



Mf

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 Erwerbsersatzordnung für Wehr- und Zivilschutzpflichtige sowie der Familienzulagen

Jahrgang 1966

Abkürzungen

| | |
|------|---|
| AHV | Alters- und Hinterlassenenversicherung |
| AHVG | Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung |
| AHVV | Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung |
| AS | Amtliche Sammlung der eidgenössischen Gesetze 1948 ff. |
| BB1 | Bundesblatt |
| BGE | Amtliche Sammlung der Bundesgerichtsentscheide |
| BRB | Bundesratsbeschluß |
| BS | Bereinigte Sammlung der Bundesgesetze und Verordnungen 1848 bis 1947 |
| BSV | Bundesamt für Sozialversicherung |
| EL | Ergänzungsleistungen zur AHV und IV |
| ELG | Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV |
| ELV | Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV |
| EO | Erwerbssersatzordnung |
| EOG | Bundesgesetz über die Erwerbsausfallentschädigung an Wehrpflichtige |
| EOV | Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Erwerbsausfallentschädigungen an Wehrpflichtige |
| EVG | Eidgenössisches Versicherungsgericht |
| EVGE | Amtliche Sammlung der Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes |
| 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 Geburtsgeborenen |
| IBK | Individuelles Beitragskonto |
| IV | Invalidenversicherung |
| IVG | Bundesgesetz über die Invalidenversicherung |
| IVV | Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung |
| KUVG | Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung |
| MV | Militärversicherung |
| MVG | Bundesgesetz betreffend die Versicherung der Militärpersonen gegen Krankheit und Unfall |

| | |
|--------------|---|
| OB | Bundesbeschuß über die Organisation und des Verfahren des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes |
| OR | Bundesgesetz über das Obligationenrecht |
| OV | Verordnung über die Organisation und das Verfahren des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in AHV-Sachen |
| RV | Verordnung über die Rückvergütung der von Ausländern und Staatenlosen an die AHV bezahlten Beiträge |
| Rz | Randziffer |
| SchKG | Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs |
| SUVA | Schweizerische Unfallversicherungsanstalt |
| StGB | Schweizerisches Strafgesetzbuch |
| VFV | Verordnung über die freiwillige Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung für Auslandschweizer |
| WStB | Bundesratsbeschuß über die Erhebung einer Wehrsteuer |
| ZAS | Zentrale Ausgleichsstelle |
| ZGB | Schweizerisches Zivilgesetzbuch |

VON
MONAT
ZU
MONAT

Unter der Leitung von Dr. Granacher führte das Bundesamt für Sozialversicherung am 3. Dezember 1965 für die deutschsprechenden und am 10. Dezember 1965 für die französisch- und italienischsprechenden *Revisoren* der externen Revisionsstellen *Instruktionskonferenzen* durch. Gegenstand bildeten die neuen Weisungen vom 15. Oktober 1965 an die Revisionsstellen für die Revision der AHV-Ausgleichskassen. Sämtliche Revisionsstellen mit Mandaten für Kassenrevisionen waren an den Tagungen vertreten.

*

Am 7. Dezember 1965 tagte unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung eine *Spezialkommission* zwecks Abklärung der Fragen, die sich im Zusammenhang mit den Abrechnungen der Kantone über die Bundesbeiträge an die *Ergänzungsleistungen zur AHV und IV* ergeben. Ferner fand eine Aussprache statt über die von den Kantonen auf dem Gebiet der Ergänzungsleistungen zu liefernden statistischen Angaben.

*

Der *Ständerat* hat am 14. Dezember 1965 drei von der Schweiz abgeschlossene *Sozialversicherungsabkommen* genehmigt. Zwei davon sind kurz zuvor, am 30. November 1965, schon vom Nationalrat gutgeheißen worden, so daß für diese beiden Staatsverträge das Ratifikationsverfahren in die Wege geleitet werden kann; es betrifft das Abkommen über Soziale Sicherheit vom 25. Februar 1964 mit der *Bundesrepublik Deutschland*, sowie das Zusatzabkommen über Sozialversicherung vom 20. Februar 1965 mit *Österreich*. Die Ausgleichskassen werden in gewohnter Weise rechtzeitig durch Kreisschreiben über den Zeitpunkt des Inkrafttretens und die Einzelheiten der Durchführung orientiert.

Das dritte Abkommen, der revidierte Vertrag vom 3. September 1965 mit *Liechtenstein*, wird voraussichtlich in der Frühjahrsession dem Nationalrat unterbreitet.

*

In der Dezembersession 1965 hat der Nationalrat die Vorlage betreffend die *Änderung des FLG* durchberaten. Er stimmte den Beschlüssen des Ständerates zu, die Kinderzulagen von 15 auf 25 Franken im Unterland und von 20 auf 30 Franken im Berggebiet zu erhöhen sowie die Einkommensgrenzen auf 8 000 Franken und die Altersgrenze für bezugsberechtigte Kinder von 15 auf 16 Jahre heraufzusetzen. Ferner

pflichtete er mit 107 gegen 34 Stimmen einem neuen Artikel 5^{bis} bei, der den plötzlichen Wegfall der Zulagen bei Überschreitung der Einkommensgrenzen mildern sollte. Endlich beschloß der Nationalrat, die Altersgrenze für in Ausbildung begriffene Kinder von 20 auf 25 Jahre zu erhöhen.

In der Differenzbereinigung sprach sich der Ständerat mit 27 gegen 5 Stimmen gegen die flexiblere Gestaltung der Einkommensgrenzen und mit 17 gegen 14 Stimmen gegen die Heraufsetzung der Altersgrenze für in Ausbildung begriffene Kinder aus. Der Nationalrat stimmte der Streichung von Artikel 5^{bis} zu, hielt aber an der Erhöhung der Altersgrenze fest. Der Ständerat entschied letztlich in gleichem Sinne.

In der Schlußabstimmung vom 17. Dezember 1965 hießen beide Räte die Vorlage mit 165 bzw. 35 Stimmen oppositionslos gut.

Ergänzungsleistungen in Kraft

Mit dem 1. Januar dieses Jahres ist das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV wirksam geworden.

Kantone, die auf diesen Tag hin ihr kantonales Gesetz über Ergänzungsleistungen in Kraft gesetzt haben¹, und die Stiftungen «Für das Alter» und «Pro Juventute» sowie die Vereinigung «Pro Infirmis», die vom gleichen Zeitpunkt an Leistungen gemäß ihren Leitsätzen ausrichten, können in der Folge die im Bundesgesetz vorgesehenen Beiträge beanspruchen.

Daß alle Kantone Ergänzungsleistungen im Sinne des Bundesgesetzes auszurichten gewillt sind, ist erfreulich, wenn es auch aus verständlichen Gründen nicht durchwegs möglich ist, dies schon vom Beginn des Jahres an zu tun. Die frühzeitige Durchführung ist nämlich keine Selbstverständlichkeit, weil sie — abgesehen von der gesetzgeberischen Vorbereitung in jedem Kanton — ein erhebliches Maß von Arbeit bedingt. Zweifellos werden viele Anmeldungen eingehen, deren Prüfung wesentliche Umtriebe mit sich bringt. So ist die wirtschaftliche Lage bzw. das anrechenbare Einkommen in jedem Einzelfall zu ermitteln. Im Bestreben, eine möglichst gerechte, dem Einzelfall angepaßte Lösung zu finden (so sollen z. B. eine bescheidene Erwerbstätigkeit und die Vorsorge des Arbeitgebers begünstigt, hohe Krankenkosten und Mietzinse be-

¹ Über den Stand der kantonalen Gesetzgebungsarbeiten am 31. Dezember 1965 orientiert ZAK 1966, S. 27.

rücksichtigt werden usw.) hat der Bund eine Regelung getroffen, die die Berechnung der Ergänzungsleistungen keineswegs vereinfacht. Hat die Verwaltung deren Höhe festgesetzt, so erhält der Berechtigte oder sein Vertreter den Entscheid in vorgeschriebener schriftlicher Form. Nun steht dem Empfänger des zustimmenden oder ablehnenden Entscheides erst noch das Rekursverfahren offen, das der Verwaltung als Gegenpartei neue Arbeit verursacht.

Unter diesen Umständen können die Durchführungsstellen begreiflicherweise nicht alle Fälle gleichzeitig behandeln. Sie müssen eine gewisse Rangordnung einführen und die dringenden Fälle vorwegnehmen. Meistens betrifft dies die Personen, die schon bisher der Alters-, Hinterlassenen- oder Invalidenfürsorge teilhaftig waren. Die Neuhinzugekommenen sind deswegen höchstens zeitlich benachteiligt: die ihnen zustehenden Leistungen werden ihnen ja vom Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Ordnung an nachbezahlt, falls sie in jenem Zeitpunkt schon Anspruch auf diese Leistungen hätten machen können.

Um Mißverständnisse tunlichst zu vermeiden, sei auch an dieser Stelle wiederholt, daß die Ergänzungsleistungen nicht zu den bisher ausbezahlten Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenhilfen hinzugeschlagen werden, sondern in der Regel ganz oder teilweise an deren Stelle treten. Dennoch stellt die neue Ordnung einen großen sozialen Fortschritt dar.

Den Mitarbeitern aber am Werk der Ergänzungsleistungen in den Kantonen und den eingangs genannten Institutionen sei an dieser Stelle der Dank ausgesprochen für die bereits geleistete und erst recht noch zu leistende große Arbeit im Dienst derer, die der Hilfe der Allgemeinheit am meisten bedürfen.

Die Gebrechensstatistik in der Invalidenversicherung

Seit der Einführung der IV werden deren Versicherungsleistungen statistisch ausgewertet und insbesondere in den Jahresberichten der AHV/IV/EO allgemein zugänglich gemacht. Die Statistik erfaßt gleich wie in der AHV vor allem die Merkmale des Alters, des Geschlechts, des Zivilstandes, der Leistungsart und der Höhe der Leistung. Diese Angaben sind, zum Teil in verschlüsselter Form, auf den Verfügungen über zugesprochene Leistungen enthalten. Die spezifischen Merkmale auf dem Gebiete der IV, der Invaliditätsgrad bei Zusprechung von Invalidenrenten und die Art des Gebrechens, wurden vom Jahre 1960 an ebenfalls

statistisch erhoben. Was die Gebrechensart anbetrifft, begnügte man sich indessen einstweilen damit, lediglich die drei Ursachengruppen (Geburtsgebrechen, Krankheit, Unfall) zu erfassen, wobei die Notwendigkeit einer späteren einläßlicheren Erhebung der Gebrechensursachen unbestritten blieb. Diese ausgedehntere Erfassung der Gebrechen, die zu Leistungen der IV führen, soll nunmehr, nachdem ein repräsentativer Testversuch erfolgreich verlaufen ist, auf 1. Januar 1966 allgemein eingeführt werden.

Es soll daher an dieser Stelle kurz darauf hingewiesen werden, in welcher Weise das Merkmal der Invalidität künftig erfaßt wird.

Die Erwerbsunfähigkeit ist der zentrale Begriff in der IV. Darunter ist ein körperlicher oder geistiger Gesundheitsschaden zu verstehen, der sich auf die erwerblichen Verhältnisse eines Versicherten länger dauernd oder bleibend negativ auswirkt. Neben der Tatsache eines bestehenden Gesundheitsschadens ist somit in der IV entscheidend, in welcher Weise es sich im beruflichen Leben auswirkt bzw. welche IV-Leistung den Mangel ausgleichen oder beheben soll. Diese Überlegung legte es nahe, nicht nur die Gebrechensart auf Grund der medizinischen Diagnose festzuhalten, sondern auch den dadurch verursachten sogenannten Funktionsausfall. Somit setzt sich die Schlüsselzahl, die die Gebrechensursache angibt, aus zwei Teilen zusammen, einerseits einer Zahlengruppe, die auf das Leiden hinweist und einer solchen, die den Funktionsausfall ausdrückt.

Was den *Katalog der Leiden* anbetrifft, hätte es an und für sich nahe gelegen, für die Gebrechensstatistik auf den Schlüssel der Weltgesundheitsorganisation zurückzugreifen. Eine nähere Prüfung ergab indessen, daß dieser Schlüssel eher auf die Bedürfnisse einer Morbiditäts- oder Mortalitäts-erhebung zugeschnitten ist. Bei der schweizerischen IV liegen die Gewichte indessen wesentlich anders. Nur eine beschränkte Anzahl von Leiden führen zu Invalidität in ihrem Sinne, nur solche die von längerer Dauer sind oder solche, die unter Zurücklassung eines Defekts abheilen. Weiter ist dem Schlüssel der Weltgesundheitsorganisation die Unterscheidung nach Geburtsgebrechen, der in der IV doch eine besondere Bedeutung zukommt, fremd.

Dies führte dazu, grundsätzlich einen eigenen Schlüssel aufzubauen. Der Schlüssel der einzelnen Gebrechensarten kennt die bisherige bewährte systematische Klassierung nach den im IVG aufgezählten drei Gebrechensursachen: Geburtsgebrechen, Krankheit und Unfall. Was die Schlüsselung der Geburtsgebrechen anbetrifft, so wird die Liste der Geburtsgebrechen zugleich den Gebrechensschlüssel darstellen, worauf

die Numerierung der auf 1. September 1965 revidierten Liste Rücksicht nimmt. Die krankheits- oder unfallbedingten Leiden wurden unter möglichster Anlehnung an die Systematik des internationalen Schlüssels in größere, für die IV bedeutsame Gruppen zusammengefaßt, wobei die Schlüsselzahl der sowohl infolge Krankheit wie Unfall auftretenden Leiden nur in der ersten der drei Ziffern voneinander abweichen. Während der Schlüssel der Geburtsgebrechen 190 Ziffern umfaßt, sind die durch Krankheit oder Unfall bedingten Leiden in je 53 Ziffern enthalten.

Die Schlüsselung der Ursachen der Gebrechen wird, wie schon gesagt, durch Angabe der durch die Leiden hervorgerufenen *funktionellen Einschränkungen* ergänzt. Dabei sollen verschiedene, für die IV bedeutsame sogenannte Funktionsausfälle erfaßt werden, wie z. B. beidseitige Blindheit, Amputation der untern Extremitäten usw.

Wie soll nun dieses technische Rüstzeug eingesetzt werden? Da das Merkmal des Gebrechens bzw. des Funktionsausfalls nur eines unter vielen statistisch bereits erfaßten Daten darstellt und eine Auswertung nur in der sinnvollen Kombination verschiedener Merkmale besteht, stellt auch die sogenannte Gebrechensstatistik nur einen Teil der bereits bestehenden statistischen Erfassung dar, die eng mit der Gewährung von Leistungen durch die IV verknüpft ist. Nur diejenigen Invaliden werden somit erfaßt, die im Genusse von Leistungen der IV stehen. Ein eingliederter Versicherter jedoch, der keine Eingliederungsmaßnahmen mehr beanspruchen kann und mehr als zur Hälfte erwerbsfähig ist, wird in der Statistik nicht gezählt werden. Trotzdem wird die statistische Auswertung wertvolle Angaben über die Art und die Auswirkung dauernder Gesundheitsschädigungen erteilen.

In administrativer Hinsicht ergeben sich keine wesentlichen Neuerungen. Wie bereits erwähnt, wurde, wenn auch nur in rudimentärer Form, die Gebrechensursache bereits bisher in die Statistik einbezogen. Statt der einstelligen Schlüsselzahl wird nunmehr eine fünfstellige Zahl auf die Verfügung gesetzt werden. Diese zu bestimmen wird Sache der Ärzte der IV-Kommissionen sein, die in aner kennenswerter Weise diese zusätzliche Aufgabe übernehmen werden. Sie tragen damit dazu bei, wertvolle Erkenntnisse zu gewinnen, die nicht nur für die IV allein, sondern auch für die Wissenschaft (z. B. Vererbungsforschung, Sozial- und Präventivmedizin) von Interesse sein werden.

