weise und weitestmöglich Rechnung tragen. Das gilt später ebenso für den Gesetzesentwurf über die Zusammenlegung der AHV und der Invalidenversicherung zu einem einzigen Versicherungszweig. Im selben Zusammenhang sind auch die Vorarbeiten für ein zeitgemässes Krankenversicherungsgesetz zu nennen. Sind die Einzelgesetze bereinigt und aufeinander abgestimmt, so wird ein allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechtes an der Reihe sein. Am guten Willen und an der festen Absicht fehlt es nicht, denken wir aber auch an die Schranken, die uns die Knappheit der Arbeitskräfte und die angespannte Finanzlage des Bundes setzen. Solchem Ungemach zum Trotz rede ich mit Überzeugung einem wohltemperierten Optimismus das Wort. Ich kann es umso überzeugter tun, als wir uns bei unseren Bestrebungen auf die Mithilfe von Lehre und Praxis stützen können. Last not least dient die kluge Rechtsprechung unseres höchsten Sozialversicherungsgerichtes, des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Luzern, in hohem Masse der guten Sache.

2. Zur Koordination innerstaatlicher Sozialversicherungsregeln gesellt sich der Schulterschluss über die Grenzen hinweg, sei es, dass die Schweiz in den zuständigen internationalen Gremien mitwirkt, sei es, dass sie mit Drittstaaten entsprechende Abkommen schliesst.

So ist das Eidgenössische Versicherungsamt zusammen mit dem Verband schweizerischer Versicherungsgesellschaften im Versicherungskomitee der OECD, d. h. der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit, vertreten. Das Nahziel dieser Organisation auf dem Gebiete der Assekuranz ist die Harmonisierung und die Liberalisierung der Niederlassungsbedingungen, das Fernziel die Liberalisierung des Dienstleistungsverkehrs überhaupt. Ebenso ist das genannte Amt Mitglied der Konferenz der europäischen Aufsichtsämter. Das Bundesamt für Sozialversicherung nimmt seinerseits regen Anteil an den Arbeiten der Internationalen Arbeitsorganisation und der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS).

Die staatsvertraglichen Kontakte stehen vorab im Zeichen der wirtschaftlichen Entwicklung. Die Industrieländer haben bekanntlich in früher nie gekanntem Ausmass fremde Arbeitskräfte herangezogen. Die Schweiz bietet hiefür ein markantes Beispiel, weist sie doch, gemessen an der erwerbstätigen Bevölkerung, neben dem Fürstentum Liechtenstein und dem Grossherzogtum Luxemburg einen besonders hohen Ausländeranteil auf: Nach den neuesten Zahlen beträgt er 16,7 Prozent der Gesamtbevölkerung; bei gleichem Ansatz würden beispielsweise auf die Bundesrepublik Deutschland rund 10 Millionen Ausländer entfallen. Es überrascht nicht, dass die bei uns tätigen Wanderarbeiter und mit ihnen ihre Heimatstaaten schon recht bald ein reges Interesse an einem möglichst wirksamen und staatsrechtlich gesicherten Sozialschutz zu bekunden begannen. Auch die Schweiz konnte und wollte dem geschilderten Zuge zu einer intensiven Zusammenarbeit auf dem Gebiete der Sozialen Sicherheit nicht fernbleiben. Sobald mit der Einführung der AHV die Voraussetzung für den Abschluss von Staatsverträgen geschaffen worden war, hat unser Land denn auch zahlreiche internationale Kontakte aufgenommen. Die Zusammenarbeit war keineswegs eingleisig. Vielmehr hatten wir von Anfang an zwei Ziele: einmal ging es darum, den bei uns beschäftigten Angehörigen der Vertragsstaaten einen angemessenen Versicherungsschutz zu gewähren, nicht minder wichtig war es aber, für die im Gebiete unserer Partnerstaaten lebenden Schweizer Bürger die Erfüllung der ihrerseits erhobenen Ansprüche zu garantieren. In diesem Sinne ist unser Land derzeit mit 17 Ländern staatsvertraglich verbunden, weitere Abkommen sind in naher Zukunft

zu erwarten. Überdies ist die Schweiz auch drei multilateralen Abkommen beigetreten, und zwar jenen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und der Staatenlosen sowie dem internationalen Abkommen über die Soziale Sicherheit der Rheinschiffer. Ebenso arbeitet die Schweiz als Mitglied der Internationalen Arbeitsorganisation und des Europarates intensiv an den gleichgerichteten Bestrebungen dieser Institutionen mit. Die Internationale Arbeitskonferenz hat in den letzten Jahren die bestehenden Übereinkommen über die Soziale Sicherheit revidiert. Seinerseits hat der Europarat vor zwei Jahren die «Europäische Konvention über die Soziale Sicherheit» fertiggestellt und zur Unterzeichnung aufgelegt. Diese Konvention stellt den kühnen Versuch dar, die zum Teil sehr verschiedenartigen Gesetzgebungen der 17 Europarat-Mitglieder zu koordinieren, und zwar mit dem Endziel, die zwischen den Mitgliedstaaten bestehenden zweiseitigen Abkommen durch dieses eine Instrument zu ersetzen.

Die internationale Zusammenarbeit findet nun allerdings, und damit kommen wir auf die innerstaatliche Struktur unserer Sozialversicherung zurück, ihre Schranken an der unterschiedlichen Regelung der einzelnen Versicherungszweige. Die bundesrechtlich geordneten Sozialwerke, d. h. die AHV, die Invaliden- und die Unfallversicherung sowie die Familienzulagen in der Landwirtschaft, entsprechen heute den fortschrittlichsten internationalen Verträgen. Schwieriger ist die Lage bei den Versicherungszweigen, für die nicht der Bund zuständig ist, sondern die teils kantonale und zum Teil durch private Versicherungsträger geregelt werden. Hiezu gehören die Krankenversicherung, die kantonalen Familienzulagen und die Arbeitslosenversicherung. Unsere Krankenversicherung und in vermehrtem Masse die Arbeitslosenversicherung sind wegen ihrer Besonderheiten den heute international üblichen Regelungen nicht zugänglich. Immerhin konnte im Bereich der Krankenversicherung dank der Mitwirkung einer ganzen Reihe von Krankenkassen der Übertritt von der Versicherung des einen in diejenige des andern Partnerstaates vertraglich wesentlich erleichtert werden. Sodann haben sich die meisten Vertragsstaaten damit einverstanden erklärt, ihre Familienzulagen-Ordnungen generell in die Abkommen einzubeziehen, dies nicht zuletzt in der Hoffnung, dass jene Kantone, die für die ausländischen Arbeitnehmer immer noch einzelne Einschränkungen bei Zulagen für Kinder im Ausland kennen, diese in naher Zukunft fallenlassen werden.

Der Abschluss der erwähnten Abkommen entsprach für die beteiligten Staaten zweifellos einem gegenseitigen Bedürfnis. Dank der auf-

geschlossenen Haltung der Partnerstaaten vermochte unser Land alle im Interesse der Auslandschweizer als wesentlich erachteten Zugeständnisse zu erlangen. Unsererseits haben wir uns bemüht, im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten den heute international allgemein anerkannten Grundsätzen zu folgen und damit den berechtigten Begehren ihrer Partnerstaaten bestmöglich zu entsprechen. Es ist das erste Mal, dass die Schweiz auf sozialem Gebiet derart starke Bindungen mit dem Ausland eingegangen ist. Die traditionelle Neutralitätspolitik legt uns in den internationalen Beziehungen eine gewisse Zurückhaltung auf. Es ist daher besonders zu begrüßen, dass es unserem Land auf diesem Gebiet möglich war, an die geschilderte bedeutsame Zusammenarbeit in Europa einen beachtlichen Beitrag zu leisten. Wir danken an dieser Stelle den Partnerstaaten für ihr immer wieder bewiesenes Verständnis.

III

Ich habe aus dem Sozialversicherungsrecht — dem öffentlichen wie dem privaten — nur einige wenige Beispiele präsentiert. Die Beispiele zeigen, wie sich der gesamte Bereich in steter Entwicklung befindet. Wie wir allgemein feststellen, verläuft diese Entwicklung nicht in gleichmässiger Fahrt. In der Sozialversicherung erkennt man besonders deutlich, dass sich das Recht auf weitere Sicht nicht von der Entwicklung der Gesellschaft überholen lassen darf. Es muss vielmehr vom Rechtsempfinden einer breiten Mehrheit getragen werden. Ausgangspunkt aller Versicherung ist nach bewährter Lehre der Wunsch nach Sicherheit, das Sicherheitsbedürfnis. Die Wege, auf denen dieses Bedürfnis am besten gestillt wird, können sich im Wandel der Zeiten ändern; das gemeinsame Hauptziel der Privat- und der Sozialversicherung aber bleibt. Sie, sehr geehrte Damen und Herren, sind in besonderem Masse dazu aufgerufen, die neuen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Erkenntnisse in versicherungsrechtliche Empfehlungen umzusetzen.

Die demographische Entwicklung der Schweiz und ihre Beziehung zur Sozialversicherung

Die mittlere Lebensdauer nimmt in der Schweiz weiterhin zu, und dies stärker bei den Frauen als bei den Männern¹, während sich das Bevölkerungswachstum infolge der geringeren Geburtenrate verlangsamt. Diese Schlüsse lassen sich aus den Ergebnissen der Volkszählung 1970 und aus weiteren in jüngster Zeit veröffentlichten Statistiken ziehen.

Für die AHV ergeben sich aus dieser Entwicklung zwei Aspekte. Infolge der Zunahme der Rentenbezüger und der relativen Abnahme der Beitragszahler werden die letzteren immer stärker belastet. Entfielen im Jahre 1970 noch etwa vier Beitragspflichtige auf einen Rentenbezüger, so werden es bis zur Jahrtausendwende voraussichtlich nur noch deren drei sein. Aus der Sicht des Rentenbezügers ist vor allem die Tatsache interessant, dass er als Mann vom Pensionierungsalter hinweg im Durchschnitt noch 13 Lebensjahre zu erwarten hat und als Frau — dank früherem Rentenbeginn und längerer Lebensdauer — gar 18 Jahre an der AHV-Rente teilhaben kann. Bei weiterem Ansteigen der durchschnittlichen Lebensdauer wird auch diese «Rentenerwartung» sich noch entsprechend verlängern.

Die mittlere Lebenserwartung ist — wie die zwei grafischen Darstellungen² zeigen — kein absoluter Wert; sie ändert sich in jeder Altersstufe. So hat ein neugeborener Knabe nur 69,2 Lebensjahre zu erwarten. Für einen Mann von 20 Jahren beträgt die mittlere Lebenserwartung jedoch 51,7 Jahre; er erreicht somit ein Alter von 71,7 Jahren. Diese Erscheinung spitzt sich zu, je höher das Alter des Interessierten ist. So kann ein 80jähriger Mann noch 5,6 Lebensjahre erwarten und eine 80jährige Frau noch 6,3 Jahre.

Die geschilderte demographische Entwicklung ist bedeutungsvoll für die schweizerische Wirtschaft und im besonderen für die Sozialversicherung. Heute gilt es diese Entwicklung aufmerksam zu verfolgen, damit rechtzeitig Massnahmen ergriffen werden können, um das finanzielle Gleichgewicht der Sozialversicherung zu erhalten.

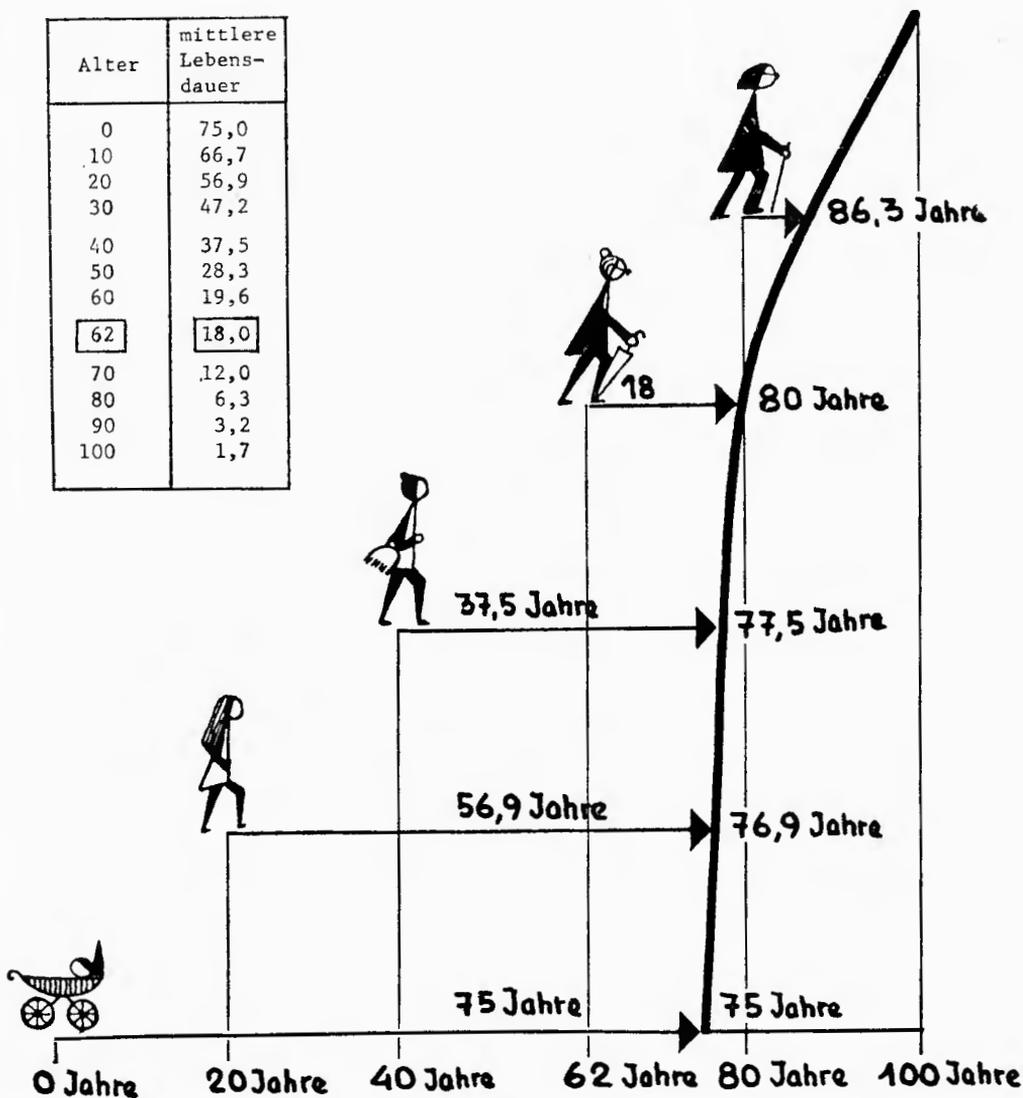
¹ Die mittlere Lebenserwartung hat seit 1960 für Männer um rund 1 Jahr und für Frauen um 1,14 Jahre zugenommen.

² Die Grafiken sind den «PRASA-Mitteilungen» vom März 1974 entnommen, die von der Pierre Rieben Actuaire SA, Peseux NE, herausgegeben werden.

MITTLERE LEBENSERWARTUNG

EINER FRAU

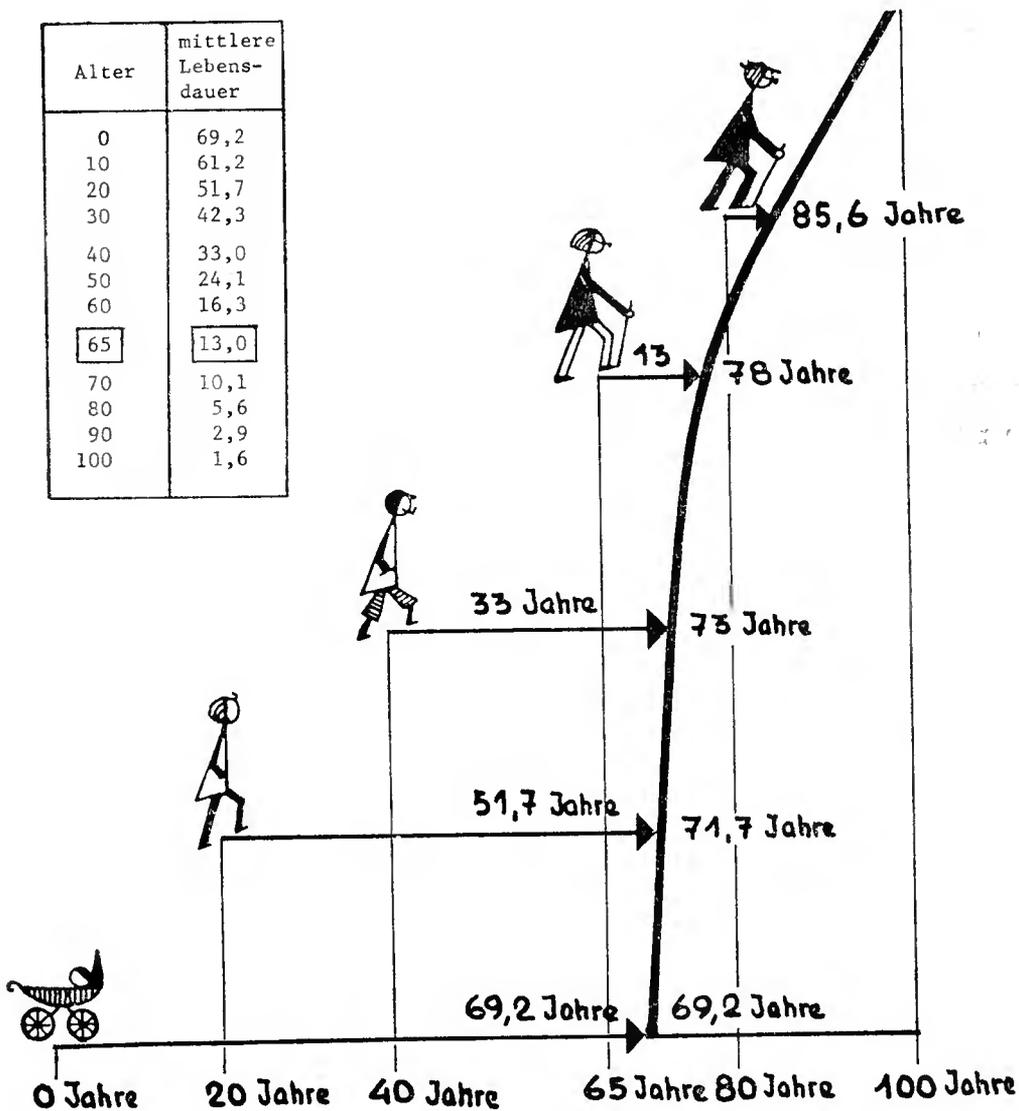
Alter	mittlere Lebensdauer
0	75,0
10	66,7
20	56,9
30	47,2
40	37,5
50	28,3
60	19,6
62	18,0
70	12,0
80	6,3
90	3,2
100	1,7



MITTLERE LEBENSERWARTUNG

EINES MANNES

Alter	mittlere Lebensdauer
0	69,2
10	61,2
20	51,7
30	42,3
40	33,0
50	24,1
60	16,3
65	13,0
70	10,1
80	5,6
90	2,9
100	1,6



Die Beiträge des Bundes aufgrund des ELG an die gemeinnützigen Institutionen

Aufgrund des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen erhalten Pro Juventute, Pro Infirmis und Pro Senectute Bundesbeiträge. Nach den gesetzlichen Bestimmungen und den Leitsätzen, in denen die Verwendung dieser Mittel geregelt wird, sind die Bundesbeiträge für die Gewährung von einmaligen und periodischen Geld-, Sach- und Dienstleistungen zu verwenden. Mit diesen Leistungen soll dort geholfen werden, wo die Versicherungsleistungen der AHV oder der IV aus irgendeinem Grund für den Lebensunterhalt oder für die Anschaffung notwendiger Dinge nicht genügen. Dadurch soll auch nach Möglichkeit die Armengenössigkeit der Alten, Hinterlassenen und Invaliden verhindert werden.

Die vorliegenden Zahlen geben einen Überblick über die Entwicklung der Leistungen der drei gemeinnützigen Institutionen seit 1967. Es wird ersichtlich, dass die Entwicklung in den verschiedenen Bereichen unterschiedlich verlaufen ist.

Pro Juventute

Jahr	Bundesbeitrag gemäss ELG	Ausgaben			
		Geldleistungen	Sachleistungen	Dienstleistungen	Total
1967	1 200 000	986 103	8 777	19 796	1 014 676
1968	1 020 000	1 129 075	23 756	12 548	1 165 379
1969	1 200 000	1 076 552	23 497	20 802	1 120 851
1970	1 200 000	1 108 551	23 674	16 012	1 148 237
1971	1 200 000	746 975	42 731	23 855	813 561
1972	1 025 000	1 151 282	76 787	19 661	1 247 730
1973	1 500 000	1 000 276	67 240	27 472	1 094 988

Bei Pro Juventute sind die Beiträge im letzten Jahr zurückgegangen. Hier handelt es sich um an sich erfreuliche Auswirkungen der achten AHV-Revision. Die Renten für Witwen und Waisen sind derart verbessert worden, dass die zusätzlichen Leistungen für Hinterlassene in immer weniger Fällen notwendig sind. Das trifft bei Pro Juventute in besonderem Masse zu, weil der Schwerpunkt bei den Geldleistungen liegt. Die Sach- und Dienstleistungen hatten nie eine grosse Bedeutung, weil invalide Hinterlassene von Pro Infirmis betreut werden.

Im Jahre 1973 sind die Ausgaben für Dienstleistungen stärker angestiegen, da neuerdings auch Beiträge an Kurse für Witwen und Waisen gewährt werden. Oft bringt der Tod des Gatten nicht nur finanzielle Nöte, die in vielen Fällen durch die Leistungen der Versicherungen gelöst werden, sondern auch menschliche Probleme. Kurse und Gruppengespräche können helfen, Schwierigkeiten besser zu bewältigen. Dazu gehören auch Fragen der Kindererziehung sowie Schul- und Ausbildungsprobleme. Es ist zu hoffen, dass die Kurse weiter ausgebaut werden können.

Pro Infirmis

Jahr	Bundesbeitrag gemäss ELG	Ausgaben			
		Geldleistungen	Sachleistungen	Dienstleistungen	Total
1967	1 500 000	732 371	599 299	68 069	1 399 739
1968	1 500 000	790 093	678 683	104 470	1 573 246
1969	1 500 000	634 708	582 812	98 042	1 315 562
1970	1 500 000	765 135	721 681	98 447	1 585 263
1971	2 500 000	1 117 669	835 862	120 662	2 074 193
1972	2 500 000	1 392 909	903 981	144 641	2 441 531
1973	3 000 000	1 516 477	1 036 866	135 931	2 689 274

Bei Pro Infirmis ist eine ständige Steigerung der Leistungen festzustellen. Der vom Jahr 1973 an auf 4 Millionen Franken begrenzte maximale Bundeskredit ist im ersten Jahr der neuen Regelung noch nicht ausgeschöpft worden. Dies ist zu begrüßen, weil der Höchstbetrag langfristig geplant ist und erst nach einer kontinuierlichen Entwicklung in einem späteren Zeitpunkt erreicht werden soll.

Pro Senectute

Jahr	Bundesbeitrag gemäss ELG	Ausgaben			
		Geldleistungen	Sachleistungen	Dienstleistungen	Total
1967	3 000 000	2 420 984	279 173	372 959	3 073 166
1968	3 000 000	2 421 170	291 521	284 910	2 997 601
1969	4 000 000	2 414 780	310 543	963 944	3 689 267
1970	4 000 000	2 620 330	343 041	1 244 137	4 207 508
1971	6 000 000	2 910 017	477 632	2 263 500	5 651 249
1972	6 000 000	2 941 094	367 794	3 567 513	6 876 401
1973	10 000 000	1 871 940	678 187	4 785 431	7 335 558

Bei Pro Senectute haben sich die Leistungen seit 1969 sehr stark ausgedehnt. Es zeigt sich, dass die wachsende Zahl der Betagten eine ganze Reihe von Diensten und Massnahmen verlangt. So hat sich der Bundesbeitrag von 3 Millionen im Jahre 1968 auf 6 Millionen im Jahre 1972 erhöht. Ab 1973 stehen Pro Senectute 10 Millionen Franken zur Verfügung. Von diesem Betrag sind aber 2 Millionen ausschliesslich für die Finanzierung von Hilfsmitteln für Betagte reserviert. Im ersten Jahr der neuen Regelung sind hierfür rund 590 000 Franken aufgewendet worden. Dieser Betrag ist in den Sachleistungen eingeschlossen.

Wenn man die einzelnen Leistungen analysiert, fällt auf, dass sich die Geldleistungen bis 1972 zwar um 0,5 Millionen erhöht haben, dass aber ihr Anteil an den gesamten Leistungen von Pro Senectute von 80 Prozent im Jahre 1967 auf weniger als 50 Prozent im Jahre 1972 zurückgegangen ist. Geldleistungen sind u. a. in Fällen notwendig, in denen die AHV und die EL nicht ausreichen, um die Kosten für einen Heimaufenthalt zu decken. Infolge der achten AHV-Revision sind diese Leistungen 1973 stark zurückgegangen.

Ganz anders verlief die Entwicklung bei den Dienstleistungen. Die für Dienstleistungen verwendeten Mittel haben sich innerhalb von sechs Jahren — 1968 bis 1973 — ungefähr verdreizehnfach. Diese überaus starke Zunahme lässt sich durch den raschen und grosszügigen Ausbau der Beratungsstellen von Pro Senectute in der ganzen Schweiz erklären. Während bis zum Jahre 1968 solche Stellen der Pro Senectute lediglich in den Städten Basel, Bern, Luzern und Zürich arbeiteten, standen Ende 1972 56 Beratungsstellen im ganzen Lande den AHV-Rentnern zur Verfügung.

Hinweis auf einen Bundesgerichtsentscheid betreffend die heutige Freizügigkeitsregelung in der beruflichen Vorsorge

Während sich der Ausschuss für die berufliche Vorsorge der Eidgenössischen AHV/IV-Kommission anschickt, den Vorentwurf für das kommende Bundesgesetz über die berufliche AHI-Vorsorge (Pensionskassenobligatorium) zuhanden des Eidgenössischen Departementes des Innern endgültig zu bereinigen, hat das Bundesgericht Anfang Mai einen Entscheid von fundamentaler Tragweite im Bereiche des *gegen-*

wärtig auf die Vorsorgeeinrichtungen der Privatwirtschaft anwendbaren Rechtes gefällt. Dieses Urteil setzt einen Schlusstrich unter den nun schon bald drei Jahre währenden Streit über die Frage, ab wann die Freizügigkeitsregelung der Artikel 331a, 331b und 331c des revidierten Obligationenrechtes¹ für die heute bereits bestehenden und vor dem 1. Januar 1972 gegründeten privatwirtschaftlichen Pensionskassen gilt. Diese Frage bezieht sich auf die Normen über die progressive Zunahme der Freizügigkeitsleistungen hinsichtlich des vom Arbeitgeber finanzierten Teils sowie auf die Form der Freizügigkeitsleistung mit dem im Vordergrund stehenden Barauszahlungsverbot. Für die seit 1. Januar 1972 gegründeten privaten Kassen gilt ohnehin das neue Recht von Anfang an.

Der von den Lausanner Richtern gefällte Entscheid betrifft also die jetzige Rechtsordnung und dies auch nur, soweit sie die privatwirtschaftlichen Kassen der sogenannten freiwilligen Zweiten Säule erfasst. Die öffentlichrechtlichen Kassen unterstehen heute noch eigenen und zum Teil völlig anderen Regeln. Da aber das kommende Obligatorium der Zweiten Säule wirtschaftlich und sozialpolitisch auf das unter der bisherigen freiwilligen Personalfürsorge Erreichte aufbauen und es konsolidieren oder verbessern soll, ist das ergangene Urteil ebenfalls im Hinblick auf das entstehende Gesetzeswerk über die berufliche AHV-Vorsorge von Bedeutung. Deswegen sei hier kurz auf das Ergebnis des Entscheides eingegangen. Eine ausführlichere Besprechung des Urteils könnte ohnehin erst nach dessen Veröffentlichung erfolgen.

Die oben erwähnte Streitfrage, die in der Praxis der Unternehmungen, Pensionskassen und Aufsichtsbehörden zu erheblicher Beunruhigung, in der rechtswissenschaftlichen Auseinandersetzung zu kontroversen Stellungnahmen und vor den eidgenössischen Räten mittelbar oder unmittelbar zu zahlreichen Vorstössen (vgl. bes. ZAK 1973, S. 561) geführt hat, rührt aus der unglücklichen Fassung von Artikel 7 Absatz 2 der Schluss- und Übergangsbestimmungen zum revidierten Arbeitsvertragsrecht (Bundesgesetz vom 25. Juni 1971). Diese Vorschrift lautet:

«Die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bestehenden Personalfürsorgeeinrichtungen sind berechtigt, innert der Frist von fünf Jahren ihre Statuten oder Reglemente unter Beachtung der für deren Änderung geltenden formellen Bestimmungen den Vorschriften der Artikel 331a, 331b und 331c anzupassen.»

¹ Siehe ZAK 1971, S. 483

Sie bezweckt, wie der Randtitel verdeutlicht, die «Anpassung altrechtlicher Verhältnisse». Sie hat also darüber Aufschluss zu geben, ab wann das neue Recht auch für Altkassen (vor dem 1. Januar 1972 gegründet) als relativ zwingender Rahmen (vgl. Art. 362 Abs. 1 OR) zu gelten hat. Es sei daran erinnert, dass diese Frage in der Praxis stets vorrangig im Zusammenhang mit dem Barauszahlungsverbot des Artikels 331c OR gestellt wurde. Sie betrifft aber die Artikel 331a und 331b genau im gleichen Masse. Beim Versuch, die aufgeworfene Frage aus dem Text des zitierten Artikels heraus zu beantworten, riefen die Worte «... sind berechtigt, ... anzupassen» den nunmehr vom Bundesgericht geschlichteten Auslegungstreit hervor.

Sollte dadurch zum Ausdruck gebracht werden, dass den Kassen fünf Jahre (d. h. bis zum 1. Januar 1977) zur Verfügung standen, um noch die Texte ihrer Statuten oder Reglemente in Einklang mit dem neuen Recht zu bringen, während dieses wegen seines relativ zwingenden Charakters, ungeachtet des zwischenzeitlichen Statuten- oder Reglements Inhaltes, auch für alle Altkassen sofort in Geltung trat (sogenannte formelle Tragweite der Anpassungsberechtigung)? Oder bedeutet das Recht zur Anpassung der Kassenstatuten oder -reglemente gemäss Artikel 7 Absatz 2, dass jede Altkasse bis zum Ablauf der Fünfjahresfrist selber bestimmen kann, wann das neue Recht für sie — dank einer Statuten- oder Reglementsänderung — in Kraft tritt, dass die Anpassung aber spätestens bis zum Ablauf dieser Frist vollzogen sein muss, ansonsten das neue Recht automatisch an die Stelle des abänderungsbedürftigen Statuten- oder Reglements Inhaltes zu treten hätte (sogenannte materielle Tragweite der Anpassungsberechtigung)? Das Bundesgericht hat sich für die materielle Tragweite ausgesprochen. Damit hat es einem für die Rechtssicherheit, den Schutz der erworbenen Rechte und den im Hinblick auf das Obligatorium wünschenswerten Ausbau der Vorsorgeeinrichtungen eher abträglichen Streit ein Ende gesetzt.

Man weiss nun, dass die alten Vorsorgeeinrichtungen allenfalls noch bis zum 1. Januar 1977 Zeit zur Anpassung an die Artikel 331a, 331b und 331c OR haben. Es ist ihnen aber keineswegs verwehrt, sich schon vorher umzustellen. Deswegen wird in Kreisen, die sich mit der Beratung in Fragen der beruflichen Vorsorge befassen, auch die rasche Anpassung an die durch die besagten Artikel eingeführte Verbesserung des Vorsorgeschatzes als Schritt zur Vorbereitung auf das Obligatorium empfohlen.

Bundes- und kantonalrechtliche Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und selbständige Landwirte

Die Kantone können höhere und andere Familienzulagen festsetzen als die im FLG vorgesehenen (Art. 24 FLG). Von dieser Möglichkeit haben mehrere Kantone Gebrauch gemacht. Die nachstehende Tabelle orientiert über die Ansätze der Familienzulagen des Bundes und der Kantone, die in diesen Kantonen gewährt werden.

Beträge in Franken

Stand am 1. April 1974

Familienzulagen	CH	BE	FR	GE	NE	TI	VD	VS
Landwirtschaftliche Arbeitnehmer								
Haushaltungszulage	100	115	100	100	100	100	100	100
Kinderzulage								
— Unterland	50	50	103	60/75 ¹	60	50	50 ³	50
— Berggebiet	60	60	113	.	60	60	60 ³	60
Ausbildungszulage								
— Unterland	—	—	140	120	80	—	90	—
— Berggebiet	—	—	150	.	80	—	100	—
Geburtszulage	—	—	200	500	400	—	200	—
Selbständige Landwirte								
Unterland								
Kinderzulage	50	59	50	60/75 ¹	60 ²	50	50	90/40 ⁵
Ausbildungszulage	—	—	—	120	80 ²	—	50/70 ⁴	120/70 ⁵
Geburtszulage	—	—	—	500	—	—	200	—
Berggebiet								
Haushaltungszulage	—	15	—	.	—	—	—	—
Kinderzulage	60	60	60	.	60 ²	65	60	100/40 ⁵
Ausbildungszulage	—	—	—	.	80 ²	—	60/80 ⁴	130/70 ⁵
Geburtszulage	—	—	—	.	—	—	200	—
<p>¹ 60 Franken für Kinder bis 10 Jahre; 75 Franken für Kinder über 10 Jahre.</p> <p>² Die Zulagen werden auch Landwirten gewährt, deren Einkommen die Grenze gemäss FLG übersteigt.</p> <p>³ Für erwerbsunfähige Kinder zwischen 16 und 20 Jahren beträgt die Kinderzulage 90 Franken im Unterland und 100 Franken im Berggebiet.</p> <p>⁴ Für Landwirte, deren Einkommen die Grenze gemäss FLG nicht überschreitet, beträgt die Ausbildungszulage 70 Franken im Unterland und 80 Franken im Berggebiet, falls die Kinder in landwirtschaftlicher Ausbildung stehen. Für Landwirte, deren Einkommen die Grenze gemäss FLG überschreitet, beträgt die Ausbildungszulage</p> <p>— 50 Franken im Unterland und 60 Franken im Berggebiet, falls die Kinder in nichtlandwirtschaftlicher Ausbildung stehen;</p> <p>— 70 Franken im Unterland und 80 Franken im Berggebiet, falls die Kinder in landwirtschaftlicher Ausbildung stehen.</p> <p>⁵ Der erste Ansatz bezieht sich auf Landwirte, deren Einkommen die Grenze gemäss FLG nicht überschreitet; der zweite Ansatz gilt für hauptberufliche Landwirte, deren Einkommen die Grenze gemäss FLG übersteigt, sowie für Arbeitnehmer, die im Nebenberuf als selbständige Landwirte tätig sind.</p>								

Durchführungsfragen

Überweisung von Renten und ähnlichen Leistungen auf ein Postcheckkonto (Girozahlungen)

*(Hinweis zu Randziffer 1110 des seit 1. Januar 1974 gültigen
Nachtrages zur Wegleitung über die Renten)*

Die PTT-Betriebe hatten seinerzeit im Sinne eines Entgegenkommens zugestanden, dass für die Überweisung von Renten, Hilflosenentschädigungen und einmaligen Witwenabfindungen auf eine Postcheckrechnung an Stelle von Girozetteln auch Rentenanweisungsformulare verwendet werden können (Randziffer 1110 der Wegleitung über die Renten in der ab 1. Januar 1971 gültigen Fassung). Indessen war den Ausgleichskassen bereits in den AHV-Mitteilungen Nr. 26 vom 4. Dezember 1970 (publiziert in ZAK 1971, S. 19) empfohlen worden, bei einer allfälligen Reorganisation des Auszahlungswesens für solche Fälle die Verwendung von Girozetteln einzuplanen. In Randziffer 82 der AHV-Mitteilungen Nr. 30 vom 6. Oktober 1971 (ZAK 1971, S. 488) wurde sodann darauf hingewiesen, dass die PTT-Betriebe ab 1. Januar 1972 für Girozahlungen mit Anweisungsformularen die für die letzteren üblichen Taxen erheben werden.

Mit dem seit 1. Januar 1974 gültigen Nachtrag zur Wegleitung über die Renten ist die ursprüngliche Ausnahmeregelung aufgehoben worden. Sofern daher für Girozahlungen heute noch Anweisungsformulare (318.161, 318.162 oder 318.163) verwendet werden, haben die betreffenden Ausgleichskassen die Umstellung auf Girozettel spätestens auf den 1. Januar 1975 vorzunehmen. Dadurch können nicht nur den Checkämtern unnötige Umtriebe, sondern dem Ausgleichsfonds der AHV vermeidbare Kosten — die Pauschaltaxe betrug für das Jahr 1973 immerhin 115 Rappen je Anweisung — erspart werden.

HINWEISE

**Das EVG
im Jahre 1973**

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat im Jahre 1973 insgesamt 626 Streitfälle entschieden.

Daran sind nebst den in der ZAK berücksichtigten Sozialwerken auch die Kranken- und Unfallversicherung (120 Fälle), die Militärversicherung (11) und die Arbeitslosenversicherung (2) be-

teilt. Gegenüber dem Vorjahr sind in fast allen Versicherungszweigen weniger Fälle erledigt worden, obschon eine grössere Zahl von Neueingängen zu verzeichnen war. Dies hatte zur Folge, dass am Jahresende relativ viele Geschäfte auf 1974 übertragen werden mussten, nämlich bei der IV 163 und bei der AHV 41. Es ist indessen hervorzuheben, dass das EVG speditiv Arbeit geleistet hat, konnte es doch die mittlere Prozessdauer letztes Jahr im Durchschnitt von 4,9 im Vorjahr auf 4 Monate verkürzen. — Die nachstehende Tabelle gibt Aufschluss über die Aufteilung der Fälle nach Versicherungszweig und über die Art ihrer Erledigung. Die Zahlen sind dem Bericht des Bundesrates über seine Geschäftsführung im Jahre 1973 entnommen. Der Bericht enthält auch Statistiken über die Tätigkeit des Bundesgerichts. Ein Vergleich mit jenen Daten ergibt, dass von allen letztinstanzlichen Entscheiden sämtlicher Rechtsgebiete 23 Prozent die Sozialversicherung betrafen.

	Erledigte Geschäfte	Art der Erledigung			
		Nicht- eintreten	Ab- schrei- bung Rückzug usw.	Gut- heissung ganz oder teilweise	Ab- weisung
AHV	99	10	3	18	68
Invalidenversicherung	357	12	10	115	220
Ergänzungsleistungen zur AHV und IV	29	3	2	10	14
Familienzulagen	6	1	—	2	3
Erwerbersersatzordnung	2	—	—	—	2
Total	493	26	15	145	307

**Hat der
«Seniorenmarkt»
eine Zukunft?**

Das Marketing und die Werbung richteten sich lange Zeit weitgehend an die junge Generation. Der junge Mensch und vor allem die junge und hübsche Frau stehen im Mittelpunkt der Werbung. Dadurch

wurden und werden immer noch bestimmte positive Erwartungen in die junge Generation gesetzt. Dieses Phänomen wirkt sich auf das Selbstbild des älteren Menschen aus. Man fühlt sich nicht gerne alt und möchte darum immer jung bleiben. So haben Mittel, die vermehrte und verlängerte Jugendlichkeit versprechen, einen grossen Erfolg.

Die ältere Generation wird in der Werbung weit weniger angesprochen. Sie muss oft — vor allem im Modebereich — froh sein, etwas Passendes zu finden. Wird das immer so sein? Wird sie immer unterbewertet bleiben? Seit einiger Zeit bahnt sich eine neue Entwicklung an. Man beginnt die Kaufkraft des älteren Menschen zu entdecken, der mit der AHV-Rente und den Leistungen der Pensionskassen über mehr Geldmittel als früher verfügt.

Das Altersabonnement der SBB, das im November 1968 eingeführt wurde, erlebt einen durchschlagenden Erfolg. Während 1969 243 000 AHV-Rentner von diesem interessanten und preisgünstigen Angebot Gebrauch machten, waren es im vergangenen Jahr bereits 335 000. Daneben werden den AHV-Rentnern eine ganze Reihe von besonderen Ferienmöglichkeiten angeboten. So organisiert Pro Senectute seit einigen Jahren regelmässig Ferien für ältere Menschen unter dem Titel «Saison für Senioren», und zahlreiche Reisebüros wenden sich mit Spezialangeboten an die ältere Generation. Diese hat Zeit zum Reisen und verfügt oft auch über genügend Geld.

Auch Werbeleute und Meinungsforschungsinstitute beginnen den älteren Menschen zu entdecken. So wurden in den letzten Jahren repräsentative Untersuchungen über das Konsumverhalten des älteren Menschen durchgeführt. Die Meinungsforschungsinstitute haben diese Untersuchungen allerdings nicht aus reiner Freude an wissenschaftlich gesicherten Ergebnissen über die Lebensweise des Betagten veranlasst. Vielmehr wünschten bestimmte Kreise zu wissen, für welche Zwecke der Rentner sein Geld ausgeben will. Es ergaben sich recht interessante Feststellungen. So geht der ältere Mensch noch erstaunlich oft auswärts essen. Dies ist für die allein wohnenden Menschen begreiflich. Mancher ältere Mensch fühlt sich einsam, wenn er allein kochen und essen muss. Daher wurde in Basel im Jahre 1971 der erste Mittagsklub der Schweiz eröffnet. Sinn und Zweck dieser Einrichtung ist es, betagten Personen ein günstiges Mittagessen abzugeben und diesen oft einsamen Menschen Kontaktmöglichkeiten zu bieten. In diesem Jahr hat Zürich die Idee ebenfalls verwirklicht.

In Karlsruhe (BRD) wurde bereits eine Senioren-Fachmesse veranstaltet. Weiter werden Modeschauen für betagte Frauen durchgeführt. Im Saarland zählte man bei einer solchen Veranstaltung über 1000 Besucherinnen. Die Kleidung beeinflusst sicherlich das Bild, das sich die Umgebung vom älteren Menschen macht. Trägt er immer Schwarz und Grau, so wirkt sich dies auf sein Selbstbild entsprechend aus. Auch der Spielwarenmarkt gewinnt an Bedeutung. Dabei geht es natürlich nicht

um Spielzeuge für ältere Menschen, sondern um Spielgeräte, die man den Grosskindern kaufen möchte; denn Schenken bereitet immer Freude für beide Teile. Es ist wichtig, dass der ältere Mensch diese Rolle spielen kann.

Die eben angeführten Entwicklungen stehen in einem gewissen Zusammenhang mit den wachsenden Leistungen der Sozialversicherung und dem stark angestiegenen Kaufkraftpotential. Dabei muss man sich vor Augen halten, dass etwa 93 Prozent der Betagten selbständig und lediglich 7 Prozent in einem Heim leben. Dem einzelnen Betagten stehen heute mehr Mittel zur Verfügung als früher, und es ist begreiflich und teilweise auch wünschbar, wenn er durch die Werbung zu vermehrter Aktivität ermuntert wird. Dadurch kann auch sein Selbstvertrauen gestärkt werden. Es ist nicht mehr nur der junge Mensch, der von der Werbung begehrt und angesprochen wird. Selbstverständlich lassen sich dadurch nicht alle Schwierigkeiten des Alters beheben. Der Konsum allein genügt nicht. Es braucht ebenso die menschliche Begegnung. Die vermehrte Werbung um den älteren Menschen ist eines unter vielen Mitteln, die ihn ermutigen und aktivieren sollen. Sicher wird der Seniormarkt in Zukunft an Bedeutung gewinnen.

FACHLITERATUR

Büchi Otto: **Werdendes Sozialversicherungsrecht des Bundes.** Stand März 1974. In «Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung», Heft 2/1974, S. 132—163.

Hauser Mathilde: **Die Rechtsstellung der Frau in der Invalidenversicherung.** In «Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung», Heft 2/1974, Seiten 81—104.

Internationales Arbeitsamt: Série législative. Die Ausgabe Nr. 6/1973 der zweimonatlich erscheinenden «Série législative» enthält nebst Gesetzestexten anderer Staaten die Bundesgesetze über die Eidgenössische AHV sowie die IV in englischer und spanischer Übersetzung; Stand 1. Januar 1973. Sie können separat bezogen werden. Bureau international du travail, Genf.

Maurer Alfred: **Grundriss des Bundessozialversicherungsrechts.** Diese vom Autor aufgrund seiner Vorlesungen an der Universität Bern zusammengestellte Übersicht umfasst die AHV und die IV sowie die Kranken- und Unfallversicherung und enthält ein Sach- und ein Gesetzesregister. Das Werk ist in Form eines Ringbuches erschienen (208 Seiten); es kann bei der «Zürich» Versicherungsgesellschaft, Materialverwaltung, Mythenquai 2, 8022 Zürich, zum Preis von 30 Franken bezogen werden.

MITTEILUNGEN

Änderung von Erlassen der AHV und IV durch die Revision des KUVG

Mit der am 1. Januar 1974 in Kraft getretenen Revision des KUVG und der Verordnung II über die Unfallversicherung (s. ZAK 1974, S. 107) wurden auch verschiedene Bestimmungen des AHV- und des IV-Gesetzes sowie der zugehörigen Verordnungen geändert. Da die Änderungen nicht von den Organen der AHV oder IV, sondern von der SUVA zu vollziehen sind und weil auf den 1. Januar 1975 ohnehin neue Textausgaben der AHV und der IV erscheinen werden, wurden keine Klebetekturen herausgegeben.