Die Neuordnung der Verwaltungskostenzuschüsse aus dem Ausgleichsfonds der AHV

Die kantonalen Ausgleichskassen erhalten gestützt auf Artikel 158, Absatz 2, AHVV an ihre Verwaltungskosten aus dem Ausgleichsfonds der AHV Zuschüsse. Diese beliefen sich seit dem Jahr 1954 auf jährlich 6 Millionen Franken und wurden nach einem Verteilungsschlüssel zugesprochen, der letztmals in der seit dem Jahr 1962 gültigen Verfügung des Eidgenössischen Departementes des Innern vom 17. November 1961 über Verwaltungskosten in der AHV festgelegt worden ist.

Die bisherige Regelung beruhte grundsätzlich auf den Ergebnissen einer im Jahre 1953 durchgeführten Verwaltungskostenerhebung. Da sich die Verhältnisse seither in mancher Beziehung geändert haben, sprach sich der Ausschuß für Verwaltungskostenfragen der Eidgenössischen Kommission für die AHV und IV für eine Überprüfung des Verteilungsschlüssels aus. Im Jahre 1963 fand daher bei den kantonalen Ausgleichskassen wiederum eine Verwaltungskostenerhebung statt, die sich auf die Kosten für sämtliche Arbeitsgebiete im Jahre 1962 erstreckte. Deren Ergebnisse führten zu einer vom erwähnten Ausschuß einstimmig gebilligten Neuordnung. Die Eidgenössische Kommission für die AHV und IV nahm ihrerseits ebenfalls dazu Stellung und stimmte ihr zu. Das Eidgenössische Departement des Innern erließ am 16. November 1965 eine entsprechende Verfügung, die den kantonalen Ausgleichskassen vom 1. Januar 1965 an wie folgt Zuschüsse an die Kosten für die Durchführung besonderer Aufgaben und Zuschüsse an die ordentlichen Durchführungskosten gewährt.

1. Den kantonalen Ausgleichskassen obliegen im Rahmen der *AHV und IV* verschiedene *besondere Aufgaben*, für deren Vollzugskosten keine entsprechenden Einnahmen aus Verwaltungskostenbeiträgen anfallen. Gestützt auf Artikel 158, Absatz 1, zweiter Satz, AHVV werden ihnen daher — wie bis anhin — an die entstandenen Aufwendungen Zuschüsse gewährt. In Berücksichtigung eines langjährigen Postulates der kantonalen Ausgleichskassen werden indessen die Zuschüsse nunmehr gesondert festgelegt und als feste Einzelbeträge nach Arbeitseinheiten ausgerichtet.

2. Die Zuschüsse an die *ordentlichen Durchführungskosten* der *AHV* belaufen sich auf 4 Millionen Franken im Jahr und sind aufgeteilt in einen Zuschuß an die allgemeinen Bereitschaftskosten und in einen Zuschuß an die durch die Arbeitsbelastung bedingten Aufwendungen.

a. Aus der gesetzlichen Verpflichtung, wonach jeder Kanton eine kantonale Ausgleichskasse zu errichten hat, erwachsen Umtriebe und Kosten, die weder von der Zahl der erfaßten Abrechnungspflichtigen noch von jener der Leistungsbezüger direkt abhängig sind, sondern vornehmlich durch die Bereitstellung und Aufrechterhaltung der Kassenverwaltung an sich verursacht werden. Dabei belasten die entsprechenden Aufwendungen die Verwaltungskostenrechnung verhältnismäßig mehr, je kleiner der Geschäftsumfang und je vielfältiger die sprachlichen Gegebenheiten einer kantonalen Ausgleichskasse sind. Solchen Kosten stehen in der Regel auch keine unmittelbaren Einnahmen aus Verwaltungskostenbeiträgen der Abrechnungspflichtigen gegenüber. Für diese Aufwendungen wird der *Zuschuß an die allgemeinen Bereitschaftskosten* ausgerichtet. Er entspricht dem bisherigen Grundbetrag und besteht nun in einem festen Betrag von 30 000 Franken je Ausgleichskasse, der für Ausgleichskassen von Kantonen mit mehr als einer Amtssprache oder mit erheblich erschwerten Verhältnissen im Verkehr mit den Versicherten bis auf 100 000 Franken erhöht werden kann.

b. Der verbleibende Betrag wird als *Zuschuß an die durch die Arbeitsleistung bedingten Kosten* gewährt. Dabei werden die verschiedenen Arbeitseinheiten entsprechend den Kosten, die im Durchschnitt aller kantonalen Ausgleichskassen auf die einzelnen Arbeitseinheiten entfallen, zunächst gewichtet. Im Hinblick auf die finanziellen Bedürfnisse im Einzelfall wird sodann die Summe der gewichteten Arbeitseinheiten in Berücksichtigung der Finanzkraft jeder Ausgleichskasse modifiziert. Hiefür wird auf die durchschnittliche jährliche AHV-Beitragssumme je Abrechnungspflichtigen abgestellt. Beträgt diese 1 000 und mehr Franken, so wird an die durch die Arbeitsbelastung bedingten Kosten künftig kein Zuschuß ausgerichtet, da — wie die Verwaltungskostenerhebung 1963 gezeigt hat — in einem solchen Fall die entsprechenden Aufwendungen durch die Verwaltungskostenbeiträge der Abrechnungspflichtigen grundsätzlich gedeckt werden. Andererseits wird der ungünstigen Finanzstruktur von Ausgleichskassen mit einer durchschnittlichen AHV-Beitragssumme von weniger als 600 Franken durch die Erhöhung der maßgebenden Arbeitseinheiten Rechnung getragen.

3. Anspruch auf die erwähnten Verwaltungskostenzuschüsse haben unverändert jene kantonalen Ausgleichskassen, die im jeweils vorangegangenen Rechnungsjahr von der Beitragssumme der ihnen angeschlossenen Arbeitgeber, Selbständigerwerbenden und mehr als den Mindestbeitrag schuldenden Nichterwerbstätigen *im Einzelfall* Verwal-

tungskostenbeiträge von wenigstens 2,5 Prozent bezogen haben. Ist diese Voraussetzung erfüllt, so bleibt der Anspruch auf die Zuschüsse an die Kosten für die Durchführung besonderer Aufgaben und auf den Zuschuß an die allgemeinen Bereitschaftskosten stets ohne jegliche Einschränkung gewahrt. Die Ausrichtung des ungekürzten Zuschusses an die durch die Arbeitsbelastung bedingten Kosten wird dagegen zusätzlich davon abhängig gemacht, daß die einzelne Ausgleichskasse im maßgebenden Rechnungsjahr von den Abrechnungspflichtigen Verwaltungskostenbeiträge von wenigstens 3,25 Prozent — bis anhin 3,5 Prozent — im *Gesamtdurchschnitt* erhoben hat. Andernfalls wird der Zuschuß im folgenden Rechnungsjahr gekürzt. Die Kürzung wird aber nicht mehr nur bis zur Hälfte des Betreffnisses beschränkt, sondern nach einer gleichmäßig sinkenden Skala künftig derart erfolgen, daß der Zuschuß an die durch die Arbeitsbelastung bedingten Kosten bei einem Durchschnittsansatz von 2,5 Prozent dahinfällt.

4. Die Verwaltungsvermögen der Ausgleichskassen haben keinen Selbstzweck, sondern dienen in erster Linie dazu, allfällige Übergangszeiten mit wesentlich geringeren Einnahmen aus Verwaltungskostenbeiträgen zu überbrücken. Die Verwaltungsvermögen sollen deshalb durch die Verwaltungskostenzuschüsse nicht über Gebühr geäufnet werden. Um dies zu vermeiden, ist künftig der Zuschuß an die durch die Arbeitsbelastung bedingten Kosten jeweils zurückzuerstatten, wenn die Verwaltungskostenrechnung einer Ausgleichskasse für ein Rechnungsjahr einen Einnahmenüberschuß aufweist und der Stand des aus Einnahmenüberschüssen seit dem Jahr 1948 gebildeten Vermögens gleichzeitig den doppelten Betrag des Verwaltungsaufwandes für die Durchführung der AHV während des betreffenden Jahres übersteigt. Die Rückerstattung hat indessen nur im Rahmen des im Rechnungsjahr erzielten Einnahmenüberschusses und soweit zu erfolgen, als dadurch das dem doppelten Betrag des Verwaltungsaufwandes entsprechende Vermögen nicht unterschritten wird.

*

Die Neuordnung berücksichtigt die strukturellen Verhältnisse der einzelnen kantonalen Ausgleichskasse besser als bis anhin. Sie bringt auch eine beweglichere Regelung für die Gewährung der Verwaltungskostenzuschüsse aus dem Ausgleichsfonds der AHV mit sich. In diesem Sinne darf die neue Lösung als Fortschritt angesehen werden.

Die Rechtsstellung der kantonalen IV-Kommissionen

Gemäß Artikel 34quater Bundesverfassung hat die Durchführung der IV unter Mitwirkung der Kantone zu erfolgen. Daher wurden die Kantone in den Vollzug eingeschaltet. Die Bezeichnung der Vollzugsorgane ist jedoch den Kantonen nicht freigestellt, wie dies sonst beim Vollzug von Bundesrecht durch die Kantone im allgemeinen üblich ist. Das IVG bestimmt die Vollzugsorgane, nämlich die AHV-Ausgleichskassen, IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, und umschreibt im wesentlichen auch deren Organisation und Aufgaben. Die rechtliche Einordnung dieser Organe bietet besonders bei den kantonalen IV-Kommissionen gelegentlich Schwierigkeiten, weshalb nachstehend hiezu einige Ausführungen gemacht werden.

Die IV-Kommission als kantonale Behörde

Artikel 55 IVG weist die Kantone an, durch besonderen Erlaß eine kantonale IV-Kommission einzusetzen und deren Organisation zu regeln. Obschon der Inhalt der kantonalen Vorschriften teilweise durch das Bundesrecht vorgezeichnet ist, steht den Kantonen in der Organisation ein weitgehendes Selbstbestimmungsrecht zu, das ihnen erlaubt, den kantonalen Verhältnissen entsprechende Lösungen zu treffen. Die Gebiete, welche in die Rechtsetzungskompetenz der Kantone fallen, sind in Artikel 43 IVV aufgezählt und betreffen

- die Bestimmung des Sitzes der IV-Kommission;
- die Wahl, das Amtsverhältnis und die Amtsdauer des Präsidenten sowie der Mitglieder und Ersatzmitglieder der IV-Kommission;
- die Aufstellung von Grundsätzen, nach denen der Präsident und die Kommissionsmitglieder entschädigt werden (wobei jedoch das Bundesamt für Sozialversicherung im Zusammenhang mit dem Genehmigungsverfahren bestimmte Richtlinien für die Festlegung der Vergütungsansätze aufgestellt hat);
- die interne Organisation, die Ausstandsgründe und das Verfahren;
- den Geschäftsverkehr mit dem Sekretariat, soweit er nicht in Artikel 46 IVV geordnet ist.

Zudem haben die Kantone gemäß Artikel 56, Absatz 2, IVG die Möglichkeit, vorbehaltlich der eidgenössischen Genehmigung, die IV-Kommission in mehrere Kammern zu gliedern, wenn Bevölkerungszahl,

sprachliche oder geographische Gründe es erfordern. In ZAK 1963, S. 346 und S. 427 wurde ein Überblick gegeben, wie die Kantone in ihrem Bereich Recht gesetzt haben.

Bei der geschilderten Organisation kann kein Zweifel darüber bestehen, daß die kantonalen IV-Kommissionen, wie es übrigens nach dem Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Einführung der IV in den Absichten der Experten lag, die Stellung kantonalen Behörden haben. Dementsprechend sind auch die Mitglieder der IV-Kommission kantonale Behördemitglieder, die administrativ der Aufsicht der Kantonsregierungen bzw. ihrer zuständigen Departemente unterstehen. Diese administrative Aufsicht äußert sich insbesondere darin, daß für die richtige Anwendung der kantonalen Organisationsvorschriften primär die Kantone verantwortlich sind. Auch die Disziplinaufsicht über die IV-Kommissionen liegt, abgesehen von Sonderfällen, die noch zu erörtern sind, bei den Kantonen.

Nicht so eindeutig liegen die Dinge bei der Schadenhaftung; denn Artikel 70 AHVG, der ohnehin nur einen Spezialfall der Haftung, nämlich diejenige gegenüber der Versicherung regelt, ist auf die IV-Kommissionen nicht anwendbar. Das ergibt sich aus Artikel 66 IVG, der die Haftungsvorschrift des AHVG im Gegensatz zur Vorschrift über die strafrechtliche Verantwortlichkeit (Art. 66, Abs. 1, AHVG) nicht ausdrücklich auch auf die Mitglieder der IV-Kommissionen ausdehnt. Es fragt sich daher ganz allgemein, ob Kommissionsmitglieder, die in Ausübung ihrer Tätigkeit dem Bund oder Dritten Schaden zufügen, auf Grund des Bundesrechts oder des kantonalen Rechts haften. Im ersten Fall würde als Haftungsgrundlage das Bundesgesetz über die Verantwortlichkeit des Bundes sowie seiner Behördemitglieder und Beamten vom 14. März 1958 (Verantwortlichkeitsgesetz) dienen, während im zweiten Fall die Verantwortlichkeitsvorschriften des betreffenden Kantons heranzuziehen wären. Die gleiche Frage hat sich seinerzeit bezüglich der Haftung der Ausgleichskassen gegenüber Dritten in der AHV gestellt. In einem in der ZAK 1958, S. 278, erschienenen Aufsatz wurde die Auffassung vertreten, das Eidgenössische Verantwortlichkeitsgesetz finde nur auf die Angestellten der Verbandsausgleichskassen der AHV Anwendung, dagegen nicht auf Funktionäre der kantonalen Ausgleichskassen. Den gegenteiligen Standpunkt nimmt Prof. Geiger in der Schweizerischen Zeitschrift für Sozialversicherung, 1959, S. 206, ein. Er ist der Ansicht, daß das Verantwortlichkeitsgesetz auch auf die Funktionäre der kantonalen Ausgleichskassen Anwendung findet, da diese in bezug auf die Durchführung der bundesrechtlichen Gesetzesbestimmungen der

Aufsicht des Bundes unterstehen (Art. 72 AHVG). Die gleichen Schlüsse lassen sich auch für die Haftung der IV-Kommissionen ziehen; denn diesen obliegt ebenfalls die Durchführung des materiellen Rechts des Bundes (IVG) und auch sie sind auf Grund von Artikel 64 IVG der Bundesaufsicht unterstellt. In der ZAK 1960, S. 229, hat das Bundesamt für Sozialversicherung allerdings darauf hingewiesen, daß es fraglich sei, ob der Gesetzgeber kantonale Funktionäre, die unmittelbar der Bundesgewalt unterstehen, im Rahmen ihrer Tätigkeit dem Verantwortlichkeitsgesetz unterstellen wollte. Die Botschaft des Bundesrates zum Verantwortlichkeitsgesetz vom 29. Juni 1956 wie auch das Protokoll der nationalrätlichen Kommission (Sitzung vom 23. 1. 57) führe zu einer andern Auslegung. Danach schienen unter Artikel 1, Absatz 1, Buchstabe f, des Verantwortlichkeitsgesetzes lediglich jene kantonalen Beamten zu fallen, die der Bund mit besonderen Aufgaben persönlich beauftragt, was auf die Funktionäre der kantonalen Ausgleichskassen nicht zutrefte. An dieser Auffassung läßt sich auch bezüglich der IV-Kommissionen festhalten, da deren Organisation und die Wahl ihrer Mitglieder ebenfalls in den Kompetenzbereich der Kantone fällt (Art. 55 IVG, Art. 43 IVV).