Die angepassten Bestimmungen lauten wie folgt (Änderungen gesperrt):

Art. 48 Abs. 1 AHVG

¹ Hat ein nach diesem Gesetz Rentenberechtigter Anspruch auf eine Rente der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt oder der Militärversicherung, so werden die Renten dieser Versicherungen gekürzt, soweit sie zusammen mit der Alters- oder Hinterlassenenrente den entgangenen mutmasslichen Jahresverdienst übersteigen.

Art. 66quater Abs. 2 Bst. b AHVV

b. als Drittleistungen bezogene Renten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt beziehungsweise Renten der Militärversicherung.

Art. 66quater Abs. 4 AHVV

⁴ Wird die einfache Altersrente des Versicherten durch eine Ehepaar-Altersrente ersetzt, so darf lediglich jenes Rentenbetroffnis angerechnet werden, das zu diesem Zeitpunkt der Ehepaar-Altersrente zuzüglich allfälliger Kinderrenten, berechnet allein aus den Beiträgen des Versicherten, entsprochen hätte.

Art. 66quater Abs. 5 AHVV

⁵ Die Renten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt und der Militärversicherung dürfen zusammen höchstens um den Betrag der Rente der Alters- oder Hinterlassenenversicherung gekürzt werden.

Art. 45 Abs. 1 IVG

¹ Hat ein nach diesem Gesetz Rentenberechtigter Anspruch auf eine Rente der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt oder der Militärversicherung, so werden die Renten dieser Versicherungen gekürzt, soweit sie zusammen mit der Rente der Invalidenversicherung den entgangenen mutmasslichen Jahresverdienst übersteigen.

Art. 39bis Abs. 2 Bst. b IVV

b. als Drittleistungen bezogene Renten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt beziehungsweise Renten der Militärversicherung.

Art. 39bis Abs. 4 IVV

⁴ Wird die einfache Invalidenrente des Versicherten durch eine Ehepaar-Invalidenrente ersetzt, so darf lediglich jenes Rentenbetreffnis angerechnet werden, das zu diesem Zeitpunkt der Ehepaar-Invalidenrente zusätzlich allfälliger Kinderrenten, berechnet allein aus den Beiträgen des Versicherten, entsprochen hätte.

Art. 39bis Abs. 5 IVV

⁵ Die Renten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt und jene der Militärversicherung dürfen zusammen höchstens um den Betrag der Rente der Invalidenversicherung gekürzt werden.

Pädagogisch-therapeutische Massnahmen der IV

In der Artikelfolge «Der jugendliche Behinderte in der Invalidenversicherung» wurde auf bevorstehende Weisungen über pädagogisch-therapeutische Massnahmen hingewiesen (ZAK 1974, S. 116, 2. Absatz). Aus dem Text geht zu wenig hervor, dass es sich dabei um ein noch keineswegs endgültiges Ergebnis einer Überprüfung handelt. In der Zwischenzeit hat sich gezeigt, dass das Problem der pädagogisch-therapeutischen Massnahmen auch im Zusammenhang mit der Revision der Verordnung über die IV gesehen werden muss. Daher wurde der Erlass der geplanten Weisungen zurückgestellt, bis über das Ergebnis der gegenwärtigen Ordnungsrevision Klarheit besteht. Den am oben erwähnten Ort umschriebenen oder aufgezählten pädagogisch-therapeutischen Massnahmen kann aus diesem Grunde keine präjudizielle Bedeutung zukommen. Der betreffende Abschnitt wurde im demnächst erscheinenden Sonderdruck gestrichen.

**Die Abgabe
von Hilfsmitteln
durch die
Pro Senectute**

Im Rahmen der beruflichen Weiterbildung trafen sich am 2./3. Mai 1974 gegen 100 Sozialarbeiter, Sekretariatsangestellte und Vertreter von Kantonalkomitees der Stiftung Für das Alter zu einer Tagung in Luzern. Die Fachleute der Alterspflege liessen sich dabei auch über die neue Regelung zur grosszügigen Abgabe von Hilfsmitteln (künstliche Glieder, Blindenhunde, Fahrstühle, Hörapparate usw.) orientieren. Für solche Geräte ist aus den Bundessubventionen für Pro Senectute ein jährlicher Kredit von maximal 2 Mio Franken reserviert. Der Vertreter des BSV umschrieb die wichtige Aufgabe der Pro-Senectute-Stellen in dieser Hilfsmittelregelung. Eine Sozialarbeiterin berichtete über erste Erfahrungen aus der Praxis. Anschliessend wurden die Anwendungsschwierigkeiten in Arbeitsgruppen diskutiert.

**Familienzulagen
im Kanton Schwyz**

Der Kantonsrat hat in seiner Sitzung vom 9. Mai 1974 einer Revision des Kinderzulagengesetzes zugestimmt, wodurch mit Wirkung ab 1. Juli 1974 die Kinderzulage von 45 auf 50 Franken je Kind und Monat erhöht und eine Geburtszulage von 100 Franken eingeführt wird.

**Neues
Kinderzulagen-
gesetz
im Kanton Glarus**

Die Landsgemeinde hat am 12. Mai 1974 ein Gesetz über Kinderzulagen für Arbeitnehmer angenommen, das jenes vom 1. Mai 1960 ersetzt. Im neuen Gesetz ist der Geltungsbereich entsprechend der bisherigen Ordnung umschrieben. Neuerungen finden sich hingegen auf dem Gebiete der Kinderzulagen und der Organisation.

I. Kinderzulagen

1. Ansatz und Altersgrenze

Die Kinderzulage wird von 35 auf 50 Franken je Kind und Monat erhöht. Der Landrat ist befugt, die Kinderzulage veränderten Verhältnissen anzupassen.

Wie bisher beträgt die allgemeine Altersgrenze 16 Jahre und die besondere Altersgrenze 18 Jahre (bisher 20 Jahre) für Kinder, die infolge einer Krankheit oder eines Gebrechens erwerbsunfähig sind, und 20 Jahre für Kinder, die in Ausbildung stehen.

2. Zulageberechtigte Kinder

Aussereheliche Kinder, Stief- und Pflegekinder sind nunmehr den ehelichen Kindern gleichgestellt. Im Gegensatz zur bisherigen Regelung ist es nicht mehr er-

forderlich, dass der Arbeitnehmer für den Unterhalt der ausserehelichen Kinder und der Stiefkinder überwiegend aufkommt und dass das Pflegeverhältnis unentgeltlich ist. Die Bestimmung, wonach Geschwister des Arbeitnehmers, für die dieser überwiegend aufkommt, zulageberechtigt sind, wurde nicht mehr beibehalten.

Neu geregelt wird auch die Anspruchskonkurrenz und das Verhältnis der Kinderzulagen zu Unterhaltsbeiträgen. Im Falle der Anspruchskonkurrenz steht der Anspruch auf Zulagen für aussereheliche Kinder und für Kinder aus geschiedener und getrennter Ehe jenem Elternteil zu, dem die Obhut des Kindes anvertraut ist. Ist die Obhut keinem Elternteil anvertraut, so hat jener Elternteil Anspruch auf die Kinderzulage, der überwiegend für den Unterhalt des Kindes aufkommt.

Arbeitnehmer, die gerichtlich oder vertraglich festgelegte Unterhaltsbeiträge leisten müssen, haben diese durch die Kinderzulagen zu ergänzen, sofern letztere nicht nachgewiesenermassen im Unterhaltsbeitrag inbegriffen sind. Neu ist die Bestimmung, wonach die Kinderzulagen der unterhaltsberechtigten Person auf Gesuch hin direkt auszuführen sind.

Die Frist für die Nachforderung nicht bezogener Kinderzulagen wird in Anpassung an das FLG und an die Mehrzahl der kantonalen Kinderzulagengesetze von 18 auf 12 Monate herabgesetzt.

II. Organisation

1. Kantonale FAK

Das bisherige glarnerische Gesetz unterschied sich von allen andern kantonalen Kinderzulagengesetzen dadurch, dass es dem Arbeitgeber freistellte, auf welche Weise er der Vorschrift, dass seine Arbeitnehmer die gesetzlichen Mindestzulagen erhalten müssen, nachkommen wollte. Er konnte einer FAK beitreten oder die Kinderzulagen aus eigenen Mitteln gewähren und sich so jedem Ausgleich entziehen. Die Errichtung einer kantonalen öffentlichen FAK und von anerkannten privaten FAK war daher im bisherigen Gesetz nicht vorgesehen.

Nach dem neuen Gesetz ist nunmehr eine kantonale FAK zu schaffen. Dadurch soll der bisher fehlende Lastenausgleich auf möglichst breiter Grundlage verwirklicht werden. Die kantonale FAK ist eine öffentlichrechtliche Anstalt mit Sitz in Glarus. Ihre Geschäftsführung wird der kantonalen AHV-Kasse übertragen. Der kantonalen FAK haben alle Arbeitgeber

beizutreten, die nicht einer vom Regierungsrat anerkannten FAK angehören.

2. A n e r k a n n t e F A K

Nach den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf wird der Regierungsrat eine Kasse anerkennen, wenn eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Die Kasse wird von einer Verbandsausgleichskasse der AHV geführt;
- Der Tätigkeitsbereich der Kasse erstreckt sich auf das Gebiet der ganzen Schweiz oder mindestens auf ein Sprachgebiet;
- Einer Kasse, deren Tätigkeitsbereich auf den Kanton Glarus beschränkt ist, gehört eine für den Ausgleich genügende Zahl von Arbeitnehmern oder Arbeitgebern an.

Neben den anerkannten FAK sieht das Gesetz auch die Schaffung von Abrechnungsstellen vor. Die kantonale FAK kann nämlich AHV-Verbandsausgleichskassen, denen im Kanton Glarus domizilierte Arbeitgeber angeschlossen sind, mit deren Einverständnis die Erhebung der Beiträge und die Ausrichtung der Kinderzulagen übertragen.

III. I n k r a f t t r e t e n

Artikel 4 des Gesetzes, der den Ansatz der Kinderzulage und die Altersgrenze festsetzt, tritt am 1. Juli 1974 in Kraft. Über das Inkrafttreten der übrigen Bestimmungen beschliesst der Landrat.

Adressenverzeichnis AHV/IV/EO	Seite 7, Ausgleichskasse 1.2, Zweigstelle der Stadt Winterthur: Neue Adresse: 8400 Winterthur, Unterer Graben 1
	Seite 9, Ausgleichskasse 22.132, Agence communale AVS de Lausanne: Neue Adresse: 1000 Lausanne 9, Place Chauderon 9 / Case postale 50

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Renten

Urteil des EVG vom 21. Dezember 1973 i. Sa. K. H.

Art. 23 Abs. 1 Bst. c AHVG. Die auf den 1. Januar 1973 in Kraft getretenen Bestimmungen über den Anspruch auf Witwenrente wegen Adoption eines Pflegekinds gelten auch für Witwen, welche die Anspruchsvoraussetzung bereits vor diesem Zeitpunkt erfüllten. Die früher ausgerichtete einmalige Witwenabfindung ist unter Umständen mit der zur Ausrichtung gelangenden Rente zu verrechnen.

Die kinderlosen verheirateten Versicherten nahmen in den Jahren 1962 und 1964 zwei Kinder unentgeltlich zur Pflege auf. 1965 starb der Ehemann. Die Witwe adoptierte am 21. Februar 1970 die beiden Kinder, nachdem sie die hierfür geltenden zivilrechtlichen Voraussetzungen erfüllt hatte.

Am 21. Juni 1965 sprach die Ausgleichskasse der Versicherten eine einmalige Witwenabfindung sowie zwei einfache Waisenrenten für die Pflegekinder zu. Die Ausrichtung einer Witwenrente wurde abgelehnt, weil die massgebenden Voraussetzungen nicht erfüllt waren. Eine hiegegen erhobene Beschwerde wies die kantonale Rekursbehörde mit Entscheid vom 11. Oktober 1965 ab.

Anfangs 1973 gelangte die Versicherte erneut an die Ausgleichskasse mit dem Gesuch um Ausrichtung einer Witwenrente. Sie stützte sich dabei auf die im Rahmen der achten AHV-Revision geänderte Bestimmung über den Rentenanspruch der Witwe. Die Ausgleichskasse wies das Begehren entsprechend einer Weisung des BSV wiederum ab, da das neue, auf den 1. Januar 1973 in Kraft getretene Recht nicht rückwirkend Anwendung finde.

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte Beschwerde, die vom kantonalen Versicherungsgericht mit Entscheid vom 2. März 1973 jedoch abgewiesen wurde. In den Urteilerwägungen führte das Gericht aus, die von der Verwaltungsrechtsprechung an die ausnahmsweise Rückwirkung von Gesetzesbestimmungen gestellten Voraussetzungen seien im vorliegenden Falle nicht erfüllt. Eine rückwirkende Anwendung von Art. 23 Abs. 1 Bst. c AHVG sei ausgeschlossen, da sie weder im Gesetz angeordnet sei noch sich aus dem Sinnzusammenhang klar ergebe. Es seien keine triftigen Gründe ersichtlich, die eine Rückwirkung rechtfertigen würden. Zudem sei auch das Erfordernis der zeitlichen Beschränkung der Rückwirkung nicht erfüllt.

Die Versicherte erhebt rechtzeitig Verwaltungsgerichtsbeschwerde. In der Begründung macht sie geltend, im Gegensatz zur Annahme der Vorinstanz verlange sie nicht eine rückwirkende Anwendung von Art. 23 Abs. 1 Bst. c AHVG, sondern lediglich dessen Anwendung ab Inkrafttreten. Im Falle

des Wiederauflebens der Witwenrente bei Scheidung sei die Anwendbarkeit des neuen Rechts auf die vor seinem Inkrafttreten eingetretenen Tatbestände anerkannt worden. Dies müsse auch für Witwen mit Pflegekindern Geltung haben, deren Rentenanspruch sich nach der gleichen Gesetzesbestimmung richte.

Während die Ausgleichskasse auf eine weitere Stellungnahme verzichtet, beantragt das BSV Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Amt teilt die Auffassung der Vorinstanz, wonach die Voraussetzungen für eine rückwirkende Anwendung des neuen Rechts nicht erfüllt seien. Dass im Falle des Wiederauflebens der Witwenrente bei Scheidung eine Rückwirkung vorgesehen worden sei, bedeute keinen Verstoss gegen den Gleichheitsgrundsatz, da die Verhältnisse nicht die gleichen seien wie bei Witwen mit Pflegekindern.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung gutgeheissen:

1. Anlässlich der achten AHV-Revision hat der Gesetzgeber den Anspruch auf Witwenrente insofern erweitert, als mit Wirkung ab 1. Januar 1973 nun auch Witwen mit Stiefkindern des verstorbenen Ehemannes und Witwen mit Pflegekindern unter bestimmten Voraussetzungen rentenberechtigt sind. Für Witwen mit Pflegekindern besteht ein Anspruch, sofern im Zeitpunkt der Verwitwung eines oder mehrere Pflegekinder im gemeinsamen Haushalt leben, die durch den Tod des Ehemannes Anspruch auf eine Waisenrente erwerben, und sofern der Ehemann unmittelbar vor dem Tode im Sinne von Art. 1 oder 2 AHVG versichert war und das oder die Pflegekinder von der Witwe an Kindes Statt angenommen werden (Art. 23 Abs. 1 Bst. c AHVG).

Im vorliegenden Fall lebten im Zeitpunkt der Verwitwung zwei Pflegekinder im gemeinsamen Haushalt, die Anspruch auf eine Waisenrente hatten. Unmittelbar vor seinem Tode war der Ehemann versichert im Sinne von Art. 1 Abs. 1 AHVG. Die Pflegekinder wurden von der Witwe im Februar 1970 adoptiert. Die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer Witwenrente nach Art. 23 Abs. 1 Bst. c AHVG sind somit grundsätzlich erfüllt. Sowohl die Verwitwung wie auch die Adoption sind jedoch vor Inkrafttreten der neuen Gesetzesbestimmung erfolgt. Ein Anspruch auf Witwenrente bestünde daher nur, falls das neue Recht auch auf die vor dem 1. Januar 1973 verwitweten Frauen Anwendung finden könnte.

2. In den Änderungserlassen zur achten AHV-Revision findet sich keine Übergangsbestimmung bezüglich des Rentenanspruchs von Witwen mit Pflegekindern. Es blieb daher der Verwaltung überlassen, eine diesbezügliche Regelung zu treffen. Mit Kreisschreiben vom 12. Oktober 1972 wies das BSV die Ausgleichskassen an, Witwenrenten nach neuem Recht nur auszurichten, wenn der Tod des Ehemannes nach dem 31. Dezember 1972 eingetreten ist (Rz 50 des Kreisschreibens II über die Durchführung der achten AHV-Revision auf dem Gebiete der Renten). Das Bundesamt stützte sich dabei auf die in Lehre und Praxis umschriebenen Voraussetzungen einer (ausnahmsweisen) Rückwirkung von Verwaltungsgesetzen. Danach ist eine rückwirkende Anwendung neuen Rechts ohne ausdrückliche gesetzliche Grundlage nur möglich, wenn sich die Rückwirkung aus dem Gesetzesinhalt als klar gewollt ergibt und wenn sie durch triftige Gründe veranlasst und zeitlich beschränkt ist (vgl. Imboden, Schweizerische Verwaltungsrechtsprechung,

3. Aufl. Band I, S. 160 ff.; BGE 94 I 5, 92 I 233; EVGE 1968, S. 64). An diesen Grundsätzen ist festzuhalten. Es gilt jedoch zu beachten, dass von einer Rückwirkung im eigentlichen Sinne nur gesprochen werden kann, wenn das neue Recht auf Sachverhalte angewendet wird, die sich abschliessend vor Inkrafttreten dieses Rechtes verwirklicht haben. Anders verhält es sich dagegen, wenn das neue Recht — gestützt auf Sachverhalte, die sich vor Inkrafttreten ereignet haben — lediglich für die seitherige Zeit (ex nunc et pro futuro) Anwendung findet. Eine in dieser Weise beschränkte Rückwirkung ist grundsätzlich als zulässig zu erachten, sofern ihr nicht wohlerworbene Rechte entgegenstehen (Grisel, *Droit administratif suisse*, S. 189; BGE 96 I 555, 92 I 233; Verwaltungsentscheide der Bundesbehörden, Heft 26, 1956, Nr. 12). Keine Bedenken ergeben sich, falls sich die Gesetzesänderung in einer Verbesserung des Rechtszustandes zugunsten der Normadressaten erschöpft. Dies bedeutet jedoch nicht, dass den Betroffenen unter diesen Umständen generell ein Anspruch auf rückwirkende Anwendung des neuen Rechts zustehen würde.

Im Falle der Gesetzesnovelle von Art. 23 Abs. 1 Bst. c AHVG steht keine eigentliche Rückwirkung zur Diskussion. Es stellt sich lediglich die Frage, ob Leistungen nach neuem Recht vom Zeitpunkt des Inkrafttretens an auch in Fällen zu erbringen seien, in welchen sich der anspruchsbegründende Sachverhalt bereits vor Inkrafttreten verwirklicht hat. Da eine diesbezügliche gesetzliche Regelung fehlt, ist vom Richter zu prüfen, welche übergangsrechtliche Ordnung sich als richtig erweist. Er hat dabei zu berücksichtigen, welche intertemporale Regelung die Normadressaten unter den ihnen erkennbaren Umständen erwarten durften.

3a. Der Zweck einer Gesetzesänderung kann darin bestehen, den geltenden Rechtszustand für die Zukunft zugunsten jener Normadressaten zu verbessern, deren Anspruch unter der Herrschaft und nach Massgabe des neuen Rechts entstehen wird. Er kann aber auch auf die Beseitigung bestehender Lücken im Leistungssystem gerichtet sein, um die Ausrichtung von Leistungen in Fällen zu ermöglichen, in welchen sie nach bisherigem Recht verweigert werden mussten. Namentlich im Sozialversicherungsrecht liegt Gesetzesrevisionen häufig dieses zweite Motiv zu Grunde. Die Beispiele für Gesetzesänderungen, bei welchen das neue Recht ohne ausdrückliche Übergangsbestimmung auch auf Sachverhalte, die sich vor Inkrafttreten ereignet haben, angewendet wurden, sind denn auch zahlreich.

So wurde mit Bundesgesetz vom 4. Oktober 1968 Art. 43bis AHVG eingeführt, welcher mit Wirkung ab 1. Januar 1969 Altersrentnern Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung bei Hilflosigkeit schweren Grades gibt. Obgleich eine diesbezügliche Übergangsbestimmung fehlt, wurde diese Leistung auch den vor Inkrafttreten der Gesetzesnovelle in schwerem Grade hilflos gewordenen Altersrentnern ausgerichtet.

Anlässlich der achten AHV-Revision wurde Art. 46 AHVV unter anderem in dem Sinne geändert, dass die wegen Wiederverheiratung erloschene Witwenrente nicht nur wie bisher bei Ungültigerklärung, sondern auch bei Scheidung der neuen Ehe unter bestimmten Voraussetzungen wieder auflebt. Diese Neuregelung wurde vom BSV ausdrücklich auch auf Fälle anwendbar erklärt, bei denen die Scheidung vor dem 1. Januar 1973 ausgesprochen worden ist (Rz 131 der AHV-Mitteilung Nr. 50 vom 12. Februar 1973; vgl. auch ZAK 1973,

S. 161 Ziff. 9), nachdem das Amt anfänglich die gegenteilige Auffassung vertreten hatte (vgl. Rz 59 des Kreisschreibens II über die Durchführung der achten AHV-Revision auf dem Gebiete der Renten vom 12. Oktober 1972).

Ferner ist auf das Änderungsgesetz vom 27. September 1973 zum KUVG hinzuweisen, mit welchem unter anderem der Anspruch auf Hinterlassenenrenten der Unfallversicherung auf Pflegekinder ausgedehnt worden ist. Aus den Übergangsbestimmungen dieser Novelle (Ziff. III: Inkrafttreten) geht implizite der Wille des Gesetzes hervor, dass Leistungen an Pflegekinder gemäss revidiertem Art. 85 Abs. 2 KUVG auch in Fällen zu erbringen sind, in denen sich der Versicherungsfall vor Inkrafttreten der neuen Bestimmung ereignet hat (vgl. auch Sten Bull 1973, NR S. 1085 ff., SR S. 524 f.).

b. Die Erweiterung des Witwenrentenanspruches auf Witwen mit Pflegekindern stellte ein von verschiedener Seite erhobenes Postulat dar, welches im Vorfeld der achten AHV-Revision auch zu einem parlamentarischen Vorstoss geführt hatte (Motion Duvanel vom 16. März 1971). Die Bestrebungen waren darauf gerichtet, die als unbefriedigend erachtete ungleiche versicherungsrechtliche Behandlung von Witwen mit Pflegekindern und Witwen mit leiblichen oder adoptierten Kindern zu beseitigen. Es darf als sicher gelten, dass das Begehren auf Gleichstellung der beiden Versichertenkategorien zu einem wesentlichen Teil im Hinblick auf die nach bisherigem Recht abgewiesenen Begehren gestellt worden ist, in der Meinung, dass gestützt auf die zu schaffende gesetzliche Grundlage auch in diesen Fällen Leistungen zu erbringen seien. Die Betroffenen durften daher zu Recht erwarten, dass Leistungen auch dann ausgerichtet würden, wenn die hiefür geltenden Anspruchsvoraussetzungen bereits vor Inkrafttreten des neuen Rechts erfüllt waren. Tatsächlich müsste es als stossend betrachtet werden, wenn gerade in den Fällen, die Anlass zur Änderung des Gesetzes gegeben haben, die Leistungen weiterhin verweigert würden. Witwen, welche die Voraussetzungen gemäss Art. 23 Abs. 1 Bst. c AHVG bereits vor Inkrafttreten erfüllt haben, steht daher mit Wirkung ab 1. Januar 1973 ein Anspruch auf Witwenrente der AHV zu.