Die IV-Kommissionen als Organe der IV

Obschon die IV-Kommissionen durch kantonales öffentliches Recht eingesetzt wurden und als kantonale Behörden gelten, sind sie funktionell Organe der IV. Sie üben bundesrechtlich festgelegte Aufgaben aus und unterstehen in dieser Hinsicht ausschließlich der Aufsichtsbehörde des Bundes (Bundesamt für Sozialversicherung), die direkt mit ihnen verkehrt und ihre Geschäftsführung periodisch überprüft. Unbeachtlich ihres Charakters als Kollegialbehörde sind die IV-Kommissionen Verwaltungsorgane der IV und als solche nicht in der Lage, die gesetzlichen Bestimmungen wie Gerichte frei zu würdigen. Sie sind an die Weisungen der Aufsichtsbehörde des Bundes gebunden. Dieses Weisungsrecht der Bundesbehörden ergibt sich aus den einschlägigen Vorschriften der AHV-Gesetzgebung (Art. 72, Abs. 1, AHVG und Art. 176, Abs. 2, AHVV), die in Artikel 64, Absatz 1, IVG und Artikel 89 IVV als sinngemäß anwendbar erklärt werden. Allerdings können Mängel in der materiellen Rechtsanwendung Rückwirkungen auf die administrativen Belange haben, wenn sie auf organisatorische oder personelle Unzulänglichkeiten zurückzuführen sind. Insoweit wird wieder die Kompetenz der kanto-

nenalen Aufsichtsbehörden berührt. Daher werden diese durch die Bundesbehörden über ihre Feststellungen bei der Überprüfung der Geschäftsführung der IV-Kommissionen orientiert.

Zu erwähnen ist ferner, daß der Bund den Kommissionsmitgliedern eine strenge Schweigepflicht (Art. 66, Abs. 1, IVG; Art. 50 AHVG) sowie eine erhöhte strafrechtliche Verantwortlichkeit (Art. 66, Abs. 2, IVG; Art. 66, Abs. 1, AHVG) auferlegt. Es sind ihm auch gewisse Disziplinarbefugnisse vorbehalten (Art. 64, Abs. 1, IVG; Art. 72, Abs. 2, AHVG). So können Kommissionsmitglieder, die ihre Obliegenheiten nicht ordnungsgemäß erfüllen, in Fällen schwerer Pflichtverletzung auf Verlangen des Bundesrates von den Kantonen ihrer Stellung enthoben werden. Diese Gesetzesbestimmung schließt natürlich keineswegs aus, daß der Kanton seine Disziplinalgewalt selbständig anwenden und ein Mitglied der IV-Kommission aus eigener Machtbefugnis entlassen kann, wenn die kantonrechtlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Schließlich sei noch auf die eher theoretische Möglichkeit hingewiesen, daß die Bundesbehörde in Fällen wiederholter schwerer Mißachtung der gesetzlichen Vorschriften durch eine kantonale IV-Kommission eine kommissarische Verwaltung anordnen könnte (Art. 64, Abs. 1, IVG; Art. 72, Abs. 3, AHVG).

Statistik der AHV-Renten 1964

Die nachstehenden Tabellen vermitteln die wesentlichsten Ergebnisse über die im Jahre 1964 in der Schweiz ausgerichteten AHV-Renten. Das Jahr 1964 ist charakterisiert durch namhafte auf die sechste AHV-Revision zurückzuführende Neuerungen und Verbesserungen, weshalb den statistischen Resultaten dieses Jahres besondere Bedeutung zukommt.

Eine der Neuerungen betrifft die Zusatzrenten, die im Zusammenhang mit Altersrenten gewährt werden. Die statistische Auswertung der Zusatzrenten beschränkt sich auf die Rentensummen. Diese sind nur in Tabelle 1, aus der die Gliederung nach Rentenkategorien hervorgeht, separat ausgewiesen und in den nachfolgenden Tabellen in den auf die Altersrenten entfallenden Rentensummen enthalten.

Rentenbezüger und Rentensumme nach Rentenkategorien

Tabelle 1

| Rentenkategorien | Renten- bezüger | Rentensummen in Franken 1 | |
|-------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|
| | | Insgesamt | Davon Zusatzrenten |
| Ordentliche Renten | 564 479 | 1 318 280 237 | 28 228 668 |
| Außerordentliche Renten | 153 867 | 206 907 353 | 325 294 |
| Total | 718 346 | 1 525 187 590 | 28 553 962 |

1 Ohne Doppel-Kinderrenten im Betrage von 1 819 103 Franken

Die Zusatzrenten setzen sich zusammen aus Zusatzrenten für die Ehefrau, einfachen Kinderrenten und Doppel-Kinderrenten. Da aber vorläufig nicht ermittelt werden kann, ob die auf die Doppel-Kinderrenten entfallenden Rentensummen im Einzelfall zu den einfachen Altersrenten oder den Ehepaar-Altersrenten gehören, sind sie in sämtlichen Tabellen nicht berücksichtigt worden. Mit 1,8 Millionen Franken ist ihre Rentensumme übrigens unbedeutend.

Die Gliederung nach dem durchschnittlichen Jahresbeitrag ergibt sich aus Tabelle 2a und 2b. Zu beachten sind dabei die neu gewählten Beitragsintervalle. Sie sind bedingt durch die neue und vereinfachte Rentenformel.

Ordentliche Renten

Bezüger nach durchschnittlichem Jahresbeitrag

Tabelle 2a

| Rentenarten | Durchschnittlicher Jahresbeitrag in Franken | | | | |
|-----------------------|---|----------------|----------------|-------------------|----------------|
| | bis 125 1 | 126—400 | 401—670 | 671 und mehr 2 | Zusammen |
| Einfache Altersrenten | 111 765 | 134 987 | 55 377 | 22 652 | 324 781 |
| Ehepaar-Altersrenten | 9 522 | 54 929 | 50 039 | 24 786 | 139 276 |
| Witwenrenten | 1 845 | 18 267 | 22 247 | 9 833 | 52 192 |
| Einfache Waisenrenten | 2 064 | 19 286 | 18 217 | 6 900 | 46 467 |
| Vollwaisenrenten | 152 | 835 | 536 | 240 | 1 763 |
| Total | 125 348 | 228 304 | 146 416 | 64 411 | 564 479 |

1 Minimalrenten
2 Maximalrenten

Ordentliche Renten

Rentensummen¹ nach durchschnittlichem Jahresbeitrag

In tausend Franken

Tabelle 2b

| Rentenarten | Durchschnittlicher Jahresbeitrag in Franken | | | | |
|-----------------------|---|----------------|----------------|---------------------------|-----------------|
| | bis 125 ² | 126—400 | 401—670 | 671 und mehr ³ | Zusammen |
| Einfache Altersrenten | 159 373 | 264 459 | 153 096 | 71 931 | 648 859 |
| Ehepaar-Altersrenten | 21 342 | 176 829 | 211 121 | 114 751 | 524 043 |
| Witwenrenten | 2 014 | 29 714 | 46 920 | 22 233 | 100 881 |
| Einfache Waisenrenten | 1 083 | 15 216 | 18 464 | 7 529 | 42 292 |
| Vollwaisenrenten | 120 | 908 | 790 | 387 | 2 205 |
| Total | 183 932 | 487 126 | 430 391 | 216 831 | 1318 280 |

¹ Ohne Doppel-Kinderrenten im Betrage von 1 796 000 Franken
² Minimalrenten
³ Maximalrenten

Ordentliche Renten

Bezüger und Rentensummen nach Rentenskalen

Tabelle 3

| Rentenarten | Rentenskalen 1—19 Teilrenten | Rentenskala 20 Vollrenten | Zusammen |
|--|------------------------------------|---------------------------------|------------------|
| Bezüger | | | |
| Einfache Altersrenten | 6 794 | 317 987 | 324 781 |
| Ehepaar-Altersrenten | 1 554 | 137 722 | 139 276 |
| Witwenrenten | 1 559 | 50 633 | 52 192 |
| Einfache Waisenrenten | 2 419 | 44 048 | 46 467 |
| Vollwaisenrenten | 92 | 1 671 | 1 763 |
| Total | 12 418 | 552 061 | 564 479 |
| Rentensummen in tausend Franken¹ | | | |
| Einfache Altersrenten | 9 399 | 639 460 | 648 859 |
| Ehepaar-Altersrenten | 3 835 | 520 208 | 524 043 |
| Witwenrenten | 2 125 | 98 756 | 100 881 |
| Einfache Waisenrenten | 1 539 | 40 753 | 42 292 |
| Vollwaisenrenten | 88 | 2 117 | 2 205 |
| Total | 16 986 | 1 301 294 | 1 318 280 |

¹ Ohne Doppel-Kinderrenten im Betrage von 1 796 000 Franken

Tabelle 3 vermittelt die Aufteilung nach Rentenskalen; als Folge der Umwandlung der generationsbedingten Teilrenten (Skalen 1—19) in Vollrenten (Skala 20) werden ab 1964 nahezu nur noch Vollrenten ausgerichtet. Die Verteilung der ordentlichen bzw. außerordentlichen Renten nach Kantonen geht schliesslich aus den Tabellen 4 und 5 hervor.

Ordentliche AHV-Renten 1964

Bezüger und Rentensummen nach Kantonen

Tabelle 4

| Kantone | Bezüger | | | Rentensummen in tausend Franken ¹ | | |
|-----------------|-------------------|--------------------------------|----------|---|--------------------------------|-----------|
| | Alters- renten | Hinter- lassenen- renten | Zusammen | Alters- renten | Hinter- lassenen- renten | Zusammen |
| Zürich | 84 145 | 15 633 | 99 778 | 224 546 | 25 071 | 249 617 |
| Bern | 78 502 | 16 489 | 94 991 | 198 705 | 23 694 | 222 399 |
| Luzern | 19 315 | 5 783 | 25 098 | 46 414 | 7 550 | 53 964 |
| Uri | 2 092 | 632 | 2 724 | 4 882 | 764 | 5 646 |
| Schwyz | 6 174 | 1 758 | 7 932 | 14 109 | 2 271 | 16 380 |
| Obwalden | 1 704 | 478 | 2 182 | 3 619 | 534 | 4 153 |
| Nidwalden | 1 398 | 528 | 1 926 | 3 160 | 614 | 3 774 |
| Glarus | 3 802 | 696 | 4 498 | 9 740 | 1 002 | 10 742 |
| Zug | 3 702 | 977 | 4 679 | 9 068 | 1 396 | 10 464 |
| Freiburg | 12 097 | 3 692 | 15 789 | 27 476 | 4 454 | 31 930 |
| Solothurn | 15 192 | 3 570 | 18 762 | 41 762 | 5 351 | 47 113 |
| Basel-Stadt | 21 455 | 3 942 | 25 397 | 58 023 | 6 740 | 64 763 |
| Basel-Land | 10 302 | 2 208 | 12 510 | 28 094 | 3 436 | 31 530 |
| Schaffhausen | 5 910 | 1 248 | 7 158 | 15 788 | 1 905 | 17 693 |
| Appenzell A.Rh. | 5 902 | 871 | 6 773 | 13 957 | 1 209 | 15 166 |
| Appenzell I.Rh. | 1 452 | 234 | 1 686 | 2 957 | 259 | 3 216 |
| St. Gallen | 30 261 | 6 560 | 36 821 | 74 784 | 8 890 | 83 674 |
| Graubünden | 12 264 | 2 774 | 15 038 | 27 095 | 3 481 | 30 576 |
| Aargau | 26 663 | 6 714 | 33 377 | 69 129 | 9 579 | 78 708 |
| Thurgau | 14 526 | 3 029 | 17 555 | 36 197 | 4 288 | 40 485 |
| Tessin | 17 861 | 4 067 | 21 928 | 40 567 | 5 763 | 46 330 |
| Waadt | 38 613 | 7 325 | 45 938 | 95 919 | 11 118 | 107 037 |
| Wallis | 12 257 | 4 759 | 17 016 | 25 762 | 5 495 | 31 257 |
| Neuenburg | 13 840 | 2 627 | 16 467 | 36 880 | 4 204 | 41 084 |
| Genf | 24 628 | 3 828 | 28 456 | 64 269 | 6 310 | 70 579 |
| Total | 464 057 | 100 422 | 564 479 | 1 172 902 | 145 378 | 1 318 280 |

¹ Ohne Doppel-Kinderrenten im Betrage von 1 796 000 Franken

Außerordentliche AHV-Renten 1964

Bezüger und Rentensummen nach Kantonen

Tabelle 5

| Kantone | Bezüger | | | Rentensummen in tausend Franken ¹ | | |
|-----------------|-------------------|--------------------------------|----------------|---|--------------------------------|----------------|
| | Alters- renten | Hinter- lassenen- renten | Zusammen | Alters- renten | Hinter- lassenen- renten | Zusammen |
| Zürich | 22 822 | 2 312 | 25 134 | 32 189 | 1 968 | 34 157 |
| Bern | 22 008 | 2 982 | 24 990 | 30 952 | 2 346 | 33 298 |
| Luzern | 5 593 | 995 | 6 588 | 7 825 | 724 | 8 549 |
| Uri | 607 | 131 | 738 | 882 | 94 | 976 |
| Schwyz | 1 836 | 370 | 2 206 | 2 604 | 262 | 2 866 |
| Obwalden | 567 | 126 | 693 | 802 | 93 | 895 |
| Nidwalden | 385 | 139 | 524 | 526 | 92 | 618 |
| Glarus | 1 052 | 127 | 1 179 | 1 468 | 110 | 1 578 |
| Zug | 1 037 | 158 | 1 195 | 1 459 | 126 | 1 585 |
| Freiburg | 3 692 | 743 | 4 435 | 5 158 | 510 | 5 668 |
| Solothurn | 4 115 | 561 | 4 676 | 5 764 | 444 | 6 208 |
| Basel-Stadt | 6 581 | 604 | 7 185 | 9 392 | 564 | 9 956 |
| Basel-Land | 3 132 | 375 | 3 507 | 4 404 | 293 | 4 697 |
| Schaffhausen | 1 583 | 229 | 1 812 | 2 208 | 177 | 2 385 |
| Appenzell A.Rh. | 1 734 | 166 | 1 900 | 2 450 | 134 | 2 584 |
| Appenzell I.Rh. | 254 | 62 | 316 | 354 | 45 | 399 |
| St. Gallen | 8 851 | 1 091 | 9 942 | 12 625 | 833 | 13 458 |
| Graubünden | 3 735 | 655 | 4 390 | 5 360 | 504 | 5 864 |
| Aargau | 7 473 | 1 058 | 8 531 | 10 482 | 798 | 11 280 |
| Thurgau | 3 969 | 436 | 4 405 | 5 605 | 332 | 5 937 |
| Tessin | 6 532 | 825 | 7 357 | 9 446 | 705 | 10 151 |
| Waadt | 13 275 | 1 330 | 14 605 | 18 953 | 1 163 | 20 116 |
| Wallis | 3 697 | 1 115 | 4 812 | 5 165 | 827 | 5 992 |
| Neuenburg | 4 366 | 384 | 4 750 | 6 226 | 330 | 6 556 |
| Genf | 7 351 | 646 | 7 997 | 10 534 | 601 | 11 135 |
| Total | 136 247 | 17 620 | 153 867 | 192 833 | 14 075 | 206 908 |

¹ Ohne Doppel-Kinderrenten im Betrage von 23 000 Franken

Gemeinsame Auszahlung von AHV- und IV-Renten mit Ergänzungsleistungen

Gemäß Artikel 75, Absatz 2, AHVV und Artikel 82, Absatz 3, IVV, können die Ausgleichskassen periodische Fürsorgeleistungen, die sie auf Grund einer ihnen vom Kanton oder Gründerverband übertragenen weiteren Aufgabe dem Berechtigten auszurichten haben, zusammen mit der

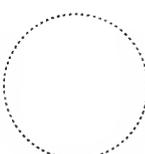
AHV- oder IV-Rente überweisen (vgl. Rz 979 der Wegleitung über die Renten). Das Bundesgesetz vom 19. März 1965 über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV sieht ferner in Artikel 6, Absatz 3 noch ausdrücklich vor, daß die Auszahlung der Ergänzungsleistungen gemeinsam mit der Rente der AHV oder IV erfolgen könne.