4. Es bleibt zu prüfen, ob und inwieweit die nachträglich in den Genuss einer Witwenrente gelangende Witwe rückerstattungspflichtig ist in bezug auf die ihr ausgerichtete einmalige Witwenabfindung. Es rechtfertigt sich hiebei, die von der Verwaltung bei der nachträglichen Entstehung eines IV-Rentenanspruches befolgte Praxis sinngemäss anzuwenden. Danach ist die Abfindung in dem Masse zurückzufordern, als sie den Gesamtbetrag der Rentenbeträge übersteigt, welche die Witwe vom Zeitpunkt der Verwitwung bis zur Entstehung des Anspruches auf die IV-Rente hätte beziehen können, sofern sie die für den Anspruch auf eine Witwenrente erforderlichen Voraussetzungen erfüllt hätte (Rz 567 der Rentenwegleitung vom 1. Januar 1971). Dem Grundsatz nach bedeutet dies, dass von einer Rückforderung abzusehen ist, wenn die für die Berechnung der einmaligen Abfindung nach Art. 36 Abs. 2 AHVG massgebende Dauer des Rentenanspruches im Zeitpunkt des effektiven Anspruchsbeginns bereits abgelaufen ist. Praktisch wird die Summe der Rentenbeträge den Abfindungsbetrag wegen der in der Zwischenzeit eingetretenen Rentenerhöhungen oft schon früher erreichen.

Im vorliegenden Fall erhielt die Witwe nach dem 1965 erfolgten Tod des Ehemannes eine einmalige Witwenabfindung in der Höhe des dreifachen

Jahresbetreffnis der Witwenrente. Im Zeitpunkt der Adoption (Februar 1970), als sie die Anspruchsvoraussetzungen für die Witwenrente nach neuem Recht erfüllte, hätten die Rentenbetreffnisse den Betrag der Witwenabfindung bereits überschritten. Die Beschwerdeführerin ist daher nicht rückerstattungs-pflichtig hinsichtlich der im Jahre 1965 bezogenen Witwenabfindung. Mit Wirkung ab 1. Januar 1973 steht ihr folglich eine ungeschmälerete Witwenrente gemäss Art. 23 Abs. 1 Bst. c AHVG zu, deren Höhe von der Ausgleichskasse festzulegen ist.

Urteil des EVG vom 28. Mai 1973 i. Sa. A. Z.

Art. 31 Abs. 1 AHVG. Die einfache Altersrente der geschiedenen Frau ist zu Lebzeiten des geschiedenen Mannes allein aufgrund des durchschnittlichen Jahreseinkommens der geschiedenen Frau zu berechnen. Sie kann nur dann aufgrund des durchschnittlichen Jahreseinkommens des geschiedenen Mannes unter Einschluss der Erwerbseinkommen der Frau berechnet werden, wenn der geschiedene Mann gestorben ist (Art. 31 Abs. 3 und 4 AHVG).

Die 1910 geborene, seit 1968 geschiedene Versicherte bezieht seit dem 1. Mai 1972 eine einfache Altersrente. Deren Berechnung erfolgte aufgrund eines durchschnittlichen Jahreseinkommens der Versicherten von 7600 Franken aus 24 Jahren und Rentenskala 20. Gegen die entsprechende Verfügung vom 20. Oktober 1972 beschwerte sich die Versicherte. Sie machte geltend, sie habe während 30 Jahren das Geschäft ihres geschiedenen Ehemannes geführt und das mittlere Jahreseinkommen habe den Betrag von 7600 Franken dank ihrer Arbeit um ein Mehrfaches überstiegen, so dass der Rentenberechnung das während der Ehe erzielte Geschäftseinkommen zugrunde zu legen sei.

Von der Vorinstanz abgewiesen, lässt die Versicherte mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragen, die Sache sei an den kantonalen Richter zurückzuweisen, damit dieser die einfache Altersrente aufgrund eines neuen durchschnittlichen Jahreseinkommens entsprechend den Weisungen des EVG neu festsetze. Gestützt auf die Übergangsbestimmungen des Bundesgesetzes vom 30. Juni 1972 betreffend Änderung des AHVG seien für die Rentenberechnung die am 1. Januar 1973 in Kraft getretenen, neu gefassten Abs. 3 und 4 von Art. 30 AHVG massgebend. Das mittlere Jahreseinkommen müsse mit dem Faktor 2,1 aufgewertet werden. Wäre aber die bisherige Rentenberechnung richtig, so läge doch ein ausgesprochener Härtefall vor, welcher einer angemessenen Korrektur rufe, die sich mit der analogen Anwendung der Art. 31 Abs. 3 und 32 AHVG realisieren liesse. Es sei stossend und ungerecht, wenn eine geschiedene Ehefrau, die sich jahrzehntelang als Geschäftsfrau eingesetzt und selber den grössten Teil des Erwerbseinkommens des Ehepaares erzielt habe, bei der Rentenfestsetzung von dieser Situation nicht profitieren könne. Der Auffassung der Vorinstanz, die Beschwerdeführerin sei für die tiefe Altersrente bereits bei der Ehescheidung im Rahmen von Art. 151 ZGB entschädigt worden, könne nicht gefolgt werden.

Die Ausgleichskasse und das BSV beantragen die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Erwägungen abgewiesen:

1. Gegenstand des heutigen Prozesses ist die am 20. Oktober 1972 rückwirkend auf den 1. Mai 1972 verfügte Rentenfestsetzung, über die der kantonale Richter befunden hat. Soweit die Überprüfung der dank der achten AHV-Revision auf den 1. Januar 1973 erfolgten Rentenerhöhung verlangt wird, kann auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht eingetreten werden.

2. Die Beschwerdeführerin verlangt dem Sinne nach, dass bei der Berechnung ihrer Altersrente nicht bloss auf jenes Erwerbseinkommen abzustellen sei, von dem sie selber Sozialversicherungsbeiträge entrichtet habe. Vielmehr müsse auch jenes Erwerbseinkommen angemessen berücksichtigt werden, das dank ihrer Mitarbeit im Geschäft ihres geschiedenen Ehemannes erzielt worden sei.

a. Da bis zur achten AHV-Revision eine besondere Gesetzesbestimmung über die Berechnung der ordentlichen Altersrente der geschiedenen Frau fehlte, hat das EVG entschieden, dass diese Rente nach der Grundnorm von Art. 31 Abs. 1 AHVG errechnet werden muss. Gemäss dieser Vorschrift ist für die Berechnung der einfachen Altersrente grundsätzlich das gemäss Art. 30 ermittelte durchschnittliche Jahreseinkommen des Versicherten selber massgebend (EVGE 1953, S. 223). Im erwähnten Urteil wurde die unterschiedliche Berechnung der einfachen Altersrente der Witwe einerseits und der geschiedenen Frau andererseits sachlich damit begründet, dass die Geschiedene im Gegensatz zur Witwe auch dann Beiträge entrichtete, wenn sie nicht erwerbstätig sei, so dass sie in der Regel bis zum Rentenalter reichlich eigene Beitragsjahre aufzuweisen habe. Dadurch werde unter Berücksichtigung der Jahre, während deren sie gemäss Art. 3 Abs. 2 Bst. b AHVG keine Beiträge geleistet hat, für den nötigen Ausgleich gesorgt. Zudem wurde entschieden, dass die Altersrente einer geschiedenen Frau nie weniger betragen dürfe als die Witwenrente, welche die Rentnerin allenfalls vorher bezogen hat. Bei dieser Rechtsprechung ist das Gericht in EVGE 1955, S. 275, geblieben.

b. Im Jahre 1969 hat das EVG diese Praxis unter besonderer Berücksichtigung der seit 1955 und vor allem der auf den 1. Januar 1969 erfolgten Gesetzesänderungen überprüft und erneut bestätigt. Dazu äusserte es sich wie folgt (ZAK 1969, S. 596):

Art. 33 Abs. 3 AHVG in der seit anfangs 1969 gültigen Fassung zeigt, dass die bisherige Stellung der geschiedenen Frau bezüglich der Berechnung der Altersrente nicht verändert und besonders nicht derjenigen der Witwe angeglichen werden wollte. Hätte der Gesetzgeber die geschiedene Frau generell der Witwe gleichstellen wollen, so hätte er durch ausdrückliche Erwähnung der geschiedenen Frau in der Neufassung von Art. 33 Abs. 3 AHVG eine neue Rechtslage schaffen können. Nachdem dies nicht geschehen ist, muss angenommen werden, er habe die bisherige Regelung bewusst beibehalten. Auch der im Jahre 1960 in Kraft getretene Art. 29^{bis} Abs. 2 AHVG bedeutet keine grundsätzliche Änderung der bisherigen Ordnung, weil diese Bestimmung vom frühern Art. 39 Abs. 2 materiell nicht abweicht; es wird lediglich auch die Ehefrau, die eine einfache Altersrente bezieht, neben der geschiedenen Frau erwähnt.

Den Art. 33 Abs. 3 AHVG und 55 Abs. 2 AHVV ist überdies zu entnehmen, dass ausschliesslich für die Witwe die Altersrente aufgrund der Beiträge des Ehemannes oder der eigenen Beiträge berechnet werden kann, je nachdem, welche Beiträge eine höhere einfache Altersrente ergeben. Diese Vergleichsrechnung bildet eine Sonderregelung, welche der Gesetzgeber ausdrücklich der Witwe vorbehalten hat und die daher nicht durch Ausdehnung auch der geschiedenen Frau zuerkannt werden darf. Für diese kann nur die Berechnung anhand der eigenen Beiträge in Frage kommen, wobei ihr die nach Art. 3 Abs. 2 Bst. b AHVG beitragslosen Ehejahre als Beitragsjahre anzurechnen sind (Art. 29bis Abs. 2 AHVG). Die soeben zitierte Bestimmung wäre unnötig, wenn die Altersrente der geschiedenen Frau aufgrund der Beiträge des Ehemannes zu berechnen oder wenn die für Witwen vorgesehene Vergleichsrechnung auch für Geschiedene anwendbar wäre. Einen billigen Ausgleich zur Stellung der Witwe schafft der Grundsatz, dass die Altersrente der geschiedenen Frau, die nach dem Tod ihres Mannes Anspruch auf eine Witwenrente hatte, auch dann nicht kleiner als die bezogene Witwenrente sein darf, wenn ihre eigenen Beiträge nur eine niedrigere Altersrente zugelassen haben (EVGE 1953, S. 224, Erwägung 2; EVGE 1955, S. 275).

c. Im Rahmen der achten AHV-Revision sah sich der Bundesrat veranlasst, die Stellung der geschiedenen Frau hinsichtlich der Berechnung ihrer Altersrente zu überprüfen. Er gab sich davon Rechenschaft, dass die oben dargelegte, bisherige Regelung einen kaum genügenden Vorsorgeschutz in erster Linie für jene geschiedenen Frauen darstellt, deren eigenes rentenbildendes Einkommen bescheiden war, vor allem wenn sie im vorgerückten Alter geschieden werden und deshalb nach der Scheidung überhaupt nicht mehr oder nur mit Schwierigkeiten ins Erwerbsleben sich eingliedern können. Der Bundesrat beantragte den eidgenössischen Räten, die Besserstellung der geschiedenen Frau dadurch zu realisieren, dass deren Altersrente nach dem Tod des geschiedenen Mannes auf den für die Witwenrente massgebenden Berechnungsgrundlagen, d. h. anhand des mittleren Jahreseinkommens des Ehemannes, festgesetzt wird, sofern dies zu einer höheren Rente führt. Diese Regelung generell für die Altersrente der geschiedenen Frau vorzusehen, erachtete der Bundesrat nicht für angebracht. Zur Begründung äusserte er sich in der Botschaft wie folgt (BB1 1971 II 1096):

«Dadurch hätte sich die geschiedene Frau aber besser gestellt als die verheiratete Frau, die altersrentenberechtigt wird, bevor der Ehemann die Altersgrenze zum Bezuge einer Ehepaar-Altersrente erreicht hat; denn in diesem Falle wird die Altersrente nur nach ihrem eigenen massgebenden Einkommen berechnet. Es entstünde auch eine Ungereimtheit im Verhältnis zum Zivilrecht, nach welchem bei der Scheidung Ansprüche der Ehefrau durch Leistungen nach den Artikeln 151 und 152 ZGB abgedeckt werden. Die Frau kann auf diese Weise indirekt an der Rente des Mannes teilhaben. Eine eigentliche Härte, die durch die Sozialversicherung zu beheben ist, entsteht erst, wenn der geschiedene Mann stirbt und die Unterhaltsbeiträge wegfallen.»

In der Folge haben die eidgenössischen Räte dem Antrag des Bundesrates auf entsprechende Erweiterung von Art. 31 AHVG (durch Beifügung der Absätze 3 und 4) zugestimmt, ohne am Prinzip, dass die geschiedene

Frau bei der Berechnung der einfachen Altersrente erst nach dem Tod ihres früheren Ehemannes der Witve gleichgestellt sein soll, etwas zu ändern. Dem Gesetzgeber ist also bei der achten AHV-Revision die problematische Stellung der geschiedenen Frau nicht entgangen. Da er selber deren Gleichstellung mit der Witve bewusst nur für die Zeit nach dem Tod des geschiedenen Mannes vorgenommen hat, besteht für den Richter umso weniger Veranlassung, an der bisherigen Praxis, soweit sie nicht durch die neuen Absätze 3 und 4 von Art. 31 AHVG überholt ist, etwas zu ändern.

3. Die Beschwerdeführerin war während Jahrzehnten im Betrieb ihres Ehemannes tätig, ohne dafür einen Barlohn zu beziehen, von dem sie Sozialversicherungsbeiträge hätte entrichten müssen. Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass die Geschäftserträge weitgehend auf die Mitarbeit der Versicherten zurückzuführen waren, können sie doch nicht als ihr persönliches Erwerbseinkommen qualifiziert werden. Mit Recht hat darum die Ausgleichskasse ausschliesslich die eigenen Beiträge der Beschwerdeführerin der Rentenberechnung zugrunde gelegt. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde erweist sich demzufolge als unbegründet.

Invalidenversicherung

Versicherungsmässige Voraussetzungen für den Leistungsbezug

Urteil des EVG vom 3. Dezember 1973 i. Sa. P. A.

Art. 8 Bst. a des Abkommens zwischen der Schweiz und Italien über Soziale Sicherheit und Art. 9 des Schlussprotokolls vom 14. Dezember 1962. Ein in der Schweiz aufgrund einer Saisonbewilligung erwerbstätiger Italiener vermag bereits dann zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz zu begründen, wenn die formalen Voraussetzungen für die Umwandlung der Bewilligung (Aufenthalt zur Erwerbstätigkeit von 45 Monaten innert 5 Jahren) erfüllt sind und sich die Absicht dauernden Verbleibens aus objektiv erkennbaren Umständen klar ergibt.

Am 5. Oktober 1971 meldete der italienische Staatsangehörige M. A. seinen am 1. Juli 1969 in der Schweiz geborenen Sohn P. bei der IV und suchte um medizinische Massnahmen sowie Hilfsmittel nach. Das Kind leidet an den Folgen einer im Dezember 1969 aufgetretenen Säuglingstoxikose.

Mit Verfügung vom 30. November 1971 wies die Ausgleichskasse das Begehren ab, da mangel's zivilrechtlichen Wohnsitzes in der Schweiz die versicherungsmässigen Voraussetzungen gemäss Art. 8 Bst. a des schweizerisch-italienischen Abkommens über Soziale Sicherheit nicht erfüllt seien.

Gegen diesen Entscheid erhob M. A. Beschwerde bei der kantonalen Rekursinstanz und machte geltend, seit dem 15. Juni 1971 verfüge er über eine Ganzjahresbewilligung.

Die Vorinstanz veranlasste zusätzliche Abklärungen über den Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität, welche ergaben, dass die Erkrankung am

8. Dezember 1969 aufgetreten war und am 12. Dezember 1969 eine notfallmässige Überweisung ins Kinderspital X notwendig gemacht hatte. Mit Entscheid vom 27. September 1972 wies das kantonale Versicherungsgericht die Beschwerde ab. Zwar sei ausnahmsweise auch bei Saisonarbeitern Wohnsitz anzunehmen, wenn innert kurzer Zeit mit der Erteilung einer Ganzjahresbewilligung gerechnet werden könne. Im Zeitpunkt des Versicherungsfalles hätte M. A. bei rechtzeitiger Gesuchstellung aber noch rund 14 Monate bis zur Erteilung der Ganzjahresbewilligung warten müssen. Ein solcher Zeitraum könne nicht als «verhältnismässig kurz» im Sinne der Rechtsprechung gewertet werden.

Für P. A. lässt dessen Vater den kantonalen Entscheid durch Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das EVG weiterziehen. In der Begründung wird ausgeführt, M. A. sei entgegen der Annahme der Vorinstanz nicht erst seit 1966, sondern schon seit 1957 — mit einem Unterbruch in den Jahren 1962 und 1964 — in der Schweiz als Saisonnier tätig. Bereits in den Jahren 1969 und 1970 habe er um eine Ganzjahresbewilligung nachgesucht, ohne jedoch Erfolg zu haben. Aus Beilagen zur Beschwerdeschrift geht hervor, dass ein erstes Gesuch vom 20. November 1969 abgelehnt worden ist, weil der Arbeitgeber im Sinne der damals geltenden betrieblichen Plafonierungsregelung keinen offenen Platz in seinem Fremdarbeiterkontingent hatte. Das am 3. November 1970 gestellte zweite Gesuch scheiterte dagegen am Umstand, dass im damaligen Zeitpunkt die für Umwandlungsfälle festgesetzte Quote im Rahmen des kantonalen Kontingentes an Ganzjahresbewilligungen bereits ausgeschöpft war.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Gründen gutgeheissen:

1. Streitig ist, ob P. A. Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen der schweizerischen IV hat. Der Beurteilung dieser Frage ist das seit dem 1. September 1964 in Kraft stehende schweizerisch-italienische Abkommen über Soziale Sicherheit vom 14. Dezember 1962 zugrunde zu legen. Laut dessen Art. 8 Bst. a haben minderjährige Kinder italienischer Staatsangehörigkeit Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, solange sie in der Schweiz Wohnsitz haben und wenn sie sich unmittelbar vor Eintritt der Invalidität ununterbrochen während mindestens eines Jahres in der Schweiz aufgehalten haben oder daselbst entweder invalid geboren sind oder sich seit der Geburt ununterbrochen aufgehalten haben. Voraussetzung ist in jedem Fall, dass der Minderjährige Wohnsitz in der Schweiz hat (EVGE 1969, S. 47 ff., ZAK 1969, S. 507). Gemäss Ziff. 9 des Schlussprotokolls zum erwähnten Abkommen ist der Ausdruck «Wohnsitz haben» im Sinne des schweizerischen ZGB zu verstehen, wonach sich der Wohnsitz grundsätzlich an dem Ort befindet, an dem sich eine Person mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält (Art. 23 Abs. 1 ZGB).

Die für den Leistungsanspruch massgebenden versicherungsmässigen Voraussetzungen müssen bei Eintritt der Invalidität verwirklicht sein, d. h. im Zeitpunkt, in welchem der Gesundheitsschaden die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). Entscheidend ist dabei der Zeitpunkt, in welchem der Versicherte bzw. dessen Vertreter bei der ihm gebotenen Sorgfalt erstmals Kenntnis davon bekommt, dass der Gesundheitsschaden Anspruch auf Lei-

stungen der betreffenden Art geben kann. Bei medizinischen Eingliederungsmassnahmen entspricht dies dem Zeitpunkt, in welchem solche Massnahmen erstmals indiziert sind (EVGE 1969, S. 223 f., ZAK 1970, S. 226).

2. Ausländische Arbeitnehmer, die in der Schweiz aufgrund einer Saisonbewilligung erwerbstätig sind, vermögen in der Regel keinen zivilrechtlichen Wohnsitz zu begründen. Die Absicht dauernden Verbleibens in der Schweiz kann grundsätzlich so lange nicht beachtlich sein, als das öffentliche Recht die Verwirklichung dieser Absicht langfristig verbietet (EVGE 1966, S. 60, ZAK 1966, S. 320, und ZAK 1968, S. 235). Nach der Rechtsprechung kann bei Saisonarbeitern ausnahmsweise jedoch Wohnsitz angenommen werden, wenn sie sich mit der Absicht dauernden Verbleibens in der Schweiz aufhalten und im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Voraussetzungen für die Umwandlung der Saisonbewilligung in eine ganzjährige Aufenthaltsbewilligung (vgl. Art. 12 Ziff. 1 des Abkommens zwischen der Schweiz und Italien über die Auswanderung italienischer Arbeitskräfte in die Schweiz vom 10. August 1964) bereits erfüllen oder doch zu erfüllen im Begriffe sind. Im letzteren Fall muss mit der Erteilung der Jahresaufenthaltsbewilligung innert verhältnismässig kurzer Frist gerechnet werden können. Noch als «verhältnismässig kurz» hat das EVG eine Wartezeit von 5 (ZAK 1969, S. 508) bzw. 8 Monaten (EVGE 1966, S. 58 ff., ZAK 1966, S. 320) anerkannt; als zu lang wurde dagegen eine Frist von 32 Monaten erachtet, da auf derart lange Sicht nicht mit genügender Verlässlichkeit vorauszusehen sei, ob die Jahresbewilligung auch tatsächlich erlangt werde (ZAK 1968, S. 237, Erwägung 3).

3. Wie die Vorinstanz richtig darlegt, ist der Versicherungsfall spätestens am 12. Dezember 1969 eingetreten, als P. A. wegen Kreislaufkollapses in komatösem Zustand notfallmässig ins Kinderspital X verbracht werden musste. Es ist daher zunächst zu prüfen, ob das Kind in diesem Zeitpunkt seinen zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz hatte. Massgebend ist hierfür, ob dessen Vater in der Schweiz Wohnsitz hatte (Art. 25 Abs. 1 ZGB).

a. Verwaltung und Vorinstanz sind davon ausgegangen, dass Vater M. A. erstmals im Februar 1966 in die Schweiz eingereist ist und deshalb frühestens auf Februar 1971 mit der Erlangung der Ganzjahresbewilligung rechnen konnte.