Wie aus Anfragen, die an das Bundesamt für Sozialversicherung gerichtet wurden, hervorgeht, wäre es den Ausgleichskassen dank vorhandener moderner maschineller Einrichtungen oft möglich, im Empfängerabschnitt des Anweisungsformulares Angaben über die Zusammensetzung des ausbezahlten Betrages aufzunehmen. Dem Bundesamt für Sozialversicherung sind auch schon Entwürfe für entsprechend gestaltete Anweisungsformulare unterbreitet worden. Hiezu mag in grundsätzlicher Beziehung bemerkt werden, daß eine solche Orientierung der Leistungsbezüger bei jeder monatlichen Auszahlung durchaus erwünscht ist, sehen doch die Auszahlungsvorschriften ausdrücklich vor, daß dem Leistungsberechtigten in geeigneter Weise über die Zusammensetzung des Gesamtbetrages Aufschluß zu geben ist, um Unklarheiten über den gesamthaft zur Ausrichtung gelangenden Leistungsbetrag zu vermeiden (vgl. Rz 980 der Wegleitung über die Renten). Andererseits sind aber die Möglichkeiten, in den für die Auszahlung der AHV- und IV-Renten benützten Anweisungsformularen zusätzliche Angaben über die Ergänzungsleistungen anzubringen, beschränkt.

Wie sich nun aus einer Rücksprache des Bundesamtes für Sozialversicherung mit der Generaldirektion der Post-, Telephon- und Telegraphen-Betriebe ergeben hat, werden von dieser grundsätzlich keine Einwendungen gegen entsprechende Ergänzungen der Anweisungsformulare erhoben. Ihre Vorschriften und die Anforderungen, die aus betriebstechnischen Gründen eingehalten werden müssen, lassen aber allgemein nicht allzu weitgehende Abweichungen von der üblichen Formulardarstellung der Post zu. Dies gilt auch für die Anweisungsformulare der AHV und IV, die ohnehin schon gewisse Besonderheiten aufweisen und für die auch eine gewisse Einheitlichkeit bewahrt bleiben muß. Es sei in diesem Zusammenhang auch an die für Eigendrucke der bedingt obligatorischen Anweisungsformulare Nummer 318.162 dfi- und Nummer 318.163 dfi bestehende Vorschrift erinnert, die Probeabzüge dem Bundesamt für Sozialversicherung zur Genehmigung vorzulegen.

Als Beispiel für eine Formulgestaltung, die den Anforderungen der Post genügt, sei auf das abgebildete Muster verwiesen. Dieses übernimmt den Inhalt des amtlichen Formulars genau. In der ursprünglichen Gestaltung ist nichts geändert. Insbesondere sind gemäß den postali-

schen Vorschriften die Schraffurfelder im oberen Drittel des Formulars angebracht und oberhalb dieser Felder ist genügend Raum für die Postchecknummer und die Kassenbezeichnung vorhanden, so daß zwischen dem unteren Rand des Textes und den Schraffurfeldern auch der vorgeschriebene freie Raum von mindestens 5 mm gewahrt werden kann. Im freien Raum unterhalb der Schraffurfelder und unterhalb der Adresse sind, in je einem Felde, die Angaben über die Zusammensetzung des Gesamtbetrages, ferner die Versichertennummer nebst der Schlüsselzahl für die Rentenart und die Ziffer des Rentenmonats angeordnet. Auch beträgt der freie Raum unten, wo der Poststempel angebracht wird, vorschriftsgemäß vom unteren Rand des Formulars bis hinauf zum Feldrand 25 mm.

| | | | | | |
|---|-------------------------|---|----------------|---------------|--|
| AHV-IV | | Abschnitt - Coupon - Cedola | | AVS-AI | |
| aus Konto du compte dal conto | | | | | |
| Fr. | |  | | C. | |
| Zahlbar an payables à pagabili a | | | | | |
| Renten AHV/IV | Ergänzungs- leistung | Verrechnung Fr. c. | | Code | |
| | | | | | |
| Versichertennummer | | | Renten- art | Monat | |
| | | | | | |
|  | | | | | |

Erläuterungen für eine Code-Ziffer können auf der Rückseite des Empfänger-Abschnittes angebracht werden, so z. B. für die Abzüge

- 1 Verrechnung der Rückerstattung
- 2 Beiträge AHV/IV/EO
- 3 andere Verrechnungen

Durchführungsfragen der AHV/IV/EO

Die Berechnung der Ehepaar-Altersrenten in Spezialfällen

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in verschiedenen Entscheidungen (s. ZAK 1959, S. 390) erkannt, daß bei der Berechnung der Ehepaar-Altersrenten unter Umständen die Beiträge und die Beitragsdauer der Ehefrau zu den Beiträgen und zu der Beitragsdauer des Ehemannes hinzugezählt und zur Ermittlung der anwendbaren Rentenskala und des durchschnittlichen Jahresbeitrages herangezogen werden können. Diese Rechtsprechung wurde von der Verwaltungspraxis übernommen (vgl. Wegleitung über die Renten, Rz 366).

Neulich kam das Eidgenössische Versicherungsgericht (s. ZAK 1966, S. 33) auf seine Rechtsprechung zurück. Ausgehend von Artikel 30, Absatz 6, AHVG — in Kraft seit 1. Januar 1964 — der den Bundesrat ermächtigt, besondere Vorschriften über die ersatzweise Anrechnung von Beitragsjahren und Beiträgen der Ehefrau bei unvollständiger Beitragsdauer des Ehemannes zu erlassen, stellte das Eidgenössische Versicherungsgericht fest, daß die von ihm durch die erwähnte Rechtsprechung ausgefüllte Gesetzeslücke nicht mehr bestehe und es daher nicht mehr dem Richter zukomme, diese Frage zu regeln. Inzwischen hat nun der Bundesrat von der in Artikel 30, Absatz 6, AHVG enthaltenen Ermächtigung Gebrauch gemacht, indem er die AHVV mit Beschluß vom 19. November 1965 ergänzte. Der neue Artikel 54 AHVV, der am 1. Januar 1966 in Kraft getreten ist, schreibt vor, daß bei der Berechnung der Ehepaar-Altersrente und der sie ablösenden Witwenrente oder einfachen Altersrente für Witwen die Zeiten während der Ehe, in denen der Ehemann keine Beiträge bezahlt hat, weil er nicht versichert war, durch die während dieser Zeiten erfüllten vollen Beitragsjahre und geleisteten Beiträge der Ehefrau zu ergänzen sind. Diese Bestimmung umschreibt also die frühere Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes und die Verwaltungspraxis auf diesem Gebiete, welche übrigens in der Zwischenzeit keine Änderung erfahren hat und auf Grund der genannten Bestimmung auch für die Zukunft fortbestehen bleibt.

Abklärungsmaßnahmen bei erworbenen Herzfehlern ¹

Operationen erworbener Herzfehler stellen nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes eine Behandlung des Leidens an sich dar und gehen demzufolge nicht zu Lasten der IV. Demgemäß ist auch

¹ Aus IV-Mitteilungen, Nr. 67

für die Abklärung der Operationsmöglichkeit erworbener Herzleiden die IV nicht leistungspflichtig.

Polysymptomatische Geburtsgebrechen¹

Liegen *komplexe Geburtsgebrechen* vor, so müssen grundsätzlich die für die einzelnen Gebrechensformen geltenden Voraussetzungen für eine Behandlung zu Lasten der IV erfüllt sein, und dies selbst dann, wenn die verschiedenen Symptome auf eine einheitliche Ursache zurückgehen.

So können IV-Leistungen für die Behandlung des offenen Bisses bei Vitamin-D-resistenter Rachitis (Geburtsgebrechen Nr. 461) nur gewährt werden, wenn der offene Biß die Merkmale des Mordex apertus gravis (Geburtsgebrechen Nr. *209) aufweist und im Einzelfall die Voraussetzungen zu Artikel 1, Absatz 2, GgV erfüllt.

Ebenso können beispielsweise keine medizinische Maßnahmen zur Behandlung des Strabismus concomitans gewährt werden, wenn die entsprechenden Bedingungen (Amblyopie von 0,2 und weniger beim einseitigen Begleitschielen oder Schielwinkel von mindestens 30°) nicht erfüllt sind, gleichgültig ob eine hochgradige Refraktionsanomalie vorliegt oder nicht. Dies obschon anerkannt wird, daß die Refraktionsanomalie als solche oft in einem ursächlichen Zusammenhang zum Strabismus concomitans steht.

Hilfsmittel: Übernahme von Reparaturen an Motorfahrzeugen²

Gemäß Artikel 16, Absatz 2, IVV werden bei Motorfahrzeugen die Reparaturkosten von der IV übernommen, soweit die Reparatur- oder Erneuerungsbedürftigkeit des Fahrzeuges auf Fahrten an den Arbeitsort zurückzuführen ist und es sich nicht um geringfügige Kosten handelt.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat entschieden, daß bei Motorfahrzeugen als Reparatur- bzw. Erneuerungsaufwand die für die Erhaltung oder Wiederherstellung der Fahrtauglichkeit und Verkehrssicherheit unerläßlichen Auslagen gelten. Lediglich als Betriebsaufwand, der vom Versicherten zu tragen ist, gilt das, was für die jederzeitige Betriebsbereitschaft des (verkehrssicheren) Fahrzeuges noch vorgekehrt werden muß.

Alle Reparaturen an Motor, Kupplung, Getriebe, Übertragung, Lenkung, Aufhängung, Bremssystem, elektrischer Anlage (inkl. Batterie, Zündungs- und Lichtanlage) fallen unter den Begriff «Reparatur- bzw.

¹ Aus IV-Mitteilungen, Nr. 67; ² Aus IV-Mitteilungen, Nr. 68

Erneuerungsaufwand» im Sinne der IV-Praxis. Nachfolgende Aufzählung dürfte die Beurteilung in bezug auf die anerkannten Reparaturen bzw. Erneuerungen erleichtern. Von der IV sind zu übernehmen Reparaturen an oder Ersatz von:

Keil- oder Antriebsriemen, Kerzen, Auspufftopf, Differenzial, Kardanwelle, Radlager, Kupplungs- und Bremsbeläge (exkl. Bremsennachstellen), Stoßdämpfer, Tachometer (inkl. Kabel), Kühlung, Scheibenwischer, Hornanlage usw.

Eindeutig nicht als Reparatur- bzw. Erneuerungsaufwand gelten:

Erneuerung von Reifen, Ölwechsel, periodischer Service, Karoserieschäden (soweit sie sich auf die normale Abnutzung beziehen), Frostschutz, Reinigung und Schmierung usw.

Für Reparaturen, die auf die Zurücklegung des Arbeitsweges zurückzuführen sind, kommt die IV auf. Dabei werden auch die Reparaturkosten, soweit sie von Privatfahrten bis zu 4000 Kilometern jährlich herrühren, übernommen.

Werden Reparaturkosten geltend gemacht und ergibt sich, daß der Versicherte entgegen der klaren Umschreibung des Verwendungszweckes die zugestandenen Fahrleistungen für private Zwecke überschritten hat, sind die Akten dem Bundesamt für Sozialversicherung zu unterbreiten.

Auszahlung der Erwerbsausfallentschädigung an den Arbeitgeber statt an den Arbeitnehmer

Gemäß Artikel 19, Absatz 2, EOG wird die Entschädigung dem Wehrpflichtigen ausgerichtet; doch kommt sie nach Buchstabe c in dem Ausmaße dem Arbeitgeber zu, als er dem Wehrpflichtigen für die Zeit des Militärdienstes Lohn oder Gehalt ausrichtet. Dazu hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in einem Urteil (s. ZAK 1956, S. 314) erkannt, daß die Erwerbsausfallentschädigung dann dem Arbeitnehmer zukommt, wenn der Militärdienst in die Ferienzeit fällt, für welche der Arbeitnehmer den normalen Lohn (als Ferienlohn) bezieht und der Ferienantritt gleichzeitig das tatsächliche Ende des Dienstvertrages bedeutet. Ähnlich wurde zugunsten eines Wehrpflichtigen entschieden (s. ZAK 1958, S. 419), der während der Ferien, für die er den Ferienlohn bezog, freiwillig Militärdienst geleistet hatte, wobei das Gericht besonders darauf hinwies, daß gemäß dem Anstellungsverhältnis eine Lohnzahlung für freiwilligen Militärdienst eindeutig ausgeschlossen sei.

Während somit die bisherige Rechtsprechung zur Auszahlungsfrage zwei etwas besonders gelagerte Fälle zum Gegenstand hatte, beurteilte

das Eidgenössische Versicherungsgericht mit dem in dieser Nummer auf Seite 62 veröffentlichten Urteil einen Fall, der für Dienstleistungen des Arbeitnehmers in seiner arbeitsfreien Zeit typisch und für Wehrpflichtige mit Dienstleistungen an Samstagen, Sonntagen und an Abenden der andern Wochentage von erheblicher Bedeutung ist. Das Gericht entschied dabei, daß die für Dienstleistungen in der arbeitsfreien Zeit des Wehrpflichtigen ausgerichtete Erwerbsausfallentschädigung — jedenfalls in der Regel — dem Arbeitgeber zukomme, wenn dieser grundsätzlich seinem Arbeitnehmer für die Zeit des Militärdienstes den vollen Lohn ausrichte. Dies ist auch dann der Fall, wenn der Arbeitgeber durch die Dienstleistung des Arbeitnehmers keinen materiellen Nachteil erleidet, d. h. wenn der Arbeitnehmer wegen des Dienstes keine Arbeitszeit ausfallen läßt. Ebenso vermögen Art und Dauer des Dienstes oder der Umstand, daß der Dienstpflichtige wegen seiner besonderen Stellung trotz des Dienstes seiner beruflichen Tätigkeit voll nachkommen kann, daran nichts zu ändern. Daraus ergibt sich — besonders gelagerte Fälle vorbehalten — daß für Dienstleistungen in der arbeitsfreien Zeit des Arbeitnehmers die Entschädigung immer dann dem Arbeitgeber auszus zahlen ist, wenn der Dienstpflichtige keinen Lohnausfall erleidet.

Da Artikel 19 EOG auch für die Zivilschutzpflichtigen anwendbar ist, gelten diese Urteile nicht nur für die Wehrpflichtigen, sondern auch für die Zivilschutzpflichtigen.

Erwerbsausfallentschädigungen für Teilnehmer an eidgenössischen Leiterkursen für Vorunterricht und an Jungschützenleiterkursen

Die Teilnehmer an eidgenössischen Leiterkursen für Vorunterricht und an Jungschützenleiterkursen beziehen die Entschädigung in sinngemäßer Anwendung der EO. Sie machen ihren Anspruch mit der großen Meldekarte (Formular 31.1), die bisher für beide Gruppen von Kursteilnehmern den Überdruck «Konto-Nr. 691.60» und «Eidg. Turn- und Sportschule» trug, geltend. Die große Meldekarte für *Teilnehmer an Jungschützenleiterkursen* wird inskünftig den Überdruck «Konto-Nr. 519.3» und «Sektion für außerdienstliche Ausbildung, Instr. Kurs für Jungschützenleiter, Magglingen» tragen.