In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird nun aber geltend gemacht, der Beschwerdeführer sei bereits im Jahre 1957 in die Schweiz eingereist und — mit zwei Unterbrüchen in den Jahren 1962 und 1964 — bis heute beim gleichen Arbeitgeber tätig gewesen. Aus den Beilagen zur Beschwerdeschrift geht hervor, dass schon vor dem Jahre 1971 um die Erteilung einer Ganzjahresbewilligung nachgesucht wurde, nachdem M. A. die hierfür geltenden Voraussetzungen gemäss Art. 12 Ziff. 1 des erwähnten Abkommens über die Auswanderung italienischer Arbeitskräfte erfüllt hatte. Ein erstes, am 20. November 1969 gestelltes Gesuch wurde im Rahmen der damals geltenden betrieblichen Kontingentierung vom kantonalen Arbeitsamt abgewiesen. Ein im November 1970 gestelltes Gesuch wurde von der kantonalen Fremdenpolizei abgelehnt, da die nunmehr kantonal festgesetzte Umwandlungsquote erschöpft war. Erst aufgrund eines dritten Gesuches vom 15. Juni 1971 erhielt M. A. die Ganzjahresbewilligung.

Die für die Umwandlung des fremdenpolizeilichen Verhältnisses geltenden Voraussetzungen waren objektiv bereits bei Eintritt des Versicherungs-

fallens gegeben. In jenem Zeitpunkt hatte sich M. A. schon seit mehr als 45 Monaten im Verlaufe der vorangehenden 5 Jahre in der Schweiz zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit aufgehalten. Er hatte auch bereits ein Gesuch um Umwandlung der Aufenthaltsbewilligung gestellt. Dass er die Jahresbewilligung nicht bereits Ende 1969 oder 1970 erhalten hat, ist auf Umstände zurückzuführen, die nicht in der Person des Beschwerdeführers liegen. Insbesondere seitdem die Zahl der Umwandlungen kantonale kontingentiert ist, lässt sich im Einzelfall nicht mehr mit ausreichender Wahrscheinlichkeit voraussehen, in welchem Zeitpunkt der Saisonnier die Jahresbewilligung tatsächlich erlangen wird. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit an der bisherigen, in EVGE 1966, S. 60 ff. (ZAK 1966, S. 320) begründeten Praxis festzuhalten ist, wonach der Wohnsitz ausnahmsweise bejaht wird, wenn der Saisonnier innert verhältnismässig kurzer Frist mit der Erlangung der ganzjährigen Aufenthaltsbewilligung rechnen kann.

Das Gericht gelangt zur Auffassung, von einer Einschränkung der bisherigen Praxis sei abzusehen. Eine Änderung in dem Sinne, dass künftig allein auf den tatsächlichen Besitz der Jahresbewilligung abzustellen wäre, würde es verunmöglichen, der besonderen Situation der Saisonarbeiter gerecht zu werden. Den tatsächlichen Verhältnissen ist vielmehr in der Weise Rechnung zu tragen, dass in Fällen, wie dem vorliegenden, zivilrechtlicher Wohnsitz in der Schweiz dann anzunehmen ist, wenn die formalen Voraussetzungen für die Umwandlung der Bewilligung (Aufenthalt zur Erwerbstätigkeit von 45 Monaten innert 5 Jahren) erfüllt sind und sich die Absicht dauernden Verbleibens aus den objektiv erkennbaren Umständen klar ergibt.

b. Der Beschwerdeführer ist seit vielen Jahren in der Schweiz erwerbstätig. Er verfügt über eine eigene Mietwohnung, in welcher er zusammen mit Frau und Kind lebt. Die Ehefrau ist ebenfalls seit längerer Zeit in der Schweiz wohnhaft und hat hier ihr Kind P. geboren. Selbst wenn sich die übrigen zwei Kinder in Italien aufhalten sollten, was den Akten nicht mit Sicherheit zu entnehmen ist, besteht kein Zweifel, dass der Beschwerdeführer schon seit Jahren — namentlich auch im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles — den Mittelpunkt seiner Lebensbeziehungen in der Schweiz hatte. Es darf auch angenommen werden, dass sich die Familie mit der Absicht dauernden Verbleibens in der Schweiz aufhält. Dem steht nicht entgegen, dass der Beschwerdeführer selbst diese Absicht im Fragebogen der IV-Kommission am 5. Oktober 1971 als «vorläufig» bezeichnet hat. Auch ein vorübergehender Aufenthalt schliesst die Wohnsitznahme nicht aus, sofern die Absicht besteht, den Aufenthaltsort auch nur für kürzere Zeit zum Mittelpunkt der Lebensbeziehungen zu machen (BGE 69 I 12, 79; 69 II 281). Diese Absicht muss aus den objektiven Umständen jedoch klar erkennbar sein (BGE 97 II 1 ff.). Nach dem Gesagten kann dies im vorliegenden Fall bejaht werden. Die Voraussetzungen zur Annahme eines zivilrechtlichen Wohnsitzes des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des zu beurteilenden Versicherungsfalles sind demnach erfüllt. Da sich das Kind seit der Geburt bis zum Eintritt der Invalidität ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten hat, erfüllt es auch die weitere, unmittelbar mit seiner Person verbundene versicherungsmässige Voraussetzung und hat daher grundsätzlich Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen der IV. Es wird Sache der IV-Kommission sein, das Leistungsgehren materiell zu prüfen.

Eingliederung

Urteil des EVG vom 12. November 1973 i. Sa. A.T.
(Übersetzung aus dem Französischen)

Art. 51 Abs. 1 IVG. Angehörige, die einen Versicherten im Spital besuchen, haben nur im Rahmen der Weisungen des BSV Anspruch auf Vergütung der Kosten.

Art. 13 Abs. 1 IVG. Kontaktbesuche einer Mutter bei ihrem Kind im Spital gelten nicht als medizinische Massnahme im Sinne von Art. 13 Abs. 1 IVG, auch wenn sie im Rahmen der Heilbehandlung von Bedeutung sind.

Der am 18. März 1971 geborene Versicherte leidet an verschiedenen Geburtsgebrechen (Störungen der Atemfunktionen, geburtsbedingte Hirnstörung, verzögerte psychomotorische Entwicklung, symptomatische Epilepsie). Die IV hat die für die Behandlung dieser Leiden notwendigen medizinischen Massnahmen bewilligt, inklusive Spitalaufenthalt.

Auf Wunsch der Ärzte besuchte die Mutter ihren Sohn während dessen Aufenthalt vom 4. bis 25. Oktober 1971 täglich im Kinderspital. Mit Verfügung vom 4. Februar 1972 übernahm die Ausgleichskasse zwar die Kosten für Spitalaufenthalt und Behandlung, fügte jedoch bei: «Die Übernahme der aus den Besuchen der Mutter bei ihrem Kind erwachsenen Reisekosten ist in der IV nicht vorgesehen und muss trotz der Notwendigkeit dieser Massnahme abgelehnt werden.»

Gegen die Verweigerung der Übernahme dieser Reisekosten erhob der Vater des Versicherten Beschwerde. Die kantonale Rekursbehörde holte ein Gutachten bei Prof. X vom Kinderspital Y ein. Dieser hob hervor, die täglichen Besuche stellten einerseits unerlässliche Bindungen zwischen Mutter und Kind her und andererseits dienten diese Besuche dazu, die Mutter mit der Technik der besonderen Pflege vertraut zu machen. Gestützt auf diesen Bericht gelangte die Rekursbehörde zur Ansicht, die Besuche hätten therapeutischen Charakter und bildeten Bestandteil des gesamten Behandlungsplanes. Sie hiess die Beschwerde gut und erkannte, die Reisekosten der Mutter für die täglichen Besuche ihres Sohnes während dessen Hospitalisierung vom 4. bis 25. Oktober 1971 seien von der IV zu übernehmen (Entscheid vom 9. Oktober 1972).

In seiner Verwaltungsgerichtsbeschwerde verlangt der Vater des Versicherten die Übernahme der Reisekosten nicht nur für die Zeit vom 4. bis 25. Oktober 1971, sondern auch für die Zeit vom 14. Januar bis 10. April 1972. Dabei macht er geltend, die Mutter habe während dieses erneuten Spitalaufenthalts ihr Kind täglich besucht, da ein solcher psychologischer Rückhalt mindestens im ersten Lebensjahr unerlässlich sei.

Die Ausgleichskasse folgt der Ansicht der IV-Kommission, wonach die Beschwerde — selbst für die nachträgliche Periode — insoweit gutzuheissen sei, als der Beschwerdeführer Reisekosten nachzuweisen vermöge. Dagegen beantragt das BSV, den kantonalen Entscheid zu Ungunsten des Beschwerdeführers zu ändern und die angefochtene Kassenverfügung wieder herzustellen. Zwar anerkennt es, dass solche Besuche der Mutter für den Gesund-

heitszustand des Kindes Bedeutung haben und dass diese zudem für die Mutter insofern von Nutzen sind, als sie sich mit den Methoden für die spätere häusliche Versorgung des Kindes vertraut machen kann; gleichwohl könnten die Reisekosten weder aufgrund von Art. 13 noch Art. 51 IVG übernommen werden.

In einem Schreiben vom 14. Mai 1973 an den Präsidenten des EVG führt Prof. X aus, er habe im Interesse einer Verbesserung der psycho-motorischen Entwicklung des Kindes die Mutter gebeten, dieses täglich zu besuchen und sich mit den notwendigen psychotherapeutischen Massnahmen vertraut zu machen. Er betont, die vorliegende Beschwerde bilde Gegenstand einer prinzipiellen Frage.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde aus folgenden Gründen abgewiesen:

1. Streitig ist einzig, ob die Reisekosten für die Besuche der Mutter bei ihrem Sohn während der Spitalbehandlung von der IV zu übernehmen sind.

a. Art. 51 Abs. 1 IVG bestimmt, dass die für die Abklärung des Leistungsanspruchs und die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen notwendigen Reisekosten im Inland dem Versicherten vergütet werden. Gemäss Art. 90 Abs. 3 IVV vergütet die Versicherung ausser den Fahrauslagen ein Zehrgeld und die notwendigen Nebenkosten, insbesondere die Fahrauslagen und das Zehrgeld für eine unerlässliche Begleitperson. Dagegen sieht das Gesetz — zumindest ausdrücklich — die Vergütung der Reisekosten von Angehörigen zum Besuche des Versicherten nicht vor. Die Verwaltungspraxis ist in dieser Hinsicht allerdings grosszügiger. Sie geht davon aus, dass der während der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen ausser Hauses befindliche Versicherte ein Anrecht auf die Aufrechterhaltung familiärer Beziehungen habe; sie vergütet deshalb die Kosten eines wöchentlichen Besuches bei seiner Familie. Kann der Versicherte den Durchführungsort nicht verlassen, so sieht die Verwaltung es für zulässig an, dass die Verwandten die nötigen Besuche machen, und zwar — auf Kosten der IV — ein Mal, nach den neuen Weisungen des BSV sogar zwei Mal, im Monat (vgl. Rz 12 und 13 des Kreisschreibens über die Vergütung der Reisekosten, gültig ab 1. Januar 1973).

Diese Praxis beruht sicher auf einer extensiven Auslegung von Art. 51 Abs. 1 IVG. Die Rechtsprechung hat demgegenüber festgestellt, dass diese Bestimmung lediglich die Vergütung der Reisekosten an Versicherte vorsieht, soweit sie für die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen notwendig sind (EVGE 1963, S. 210, ZAK 1964, S. 129). Jedenfalls entspricht die Verwaltungspraxis einem durchaus vernünftigen und legitimen Bedürfnis, dies um so mehr, als die medizinische Wissenschaft die Nützlichkeit, wenn nicht gar Notwendigkeit des dauernden Kontakts zwischen dem Patienten und seinen Familienangehörigen, vor allem bei Kleinkindern, bestätigt hat. Der Richter hat keinerlei Grund, hieran zu zweifeln. Andererseits darf er aber auch nicht im Widerspruch zum Wortlaut von Art. 51 Abs. 1 IVG die dort vorgesehenen Leistungen ausweiten.

b. Nun stützen sich der Beschwerdeführer und der kantonale Richter nicht auf die vorgenannte Bestimmung, sondern auf Art. 13 Abs. 1 IVG. Danach haben minderjährige Versicherte Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Die Liste der

anerkannten Geburtsgebrechen ist in Art. 2 GgV vom 20. Oktober 1971 enthalten.

Die Anwesenheit der Mutter des Versicherten bei ihrem Kind wird vom behandelnden Arzt, insbesondere von Prof. X, als nützlich, wenn nicht als notwendig für den Erfolg der vorzunehmenden Behandlung angesehen. Es ist deshalb zu prüfen, ob und in welcher Weise die Anwesenheit der Mutter oder eines anderen Familienglieds als medizinische Massnahme im Sinne von Art. 13 Abs. 1 IVG betrachtet werden kann. In Frage steht demnach das allgemeine Problem des Begriffes der medizinischen Massnahme.

Die beachtliche, wenn nicht entscheidende Bedeutung des steten Kontakts zwischen Mutter und Kind, vor allem während der ersten Lebensjahre, ist unbestritten. Im vorliegenden Fall hat Dr. B in seinem Schreiben vom 5. Februar 1973 betont, dass das Kind sich immer noch im Spital befinden würde, wenn seine Mutter ihm nicht regelmässig Besuche abgestattet hätte, «welche ihr eine aktive Teilnahme an der Pflege des Kindes erlaubten und zur Begründung einer von Angstzuständen freien Beziehung führten.»

Dennoch kann nach dem gegenwärtigen Stand der Gesetzgebung die Anwesenheit der Mutter bei ihrem Kind — so wünschenswert dies im Einzelfall auch sein mag — nicht als medizinische Massnahme im Sinne von Art. 13 Abs. 1 IVG gelten. Stellte man sich auf den gegenteiligen Standpunkt, würde der Anwendungsbereich der in Frage stehenden Bestimmung derart ausgeweitet, dass der Begriff der medizinischen Massnahme einen Sinn bekäme, den weder der Gesetzestext noch die Umgangssprache ihm beizumessen. Daraus ist zu schliessen, dass die Kosten für regelmässige Besuchsfahrten der Mutter oder anderer Angehöriger zu dem im Spital befindlichen Versicherten nicht aufgrund von Art. 13 Abs. 1 IVG von der IV übernommen werden können.

c. Wenn nun die Anwesenheit der Mutter bei ihrem Kind an sich nicht als medizinische Massnahme anerkannt werden kann, so bleibt noch zu prüfen, wie es sich in dieser Hinsicht mit der Pflege verhält, welche die Mutter dem Kind auf ärztliche Anordnung hin gibt. Es ist unbestritten, dass einer solchen Pflege medizinischer Charakter zukommt. Die IV vergütet jedoch nicht jede beliebige Behandlung, sondern nur eine solche, welche «vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird» (Art. 14 Abs. 1 Bst. a IVG). Es fragt sich nun, ob die Mutter des Versicherten als medizinische Hilfsperson angesehen werden kann.

In einem unveröffentlichten Urteil vom 24. August 1965 i. Sa. A. W. hat sich das EVG die Frage vorgelegt, ob sich der Begriff der «medizinischen Hilfspersonen» in Art. 14 Abs. 1 IVG nur auf die vom öffentlichen Recht als solche anerkannten Personen beschränke; es hat indessen die Beantwortung dieser Frage offen gelassen. Dagegen hat die Verwaltungspraxis den Kreis der medizinischen Hilfspersonen umschrieben (vgl. Rz 215 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen, gültig ab 1. Januar 1972). Danach sind medizinische Hilfspersonen (wie Masseur, Heilgymnasten, Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Logopäden, Psychotherapeuten), welche ihren Beruf in Übereinstimmung mit den kantonalen Vorschriften ausüben, auch zur Durchführung medizinischer Massnahmen ermächtigt, jedoch ausschliesslich auf ärztliche Anordnung hin. Wird die Behandlung auf

eine selbständig tätige medizinische Hilfsperson übertragen, so ist eine schriftliche Anordnung des die Durchführung der betreffenden Massnahme überwachenden Arztes notwendig. Dagegen trägt bei unselbständig tätigen medizinischen Hilfspersonen der verordnende Arzt die Verantwortung für die fachgerechte Durchführung der Massnahme.

Im vorliegenden Fall hat die Mutter den Aufenthalt ihres Sohns in der Klinik im Oktober 1971 dazu nützen können, auf ärztliches Geheiss die Anwendung einer physiotherapeutischen Behandlungsmethode zu erlernen, um nach der Rückkehr ihres Sohnes diese selbst fortführen zu können. Ausserdem wurde sie während des späteren Aufenthaltes ihres Kindes im Spital, d. h. von Januar bis April 1972, durch das hiefür zuständige Personal in die Technik der Reinigung des Luftröhrenkanals eingeführt. Dennoch erlauben es diese Umstände nicht, die Mutter als medizinische Hilfsperson im Sinne des Gesetzes und der Rechtsprechung zu betrachten. Unter dem Begriff der «medizinischen Hilfspersonen» sind nämlich jene Personen zu verstehen, welche, wie Physiotherapeuten, Logopäden, anerkannte Chiropraktiker usw., eine angemessene berufliche Spezialausbildung erhalten haben und nun ihren Beruf nach den für den betreffenden Fall gültigen kantonalen Bestimmungen ausüben. Wie bereits dargelegt, wird dies auch von der Verwaltungspraxis so gehandhabt. Für den Richter besteht daher kein Grund, hievon abzuweichen. Unter diesen Umständen kann die Mutter nicht als medizinische Hilfsperson anerkannt werden, und zwar obwohl sie während des Krankenhausaufenthaltes ihres Kindes auf Geheiss der behandelnden Ärzte eine besondere Ausbildung erhielt und unter deren Anleitung ausübte.

d. In seiner Vernehmlassung wirft das BSV noch die Frage auf, ob die IV für die Trennung oder gar den Bruch zwischen Kind und Elternhaus verantwortlich gemacht werden könne, weil sie die Spitalbehandlung übernommen hat. Dies ist zu verneinen. Zwar hat der Versicherte gemäss Art. 11 Abs. 1 IVG Anspruch auf Ersatz der Heilungskosten für Krankheiten und Unfälle, die durch Eingliederungsmassnahmen verursacht werden. Im vorliegenden Falle vermag jedoch der Versicherte — wie erwähnt — aus dieser Gesetzesbestimmung keine Rechte für sich abzuleiten. Ursache der Trennung bzw. des Bruches ist nämlich lediglich die räumliche Entfernung zwischen dem Wohnort der Eltern und dem Spital, und diese räumliche Entfernung kann keineswegs der IV angelastet werden.

2. Mit Recht weist das BSV in seiner Vernehmlassung darauf hin, dass das Leistungssystem der IV in einem Fall wie dem vorliegenden, wo die mütterlichen Besuche den Erfolg der Eingliederungsmassnahmen in entscheidender Weise beeinflussen, lückenhaft ist. Es darf bei dieser Gelegenheit hervorgehoben werden, dass das BSV dieses Problem lange untersucht hat, was auch aus den vorgelegten Dokumenten hervorgeht. Die von ihm aufgezeigte Lücke gehört indessen nicht zu den vom Sozialversicherungsrichter zu schliessenden; hier könnte nur eine Revision des IVG Abhilfe schaffen. Daher ist nicht nur die Verwaltungsgerichtsbeschwerde abzuweisen, sondern auch der angefochtene Entscheid aufzuheben, wodurch zum Nachteile des Beschwerdeführers die angefochtene Verfügung vom 4. Februar 1972 wieder auflebt.

Renten und Taggelder

Urteil des EVG vom 28. Mai 1973 i. Sa. W. H.

Art. 22 Abs. 1 IVG. Um einen Taggeldanspruch während der Eingliederung zu begründen, muss die Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 Prozent zwar nicht eine Folge der Eingliederung sein, wohl aber vom Gesundheitsschaden herrühren.

Art. 18 Abs. 1 IVV. Mit dem Auftrag zur Abklärung allfälliger Eingliederungsmöglichkeiten ist die Eingliederungsmassnahme selber noch nicht «angeordnet». (Erwägung 3)

Der 51jährige Versicherte musste sein Malergeschäft im Jahre 1969 wegen Rückenbeschwerden aufgeben. Die IV kam 1969 und 1970 für zwei Spanversteifungsoperationen auf. Am 16. Oktober 1969 gewährte ihm die Ausgleichskasse Taggeld für die Zeit ab Spitaleintritt (10. August 1969) «bis zur Erreichung einer mehr als 50prozentigen Arbeitsfähigkeit».

Am 11. Juni 1971 sprach die Ausgleichskasse dem Versicherten als berufliche Eingliederungsmassnahme einen Arbeitsversuch bei der Firma A ab 1. Juni 1971 für vorderhand drei Monate zu. Laut Bericht der IV-Regionalstelle vom 20. Juni 1972 löste der Versicherte dieses Arbeitsverhältnis aus eigener Initiative auf den 31. Oktober 1971 auf. Von Januar bis Mitte Februar 1972 war er in der Firma B tätig, wo er insgesamt rund 2700 Franken verdiente. Seit dem 15. März 1972 arbeitet er zu einem Monatslohn von 1850 Franken bei der Firma C.

Seit der Hospitalisierung am 10. August 1969 bezog der Versicherte bis Ende April 1972 ununterbrochen Taggeld.

Mit Verfügung vom 22. August 1972 verlängerte die Ausgleichskasse den Arbeitsversuch bei der Firma A «ab 1. 9. 1971 bis 31. 10. 1971». Und am 24. August 1972 sprach sie dem Versicherten eine am 1. November 1971 beginnende ganze einfache IV-Rente sowie eine Zusatzrente für seine Ehefrau zu. Gleichzeitig errechnete sie die Differenz zwischen dem Rentenguthaben für die Monate November 1971 bis August 1972 und dem vom November 1971 bis April 1972 ausbezahlten Taggeld auf 3031 Franken, welchen Betrag sie zurückforderte.

Die gegen diese beiden Verfügungen erhobene Beschwerde hat die erstinstanzliche Rekursbehörde am 22. Dezember 1972 abgewiesen.

Der Versicherte zieht diesen Entscheid mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das EVG weiter. Er beantragt dem Sinne nach, die Taggeldrückforderung sei aufzuheben. Zur Begründung beruft er sich auf die Kas senverfügung vom 16. Oktober 1969, mit der ihm so lange Taggeld zugesichert worden sei, als hälftige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Diese sei vom Arzt auf Anfrage der IV-Kommission hin immer wieder attestiert worden. Zudem habe die IV-Kommission noch am 24. Februar 1972 der Regionalstelle einen neuen Eingliederungsauftrag erteilt.

Die Ausgleichskasse und das BSV beantragen die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung abgewiesen:

1. ...

2. Im Hauptpunkt richtet sich die Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen die am 24. August 1972 von der Ausgleichskasse verfügte Taggeldrückforderung. Der Beschwerdeführer meint, von unrechtmässigem Leistungsbezug könne keine Rede sein, weil ihm seinerzeit Taggeld bis zur Erlangung einer mehr als 50prozentigen Arbeitsfähigkeit zugesichert worden sei.