Im übrigen ändert sich in materiell- und verfahrensrechtlicher Hinsicht nichts. Die Ausgleichskassen weisen im Begleitschein (Formular 318.242) die Abschnitte A der Meldekarte für beide Gruppen von Kursteilnehmern unter der Spalte «ETS» nach wie vor gesamthaft aus.

LITERATURHINWEISE

Der richtige Fahrstuhl. Herausgegeben von der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Invalidenhilfe (Fachverband für Körperbehindertenhilfe der Schweizerischen Vereinigung Pro Infirmis), 12 S., Zürich, 1962. Zu beziehen zum Preise von Fr. 1.— bei der Geschäftsstelle, Postfach Pro Infirmis, 8032 Zürich.

Prosthetics International. Verhandlungen des zweiten Internationalen Prothetikkongresses, Kopenhagen 1959. Veröffentlicht durch das Committee on Prosthesis, Braces and Technical Aids der International Society for Rehabilitation of the Disabled (ISR), 185 S., 1960, Kopenhagen.

Réadaptation des déficients auditifs. Eingliederung Schwerhöriger. Artikelfolge, erschienen in «Réadaptation», revue mensuelle, Heft 117, S. 5—40, Paris 1965.

Réadaptation des enfants hémophiles. Artikelfolge über die Eingliederung haemophiler Kinder, erschienen in «Réadaptation», revue mensuelle, Heft 108, 1964, Paris.

The child amputee. Artikelfolge, erschienen in «Prosthetics International», Band 2, Heft 1, S. 3—12, 1964, Kopenhagen.

The physically Handicapped Housewife. Erschienen in Heft 6 der Veröffentlichungen des «Zentralkomitees für die Fürsorge der körperlich Behinderten in Schweden». Englische Ausgabe durch die «International Society for Rehabilitation of the Disabled» (ISR), 68 S., Norrtälje, 1959.

Schweizerische Sozialgesetzgebung 1963. Herausgegeben vom Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit, in Verbindung mit dem Bundesamt für Sozialversicherung. 308 S., Polygraphischer Verlag AG, Zürich, 1964.

Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung. Hefte 3 und 4. Piccard Paul: Invaliditäts- und Versorgerschaden, S. 161—185 und 233—277; Schöttli Konrad: Die Schweizerische Sozialversicherung im Jahre 1963, S. 198—201; Renggli Markus: Aus der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes 1964, S. 202—214; Büchi Otto: Werdendes Sozialversicherungsrecht des Bundes, S. 215—226; Haldy Marc: Divers Aspects de la Solution Suisse de Prévoyance Vieillesse, Invalidité et Survivants, S. 278—306; Verlag Stämpfli & Cie, Bern, 1965.

MITTEILUNGEN

Neue parlamentarische Vorstöße
Postulat Vontobel vom
29. November 1965

Nationalrat Vontobel hat am 29. November 1965 folgendes Postulat eingereicht:

«Seit Inkrafttreten der letzten Revision der AHV ist der Landesindex der Konsumentenpreise von 205 auf 217,7 Punkte per Ende Oktober 1965 angestiegen. Damit ist eine Kaufkraftentwertung der AHV- und IV-Renten von 6 Prozent in weniger als 2 Jahren eingetreten. Der Bundesrat wird daher eingeladen, die beschleunigte Revision

der AHV- und IV-Gesetze aufzunehmen, um den betroffenen Rentnern raschmöglichst den Teuerungsausgleich auf den Indexstand von 220 Punkten zu gewähren. Gleichzeitig wird der Bundesrat ersucht, die Frage zu prüfen, ob nicht auch bei den AHV- und IV-Renten ein indexgekoppeltes Teuerungsausgleichssystem eingeführt werden kann, damit der Teuerungsausgleich auch bei diesen Rentnern inskünftig ohne umständliche Gesetzesrevisionsverfahren ausgerichtet werden kann».

Postulat Wyss
vom

30. November 1965

Nationalrat Wyss hat am 30. November 1965 folgendes Postulat eingereicht:

«Seitdem auf den 1. Januar 1964 die sechste AHV-Revision in Kraft getreten ist, hat sich die Teuerung in unserem Lande massiv weiterentwickelt. So ist seit diesem Zeitpunkt bis Ende Oktober 1965 der Index der Konsumentenpreise von 205 auf 217 Punkte oder um nicht weniger als 6,1 Prozent gestiegen. Eine Anpassung der Renten der Eidgenössischen AHV und der IV drängt sich daher gebieterisch auf, wäre es doch nicht zu verantworten, die Alten, Witwen, Waisen und Invaliden Opfer dieser Teuerung werden zu lassen.

Der Bundesrat wird daher ersucht, dem Parlament beförderlichst

1. Eine Vorlage für die Anpassung der Renten an die bereits eingetretene und in nächster Zeit noch zu erwartende Teuerung vorzulegen;
2. Bericht zu erstatten über die Einführung der sogenannten Index-Rente, die sich angesichts der fortschreitenden Teuerung und der immer wieder notwendigen Anpassung der Renten an die gestiegenen Preise aus sozialen, aber auch aus administrativen Gründen aufdrängt».

Kleine Anfrage Heil
vom

6. Dezember 1965

Nationalrat Heil hat am 6. Dezember 1965 folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«Anfangs 1964 kamen als Folge der sechsten AHV-Revision höhere AHV-Leistungen zur Ausrichtung. Diese weitherum erwarteten Verbesserungen sind durch die Teuerung, die für die Zeit der Jahre 1964 und 1965 wahrscheinlich über 7 Prozent ausmacht, entsprechend entwertet worden. Mancherlei Anzeichen sprechen dafür, daß die Teuerung in kleinerem oder größerem Ausmaß anhalten wird.

Hält der Bundesrat in dieser Situation nicht auch dafür, es sei im Sinne von Artikel 102, Absatz 2, AHVG, jedoch in Abweichung von der 5-Jahresfrist, innert kurzem eine weitere AHV-Revision in die Wege zu leiten?»

Postulat Dafflon
vom
9. Dezember 1965

Nationalrat Dafflon hat am 9. Dezember 1965 folgendes Postulat eingereicht:

«Als die eidgenössischen Räte im Dezember 1963 über die sechste AHV-Revision Beschluß faßten, stand der Index der Konsumentenpreise auf 205 Punkten. Heute (November 1965) hat er 219,6 Punkte erreicht.

Ist der Bundesrat mit Rücksicht auf die fortschreitende Teuerung bereit, den eidgenössischen Räten eine Anpassung der AHV- und IV-Renten vorzuschlagen, um deren Kaufkraft auf dem Stande 1963 zu erhalten?

Ist er nicht auch der Auffassung, daß diese Renten vom Index der Konsumentenpreise abhängig gemacht und jedesmal angepaßt werden sollten, wenn der Index um 5 Punkte steigt?

Glaubt der Bundesrat nicht, daß es an der Zeit wäre, den Räten beförderlichst einen Gesetzesentwurf über die Einführung wirklicher Volkspensionen vorzulegen, worauf alle Einwohner unseres Landes Anspruch hätten?»

Kleine Anfrage
Dafflon vom
9. Dezember 1965

Nationalrat Dafflon hat am 9. Dezember 1965 folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«In seiner Antwort vom 22. August 1962 auf eine Kleine Anfrage des Unterzeichneten über die Arbeiten der Kommission für Altersfragen führte der Bundesrat aus, diese 1961 durch die Schweizerische Stiftung «Für das Alter» geschaffene Kommission sei mit der Prüfung zahlreicher und weitschichtiger Probleme betraut und beabsichtige hierüber einen umfassenden Bericht zu veröffentlichen.

Seither sind mehr als 3 Jahre verflossen. Ist der Bundesrat in der Lage, über den Stand der Arbeiten dieser Kommission Auskunft zu geben? Ist er bereit, Zwischenergebnisse bekannt zu geben, wenn der Schlußbericht in nächster Zeit noch zu erwarten ist?»

Postulat Mossdorf
vom
14. Dezember 1965

Nationalrat Mossdorf hat am 14. Dezember 1965 folgendes Postulat eingereicht:

«Anlässlich der sechsten AHV-Revision haben sich Bundesrat und eidgenössische Räte zum Ziel gesetzt, es müsse jedem Betagten, Hinterlassenen und Invaliden eine bescheidene Existenzgrundlage sichergestellt werden. Mit Befriedigung kann festgestellt werden, daß inzwischen alles vorgekehrt worden ist, um dieses Ziel zu erreichen, steht nun doch auch noch die Einführung der kantonalen Ergänzungsleistungen, durch welche die noch bestehenden Lücken im sozialen Schutz unserer Alten, Hinterlassenen und Invaliden geschlossen werden, unmittelbar bevor.

Leider wird die Erreichung des Zieles nun aber in Frage gestellt durch den auch in diesem Zusammenhang be-

denklichen Anstieg der Lebenshaltungskosten, durch den die Kaufkraft der Renten und der Ergänzungsleistungen beeinträchtigt wird. Der Bundesrat wird daher eingeladen, den eidgenössischen Räten beförderlich Bericht zu erstatten und gegebenenfalls Antrag zu stellen über die Maßnahmen, die ins Auge zu fassen sind, um die Kaufkraft der AHV-Renten, der IV-Renten und der Ergänzungsleistungen sicherzustellen.

**Erledigte
parlamentarische
Vorstöße**

Kleine Anfrage
Baudère vom
20. September 1965

Am 28. Dezember 1965 hat der Bundesrat die Kleine Anfrage Baudère (ZAK 1965, S. 490) wie folgt beantwortet:

«Die Ausrichtung von Beiträgen an den Bau von Eigenheimen, die den besonderen Bedürfnissen für die Behandlung oder Eingliederung invalider Kinder angepaßt sind, würde einer Subventionierung von Invalidenwohnungen gleichkommen. Solche Beiträge müßten dann aber auch erwachsenen Behinderten — vor allem, wenn damit ihre Eingliederung ins Erwerbsleben erleichtert würde — zugesprochen werden. Eine allgemeine Bereitstellung von Wohngelegenheiten für Invalide kann indessen umsoweniger Aufgabe der IV sein, als die Erstellung von Wohnungen für Behinderte bereits durch das Bundesgesetz vom 19. März 1965 über Maßnahmen zur Förderung des Wohnungsbaues begünstigt wird».

Kleine Anfrage
Genoud vom
22. September 1965

Am 4. Januar 1966 hat der Bundesrat die Kleine Anfrage Genoud (ZAK 1965, S. 491) wie folgt beantwortet:

«Bei den Vorarbeiten für das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV ist der Einbezug der freiwillig versicherten Auslandschweizer geprüft worden. Dabei hat sich ergeben, daß die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen auf im Inland wohnhafte Personen beschränkt bleiben muß. Nach dem genannten Gesetz werden Bundesbeiträge an Kantone zugesichert, welche gemäß eigenen Rechtsvorschriften Bezüger von AHV- und IV-Renten sowie von Hilflosenentschädigungen der IV, deren Einkommen einen bestimmten Grenzbetrag nicht erreicht, Ergänzungsleistungen gewähren. Die Ausdehnung des Bezügerkreises auf freiwillig versicherte Auslandschweizer hätte bei manchen Kantonen — vor allem aus finanziellen Gründen — die Einführung von Ergänzungsleistungen gefährden, ja verunmöglichen können; auch wäre wegen der gewählten föderalistischen Lösung eine einheitliche Regelung für die verschiedenen Kantonsbürger im Ausland gar nicht erreicht worden. Zudem könnte die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen über die Grenzen unseres Landes hinaus wegen des Anscheins einer Doppelversicherung unerwünschte Rückwirkungen auf die sozialversicherungsrechtliche

Stellung der freiwillig versicherten Auslandschweizer in ihrem Wohnsitzstaat zeitigen.

Dagegen ist vorgesehen, die Frage der Fürsorge zugunsten der Schweizer im Ausland durch den Bund auf Grund eines neuen Verfassungsartikels zu regeln, wie der Botschaft vom 2. Juli 1965 zu entnehmen ist».

**Behandelte
parlamentarische
Vorstöße
Postulat zum FLG**

Die nationarätliche Kommission für die Vorberatung des Gesetzesentwurfes betreffend die Änderung des FLG hat in ihrer Sitzung vom 13. Dezember 1965 auf Vorschlag ihres Präsidenten, Nationalrat Zeller, folgendes Postulat angenommen:

«Der Bundesrat wird ersucht zu prüfen, wie die Härten, die beim Überschreiten der Einkommensgrenzen für die Bemessung der Familienzulagen für die Kleinbauern entstehen, beseitigt bzw. gemildert werden könnten».
Der Nationalrat hat in seiner Sitzung vom 15. Dezember 1965 das Postulat erheblich erklärt.

**Ergänzungs-
leistungen:
Abstufung
der Bundesbeiträge
an die Kantone**

Die Bundesbeiträge an die Kantone für Ergänzungsleistungen an Bezüger von AHV- und IV-Renten werden nach der Finanzkraft der Kantone abgestuft. Der Bundesanteil für die finanzstarken Kantone beträgt 30 Prozent, für die mittelstarken Kantone 50 Prozent und für die finanzschwachen Kantone 70 Prozent., Mit Beschluß vom 28. Dezember 1965 über die Abstufung von Bundesbeiträgen nach der Finanzkraft der Kantone hat der Bundesrat die Kantone für die für 1966 und 1967 auszurichtenden Beiträge wie folgt eingereiht:

| | |
|---------------|---|
| finanzstark | Zürich, Zug, Solothurn, Basel-Stadt, Basel-Land, Schaffhausen, Aargau, Neuenburg und Genf (9) |
| mittelstark | Bern, Luzern, Nidwalden, Glarus, Appenzell A. Rh., St. Gallen, Thurgau, Tessin und Waadt (9) |
| finanzschwach | Uri, Schwyz, Obwalden, Freiburg, Appenzell I. Rh., Graubünden und Wallis (7) |

**Ergänzungs-
leistungen:
Stand der kantonalen
Gesetzgebungs-
arbeiten am
1. Januar 1966**

Die ZAK orientiert seit November 1965 laufend über rechtskräftig verabschiedete kantonale Erlasse.

Im Zeitpunkt, in dem das Bundesgesetz in Kraft tritt, mag es darüber hinaus von Interesse sein, auf Jahresende 1965 einen Etat über die kantonalen Gesetzgebungsarbeiten aufzustellen.

1. In sieben Kantonen (Schwyz, Freiburg, Solothurn, Appenzell I. Rh., Waadt, Neuenburg und Genf) sind

die Ergänzungsleistungsgesetze rechtskräftig, d. h. die Stimmbürger haben ihnen zugestimmt oder die Referendumsfrist ist, soweit die Erlasse dem Referendum unterstanden, unbenützt verstrichen.

Außerdem hat Appenzell A. Rh. auf dem Verordnungswege auf 1. Januar 1966 eine Übergangsordnung bis zum Erlaß der — ihrerseits rückwirkend gedachten — endgültigen Regelung getroffen.

2. In fünf Kantonen (Luzern, Schaffhausen, Graubünden, Tessin und Wallis) haben die gesetzgebenden Behörden den Erlaß gutgeheißen. Die Volksabstimmung findet indessen erst 1966 statt oder die Referendumsfrist ist Ende 1965 noch nicht abgelaufen.
3. In neun Kantonen (Zürich, Bern, Glarus, Zug, Basel-Land, Appenzell A. Rh., St. Gallen, Aargau und Thurgau) liegt der Entwurf bei den gesetzgebenden Behörden. Diese haben die Beratung vielfach schon aufgenommen, aber noch nicht beendet.
4. In vier Kantonen (Uri, Obwalden, Nidwalden und Basel-Stadt) werden die Gesetzesentwürfe nach den besonderen kantonalen Gesetzgebungsvorschriften behandelt, liegen aber noch nicht vor den kantonalen Parlamenten.

Die Stände der ersten zwei Gruppen sowie Zürich, Zug, Appenzell A. Rh. und St. Gallen haben den Erlaß auf 1. Januar 1966 in Kraft gesetzt oder sehen diesen Zeitpunkt gesetzlich vor. Bern, Nidwalden, Glarus und Basel-Stadt wählen vermutlich einen späteren Termin. In Uri, Obwalden, Basel-Land, Aargau und Thurgau ist die Frage noch offen. Die Ausführungen in ZAK 1965, S. 522 sind in diesem Sinne zu präzisieren.

Ergänzungsleistungen im Kanton Solothurn

Mit 19 611 Ja gegen 4 818 Nein haben am 11. und 12. Dezember 1965 die Stimmbürger des Kantons Solothurn das Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV gutgeheißen. Dieses enthält vor allem die notwendigen organisatorischen und finanziellen Bestimmungen. Im übrigen überbindet es dem Kantonsrat, die Einkommensgrenzen festzusetzen und die nötigen Bestimmungen über das anrechenbare und nichtanrechenbare Einkommen und Vermögen zu erlassen. Es kann damit gerechnet werden, daß die Einkommensgrenzen den im Bundesgesetz aufgeführten Höchstansätzen entsprechen werden. Das Gesetz ist am 1. Januar 1966 in Kraft getreten.

Ergänzungsleistungen im Kanton Appenzell A. Rh.

Der Kantonsrat von Appenzell A. Rh. hat am 6. Dezember 1965 eine Verordnung über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV erlassen, die als Übergangsordnung bis zur Inkraftsetzung eines der Landsgemeinde vorzu-

legenden Gesetzes gedacht ist. Die Einkommensgrenzen gemäß Übergangsordnung sind im Gegensatz zu der gleichzeitig in erster Lesung verabschiedeten Gesetzesvorlage, die später rückwirkend in Kraft gesetzt werden soll, um ein Fünftel tiefer angesetzt als die im Bundesgesetz vorgesehenen Höchstgrenzen.

Ergänzungsleistungen im Kanton Appenzell I. Rh.

Der Große Rat des Kantons Appenzell I. Rh. hat in seiner Sitzung vom 18. November 1965 die Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (Grunderlaß) gutgeheißen. Eine Volksbefragung findet nicht statt. Die vorgesehenen Einkommensgrenzen entsprechen den im Bundesgesetz aufgeführten Höchstansätzen. Der Pauschalabzug vom Erwerbseinkommen und vom Jahresbetrag der Renten und Pensionen wurde auf 480 Franken bzw. 800 Franken festgesetzt. Ferner ist ein Abzug von 750 bzw. 1200 Franken im Jahr für den ein Fünftel der Einkommensgrenze übersteigenden Mietzins vorgesehen. Das Gesetz ist am 1. Januar 1966 in Kraft getreten.

Ergänzungsleistungen im Kanton Waadt

Der Große Rat des Kantons Waadt hat in seiner Sitzung vom 29. November 1965 das Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV gutgeheißen. Die vorgesehenen Einkommensgrenzen entsprechen den im Bundesgesetz aufgeführten Höchstansätzen. Der Pauschalabzug vom Erwerbseinkommen und vom Jahresbetrag der Renten und Pensionen wurde auf den Maximalbetrag von 480 Franken bzw. 800 Franken festgesetzt. Ferner ist der Mietzinsabzug gemäß Art. 4, Buchst. c des Bundesgesetzes vorgesehen. Das Gesetz ist am 1. Januar 1966 in Kraft getreten.

Ergänzungsleistungen im Kanton Neuenburg

Am 4. und 5. Dezember 1965 wurde im Kanton Neuenburg das kantonale Gesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV dem Volke zur Abstimmung unterbreitet. Es wurde mit 22 412 Ja gegen 381 Nein angenommen. Die vorgesehenen Einkommensgrenzen entsprechen den im Bundesgesetz aufgeführten Höchstansätzen. Der Pauschalabzug vom Erwerbseinkommen und vom Jahresbetrag der Renten und Pensionen wurde auf den Maximalbetrag von 480 Franken bzw. 800 Franken festgesetzt. Ferner ist der Mietzinsabzug gemäß Art. 4, Buchst. c des Bundesgesetzes vorgesehen. Das Gesetz ist am 1. Januar 1966 in Kraft getreten.

Familienzulagen im Kanton Waadt

Der Große Rat hat am 22. November 1965 einer Revision des kantonalen Gesetzes über Familienzulagen zugestimmt und am 29. November 1965 ein Gesetz über die Sozialordnung für die Landwirtschaft (Charte sociale

agricole) angenommen, durch welche die Familienzulagen für die Landwirtschaft neu geregelt werden. Beide Gesetze sind auf den 1. Januar 1966 in Kraft getreten. Daraus seien folgende Bestimmungen erwähnt.

1. Familienzulagen für nichtlandwirtschaftliche Arbeitnehmer

a. **Kinderzulagen.** Der gesetzliche Mindestansatz der Kinderzulagen wurde von 20 auf 25 Franken je Kind im Monat erhöht. Für Kinder, die infolge einer Krankheit, eines Unfalles oder eines Gebrechens erwerbsunfähig sind, beträgt die Kinderzulage 60 Franken im Monat.

Die Kinderzulage wird bis zum 31. März des 16. Altersjahres ausgerichtet. Für erwerbsunfähige Kinder dauert der Anspruch bis zum vollendeten 20. Altersjahr.

b. **Ausbildungszulage.** Für Kinder, die eine Lehre absolvieren oder einem Studium obliegen, besteht Anspruch auf eine Ausbildungszulage von 60 Franken im Monat. Diese wird vom 1. April des 16. Altersjahres bis zum vollendeten 25. Altersjahr ausgerichtet. Erzielt das in Ausbildung begriffene Kind einen Eigenverdienst, so wird die Zulage auf Grund einer vom Regierungsrat aufgestellten Skala gekürzt.

c. **Geburtszulage.** Die Geburtszulage wurde von 100 auf 150 Franken erhöht.

d. **Anspruchskonkurrenz.** Die Anspruchskonkurrenz der Ehegatten, die beide als Arbeitnehmer tätig sind, wurde neu geordnet. Falls beide Ehegatten ihre ganze Zeit einer unselbständigen Tätigkeit widmen, so hat jeder Ehegatte Anspruch auf die halbe Zulage. Die übrigen Fälle der Anspruchskonkurrenz werden durch den Regierungsrat auf dem Verordnungswege geregelt.

2. Sozialordnung für die Landwirtschaft

Auf Grund der Sozialordnung für die Landwirtschaft trifft der Kanton Maßnahmen zur Förderung der sozialen Vorsorge für die Landwirtschaft. Diese umfaßt nicht nur die Familienzulagen, sondern auch die Kranken- und Unfallversicherung, die Zusatzleistungen zur AHV und IV sowie andere Vorkehren sozialer Natur der Ausgleichskasse für die Landwirtschaft.

Nach der Sozialordnung haben die selbständigerwerbenden Landwirte und Rebbauern in bescheidenen finanziellen Verhältnissen sowie die landwirtschaftlichen Arbeitnehmer Anspruch auf Familienzulagen. Die Arten und Ansätze der Familienzulagen entsprechen jenen der Familienzulagen für nichtlandwirtschaftliche Arbeitnehmer.

**Postsendungen
an die ZAS**

Die ZAS erhält von einzelnen Ausgleichskassen am gleichen Tag oft mehrere (bis zu zehn) separat verpackte Sendungen. Selbst wenn man vom Aufwand für das Einpacken und Öffnen dieser Einzelsendungen absieht, ist darauf hinzuweisen, daß diese Sendungen unter die Zählungen für die AHV/IV/EO-Pauschalfrankatur fallen, die bekanntlich zulasten des Ausgleichsfonds geht. Den Ausgleichskassen wird deshalb einmal mehr empfohlen, ihre Sendungen an die ZAS zu sammeln und täglich nur einmal zu spedieren.

**ZAK:
Einbanddecken**

Immer wieder treffen Anfragen ein, ob nicht jeweils für abgeschlossene ZAK-Jahrgänge Einbanddecken geliefert werden könnten. Die Möglichkeit der Abgabe solcher Decken wurde wiederholt geprüft. Es fanden sich jedoch nicht genügend Interessenten für eine Mindestauflage. Eine serienmäßige Herstellung von Einbanddecken fällt deshalb außer Betracht.

**Adressenverzeichnis
AHV/IV/EO**

Seite 6, Ausgleichskasse 1, Zürich
Neue Adresse: 8005 Zürich, Josefstraße 84
Neue Tel.-Nr.: (051) 44 41 00
Seite 23, IV-Kommission Zürich
Neue Adresse: 8005 Zürich, Josefstraße 84
Neue Tel.-Nr.: (051) 44 41 06

Personelles

Als Nachfolger für den auf Jahresende aus dem Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds der AHV ausscheidenden **Edmond Barbey**, Bankier, Genf, wählte der Bundesrat **Dr. Enrico Conti**, Direktor der Tessiner Kantonalbank, Bellinzona, bisher Ersatzmann. **Edouard Debétaz**, Staatsrat des Kantons Waadt, Yvonnand, ersetzt den Ausscheidenden im Leitenden Ausschuß.

Bei der Unterabteilung AHV/IV/EO des BSV sind auf 1. Januar 1966 zu Adjunkten II befördert worden:

- **Me Martial Antille** (Sektion Renten und Tagelder)
- **Otto Büchi** (Leitung)

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung Beiträge

Urteil des EVG vom 17. September 1965 i. Sa. STIFTUNG X

Art. 13 AHVV. Wenn der Arbeitgeber einem Arbeitnehmer eine Wohnung zur Verfügung stellt und dafür einen Mietzins vom Lohn abzieht, so sind die Lohnbeiträge auf dem Lohn vor Abzug des Mietzins zu erheben. Eine besondere Schätzung nach Art. 13 AHVV hat nur dort zu erfolgen, wo die Höhe des Abzuges vom wirklichen Mietwert der zur Verfügung gestellten Wohnung offensichtlich abweicht.

1. ...

2. Das Kreisschreiben des BSV über den maßgebenden Lohn, gültig ab 1. Januar 1962, enthält folgende Weisung: «Ist nur ein Lohn in Geld vereinbart oder durch einen Gesamtarbeitsvertrag oder eine öffentlichrechtliche Besoldungsvorschrift (Reglement) vorgeschrieben (sog. «Großer Lohn», «Bruttolohn» oder «Reallohn»), und wird anderseits bestimmt, wieviel der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber für Unterkunft und Verpflegung zu bezahlen habe, so ist nicht Naturallohn anzunehmen und der Naturallohnansatz anzuwenden, sondern es sind die Beiträge vom Geldlohn zu berechnen ...» (Rz 60).

3. Das EVG sieht keinen Grund, im vorliegenden Fall von dieser Weisung abzuweichen. Wenn es auch für die Erhebung der Beiträge, zu deren Bezahlung jeder Unselbständigerwerbende verpflichtet ist, notwendig ist, eine Schätzung der Naturalleistungen vorzunehmen, die ganz oder teilweise das Einkommen des Versicherten ausmachen, so gilt doch nicht das Gleiche, wenn sein Lohn in Geld bestimmt ist. In diesem Fall verfügt die Verwaltung grundsätzlich über genügende Angaben, um die geschuldeten Beiträge festzusetzen, und zwar auch in jenen Fällen, in denen der zwischen den Parteien bestehende Vertrag auch gewisse Nebenpunkte regelt, wie etwa die Einräumung einer Wohnung an den Arbeitnehmer gegen Entrichtung eines Mietzinses, dessen Betrag vom vereinbarten Lohn abzuziehen ist. Es ist nun aber nicht angezeigt, sich ohne dringende Gründe in die Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer einzumischen, selbst wenn mitunter der so vereinbarte Mietzins unter dem tatsächlichen Mietwert der vom Arbeitnehmer benützten Wohnung liegt. Wie das BSV hervorhebt, wäre eine Abweichung von diesen Grundsätzen nur unter der Voraussetzung gerechtfertigt, daß die von den Parteien vorgenommene Schätzung so stark vom wirklichen wirtschaftlichen Wert der Wohnung abweiche, daß man annehmen müßte, die Parteien hätten eine Umgehung des Gesetzes beabsichtigt.

4. Im vorliegenden Fall ist der Lohn der Erzieher, welche die betreffenden Wohnungen innehaben, in Geld bestimmt, und der abgemachte Mietzins wird monatlich von ihrer Besoldung abgezogen. Es ist also angebracht, die oben-

erwähnte Weisung des BSV anzuwenden: unter Berücksichtigung aller Umstände kann im vorliegenden Fall die Schätzungsdifferenz nicht als hinreichend betrachtet werden, um eine solche Abweichung zu rechtfertigen.

Renten

Urteil des EVG vom 11. Februar 1965 i. Sa. L. C.

Art. 18, Abs. 2, AHVG. Die Voraussetzungen für den Rentenanspruch müssen in der Regel beim Eintritt des Versicherungsfalles erfüllt sein. Dies trifft insbesondere für die Mindestbeitragsdauer zu.

Die Eheleute C., griechische Staatsangehörige, haben von 1939 bis 1945, dann wieder ohne Unterbruch seit Sommer 1946 in der Schweiz gewohnt. Der Ehemann, geboren 1895, bezahlte vom 1. Januar 1948 bis zu seinem Tode im Jahre 1956 regelmäßig AHV-Beiträge; die Ehefrau, geboren 1902, leistete von 1954 bis 1958, dann wieder nach einem 2jährigen Unterbruch in ihrer Erwerbstätigkeit von 1961 bis 1963 AHV-Beiträge.

Die Versicherte hat beim Tode ihres Ehemannes keine Witwenrente erhalten, da die Beitragsdauer nur 8 Jahre betrug; sie verlangte auch keine Rückvergütung der Beiträge. Am 29. Juni 1964 ersuchte sie jedoch um Auszahlung einer Altersrente, die ihr die Ausgleichskasse gestützt auf Art. 18, Abs. 2, AHVG mit Verfügung vom 24. Juli 1964 verweigerte.

Gegen diesen Entscheid erhob die Versicherte Beschwerde, indem sie geltend machte, daß sie auf Grund der von ihrem Ehemann bezahlten Beiträge Anspruch auf eine Rente habe; außerdem habe sie 1959 durch das Vermieten eines Zimmers 400 Franken und in den ersten Monaten 1960 durch den Betrieb eines Geschäftes 1200 Franken verdient. Sie anerkennend sich, auf diesem Einkommen Beiträge zu entrichten. Die kantonale Rekurskommission hieß die Beschwerde gut, indem sie in Erwägung zog, daß der Grundsatz der Einheit des Ehepaares gestatte, der Beitragsdauer des Ehemannes jene der Witwe hinzuzuzählen. Die Versicherte habe deshalb Anspruch auf eine Witwenrente, soweit diese nicht verjährt sei. Die Berechnung habe auf Grund der Beitragsjahre des Ehemannes und der Beiträge des Ehepaares, die Ende Juni 1956 aufhörten, zu erfolgen. Die Rente müsse vom 1. August 1964 an in eine einfache Altersrente umgewandelt werden, die auf den gleichen Grundlagen gemäß Art. 33, Abs. 3, erster Satz, AHVG, zu berechnen sei.