Nach Art. 22 Abs. 1 IVG hat der Versicherte während der Eingliederung Anspruch auf ein Taggeld, «wenn er an wenigstens drei aufeinanderfolgenden Tagen wegen der Eingliederung verhindert ist, einer Arbeit nachzugehen, oder zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig ist». Die mindestens hälftige Arbeitsunfähigkeit in diesem zweiten Fall muss — entgegen der Auffassung der Vorinstanz — nicht durch die Eingliederungsmassnahmen verursacht sein, sondern sie ist eine Folge des Gesundheitszustandes (EVGE 1963, S. 285). Ferner ist zu beachten, dass Taggelder eine akzessorische Leistung zu bestimmten Eingliederungsmassnahmen sind und somit — von Wartezeiten abgesehen — grundsätzlich bloss ausgerichtet werden können, wenn und solange Eingliederungsmassnahmen zur Durchführung gelangen. Nur wenn am Schluss einer Eingliederungsperiode entweder die Wiedererlangung rentenausschliessender Erwerbsfähigkeit oder eine neue Eingliederungsperiode von erheblicher Dauer bevorsteht, rechtfertigt es sich, das Taggeld vorläufig weiter zu gewähren und von der Zusprechung einer Rente abzusehen. In allen andern Fällen erlöscht der Taggeldanspruch mit der Entstehung des Rentenanspruchs (EVGE 1966, S. 41; ZAK 1966, S. 333 ff.).

Diesen soeben dargelegten Grundsatz der Akzessorietät der Taggelder hat die IV-Kommission nicht berücksichtigt, indem sie nach Beendigung des Arbeitsversuchs in der Firma A Ende Oktober 1971 vom behandelnden Arzt periodisch Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers eingeholt und gestützt auf diese Atteste weiterhin Taggeld ausrichten liess, ohne sich darum zu kümmern, ob überhaupt noch Eingliederungsmassnahmen durchgeführt würden.

3. Der von der IV-Kommission angeordnete Arbeitsversuch in der Firma A war am 31. Oktober 1971 beendet. Weitere Eingliederungsmassnahmen wurden nachher nicht mehr durchgeführt. Der Taggeldanspruch war daher ebenfalls nur bis Ende Oktober 1971 gegeben. Immerhin ist darauf hinzuweisen, dass die IV-Kommission am 24. Februar 1972 der Regionalstelle einen neuen Auftrag zur Abklärung der Eingliederungsmöglichkeiten erteilt hat. Dem Beschwerdeführer wurde dies mitgeteilt, und in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde beruft er sich denn auch darauf. Doch vermag er daraus keinen Taggeldanspruch abzuleiten. Art. 18 Abs. 1 IVV, welcher den Anspruch auf Taggeld während Wartezeiten regelt, sieht eine solche Leistung vor für den mindestens hälftig arbeitsunfähigen Versicherten, der auf die Durchführung «der angeordneten Eingliederungsmassnahmen wartet». Dieser Sachverhalt ist vorliegend nicht gegeben, denn mit dem Auftrag zur Abklärung allfälliger Eingliederungsmöglichkeiten ist die Eingliederungsmassnahme selber noch nicht im Sinn von Art. 18 Abs. 1 IVV «angeordnet». Schliesslich sei auch noch auf Art. 19 IVV verwiesen, wonach der Versicherte

für die Zeit, während der er auf die Vermittlung geeigneter Arbeit wartet, grundsätzlich keinen Anspruch auf Taggeld hat.

Es ergibt sich somit, dass der Anspruch des Beschwerdeführers am 31. Oktober 1971 unter allen Gesichtspunkten erloschen ist. Die seither unrechtmässig bezogenen Taggelder müssen zurückerstattet werden (Art. 49 IVG i. V. m. Art. 47 AHVG). Es fragt sich allerdings, ob der Beschwerdeführer zu seinen Gunsten etwas aus dem Umstand ableiten kann, dass die Verfügung, welche die Verhältnisse seit dem 1. November 1971 regelt, erst am 24. August 1972 erlassen wurde. Zwar ist diese Verzögerung unbefriedigend und stossend. Sie kann aber die Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes nicht verhindern. Sollte der Beschwerdeführer durch die Verzögerung gutgläubig in wirtschaftliche Bedrängnis geraten sein, so kann er die Ausgleichskasse um Erlass der Rückerstattung ersuchen, was übrigens bereits geschehen ist.

Urteil des EVG vom 5. Oktober 1973 i. Sa. M. G.
(Übersetzung aus dem Französischen)

Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG. In Härtefällen entsteht der Rentenanspruch nach Variante II von Art. 29 Abs. 1 IVG, sobald der Versicherte während der Wartezeit von 360 Tagen ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu einem Drittel arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zu einem Drittel erwerbsunfähig ist.

Die 1945 geborene Versicherte verheiratete sich im März 1965 und wurde im April 1970 geschieden. Sie hat für einen 1966 geborenen Sohn zu sorgen. An den Folgen einer 1949 eingetretenen Poliomyelitis leidend, meldete sie sich 1960 bei der IV an und es wurden ihr verschiedene Leistungen gewährt. Mit einer in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 22. Oktober 1970 verweigerte ihr die Ausgleichskasse die Ausrichtung einer Invalidenrente mit der Begründung, der Gesundheitsschaden habe keine Erwerbsunfähigkeit zur Folge, die den in Art. 28 Abs. 1 und 2 IVG enthaltenen Voraussetzungen entspreche.

Mit Bericht vom 21. Dezember 1971 unterrichtete der Arzt Dr. X die IV-Kommission dahin gehend, dass die Versicherte in ihrem Gesundheitszustand nicht mehr zu 100 Prozent einer Erwerbstätigkeit nachgehen und sich gleichzeitig noch mit dem Haushalt und ihrem Sohn beschäftigen könne. «Ich denke», präziserte er, «dass bei der Patientin mit Recht eine bleibende Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent angenommen werden kann.» Die Versicherte litt an chronischen Lumbalgien wegen Ungleichgewicht des Beckens, das durch die ungleiche Länge der Beine verursacht wurde; ihr rechtes, gelähmtes Bein war kürzer. In Wirklichkeit arbeitete sie gemäss Auskünften ihres Arbeitgebers schon seit 1970 nur zu 75 Prozent.

Die IV-Kommission eröffnete ein Revisionsverfahren. Das Unternehmen, welches die Versicherte beschäftigte, erklärte am 1. Februar 1972, dass diese seit dem 1. April 1970 als Daktylographin und Telefonistin mit einem monatlichen Salär von 800 Franken arbeite. Seit Sommer 1971 und besonders in den letzten sechs Monaten habe sie oft aus gesundheitlichen Gründen der Arbeit fernbleiben müssen, so dass ihr wichtigere und besser entlöhnte Auf-

gaben, nämlich Sekretariatsarbeiten, nicht mehr hätten zugewiesen werden können; vom 1. April 1972 an arbeite sie nur noch halbtags.

Aufgrund eines Beschlusses der IV-Kommission vom 14. März 1972 verfügte die Ausgleichskasse am 14. April 1972, dass es sich um einen Fall von langdauernder Krankheit handle, der Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf den 1. April 1972 festgelegt werden müsse und die Wartezeit von 360 Tagen gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG demzufolge noch lange nicht abgelaufen sei; das Rentengesuch sei verfrüht und müsse abgewiesen werden; als neuer Revisionstermin werde der 31. März 1973 in Aussicht genommen.

Durch einen Anwalt liess die Versicherte gegen diese Verfügung Beschwerde einlegen. Sie hob hervor, dass ihr Gesundheitszustand seit langem stabil sei, und machte geltend, es stehe ihr «seit Einreichung der Anmeldung» eine halbe Rente zu; eventualiter sei ein ärztliches Gutachten einzuholen. Sie legte einen Brief des Arztes Dr. X vor, worin dieser erklärte: «Die Versicherte leidet . . . an den Folgen einer in der Kindheit eingetretenen Poliomyelitis. Gegenwärtig besteht medizinisch ein stabiler Zustand, nachdem die Lähmungen seit vielen Jahren endgültig vorhanden sind; dieser Zustand ist andererseits irreversibel; eine spätere Wiederherstellung von durch Poliomyelitis angegriffenen Muskeln hat man noch nie beobachtet.»

Die IV-Kommission schloss auf Abweisung der Beschwerde. Nach ihrer Ansicht waren die Lähmungen zwar stabilisiert; die Versicherte sei jedoch dadurch nicht gehindert worden, eine Berufslehre zu absolvieren und anschliessend normal zu arbeiten; die Verminderung der Zahl der Arbeitsstunden sei hauptsächlich eine Folge der lumbalen Schmerzen — hervorgerufen durch das Ungleichgewicht des Beckens —, die nicht stabilisiert seien, und des Wunsches der Versicherten, sich ihrem Sohn zu widmen.

Der Vertreter der Beschwerdeführerin wandte ein, dass die finanzielle Lage seiner Mandantin prekär sei: von ihrem ehemaligen Gatten erhalte sie, nicht ohne Schwierigkeiten, eine Unterhaltsleistung von 350 Franken für das Kind, und sie wäre eigentlich gezwungen, zu 100 Prozent zu arbeiten, wenn sie nicht durch ihren Gesundheitszustand daran gehindert wäre.

Die kantonale Rekursbehörde wies die Beschwerde am 6. April 1973 ab. Nach der Vorinstanz sind die Lumbalgien, welche die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin herabsetzen, wie schon der Arzt Dr. X erklärt hat, Leiden chronischer Natur, also langsam sich entwickelnd und keineswegs stabilisiert, so dass die Ausrichtung einer Rente erst nach Ablauf einer Wartezeit von 360 Tagen, die am 1. April 1972 begonnen habe, in Frage komme.

Der Vertreter der Versicherten reichte gegen diesen Entscheid fristgemäss Verwaltungsgerichtsbeschwerde ein. Er bringt vor, dass ein chronisches Leiden sich stabilisieren könne, und kommt hauptsächlich zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin «ab Einreichung ihres Gesuches» eine halbe Rente zuzusprechen sei; eventualiter seien die Akten zur weiteren Abklärung an die kantonale Rekursbehörde zurückzuweisen.

Die beklagte Ausgleichskasse schliesst auf Abweisung der Beschwerde. In seiner Vernehmlassung schlägt das BSV vor, die Akten an die Verwaltung zurückzuweisen, damit diese den Fall noch einmal untersuche, im Hinblick auf den 2. Satz von Art. 28 Abs. 1 IVG, der sich auf Härtefälle bezieht.

Das EVG wies die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit folgender Begründung ab und ordnete eine neue Untersuchung des Falles an:

1. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG 1. Satz entsteht der Rentenanspruch, sobald der Versicherte mindestens zur Hälfte bleibend erwerbsunfähig geworden ist oder während 360 Tagen ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zur Hälfte arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig ist.

Zweck dieser Bestimmung ist insbesondere, den Zeitpunkt festzulegen, von welchem an die IV an Stelle oder zusätzlich zur Kranken- oder zur Unfallversicherung eingreift. Wie die kantonale Rekursbehörde hervorgehoben hat, wird die Erwerbsunfähigkeit als bleibend angesehen, wenn das zugrunde liegende Leiden praktisch aufgehört hat, sich zu entwickeln und — als subsidiäres Kriterium — der Zustand des Versicherten irreversibel ist; die bleibende Invalidität im Sinn von Art. 29 Abs. 1 ist ein juristischer Begriff, der nicht unbedingt mit der medizinischen Terminologie übereinstimmt.

Vorliegendenfalls müsste die Beschwerdeführerin auch bei guter Gesundheit zwingende Verpflichtungen auf sich nehmen: durch ganztägige Arbeit den Lebensunterhalt verdienen, ihren Haushalt führen und ihren Sohn erziehen, der im April 1972, im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung, 6 Jahre alt war. Nicht die durch die Poliomyelitis hervorgerufenen Lähmungen und Deformationen, welche seit vielen Jahren vorliegen, hindern sie daran, allen ihren Verpflichtungen nachzukommen, sondern es sind dies die chronischen Lumbalgien, die von der Verkürzung des rechten Beines herrühren, welches infolge der Poliomyelitis kürzer als das linke geblieben ist. Wegen dieser Lumbalgien arbeitet sie seit dem 1. April 1972 nur noch halbtags. Schon vorher war deswegen ihre Erwerbsfähigkeit — in einem kleinern Ausmass — vermindert worden. Es geht also darum, festzustellen, ob diese Leiden im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung stabil oder evolutiver Natur waren. Wie das BSV in seiner Vernehmlassung hervorhebt, kann die Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nicht mit Sicherheit vorausgesagt werden; die lumbalen Schmerzen können stationär bleiben, sich verschlimmern oder vermindern und es besteht kein Anhaltspunkt dafür, dass sie in naher Zukunft keiner bemerkenswerten Änderung unterliegen werden. Es handelt sich also um ein evolutives Leiden, welches die Anwendung der Variante II von Art. 29 Abs. 1 IVG verlangt.

2. Im Urteil E. B. vom 20. März 1970 (BGE 96 V 34, ZAK 1970, S. 421) hat das EVG entschieden, dass Art. 29 Abs. 1 IVG für die Eröffnung der Wartezeit bei langdauernder Krankheit nur das Vorhandensein einer Arbeitsunfähigkeit, die auch unter 50 Prozent liegen könne, verlange; der 50prozentige Grad sei nur für die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während 360 Tagen und die nach Ablauf dieser Zeitspanne bestehende Erwerbsunfähigkeit erforderlich.

Im vorliegenden Fall ist offensichtlich, dass die Beschwerdeführerin das Erfordernis einer durchschnittlich mindestens 50prozentigen Arbeitsunfähigkeit während 360 Tagen ohne wesentlichen Unterbruch vor dem 27. März 1973 nicht erfüllt haben kann. Aber Art. 28 Abs. 1 IVG lautet folgendermassen: «Der Anspruch auf eine ganze Rente besteht, wenn der Versicherte mindestens zu zwei Dritteln, derjenige auf eine halbe Rente, wenn er mindestens zur Hälfte invalid ist. Die halbe Rente kann in Härtefällen auch bei einer Invalidität von mindestens einem Drittel ausgerichtet werden.»

In Härtefällen ist also nur ein Invaliditätsgrad von einem Drittel erforderlich. Gilt dies nur für die Erwerbsunfähigkeit nach Ablauf der 360 Tage oder auch für die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit? Das BSV vertritt in seiner Vernehmlassung die letztere Ansicht; im andern Fall wäre es nämlich möglich, einen bedürftigen Versicherten während vieler Jahre um den Anspruch zu bringen. Man muss sich dieser Auffassung, die vom EVG schon in einem nicht veröffentlichten Urteil vom 13. Mai 1970 vertreten wurde, anschliessen.

Es ist nun einerseits nicht ausgeschlossen, dass die finanzielle Lage der Beschwerdeführerin als Härtefall bezeichnet werden muss. Andererseits war ihre Arbeitsfähigkeit schon vor dem 1. April 1972 um 25 Prozent herabgesetzt, wenn man auf die Erklärung ihres Arbeitgebers vom 30. September 1970 abstellt. Sollte diese Verminderung der Arbeitsfähigkeit Folge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung sein — was wahrscheinlich zutrifft —, so könnte die 360tägige Wartezeit mit durchschnittlicher Arbeitsunfähigkeit von einem Drittel schon vor März 1973 abgelaufen sein, was — den Härtefall vorausgesetzt — möglicherweise schon vor diesem Zeitpunkt zu einer Rente führen könnte; keinesfalls ist dies jedoch vor dem 14. April 1972, dem Datum der angefochtenen Verfügung, möglich.

Die Verfügung muss deshalb bestätigt werden. Die Verwaltung wird aber aufgefordert, bezüglich der Entstehung eines Rentenanspruches nach dem 14. April 1972 auch zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin ein Härtefall vorliegt und bei der Berechnung der Wartezeit die Regeln anzuwenden, die aus vorliegender Erwägung hervorgehen.

Ergänzungsleistungen

Urteil des EVG vom 30. Januar 1974 i. Sa. B. B.

Art. 3 Abs. 1 Bst. d ELG. Wird im Ruhestand lebenden Mitgliedern von Gemeinschaften, deren wohlthätigem Zweck sie ihre ganze Arbeitskraft gewidmet haben, der volle Lebensunterhalt gewährt, so sind die wirtschaftlichen Voraussetzungen zum Bezuge einer Ergänzungsleistung nicht gegeben. (Bestätigung der Praxis)

Urteil des EVG vom 21. Dezember 1973 i. Sa. A. S.

Art. 3 Abs. 4 Bst. e ELG. Der Gesamtbetrag der Abzüge darf das anrechenbare Jahreseinkommen nicht übersteigen; dies gilt namentlich auch für die Krankheitskosten.

A. S., der sich dauernd in einer Pflegeanstalt aufhält, ist Bezüger einer IV-Rente, einer Hilflosenentschädigung und (seit 1. Januar 1966) einer EL. Die anerkannten Pflege- bzw. Krankheitskosten sind sehr hoch und belaufen sich

ab 1. Januar 1972 auf jährlich 8395 Franken. Seit diesem Datum wird ihm daher — unter Berücksichtigung sowohl der IV-Rente als auch der abziehbaren Krankheitskosten — eine EL von monatlich 400 Franken ausgerichtet.

Beschwerdeweise machte der Vater des Versicherten geltend, die EL reiche nicht aus, um die von seinem Sohne verursachten Kosten zu decken.

Die kantonale Rekursbehörde hiess durch Entscheid vom 16. April 1973 die Beschwerde gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache in diesem Sinne an die Ausgleichskasse zurück, dass bei der Berechnung der Ergänzungsleistung auch die durch die hohen Krankheitskosten entstehende negative Einkommensdifferenz zu berücksichtigen sei. Das Gericht ging davon aus, das Gesetz lege weder ausdrücklich noch stillschweigend fest, welcher Betrag als anrechenbares Jahreseinkommen für den Fall zu gelten habe, dass die abziehbaren Aufwendungen die anrechenbaren Einkommensbestandteile übersteigen. Diese Lücke gelte es auszufüllen, damit trotz hoher Krankheitskosten der Leistungsbezüger die zur Bestreitung des ordentlichen Unterhaltes notwendigen Mittel zur Verfügung habe.

Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt die Ausgleichskasse, der Entscheid der kantonalen Rekursbehörde vom 16. April 1973 sei aufzuheben.

Das BSV stellt den Antrag, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei in dem Sinne gutzuheissen, dass der kantonale Entscheid aufgehoben und die Sache an die Ausgleichskasse zurückgewiesen werde zwecks neuer Ermittlung der ab 1. Januar 1972 — unter Berücksichtigung der Leistungen der Krankenkasse — abzugsberechtigten Krankheitskosten sowie zur Rückforderung allfällig zuviel bezahlter EL.

Das EVG hat die Verwaltungsgerichtsbeschwerde im Sinne folgender Erwägungen gutgeheissen:

1. Wie das EVG mehrmals auf dem Gebiete der EL ausgeführt hat, sind insbesondere die Bestimmungen von Art. 3 Abs. 4 ELG zwingendes Recht und als solches für die Kantone, welche Bundessubventionen beanspruchen, verbindlich (EVGE 1968, S. 66, 128, 136, 139; ZAK 1968, S. 359, ZAK 1969, S. 537, 541 und 532, sowie ZAK 1970, S. 134).

Abzüge und Krankenpflegekosten im Sinne der zitierten Vorschriften sind deshalb bundesrechtliche Begriffe, deren Inhalt für das gesamte Anwendungsgebiet des ELG einheitlich bestimmt werden muss.

2a. Laut Art. 5 Abs. 1 ELG hat die jährliche EL dem Unterschied zwischen der nach diesem Gesetz massgebenden Einkommensgrenze und dem anrechenbaren Jahreseinkommen zu entsprechen. Dieses Jahreseinkommen ergibt sich, indem von der Summe der Einnahmen im Sinne von Art. 3 Abs. 1—3 ELG die Summe der Ausgaben gemäss Abs. 4 abgezogen wird. Nach Meinung der Vorinstanz kann infolge Unbestimmtheit des gesetzlichen Wortlautes und im Lichte des Gesetzeszweckes das laut Art. 3 ELG zu ermittelnde Jahreseinkommen auch einen Minusbetrag darstellen; denn das Gesetz bestimme weder ausdrücklich noch indirekt, dass die Abzüge das anrechenbare Bruttoeinkommen nicht übersteigen dürfen.

b. Dieser Auffassung kann indessen nach dem in EVGE 1969, S. 236 ff. (ZAK 1970, S. 238) Gesagten, woran festzuhalten ist, nicht beigeplichtet werden. Namentlich würde es dem Zweck des Gesetzes widersprechen, wenn einerseits als Folge der vorinstanzlichen Argumentation neben den Krankheitskosten auch Gewinnungskosten, Schuldzinsen und Gebäudeunterhalts-

kosten (Art. 3 Abs. 4 Bst. a—c ELG) in vollem Ausmass abgezogen werden könnten, anderseits aber die Versicherungsprämien gemäss Art. 3 Abs. 4 Bst. d ELG nur bis zum jährlichen Höchstbetrag von 300 bzw. 500 Franken als abzugsberechtigt erklärt werden.

c. Allerdings trifft es zu, dass zwischen den Krankheitskosten und beispielsweise den Schuldzinsen ein Unterschied besteht; jene sind meist unabweidbar. Unter diesem Gesichtspunkt ist es tatsächlich stossend, dass das durch die EL garantierte Mindesteinkommen in gewissen Fällen zur Bestreitung der Krankheitskosten dienen soll und unter Umständen sogar dazu nicht ausreicht. Das System der auf fünf Jahre befristeten Vorbehalte in der Krankenversicherung und der Umstand, dass die Krankenkassen nicht für alle Leistungen aufzukommen haben, die laut Art. 3 Abs. 4 Bst. e ELG in Verbindung mit der ELKV als Krankheitskosten abgezogen werden können, bewirken, dass namentlich Alte und Invalide unter Umständen mit Kosten belastet werden, die nicht durch Versicherungsleistungen gedeckt sind. Es könnte deshalb durchaus sinnvoll sein, wenn der Gesetzgeber die Abziehbarkeit der Krankheitskosten in der Weise regeln würde, dass diese Kosten unbesehen ihrer Höhe vorweg erstattet würden. Der Richter dagegen ist an die geltende Ordnung gebunden, die die Krankheitskosten nicht anders behandelt wissen will, als die andern in Art. 3 Abs. 4 angeführten Aufwendungen. Der Gesamtbetrag der Abzüge gemäss Art. 3 Abs. 4 ELG darf somit das anrechenbare Jahreseinkommen nicht übersteigen.