Das EVG hieß die Berufung des BSV mit folgender Begründung gut:

1. Gemäß Art. 18, Abs. 2, AHVG sind «Ausländer, Staatenlose und nicht das Schweizerbürgerrecht besitzende Hinterlassene solcher Personen nur rentenberechtigt, solange sie ihren zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz haben und sofern die Beiträge während mindestens 10 vollen Jahren entrichtet worden sind». Vorbehalten bleiben abweichende zwischenstaatliche Vereinbarungen.

Im vorliegenden Fall ist die Berufungsbeklagte, wie auch ihr Ehemann, griechischer Herkunft. Zwischen Griechenland und der Schweiz wurde kein Abkommen abgeschlossen; auch gelangt hier kein anderer zwischenstaatlicher

Vertrag zur Anwendung. Sodann hängen die Ansprüche, welche die Berufungsbeklagte gegenüber der AHV geltend machen könnte, von der Erfüllung der in der erwähnten Bestimmung enthaltenen Voraussetzungen ab.

2. Die Vorinstanz hat entschieden, daß die Versicherte Anspruch auf eine ordentliche Witwenrente habe, die vom erfüllten 62. Altersjahr an in eine ordentliche einfache Altersrente umzuwandeln sei. Dabei ging diese Instanz davon aus, daß die 8 vom Ehemann bezahlten vollen Beitragsjahre vom 1. Januar 1948 bis zu seinem Tode durch die in der Folge von der Witwe bezahlten Beiträge ergänzt werden könnten, so daß die Anforderungen von Art. 18, Abs. 2, AHVG seit 1958 erfüllt seien. Das EVG kann sich dieser Ansicht nicht anschließen:

a. Der Anspruch auf Leistungen der AHV setzt grundsätzlich voraus, daß alle maßgebenden Voraussetzungen beim Eintritt des Versicherungsfalles erfüllt sind. Dieser Grundsatz, der klar aus dem gesetzlichen Versicherungssystem hervorgeht und von der Rechtsprechung wiederholt anerkannt und bestätigt wurde, gilt ohne irgend einen Vorbehalt für das Erfordernis der Mindestbeitragsdauer (vgl. EVGE 1957, S. 204; ZAK 1957, S. 477).

Der Versicherungsfall, der den Anspruch auf eine Witwenrente eröffnet, entsteht gemäß Art. 23, Abs. 3, AHVG «am 1. Tag des dem Tode des Ehemannes folgenden Monats». Dieses Ereignis trat also im vorliegenden Fall am 1. Mai 1956 ein. Nun ist aber nicht bestritten, daß an diesem Datum die Beiträge nicht während 10 vollen Jahren bezahlt worden waren; dies wäre auch in Anbetracht, daß die Versicherung erst am 1. Januar 1948 in Kraft trat, gar nicht möglich gewesen. Da diese Voraussetzung von Art. 18, Abs. 2, AHVG beim Eintritt des Versicherungsfalles nicht erfüllt war, konnte überhaupt kein Anspruch auf eine Witwenrente entstehen, und zwar weder unmittelbar noch zu einem späteren Zeitpunkt. Daraus folgt, daß die Berufungsbeklagte vom 62. Altersjahr an auch nicht eine aus ihrer Eigenschaft als Hinterlassene abgeleitete Altersrente durch Umwandlung der — nicht existierenden — Witwenrente in eine einfache Altersrente gemäß Art. 33, Abs. 3, erster Satz, AHVG beanspruchen kann.

b. Im übrigen ist festzuhalten, daß selbst wenn es sich um eine dem Versicherungsfall vorausgehende Periode handeln würde, der Richter nicht entscheiden könnte, daß die Beitragsdauer des Ehemannes durch jene der Witwe zu ergänzen sei. Die Vorinstanz beruft sich zwar auf eine Analogie in den Erwägungen eines Entscheides des EVG vom 12. März 1959 (ZAK 1959, S. 390). Abgesehen davon, daß sich dieser Entscheid allein auf die Berechnung der Ehepaarrente (und nicht auf die Voraussetzungen für den Rentenanspruch selbst) in gewissen Fällen von unvollständiger Beitragsdauer bezogen hat (während die Beitragsdauer des Ehemannes im vorliegenden Fall vollständig war), hat sich seither auch die gesetzliche Lage geändert: Art. 30, Abs. 6, AHVG, in Kraft seit dem 1. Januar 1964, gewährt nämlich in seinem Wortlaut dem Bundesrat die Ermächtigung «besondere Vorschriften zu erlassen... über die ersatzweise Anrechnung von Beitragsjahren und Beiträgen der Ehefrau bei unvollständiger Beitragsdauer des Ehemannes...» Diese neue Bestimmung bestätigt nicht nur den Grundsatz des Anspruchs auf die Witwenrente auf der Basis der alleinigen Beitragsdauer des Ehemannes, sondern verbietet auch noch die Annahme — wie der erwähnte Entscheid, der überholt

ist, dies tut —, daß die Möglichkeit einer andern Auslegung dem Gesetzgeber entgangen sei und daß der Richter darüber befinden könne. Daß der Bundesrat bis anhin von der ihm vom Gesetzgeber verliehenen Ermächtigung keinen Gebrauch gemacht hat, schmälert die Tragweite dieser neuen gesetzlichen Lage keineswegs.

3. Wenn auch die Berufungsbeklagte als Hinterlassene ihres Ehemannes keinen Anspruch auf irgendeine Rentenleistung hat, ist noch abzuklären, ob sie einen persönlichen Anspruch auf eine Altersrente hätte erwerben können. Das EVG kann aber in dieser Hinsicht das negative Urteil der Vorinstanz nur bestätigen. Die Versicherte müßte nämlich während mindestens 10 vollen Jahren selber Beiträge bezahlt haben. Sie erfüllt diese Bedingung aber nicht.

a. Die Berufungsbeklagte macht zwar geltend, sie habe seit 1959 ein oder mehrere Zimmer vermietet und den Ertrag dem Steueramt gemeldet; sie sei auch bereit, Beiträge auf diesem Einkommen zu bezahlen. Die Zimmervermietung stellt aber keine Erwerbstätigkeit dar, selbst dann nicht, wenn die Vermieterin den Unterhalt selbst besorgt, ausgenommen wenn das Ausmaß einen familiären Rahmen übersteigt (vgl. z. B. EVGE 1950, S. 195; ZAK 1951, S. 167; ZAK 1965, S. 37). Der unbedeutende Ertrag, 400 Franken im Jahr, erlaubt es im vorliegenden Fall jedoch nicht, eine den üblichen Rahmen eines Haushaltes überschreitende Tätigkeit anzunehmen. — Was die Führung eines Geschäftes während den ersten Monaten des Jahres 1960 anbelangt, erübrigt es sich zu prüfen, ob das daraus resultierende Einkommen der Beitragspflicht hätte unterstellt werden müssen oder nicht, denn selbst die eventuelle Bezahlung entsprechender Beiträge würden der Berufungsbeklagten nicht dazu verhelfen, die vorgeschriebene Mindestdauer von 10 Jahren zu erreichen.

b. Die Beitragsdauer der Versicherten kann auch nicht durch die ersatzweise Anrechnung von Beitragsjahren und Beiträgen des Ehemannes ergänzt werden. Selbst wenn Art. 30, Abs. 6, AHVG eine solche Lösung gestatten sollte, würde es dem Bundesrat zustehen, sie in einer besondern Bestimmung festzuhalten (vgl. Erwägung 2).

Obwohl die Verweigerung jeglicher Rente unter den vorliegenden Umständen wenig befriedigend ist, ist der Richter verpflichtet, das Gesetz anzuwenden und hat keine Befugnis, Bestimmungen abzuändern, die keine abweichende Auslegung zulassen.

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 4. Juni 1965 i. Sa. A. M.

Art. 5, Abs. 2 und Art. 12 IVG. Alle operativen Eingriffe, die bei einer Epiphyseolyse eines Jugendlichen nach dem Eintritt des Gleitens des Schenkelkopfes medizinisch indiziert sind, stellen grundsätzlich Eingliederungsmaßnahmen dar.

Der 1948 geborene Versicherte wurde am 18. März 1963 bei der IV angemeldet mit dem Begehren, es seien medizinische Maßnahmen zu gewähren. In einem Bericht vom 10. April 1963 teilte der behandelnde Arzt der IV-

Kommission mit, daß der Versicherte an einer Epiphyseolyse des Femur (Abgleiten des Oberschenkelkopfes infolge Wachstumsstörung) links und an einer beginnenden Epiphyseolyse rechts leide, weshalb man ihn in ein Spital eingewiesen habe. In der Folge ergab sich, daß der Versicherte vom 3. Februar bis 9. März 1963 hospitalisiert gewesen war und während dieser Zeit ein Arzt wegen der Epiphyseolyse des linken Schenkelkopfes eine Verschraubung links und gleichzeitig prophylaktisch eine Verschraubung rechts vorgenommen hatte. Am 17. Mai 1963 beschloß die IV-Kommission, die Kosten dieser medizinischen Vorkehren nicht zu übernehmen, da kein Geburtsgebrechen vorliege. Gegen die Kassenverfügung vom 12. Juni 1963, durch die dieser Beschluß eröffnet wurde, beschwerte sich der Vater des Versicherten bei der kantonalen Rekursbehörde. Auf Anfrage hin teilte der behandelnde Arzt dem Präsidenten der Rekursbehörde mit, der linke Hüftkopf des Versicherten sei nach hinten und unten abgewichen gewesen; um ein weiteres Abweichen zu verhindern, habe man den Gelenkteil durch Verschraubung fixiert, und die Epiphyseolyse sei knöchern ausgeheilt. Die geringste Abweichung des Schenkelkopfes führe unbehandelt im Laufe von 15 bis 20 Jahren zu einer schweren Arthrosis deformans (allgemeine deformierende Gelenkentartung), weshalb es im Interesse der IV liege, auch die geringgradige Epiphyseolyse so früh wie möglich behandeln zu lassen.

Durch Entscheid vom 18. November 1963 wies die Rekursbehörde die Beschwerde ab, im wesentlichen mit folgender Begründung: Die Epiphyseolyse sei kein Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG. Dagegen erhebe sich die Frage, ob die durchgeführten medizinischen Vorkehren zu den Maßnahmen gemäß Art. 12 IVG gehörten. Das sei nach der Gerichtspraxis, die nur Operationen beim allerschwersten Stadium der Epiphyseolyse (Stadium progrediens) als Eingliederungsmaßnahmen anerkenne, zu verneinen, wenn auch die Ausführungen des Arztes die Richtigkeit der gewählten Entscheidungskriterien in Frage stellten. Den kantonalen Rekursentscheid hat der Vater des Versicherten durch Berufung an das EVG weitergezogen mit dem Begehren, die Kosten der durchgeführten medizinischen Vorkehren der IV zu belasten. Er legt ein Zeugnis eines Arztes vom 18. Februar 1964 auf, in dem u. a. erklärt wird, daß kein Geburtsgebrechen und auch keine Epiphyseolyse progrediens vorgelegen habe. Dieser Arzt hält aber dafür, daß die IV auf jeden Fall für die Operation links aufkommen sollte, da der Versicherte durch eine einmalige gezielte Maßnahme von einer wesentlichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bewahrt worden sei. Die Ausgleichskasse enthält sich einer Stellungnahme. In seinem Mithbericht beantragt das BSV unter Hinweis auf die Gerichtspraxis die Abweisung der Berufung. Nach Abschluß des Rechtsschriftenwechsels sind die Akten einem weiteren Arzte unterbreitet worden. Der Vater des Versicherten und das BSV haben sich zu dem vom Experten eingereichten Bericht geäußert. Das EVG hieß die eingereichte Berufung im Sinne folgender Erwägungen teilweise gut:

1. ...

2. ... (s. ZAK 1963, S. 130, 324 und 444). Wie das Gericht in einem Urteil erklärt hat, gilt das — entgegen dem in EVGE 1962, S. 316, und 1963, S. 113, Gesagten — nicht nur für minderjährige Versicherte an der Schwelle des Berufsbildungsalters, sondern auch für jüngere Versicherte. Je weiter aber solche Versicherte vom Berufsbildungsalter und vom Beginn der Er-

werbsfähigkeit entfernt sind, umso geringer ist in manchem Falle die Wahrscheinlichkeit einer künftigen Erwerbsunfähigkeit, sei es auch nur wegen der Möglichkeit der Angewöhnung oder der verschiedenen, noch offenstehenden Ausbildungsmöglichkeiten. Dementsprechend wird weniger leicht auf das Überwiegen des Eingliederungszweckes geschlossen werden können, wenn medizinische Vorkehrungen für sehr junge Versicherte in Frage stehen. Außerdem muß nach dem bereits zitierten Urteil die voraussichtliche Beeinträchtigung der Berufsbildung und der späteren Erwerbsfähigkeit schwer sein; ist diese Beeinträchtigung nicht bedeutend oder wirkt sich der voraussichtlich eintretende Defektzustand bei Wahl eines entsprechenden, den Fähigkeiten des Versicherten angepaßten Berufes überhaupt nicht aus, so stellt die Behandlung evolutiver Leiden keine Eingliederungsmaßnahme dar.

3. Über die Epiphyseolyse und die wegen dieser Krankheit notwendigen medizinischen Vorkehrungen wurden dem Gericht von Prof. X schon mehrere Gutachten erstattet. In einem Falle hat sich auch Prof. Y zu diesem Fragenkomplex geäußert. Seine Darlegungen bestätigen zwar grundsätzlich die Ausführungen von Prof. X, präzisieren sie aber doch in verschiedener Hinsicht.

Wie Prof. X in einem Gutachten erklärt hat, beruht die Epiphysenlösung auf einer Störung in der Wachstumszone zwischen Schenkelhals- und -kopf des Oberschenkelknochens. Sie tritt bei Knaben zwischen dem 12. und 16. oder 17., bei Mädchen zwischen dem 10. und 14. oder 15. Jahre auf. Im Anfangsstadium (Stadium imminens) verliert die knorpelige Wachstumszone ihre normale Festigkeit und wird gegenüber mechanischer Beanspruchung vermindert widerstandsfähig. Doch ist diese Störung nach Prof. Y in vielen Fällen vorübergehend; sie heilt oft spontan aus. In andern Fällen kommt es aber nach den übereinstimmenden Angaben von Prof. X und Prof. Y zu einem deutlichen Abgleiten und zu einer winkligen Abdrehung des Schenkelkopfes. Prof. X unterscheidet je nach dem Grad des Abgleitens das Stadium incipiens und progrediens; dagegen lehnt Prof. Y, dessen Darlegungen ausführlich im Urteil wiedergegeben sind, diese Unterscheidung ab. Er erklärt namentlich, daß das Abgleiten plötzlich oder auch langsam und fortschreitend geschehen könne. Sobald der Gleitprozeß begonnen habe, bestehe im allgemeinen die Gefahr einer wesentlichen Deformation, ohne daß im Einzelfall über den weiteren Verlauf auch nur eine Wahrscheinlichkeitsprognose möglich sei. Werde aber die Verschiebung wesentlich, dann entstehe immer, und zwar oft recht früh, eine Arthrose des Hüftgelenkes, die die Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtige; sogar bloß leichtes Gleiten schließe deren Entstehung nicht aus.

Hinsichtlich der medizinischen Behandlung stimmen Prof. X und Prof. Y darin überein, daß diese sowohl operativ wie konservativ sein könne und daß schon im Stadium imminens ohne Gleiten operative Eingriffe erfolgten. Prof. Y erklärt überdies, es sei äußerst wichtig, bereits in den allerersten Stadien des Abgleitens einen Eingriff vorzunehmen, um das Gelenk zu stabilisieren und früheren oder späteren, unvermeidlichen Komplikationen zuvorzukommen, die mit einem ausgeprägteren Gleiten verbunden sind.