3a. Laut Art. 27 Abs. 1 ELV sind unrechtmässig bezogene EL vom Bezüger oder seinen Erben zurückzuerstatten. Für die Rückerstattung solcher Leistungen und den Erlass der Rückforderungen sind die Vorschriften des AHVG sinngemäss anwendbar. Die Kantone ordnen unter Vorbehalt von Art. 6 Abs. 3 ELG das Verfahren der Festsetzung und Auszahlung sowie der Rückerstattung von EL (Art. 4 Abs. 2 ELG).

b. Da dem Versicherten nur die ihm tatsächlich erwachsenen, ausgewiesenen Krankheitskosten vergütet werden können (EVGE 1967, S. 50, ZAK 1967, S. 188; ZAK 1968, S. 486), wird die Ausgleichskasse, an welche die Sache zurückgewiesen wird, zu prüfen haben, inwieweit die von der Krankenkasse seit 1. Januar 1972 erbrachten Leistungen die EL für das Jahr 1972 beeinflussten (Art. 25 Abs. 1 Bst. d ELV); allenfalls wird sie eine entsprechende Rückforderung veranlassen müssen.

An das
Bundesamt für
Sozialversicherung
3003 BERN

Bestellschein

**Betrifft: Verzeichnis der gesetzlichen Erlasse, der
zwischenstaatlichen Vereinbarungen und der wichtigsten
Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung
zur AHV/IV/EO**

Stand 1. Juli 1974 (Separatdruck aus ZAK 1974, Nr. 7/8)
Bestellnummer 318.120.01; Preis Fr. 1.50

Wir bitten um Zustellung der folgenden Anzahl Separat-
drucke:

_____ Exemplare in deutscher Sprache

_____ Exemplare in französischer Sprache

Adresse und Unterschrift

Von Monat zu Monat

Die *Kommission für Rentenfragen* trat am 5. Juni unter dem Vorsitz von Dr. Achermann vom Bundesamt für Sozialversicherung zur ersten Sitzung des laufenden Jahres zusammen. Behandelt wurden namentlich die Weisungen an die Ausgleichskassen im Hinblick auf die Auszahlung einer zusätzlichen Monatsrente als Teuerungsausgleich für das Jahr 1974 und die für 1. Januar 1975 vorgesehene Rentenerhöhung (zweite Phase der achten AHV-Revision).

*

Am 11. Juni fand unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung die dritte Sitzung der *Fachkommission für Altersfragen* statt. Im Mittelpunkt stand die Beratung von Grundsatzfragen über die Gewährung von Betriebsbeiträgen an Heime, Tages- und Freizeitstätten sowie an Dienstleistungen und Kurse für Betagte. Im weiteren wurden Massnahmen für die Beschaffung von Personal und die Aus- und Weiterbildung besprochen.

*

Am 28. Juni genehmigte der Bundesrat den *Bericht des Verwaltungsrates des Ausgleichsfonds mit den Rechnungen 1973 der AHV, IV und EO*. Über die im Berichtsjahr getätigten Anlagen des Fonds orientiert die Pressemitteilung auf Seite 361. Detaillierte Angaben zur Betriebsrechnung der drei Sozialwerke enthält der Beitrag auf Seite 317.

*

Das *Zusatzabkommen zum schweizerisch-österreichischen Vertrag über Soziale Sicherheit* ist am 1. Juli 1974 in Kraft getreten, nachdem die Ratifikationsurkunden Ende Mai ausgetauscht worden sind. Das Zusatzabkommen ergänzt den im Jahre 1967 abgeschlossenen Vertrag durch Einbezug der österreichischen Pensionsversicherung für die in der Land- und Forstwirtschaft selbständig Erwerbstätigen in seinen Geltungsbereich. Ferner passt es einige Bestimmungen der seitherigen Rechtsentwicklung an, was u. a. Personen zugute kommt, die in der Vergangenheit aus politischen oder religiösen Gründen oder wegen ihrer Abstammung in der österreichischen Versicherung Nachteile erlitten haben.

Der *Sonderausschuss für Rentenfragen* der Eidgenössischen AHV/IV-Kommission tagte am 2. und 3. Juli unter dem Vorsitz von Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung und im Beisein von Prof. Kaiser, Berater für mathematische Fragen der Sozialversicherung. Der Ausschuss beriet Fragen der Anpassung der Renten an die Preis- und Lohnentwicklung ab 1976, über welche die eidgenössischen Räte einen ergänzenden Bericht zur Botschaft des Bundesrates vom 21. November 1973 über die AHV verlangt haben.

*

Unter dem Vorsitz von Dr. Güpfer vom Bundesamt für Sozialversicherung hielt die *Kommission für EL-Durchführungsfragen* am 8. Juli ihre 12. Sitzung ab. Sie befasste sich vor allem mit der Anpassung der EL-Leistungen im Rahmen der auf 1. Januar 1975 in Kraft tretenden AHV-Revision und mit der Information der EL-Bezüger.

*

Der Bundesrat hat am 9. Juli das Eidgenössische Departement des Innern ermächtigt, den Kantonsregierungen, den politischen Parteien, den Wirtschaftsverbänden und weiteren interessierten Organisationen den von einem Ausschuss der Eidgenössischen AHV/IV-Kommission ausgearbeiteten *Vorentwurf zum Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge zur Vernehmlassung* zu unterbreiten. Der Vorentwurf stützt sich weitgehend auf die im Jahre 1972 ausgearbeiteten und anschliessend zur Vernehmlassung unterbreiteten Grundsätze. In einigen wichtigen Punkten weicht der Gesetzesentwurf jedoch von diesen Grundsätzen ab, weshalb sich ein zweites Vernehmlassungsverfahren aufdrängte. Die Vernehmlassungsfrist ist auf drei Monate begrenzt. Der Bundesrat behält sich seine Stellungnahme vor.

*

In seiner Sitzung vom 9. Juli hat der Bundesrat das Departement des Innern ausserdem ermächtigt, ein *Vernehmlassungsverfahren über eine Revision der Erwerbersatzordnung* durchzuführen. Der Revisionsentwurf sieht auf den 1. Januar 1976 eine weitere Anpassung der Entschädigungen an die Einkommensentwicklung sowie gewisse Leistungsverbesserungen vor, insbesondere für die Absolventen von Beförderungsdiensten. Dem Bundesrat soll die Kompetenz erteilt werden, in einem bestimmten Rahmen die Entschädigungen alle zwei Jahre der Lohnentwicklung anzupassen. Zur Deckung der Mehrausgaben soll die Landesregierung ermächtigt werden, die Versichertenbeiträge einschliesslich Arbeitgeberanteil von 0,4 bis auf 0,6 Prozent des Erwerbseinkommens zu erhöhen. Die Vernehmlassungsfrist läuft Ende Oktober 1974 ab.

Die Bereinigung der AHV-Vorlage in den eidgenössischen Räten

Am 21. November 1973 hat der Bundesrat eine Botschaft und einen Gesetzesentwurf über die Änderung des AHVG auf den 1. Januar 1975 und die spätere Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung verabschiedet. Der Nationalrat hat die Vorlage in ein Sofort- und ein Langzeitprogramm aufgeteilt, und der Bundesrat hat dieser Aufteilung mit Rücksicht auf die seit dem letzten Herbst veränderte wirtschaftliche und finanzpolitische Lage zugestimmt (s. ZAK 1974, S. 158). Diese gesetzgeberische Situation ist in AHV-Sachen eher ungewohnt. Die nachstehende Orientierung über die ständerätlichen Beratungen vom 12. Juni 1974 soll mithelfen, allenfalls auftretende Missverständnisse zu beheben. Die Ausführungen folgen, ohne dass daraus — z. B. parteipolitisch — irgendetwas abzuleiten wäre, im wesentlichen der Berichterstattung der Neuen Zürcher Zeitung.

Der Zeitpunkt, in welchem die Baubeiträge an Altersheime wirksam werden sollen, hat eine Differenz zu den Beschlüssen des Nationalrates entstehen lassen; diese ist am 19. Juni durch Zustimmung des Nationalrates beseitigt worden. In der Schlussabstimmung vom 28. Juni passierte das Änderungsgesetz im Nationalrat mit 134 zu 0 Stimmen und im Ständerat mit 26 zu 0 Stimmen.

Die ZAK wird im Septemberheft eine mit Erläuterungen versehene Gegenüberstellung der geltenden und der künftigen Bestimmungen veröffentlichen.

Eintretensdebatte

Reimann (cvp), Präsident der vorberatenden Kommission, eröffnet die Eintretensdebatte. Im wesentlichen unterbreitet der Bundesrat den eidgenössischen Räten folgende Revisionsanträge:

- Übertragung der Zuständigkeit für künftige Rentenanpassungen vom Gesetzgeber auf den Bundesrat;
- Anpassung aller Renten an die Preis- und Lohnentwicklung;
- Vornahme einer allgemeinen Rentenerhöhung um ein Viertel auf 1. Januar 1975 anstelle der vom Parlament bereits auf den gleichen Zeitpunkt hin beschlossenen Rentenerhöhung von 20 Prozent für die laufenden und von 25 Prozent für die neuen Renten;

- Gewährung eines Bundesbeitrages an eine von den Kantonen zu zahlende Teuerungszulage zu den Ergänzungsleistungen für 1974;
- nochmalige Anhebung der Einkommensgrenzen bei den Ergänzungsleistungen auf 1. Januar 1975 über die vom Parlament bereits gefassten Beschlüsse hinaus;
- Befugnis des Bundesrates zur künftigen Anpassung der Einkommensgrenzen bei den Ergänzungsleistungen an die Preisentwicklung;
- Einführung von Baubeiträgen des Bundes an Heime und Einrichtungen für Betagte.

Der Nationalrat hat diese Vorlage umgestaltet. Die vorberatende Kommission empfiehlt, dem vom Nationalrat gutgeheissenen Gesetzestext zuzustimmen. Er enthält insbesondere die folgenden Punkte:

- Teuerungsausgleich für das Jahr 1974 durch Ausrichtung einer doppelten Monatsrente an alle Bezüger der AHV und IV und Gewährung entsprechender Beiträge an die Kantone zwecks Verdoppelung der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV in einem vom Bundesrat zu bestimmenden Monat;
- Erhöhung aller ordentlichen AHV- und IV-Renten auf den 1. Januar 1975 um rund 25 Prozent;
- Erhöhung der Einkommensgrenzen für den Bezug von Ergänzungsleistungen ab 1. Januar 1975 von bisher 6 600 auf 7 800 Franken für Alleinstehende und von bisher 9 900 auf 11 700 Franken für Ehepaare und Erhöhung der zulässigen Mietzinsabzüge;
- Gewährung von Baubeiträgen an Altersheime und andere Einrichtungen für Betagte.

Im übrigen nimmt die Kommission des Ständerates davon Kenntnis, dass der Bundesrat gemäss dem Verlangen der nationalrätlichen Kommission eine Ergänzungsbotschaft vorlegen wird, die sich insbesondere über die Gestaltung der Renten ab 1976 und über die finanziellen Folgen für die öffentliche Hand äussert.

Weber (soz.) zeigt sich erfreut über die Vorlage des Bundesrates und über die Beschlüsse des Nationalrates. Es liegen nun aber Anträge zur Detailberatung vor, welche die Vorlage entleeren könnten. Uns

scheint, dass wir eine Verpflichtung gegenüber den Initianten des Volksbegehrens der Sozialdemokratischen Partei haben, das inzwischen zurückgezogen wurde. Mit der letzten AHV-Revision ist der Übergang von der Basisrente zur existenzsichernden Rente vollzogen worden. Unter diesem Gesichtspunkt drängt sich ein Teuerungsausgleich auf. Die Vorlage ist unverändert gutzuheissen.

Jauslin (fdp) hält fest, dass den Rentnern nicht nur heute, sondern auch in Zukunft angemessene Renten zuzusichern sind. Man kommt heute einfach auf Beschlüsse der achten AHV-Revision zurück, ohne dies näher zu begründen. Bereits bei der achten Revision waren wir sozialer als der Bundesrat. Die Teuerung wurde damals berücksichtigt. Daher muss die doppelte Rente auf die Ergänzungsleistungen beschränkt werden.

Bundesrat Hürlimann weist auf die Komplexität des AHV-Werkes hin. Bis heute musste die öffentliche Hand nur mit einem Fünftel der Gesamtaufwendungen belastet werden, obwohl wir befugt wären, sie bis zu 50 Prozent «anzuzapfen». Mit der achten AHV-Revision sind existenzsichernde Renten geschaffen worden, wobei man aber nie erklärt hat, damit sei für die nächsten zwei Jahre die Teuerung ausgeglichen. Nach dieser Ausgangslage war man wohl der Meinung, dass die Revision für mindestens zwei Jahre Gültigkeit haben sollte. Die Teuerung ist aber derart stark angestiegen, dass eine andere Lösung getroffen werden muss. Dies führte zu unserem Sofortprogramm. Der Nationalrat hat diesem sehr deutlich zugestimmt. Würde der Ständerat eine andere Lösung treffen, müsste dies zu einem endlosen Differenzbereinigungsverfahren führen. Die Rentner haben Anspruch auf einen Ausgleich der Teuerung. Der Teuerungsausgleich der Salärempfänger ist eine Selbstverständlichkeit. Eine doppelte Rente ist die einzige Lösung, die in diesem Jahr noch verwirklicht werden kann. Eine differenzierte Erhöhung der Renten lässt sich für 1974 administrativ nicht mehr bewältigen. Es geht hier ja auch nur um eine Teuerungszulage und nicht um eine 13. Rente. Es gibt viele Rentner, die nicht über eine Pensionskasse verfügen. Diese sind auf die doppelte Rente angewiesen. Die Mittel werden dazu dem AHV-Fonds entnommen, weil man die Kantone nicht zusätzlich belasten will. Für die Rentengestaltung ab 1976 ist damit nichts präjudiziert. Zur Finanzierung unserer AHV dürfen wir Vertrauen haben.

Eintreten auf die Vorlage ist unbestritten und damit beschlossen.

Detailberatung

Diskussionslos genehmigt der Rat zunächst die neuen Einkommensgrenzen für die Ergänzungsleistungen und die Baubeiträge an die Errichtung von Altersheimen.

Jauslin (fdp) beantragt, den Teuerungsausgleich für 1974 auf die Ergänzungsleistungen zu beschränken. Natürlich wird jedermann eine 13. Rente entgegennehmen. Wenn wir aber jetzt eine 13. Rente beschliessen, bringen wir sie auch für 1975 nicht weg. Gesuche, Altersheime durch Mittel aus dem AHV-Fonds zu finanzieren, sind bisher nicht bewilligt worden. Es fehle das Geld, hiess es. Der AHV-Fonds ist nicht auf Rosen gebettet. Wir sollten den Mut haben, zu zeigen, dass wir nicht Geschenke machen können, sondern in erster Linie die Zukunft der AHV sichern müssen.

Reimann (cvp) hält es für unmöglich, einen Beschluss des Nationalrates, der mit 136 zu 11 Stimmen erfolgte, umzustürzen und bittet, den Antrag Jauslin abzulehnen.

Eggenberger (soz.) erklärt, dass viele Rentner der Teuerung hilflos gegenüberstehen. Wir würden Hunderttausende von AHV-Rentnern enttäuschen, wenn wir den Antrag Jauslin annähmen. Die alten Leute blicken mit grosser Hoffnung auf den Ständerat.

Heimann (ldu) hätte es begrüsst, wenn der Teuerungsausgleich bei den AHV-Renten differenziert erfolgt wäre. Das ist administrativ nicht möglich. Damit wird aber unsere Entscheidungsfreiheit eingeengt.

Bundesrat Hürlimann glaubt, dass es richtig war, im Ständerat nochmals das Problem der doppelten Rente zu diskutieren. Das Faktum Teuerung müssen wir aber zur Kenntnis nehmen. Wir hoffen, dass die Entnahme aus dem AHV-Fonds einmalig bleibt. Wir können nun nicht gegenüber den AHV-Rentnern erklären: «Hier vollend' ich meine Tat!» und selektiv Teuerungsbekämpfung betreiben.

Der Antrag Jauslin wird mit 27 zu 3 Stimmen bei einigen Enthaltungen abgelehnt.

Bourgnrecht (cvp) stellt den Antrag, die beschlossene doppelte Rente durch einen Sonderbeitrag zu decken, der nach den geltenden Bestimmungen bei allen Personen erhoben wird, die AHV- und IV-Beiträge zu leisten haben. Der Bundesrat bestimmt die Höhe des Beitrages und wie lange er erhoben wird.

Guisan (lib.) bezeichnet den Antrag Bourgknecht als logisch. Die AHV beruht auf dem Gedanken der Solidarität. Hier nun wäre Solidarität zu zeigen.

Heimann (ldu) rechnet aus, dass nach dem Antrag Bourgknecht jeder Arbeitnehmer ungefähr 110 Franken zu leisten hätte. Bezüger kleinster Einkommen müssten die Teuerungszulage jener Leute finanzieren, die die Maximalrente beziehen. Dies halten wir nicht für richtig.

Bundesrat Hürlimann möchte im Interesse der Wirtschaft, der Konjunkturentwicklung und der Zweiten Säule die Beitragssätze der AHV jetzt nicht verändern. Auch in der Privatwirtschaft werden Teuerungszulagen der Pensionskassen nicht den Lohnempfängern angelastet. Den Antrag Bourgknecht lehnen wir ab.

Grosjean (fdp) stimmt nach den Ausführungen von Bundesrat Hürlimann dem Antrag Bourgknecht zu. Man muss dem Volk die Wahrheit sagen! Wir können es uns nicht leisten, eine doppelte Rente ausbezahlen ohne zusätzliche Leistungen der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber.

Bundesrat Hürlimann ist auch dafür, dass man dem Volk die Wahrheit sagt, aber man sollte dann auch die ganze Wahrheit sagen. Inflationbekämpfung ist nur Hand in Hand möglich und darf nicht auf dem Rücken der AHV-Rentner ausgetragen werden.

Der Antrag Bourgknecht wird mit 24 zu 10 Stimmen abgelehnt.

Hefti (fdp) will den gesamten Abschnitt IV der Vorlage streichen, der die Gleichstellung der Alt- mit den Neurentnern bringt. Logischerweise müssten wir nämlich auch auf Minimal- und Maximalrenten und den versicherungsmässigen Charakter der AHV verzichten. Eine Systemänderung ist heute nicht angezeigt.

Reimann (cvp) lehnt im Namen der vorberatenden Kommission den Antrag Hefti ab.

Weber (soz.) hält fest, dass man bei der bisherigen Praxis bleiben will und für die Zukunft nichts präjudiziert. Den Antrag Hefti lehnen wir deshalb ab.

Urech (fdp) unterstützt Hefti. Die vorgeschlagene Gleichstellung von Alt- und Neurentnern kostet uns 400 Mio Franken. Wir sprechen von einer Notlage im Bundeshaushalt. In Anbetracht der Finanzlage

des Bundeshaushaltes können wir eine weitere Verbesserung der Altrenten nicht vornehmen.

Eggenberger (soz.) weiss auch, dass die Situation schwierig ist. Wir belasten aber den Bundeshaushalt nicht sehr stark.

Bundesrat Hürlimann hält eine Aufwertung der Altrenten um 25 Prozent auch im Sinne eines Teuerungsausgleichs für richtig.

Der Antrag Hefti wird mit 29 zu 8 Stimmen abgelehnt.

Stucki (svp) beantragt bei den Übergangsbestimmungen Beiträge auch an Bauten von Altersheimen, die am 1. Januar 1973 bereits begonnen waren.

Reimann (cvp), Präsident der vorberatenden Kommission, hält dafür, dass dem Antrag nicht Opposition gemacht werden sollte.

Bundesrat Hürlimann stellt fest, dass der Antrag Stucki nichts anderes als eine Rückwirkungsklausel darstellt. Der Antrag hat einiges für sich.

Munz (fdp) stellt fest, dass niemand die finanziellen Konsequenzen des Antrages Stucki dargelegt hat. Deshalb lehnen wir ihn ab.

Stucki (svp) glaubt, dass es sich nur um kleine Beiträge handeln kann, ist aber nicht in der Lage, genaue Zahlen zu liefern.

Der Antrag Stucki wird mit 17 zu 13 Stimmen angenommen.

Jauslin (fdp) verlangt, dass im Ergänzungsbericht einmal klar dargelegt wird, wie eine Rentenformel konstruiert ist.

In der Gesamtabstimmung wird die Vorlage mit 29 Stimmen zu 1 Stimme bei einigen Enthaltungen verabschiedet.

Die Betriebsrechnungen der AHV, IV und EO im Jahre 1973

Die Betriebsrechnungen der Sozialwerke für das Jahr 1973 sind — soweit es die AHV und IV betrifft — vor allem durch die achte AHV-Revision geprägt. Den Gesamtaufwendungen von 7 892 (im Vorjahr 4 791) Mio Franken stehen Gesamteinnahmen von 8 599 (5 454) Mio Franken gegenüber. Sie setzen sich zusammen aus

- den Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber von 6 310 (3 951) Mio Franken;
- den Beiträgen der öffentlichen Hand an die AHV und IV von 1 909 (1 155) Mio Franken;
- den Zinserträgen von 380 (348) Mio Franken.

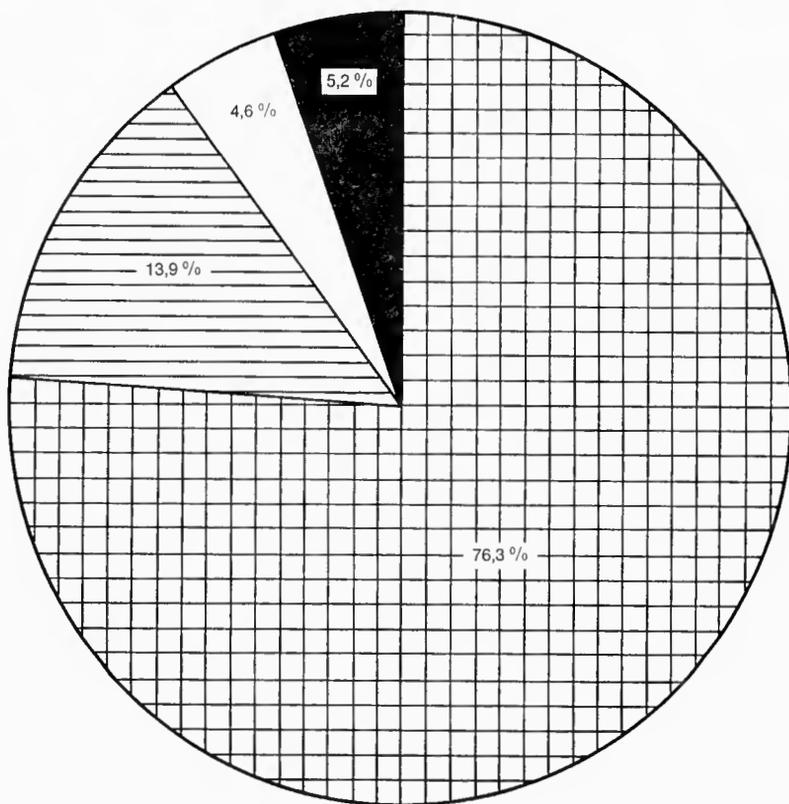
Alters- und Hinterlassenenversicherung

Die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber haben gegenüber dem Vorjahr um 2 141,4 (361,3) Mio Franken oder 64,7 (12,2) Prozent zugenommen. Sie erreichten insgesamt 5 449,3 (3 307,9) Mio Franken. Hauptursache dieser Mehreinnahmen ist — nebst einem weiteren Anstieg der massgebenden Erwerbseinkommen — die am 1. Januar 1973 wirksam gewordene Erhöhung der Beitragsansätze von 5,2 auf 7,8 Prozent für Unselbständigerwerbende und von 4,6 auf 6,8 Prozent für Selbständigerwerbende. An die ebenfalls heraufgesetzten Beiträge der öffentlichen Hand von 1 318,0 (776,0) Mio Franken leisteten der Bund 988,5 (582,0) Mio Franken und die Kantone 329,5 (194,0) Mio Franken. Die Zinseinnahmen stiegen von 340,4 auf 371,3 Mio Franken an.

Im wesentlichen bedingt durch die achte AHV-Revision erhöhten sich die Leistungen um 2 667,9 (400,4) Mio Franken auf insgesamt 6 454,8 (3 786,9) Mio Franken. Dies entspricht einer Zunahme von rund 70 Prozent. Auf die ordentlichen Renten entfallen 6 145,7 (3 578,9) Mio Franken und auf die ausserordentlichen Renten 283,4 (190,2) Mio Franken. An Hilflosenentschädigungen wurden 32,1 (20,9) Mio Franken ausgerichtet.

Die zu Lasten der Betriebsrechnung gehenden Verwaltungskosten (Kosten der Pauschalfrankatur, der Zentralen Ausgleichsstelle und der Schweizerischen Ausgleichskasse, Zuschüsse an die kantonalen Ausgleichskassen sowie weitere Durchführungskosten) sind mit 25,5 Mio Franken ausgewiesen. Sie liegen somit um 6,6 Mio Franken oder rund 35 Prozent höher als im Vorjahr. Wesentlich zu dieser ausserordentlichen

Die Einnahmen der AHV



Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber



Beiträge des Bundes

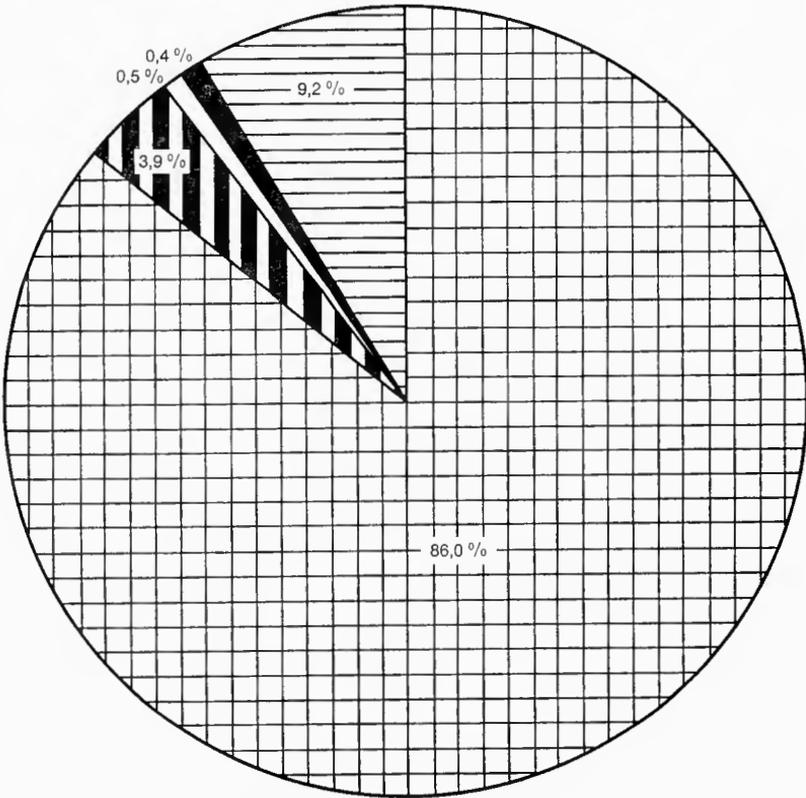


Beiträge der Kantone



Fondszinsen

Die Ausgaben der AHV



-  Ordentliche Renten
-  Ausserordentliche Renten
-  Hilflosenentschädigungen
-  Verwaltungskosten
-  Einnahmenüberschuss

Betriebsrechnung der AHV

Beträge in Mio Franken

Tabelle 1

Rechnungskonten	Einnahmen		Ausgaben	
	1972	1973	1972	1973
Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber	3 307,9	5 449,3		
Beiträge der öffentlichen Hand				
— Bund	582,0	988,5		
— Kantone	194,0	329,5		
Zinsen	340,4	371,3		
Leistungen				
— Ordentliche Renten			3 578,9	6 145,7
— Ausserordentliche Renten			190,2	283,4
— Rückvergütungen von Beiträgen an Ausländer und Staatenlose			1,9	1,4
— Hilflosenentschädigungen			20,9	32,1
— Fürsorgeleistungen an Schweizer im Ausland			0,3	0,3
— Rückerstattungs-forderungen			— 5,3	— 8,1
Verwaltungskosten			18,9	25,5
Total	4 424,3	7 138,6	3 805,8	6 480,3
Einnahmenüberschuss			618,5	658,3

Kostensteigerung haben die um 4,6 auf 9,9 Mio Franken angewachsenen Auslagen für die Pauschalfrankatur beigetragen. Die Zunahme ist bedingt einerseits durch den am 1. Januar 1973 in Kraft getretenen neuen Posttarif und andererseits durch die als Folge der achten AHV-Revision im Einzelfall angestiegenen Überweisungsbeträge, die eine Zuordnung in höhere Taxstufen bewirkten.

Der Betriebsüberschuss stieg um 39,8 (73,5) auf 658,3 Mio Franken an. Dadurch erreichte das AHV-Vermögen 10 368,6¹ (9 710,3) Mio Franken, womit erstmals die 10-Milliarden-Grenze überschritten wurde.

¹ Davon sind 8,5 Mia Franken langfristig angelegt. 1,87 Mia Franken werden für die laufenden Bedürfnisse der Tresorerie benötigt und entfallen auf Depotgelder, Kontokorrentforderungen und Vorschüsse an die Ausgleichskassen.

Invalidenversicherung

Bei Einnahmen von insgesamt 1 160,2 (765,5) Mio Franken und Ausgaben von insgesamt 1 180,4 (758,2) Mio Franken schliesst die Betriebsrechnung der IV erstmals seit 1967 wieder mit einem Fehlbetrag ab.

Dieser beläuft sich auf 20,2 Mio Franken gegenüber einem Überschuss von 7,3 Mio Franken im Vorjahr. Die im Laufe der Jahre gebildeten Einnahmenüberschüsse vermindern sich dadurch auf 66,3 (86,5) Mio Franken. Da die IV für die Gewährung von Darlehen und Vorschussleistungen an Eingliederungsstätten nicht über genügend eigene Mittel verfügte, musste sie dem AHV-Fonds Schuldzinsen von rund einer Million Franken entrichten.

Die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber stiegen um 184,1 Mio Franken auf 570,5 (386,4) Mio Franken an. Ihre Zunahme beträgt rund 48 Prozent und lässt sich hauptsächlich mit der am 1. Januar 1973 in Kraft getretenen Beitragserhöhung von 0,6 auf 0,8 Prozent sowie einem weiteren Anstieg der Erwerbseinkommen begründen. Die der Hälfte der jährlichen Ausgaben entsprechenden Beiträge der öffentlichen Hand erhöhten sich auf 590,7 (379,1) Mio Franken, wovon 443,0 (284,3) Mio Franken zu Lasten des Bundes und 147,7 (94,8) Mio Franken zu Lasten der Kantone gingen.

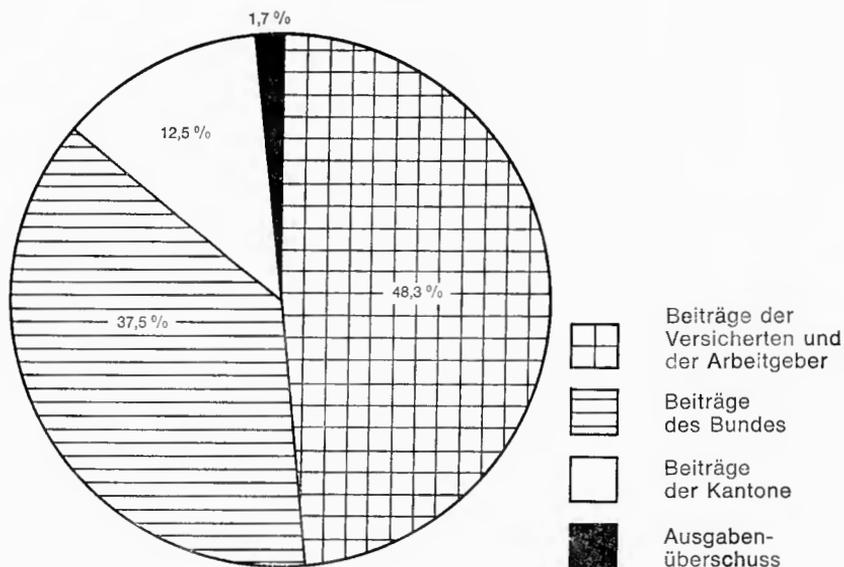
Die *Geldleistungen* beanspruchten 760,4 (453,7) Mio Franken; sie umfassen vor allem die Renten, Hilflosenentschädigungen und Taggelder sowie die Fürsorgeleistungen an Schweizer im Ausland. Der Mehraufwand von 306,7 (39,9) Mio Franken ist vornehmlich eine Folge der eingangs erwähnten Gesetzesrevision. An ordentlichen Renten wurden 632,3 (371,8) Mio Franken und an ausserordentlichen Renten 80,5 (42,6) Mio Franken ausgerichtet.

Für die *individuellen Massnahmen* sind 258,5 (195,1) Mio Franken aufgewendet worden. Davon betreffen

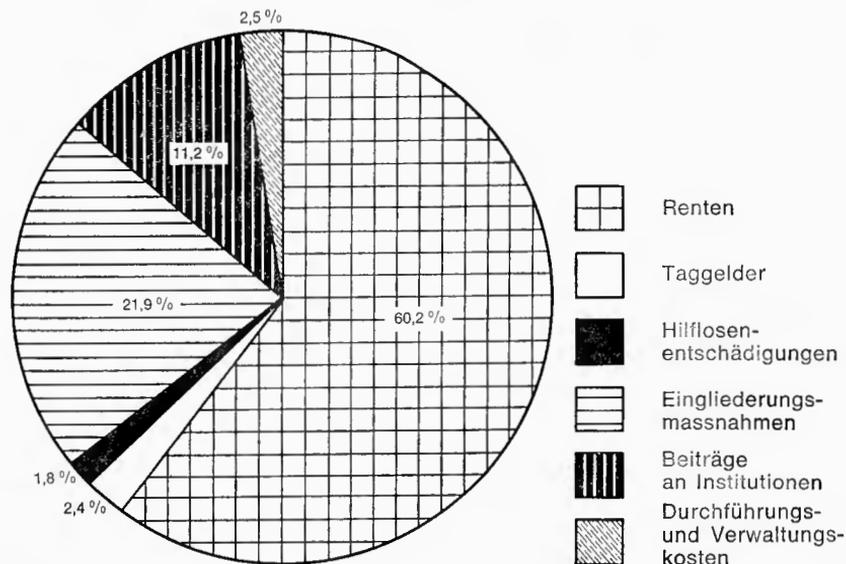
- 122,0 (94,8) Mio Franken die medizinischen Massnahmen;
- 24,4 (20,0) Mio Franken die Massnahmen beruflicher Art;
- 71,6 (49,2) Mio Franken die Beiträge für Sonderschulung und hilflose Minderjährige;
- 26,6 (20,7) Mio Franken die Hilfsmittel;
- 13,9 (10,4) Mio Franken die Reisekosten.

Der Mehraufwand ist weitgehend auf Tarifierpassungen zurückzuführen.

Die Einnahmen der IV



Die Ausgaben der IV



Die *Beiträge an Institutionen und Organisationen* haben — nicht zuletzt infolge der anhaltenden Teuerung — von 84,5 auf 131,8 Mio Franken zugenommen. Daran sind die Baubeiträge mit 71,1 (36,2) und die Betriebsbeiträge mit 49,7 (40,9) Mio Franken beteiligt.

Die *Durchführungskosten* sind von 19,2 auf 22,7 Mio Franken angestiegen. Von den Aufwendungen entfallen 13,4 (11,0) Mio Franken auf die Sekretariate der IV-Kommissionen, 1,5 (1,6) Mio Franken auf die IV-Kommissionen und 7,3 (6,1) Mio Franken auf die IV-Regionalstellen. Diese Versicherungsorgane haben im Berichtsjahr 74 185 (71 855) neue Anmeldungen für IV-Leistungen entgegengenommen und 66 907 (67 211) Beschlüsse gefasst. Zusammen mit den Fällen, die von den Sekretariaten ohne Beschlussfassung durch die Kommissionen erledigt worden sind, erhöhte sich die Zahl der behandelten Geschäfte von 164 656 auf 172 660.

Die *Verwaltungskosten* erforderten insgesamt 7,0 (5,7) Mio Franken. Sie umfassen hauptsächlich die Aufwendungen der Zentralen Ausgleichs-

Betriebsrechnung der IV

Beträge in Mio Franken

Tabelle 2

Rechnungskonten	Einnahmen		Ausgaben	
	1972	1973	1972	1973
Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber	386,4	570,5		
Beiträge der öffentlichen Hand				
— Bund	284,3	443,0		
— Kantone	94,8	147,7		
Zinsen	—	— 1,0		
Geldleistungen			453,7	760,4
Kosten für individuelle Massnahmen			195,1	258,5
Beiträge an Institutionen und Organisationen			84,5	131,8
Durchführungskosten			19,2	22,7
Verwaltungskosten			5,7	7,0
Total	765,5	1 160,2	758,2	1 180,4
Einnahmenüberschuss			7,3	
Ausgabenüberschuss		20,2		

stelle sowie die Kosten für die Pauschalfrankatur. Die den kantonalen Ausgleichskassen bisher gewährten besonderen Zuschüsse werden vom Jahre 1973 an nicht mehr ausgerichtet. Der Kostenanstieg von 1,3 Mio Franken ist zur Hauptsache ebenfalls auf die infolge des neuen Posttarifs verursachten höheren Aufwendungen für die Pauschalfrankatur zurückzuführen.

Erwerbsersatzordnung

Die von den erfassten Personen und den Arbeitgebern erhobenen Beiträge erbrachten gegenüber dem Vorjahr Mehreinnahmen von 33,9 Mio Franken. Da im Rahmen der erwähnten Gesetzesrevision der EO-Zuschlag zum AHV-Beitrag nicht verändert wurde, ist die Zunahme der Beitragssumme ausschliesslich dem erneuten Anstieg der erfassten Einkommen zuzuschreiben. Die Entschädigungen nahmen um 4,2 Mio Franken auf 230,5 Mio Franken zu. Der Einnahmenüberschuss erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr von 37,8 auf 68,9 Mio Franken, wodurch das Vermögen der EO 305,8 Mio Franken erreichte.

Betriebsrechnung der EO

Beträge in Mio Franken

Tabelle 3

Rechnungskonten	Einnahmen		Ausgaben	
	1972	1973	1972	1973
Beiträge der erfassten Personen und der Arbeitgeber	256,6	290,5		
Zinsen	7,9	9,6		
Leistungen			226,3	230,5
Verwaltungskosten			0,4	0,7
Total	264,5	300,1	226,7	231,2
Einnahmenüberschuss			37,8	68,9

Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV im Jahre 1973

Die Erhöhung der Renten im Rahmen der achten AHV-Revision blieb nicht ohne Einfluss auf die Ergänzungsleistungen. Ein Anspruch darauf besteht nur soweit, als das anrechenbare Einkommen — zu dem auch die AHV- und IV-Renten gehören — bestimmte Einkommensgrenzen nicht erreicht. Obwohl die Einkommensgrenzen der Teuerung angepasst wurden, hatte die noch stärkere Rentenerhöhung eine Verminderung oder gar den Wegfall der Ergänzungsleistungen zur Folge.

Die Einkommensgrenzen betragen für die Jahre 1973/74 für Alleinstehende und minderjährige Bezüger einer Invalidenrente höchstens 6 600 (vorher 4 800) Franken, für Ehepaare höchstens 9 900 (7 680) und für Waisen höchstens 3 300 (2 400) Franken. Das Ansteigen der Mietzinse legte es zudem nahe, die Ansätze der höchstzulässigen Abzüge für Mietzinse bei Alleinstehenden auf 1 500 Franken und bei Ehepaaren mit rentenberechtigten oder an der Rente beteiligten Kindern auf 2 100 Franken zu erhöhen.

Die nachstehenden Tabellen enthalten die wesentlichsten Ergebnisse über die im Jahre 1973 ausgerichteten Ergänzungsleistungen zur AHV und IV. Die Grundlage dazu bilden die Abrechnungen der Kantone zur Festsetzung des Bundesbeitrages sowie die statistischen Beiblätter zu den Jahresberichten.

1. Ausgerichtete Leistungen

a. Auszahlungen der kantonalen Durchführungsstellen

Die Tabelle 1 zeigt die Auszahlungen der Kantone. Im Jahre 1973 haben die kantonalen Durchführungsstellen 295 Mio Franken an Ergänzungsleistungen zur AHV und IV ausgerichtet. Davon entfielen 240 Mio Franken bzw. 81 Prozent auf die AHV und 55 Mio Franken bzw. 19 Prozent auf die IV.

Aus den in der Einleitung geschilderten Gründen ist die Abnahme gegenüber dem Vorjahr beachtlich. Der Vergleich der Ausgaben ergibt insgesamt eine Verminderung um 145 Mio Franken oder 33 Prozent. Während die Ergänzungsleistungen an AHV-Rentner um 122 Mio Franken — 34 Prozent — abnahmen, verminderten sich die Ergänzungsleistungen an IV-Rentenbezüger um 23 Mio Franken, d. h. um 29 Prozent.

Kantone	AHV	IV	Total
Zürich	31 816	5 327	37 143
Bern	41 988	12 562	54 550
Luzern	11 913	3 027	14 940
Uri	1 139	349	1 488
Schwyz	2 466	671	3 137
Obwalden	711	213	924
Nidwalden	473	131	604
Glarus	941	232	1 173
Zug	840	199	1 039
Freiburg	7 048	1 995	9 043
Solothurn	5 144	1 330	6 474
Basel-Stadt	10 472	1 613	12 085
Basel-Landschaft	3 362	984	4 346
Schaffhausen	1 676	379	2 055
Appenzell A. Rh.	2 274	509	2 783
Appenzell I. Rh.	850	279	1 129
St. Gallen	15 101	3 245	18 346
Graubünden	6 427	1 734	8 161
Aargau	8 699	2 501	11 200
Thurgau	4 536	1 058	5 594
Tessin	16 452	4 539	20 991
Waadt	35 312	6 020	41 332
Wallis	7 459	2 646	10 105
Neuenburg	6 811	982	7 793
Genf	16 333	2 483	18 816
Schweiz	240 243	55 008	295 251
Prozentzahlen	81	19	100

b. Anzahl Fälle

Der Überblick über die Bezügerkategorien zeigt, dass im Berichtsjahr die Altersrentner mit 81 Prozent, die Hinterlassenenrentner mit 3 Prozent und die Invalidenrentner mit 16 Prozent der Fälle beteiligt

sind. Gegenüber dem Vorjahr sind die Fälle um 43 602 — rund 24 Prozent — auf 135 925 gesunken.

Stand 31. Dezember

Tabelle 2

Jahre	AHV			IV	Total
	Altersrentner	Hinterlassenenrentner	Zusammen		
1972	147 666	6 127	153 793	25 734	179 527
1973	109 591	4 839	114 430	21 495	135 925
Verminderung	38 075	1 288	39 363	4 239	43 602

c. Rückforderungen sowie Erlass von Rückerstattungen

Die Rückforderungen von zu Unrecht bezogenen Ergänzungsleistungen beliefen sich mit 3 323 Fällen auf 3,7 Mio Franken. In 358 Fällen waren die Voraussetzungen des guten Glaubens und der grossen Härte erfüllt. Die Durchführungsstellen haben auf eine Rückerstattung von insgesamt 0,4 Mio Franken verzichtet.

2. Beiträge des Bundes

Für die Subventionierung der Ergänzungsleistungen an Rentner der AHV durch den Bund wird die Rückstellung gemäss Artikel 111 AHVG (Tabakbelastung und Belastung der gebrannten Wasser) herangezogen. Die Bundesbeiträge für die Ergänzungsleistungen an Bezüger von Renten oder Hilflosenentschädigungen der IV werden aus allgemeinen Bundesmitteln gedeckt.

Die Aufteilung der Belastung durch die Ergänzungsleistungen unter den Bund und die Kantone (einschliesslich Gemeinden) im Jahre 1973 ist aus Tabelle 3 ersichtlich. Verglichen mit dem Vorjahr verminderten sich die Bundesbeiträge um 69 Mio Franken und die Betreffnisse der Kantone und Gemeinden um 75 Mio Franken. Dagegen blieb gegenüber 1972 die prozentuale Belastung zwischen Bund mit 48 Prozent und Kantonen mit 52 Prozent unverändert.

Aufwendungen von Bund, Kantonen und Gemeinden

a. nach Bezückerkategorien

Tabelle 3

Aufwendungen von . . .	In 1000 Franken			Prozentzahlen		
	AHV	IV	Zu- sam- men	AHV	IV	Zu- sam- men
Bund	113 419	27 066	140 485	47	49	48
Kantone und Gemeinden	126 824	27 942	154 766	53	51	52
Total	240 243	55 008	295 251	100	100	100

b. nach der Finanzkraft der Kantone

Tabelle 4

Anzahl Kantone nach der Finanzkraft	In 1000 Franken			Prozentzahlen		
	Bund	Kantone und Ge- meinden	Ins- gesamt	Bund	Kantone und Ge- meinden	Ins- gesamt
6 finanzstarke	25 390	59 239	84 629	18	38	29
11 mittelstarke	80 848	80 847	161 695	58	52	55
8 finanz- schwache	34 247	14 680	48 927	24	10	16
Total	140 485	154 766	295 251	100	100	100

3. Beiträge an gemeinnützige Institutionen

Mit der achten AHV-Revision sind auch die Bundesbeiträge an die gemeinnützigen Institutionen erhöht worden. Die Schweizerische Stiftung Für das Alter erhielt 9 Mio Franken, die Schweizerische Vereinigung Pro Infirmis 3 Mio Franken und die Schweizerische Stiftung Pro Juventute 1,5 Mio Franken. Die erhöhten Bundesbeiträge erlauben es den gemeinnützigen Institutionen, in vermehrtem Masse Leistungen auszurichten und sich in grösserem Umfang Beratungs- und Betreuungsaufgaben zu widmen (s. auch ZAK 1974, S. 270). Bei der Schweizerischen Stiftung Für das Alter stand die Einführung der Abgabe bzw. der Finanzierung von Hilfsmitteln im Vordergrund. Sie soll der Kontaktförderung dienen und dazu beitragen, dass die Betagten ihre Selbständigkeit lange behalten können.