4. Da die Epiphyseolyse kein Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG darstellt, erhebt sich einzig die Frage, ob und inwieweit medizinische Vorkehrungen im Zusammenhang mit dieser Krankheit zu den medizinischen

Eingliederung in das Erwerbsleben operativ zu beseitigen». Dem bereits während der Minderjährigkeit erfolgen, ist neben Art. 12 auch Art. 5, Abs. 2, IVG maßgebend. Den Ausführungen Prof. X zum vorliegenden Fall ist zu entnehmen, daß es ihm bei der Abgrenzung der Eingliederungsmaßnahmen von der Behandlung des Leidens an sich im Prinzip darum geht, «ob die Notwendigkeit bestanden hat, einen vorhandenen Defekt mit dem Ziel der Eingliederung in das Erwerbsleben operativ zu beseitigen». Dem bereits vorhandenen Defekt stellt er allerdings die «rapide Zunahme des Abgleitens des Schenkelkopfes» im Pubertätsalter gleich, weil in diesem Falle ein großer plastischer Eingriff zur Beseitigung des krankhaften Zustandes trotz noch nicht vorhandener bedeutender Deformität vorgenommen werden müsse.

Wie bereits dargelegt, kommt es bei Minderjährigen nicht darauf an, ob ein Defektzustand bereits bestehe oder nicht. Freilich wurde in EVGE 1963, S. 113 in Anlehnung an Prof. X hinsichtlich der Epiphyseolyse gesagt, soweit nicht eine operative «Korrektur der Deformität» im Stadium progrediens notwendig sei, hätten die medizinischen Vorkehren nicht Eingliederungscharakter. In EVGE 1963, S. 257 hat aber das Gericht — wiederum Prof. X folgend — bereits erklärt, wenn die rasche Entwicklung des Leidens voraussehen lasse, daß das letzte Stadium (Stadium progrediens) und anschließend der Defektzustand in kürzester Zeit bevorstehen, so sei ein medizinisch indizierter operativer Eingriff ebenfalls als Eingliederungsmaßnahme anzusehen.

Die ergänzenden Angaben von Prof. Y haben nun das Gericht davon überzeugt, daß alle operativen Eingriffe, die nach dem Eintritt des Gleitens des Schenkelkopfes medizinisch indiziert sind, grundsätzlich Eingliederungsmaßnahmen darstellen. Im Stadium imminens vor Beginn des Gleitens ist die Anforderung, daß ohne Vorkehr in absehbarer Zeit eine Defektheilung oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einträte, allerdings noch nicht erfüllt, kommt es doch in vielen Fällen zu spontanen Heilungen. Folglich gehören die Vorkehren, die hier je nach Einstellung des Arztes prophylaktisch operativ oder konservativ erfolgen, zur Behandlung des Leidens an sich, die nicht zu Lasten der IV geht. Mit dem Beginn des Gleitvorganges ändert sich aber die Rechtslage. Es ist zwar einzuräumen, daß nach Prof. Y nicht einmal eine Wahrscheinlichkeitsprognose über den Verlauf des Gleitprozesses gestellt werden kann, ob er bis zu den schweren Formen fortschreite oder bereits innerhalb der Grenze zum Stehen kommt, die die Funktion der Hüfte noch nicht beeinträchtigt. Die bisherige Praxis, nur Vorkehren in einem fortgeschrittenen Stadium als Eingliederungsmaßnahmen anzuerkennen, hat auch den formalen Beweisvorteil für sich, daß ohne Behandlung sicher ein Defektzustand eintritt. Die Gefahr einer die Erwerbsfähigkeit schwer beeinträchtigenden Dauerschädigung ist aber bereits nach dem Beginn des Gleitprozesses derart groß, daß ein operativer Eingriff, der nach ärztlicher Auffassung nicht mehr hinausgeschoben werden kann, nach sozialversicherungsrechtlicher Abwägung überwiegend Eingliederungsmaßnahme ist. Es wäre nicht verständlich, wenn die IV für einen einfachen, wegen des noch wenig fortgeschrittenen Gleitprozesses besonders erfolgversprechenden Eingriff nicht aufkommen würde, um bald darauf schwere Eingriffe zu übernehmen, die nach Prof. Y die Entstehung eines Defektzustandes oft nicht mehr zu verhindern vermögen. Wenn auch die Schwere des voraussichtlich

eintretenden Defektzustandes nicht abgeschätzt werden kann, so führt doch die drohende Gefahr einer schweren Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit dazu, einmaligen operativen Eingriffen im Sinne von Art. 2 IVV in der Regel vom Beginn des Gleitprozesses an überwiegenden Eingliederungscharakter zuzusprechen. Wie es sich hinsichtlich der konservativen, nach Beginn des Gleitprozesses durchgeführten Behandlungen verhält, kann offen bleiben.

5. Im vorliegenden Fall war nach den Angaben des Arztes der linke Hüftkopf des an Epiphyseolyse leidenden Versicherten nach hinten und unten abgewichen; um ein weiteres Abweichen zu verhindern, fixierte dieser Arzt den Gelenkteil durch Verschraubung, worauf die Epiphyseolyse knöchern ausheilte. Der vorgenommene operative Eingriff links, der nach dem Beginn des Gleitprozesses erfolgte, stellt als einmalige Vorkehr im Sinne von Art. 2 IVV eine Eingliederungsmaßnahme gemäß Art. 12 IVG dar, weshalb die IV für die damit verbundenen Kosten aufzukommen hat. Daß der Eingriff vor der Beschlußfassung durch die IV-Kommission erfolgte, vermag hieran nichts zu ändern. Denn wegen der Gefahr eines weiteren Abgleitens mit schweren Folgen für die zukünftige Erwerbsfähigkeit war die Operation offenbar dringend. Sie mußte daher aus wichtigen Gründen im Sinne von Art. 78, Abs. 2, IVV vor der Beschlußfassung der IV-Kommission durchgeführt werden; ferner erfolgte die Anmeldung bei der IV-Kommission innert 6 Monaten seit Beginn der Durchführung der Maßnahme.

Dagegen kann die Verschraubung rechts von der IV nicht übernommen werden; sie erfolgte prophylaktisch, bevor es überhaupt zu einem Gleitprozeß gekommen war. Immerhin wird die IV-Kommission beim Entscheid darüber, welcher Teil der entstandenen Gesamtkosten auf die IV entfällt, in billiger Weise zu berücksichtigen haben, daß die prophylaktische Behandlung des rechten Femurkopfes nebenbei im gleichen Zuge vorgenommen wurde, als der Versicherte wegen des linken Beines ohnehin im Spital war.

Urteil des EVG vom 11. Juni 1965 i. Sa. B. C.

Art. 12 IVG. Ob die Beseitigung eines lokalen Defektzustandes von der IV zu übernehmen ist, hängt vom Gesamtzweck der Maßnahme ab und nicht allein von deren Art oder vom Zustand des dadurch unmittelbar betroffenen Körperteils. Die operative Behebung eines erworbenen Herzklappenfehlers (Mitralvitium) bezweckt in erster Linie die Beseitigung oder Linderung lebensgefährlichen Krankseins und dient daher nicht unmittelbar der Eingliederung.

Der 1912 geborene Versicherte litt an einer Mitralstenose (Mitralklappenverengung) mit Vorhofflimmern. Das Leiden machte sich im Frühling 1961 bemerkbar und verschlimmerte sich in der Folge derart, daß der Versicherte am 12. August 1963 in ein Spital eintreten mußte, wo er als praktisch arbeitsunfähig betrachtet wurde. Er hatte eine schwere Lungenstauung mit einem sogenannten Asthma cordiale (Herzasthma), eine Leberstauung und Oedeme (Gliederschwellungen). Im September 1963 meldete sich der Versicherte bei der IV und verlangte medizinische Maßnahmen. In einem Be-

richt vom 2. Oktober 1963 teilte der behandelnde Arzt der IV-Kommission mit, der Versicherte sei zur Abklärung der Operationsmöglichkeit seines Mitralklappenfehlers bei einer medizinischen Universitätsklinik angemeldet. Am 17. Oktober 1963 beschloß die IV-Kommission als Abklärungsmaßnahme den Spitalaufenthalt in der Universitätsklinik zu übernehmen; gleichzeitig wies sie darauf hin, daß erst nach Eingang des entsprechenden Arztberichtes über die Gewährung weiterer Leistungen befunden werden könne. Am 28. Oktober 1963 teilte ein Arzt der Universitätsklinik der IV-Kommission mit, daß das Mitralklappenfieber wegen der immer wieder auftretenden schweren Herzinsuffizienz und wegen der eventuellen Gefahr einer arteriellen Embolisierung aus dem linken Vorhof bereits am 24. Oktober 1963 operativ korrigiert worden sei. Durch Beschluß vom 12. November 1963 lehnte es die IV-Kommission ab, für die durchgeführte Operation aufzukommen, da sie keine Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG darstelle.

Gegen die Kassenverfügung vom 5. Dezember 1963, durch die dieser Beschluß eröffnet wurde, beschwerte sich der Versicherte bei der kantonalen Rekurskommission. Zudem erklärte ein Arzt in einem Zeugnis folgendes:

«Wie Ihnen bekannt ist, wurde beim Versicherten eine operative Korrektur seines Mitralklappenfehlers durchgeführt . . . Wir sind der Ansicht, daß dieser Eingriff, der sich nicht gegen das eigentliche Leiden, nämlich den Rheumatismus, sondern nur gegen eine seiner Folgeerscheinungen richtet, nicht als eigentliche Heilbehandlung angesehen werden kann. Vielmehr handelt es sich dabei um eine palliative Behebung eines mechanischen Defektes, welche eine zur Wiederaufnahme der Arbeit genügende Rekompensation des Kreislaufsystems erlaubt».

Gestützt auf diese Angaben kam die Rekurskommission zum Schluß, die durchgeführte Operation stelle eine medizinische Eingliederungsmaßnahme dar; sie verhielt daher die IV, in Gutheißung der Beschwerde, die mit diesem Eingriff verbundenen Kosten zu übernehmen.

Das BSV hat den am 5. Februar 1965 eröffneten Rekursentscheid durch Berufung an das EVG weitergezogen.

Das EVG hieß die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. . . .

2. Im vorliegenden Fall stellt sich die Frage, ob eine Herzoperation mit dem Zweck, schwere Kreislaufstörungen zu beheben, unter Art. 12 IVG falle. Wie bereits gesagt, stellen Vorkehrungen, welche überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dienen, keine Eingliederungsmaßnahmen im Sinne dieser Bestimmung dar. Umgekehrt besteht die Regel, daß die IV vornehmlich auf Beseitigung stabiler Defektzustände gerichtete Maßnahmen übernimmt, sofern diese die Verwirklichung und Beständigkeit des angestrebten Erfolges im Sinne von Art. 12 IVG versprechen und sofern sie sich im Rahmen des Art. 2 IVV halten.

Diese Regel gilt aber nur unter der ebenfalls in Art. 12 IVG normierten Voraussetzung, daß die Maßnahme «unmittelbar auf die Eingliederung gerichtet» sei. Daraus muß geschlossen werden, daß diejenigen lokalen Defektkorrekturen, deren unmittelbares Hauptziel die Beseitigung oder Linderung eines umfassenderen labilen pathologischen Geschehens ist, vornehmlich der Behandlung des Leidens an sich dienen und daher aus dem

Bereich der Eingliederungsmaßnahmen gemäß Art. 12 IVG ausscheiden. Das will heißen, daß der Entscheid darüber, ob die Beseitigung eines Defektzustandes Sache der IV sei, vom Gesamtzweck der Vorkehr abhängt und nicht allein von deren Art, bzw. vom Zustand des dadurch unmittelbar betroffenen Körperteils. Der Entscheid ist somit auf Grund der im Bereich von Art. 12 IVG meist notwendigen und nicht selten schwierigen Abwägung zu treffen. Deren Ergebnis kann aber jedenfalls dann nicht zweifelhaft sein, wenn es sich um Vorkehrungen handelt, welche — auch wenn sie einzelne Merkmale der medizinischen Eingliederungsmaßnahme aufweisen — in erster Linie auf Beseitigung oder Linderung lebensgefährlichen Krankseins gerichtet sind; denn solche Vorkehrungen erfüllen die von Art. 12 IVG vorausgesetzte Unmittelbarkeit des Eingliederungszweckes sicher nicht.

Es wird zwar — entsprechend den übereinstimmenden Angaben der Ärzte — zutreffen, daß im engsten Bereich der Mitralklappen ein stabiler Defektzustand eingetreten war, den man mit einer Herzoperation zu korrigieren versuchte. Entscheidend fällt aber ins Gewicht, daß zur Zeit, da diese Operation erwogen wurde, der Zustand des Versicherten durch massive Kreislaufstörungen beeinträchtigt war, die es zu beheben oder zu lindern galt. Der Bericht des einen Arztes spricht von schwerer Lungenstauung mit Asthma cardiale, von Stauungsleber und von Oedemen; überdies bestand nach dem Zeugnis eines anderen Arztes die eventuelle Gefahr einer arteriellen Embolisierung aus dem linken Vorhof. Dadurch war nicht nur die Erwerbsfähigkeit des Versicherten aufgehoben, sondern vor allem sein Leben selber schwer bedroht. Hieraus geht aber hervor, daß der Herzoperation nicht überwiegend Eingliederungscharakter zukommt.

Die IV-Kommission hat es daher mit Recht abgelehnt, für die Kosten der Herzoperation aufzukommen. Aus dem Umstand, daß die IV-Kommission zunächst den Abklärungsaufenthalt in der Universitätsklinik übernahm, kann der Versicherte entgegen den Ausführungen in der Berufungsantwort keine Rechte ableiten. Denn in jenem Beschluß wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die IV-Kommission über die Gewährung weiterer Maßnahmen erst befinden könne, wenn der Bericht der Universitätsklinik vorliege. Demzufolge durfte der Versicherte während des Abklärungsaufenthaltes nicht mit der Übernahme der Operation durch die IV rechnen.

Urteil des EVG vom 7. September 1965 i. Sa. M. E.

Art. 14 IVG. Die IV gewährt grundsätzlich Naturalleistungen in Form von Behandlung und Pflege in der allgemeinen Abteilung. Die durch Behandlung in einer Privatabteilung entstehenden Mehrkosten gehen nur dann zu Lasten der IV, wenn die Maßnahme in der allgemeinen Abteilung nicht durchgeführt werden kann.

Mit Beschluß vom 10. April 1963, eröffnet durch Verfügung vom 13. Mai 1963, gewährte die IV-Kommission dem 1942 geborenen Versicherten gestützt auf eine im Februar 1963 eingereichte Anmeldung folgende Leistungen:

- a. Eine Progenieoperation mit anschließender Schienung und Aufenthalt in einem Kantonsspital für die Dauer von zwei bis drei Wochen.

- b. Ambulante Kontrollen und Behandlung nach Spitalaustritt für die Dauer eines Jahres.
- c. Eine Hilfsschiene als Hilfsmittel.
- d. Taggeld während des Spitalaufenthaltes und der Rekonvaleszenzzeit.

Der Versicherte hatte bereits vom 16. bis 21. Dezember 1962 als Privatpatient im zahnärztlichen Institut eines Kantonsspitals geweiht, wo durch Prof. X. die Progenieoperation ausgeführt worden war. In der Folge bezahlte die IV dem Kantonsspital entsprechend einer gestellten Rechnung für die gesamte Behandlung und Pflege einen Pauschalbetrag von 35 Franken je Spitaltag.

Am 19. Oktober 1963 stellte das zahnärztliche Institut des Kantonsspitals dem Versicherten Rechnung für insgesamt 2 057,70 Franken. Die IV übernahm hievon 302,20 Franken für ambulante Behandlung im Frühjahr 1962 und im ersten Halbjahr 1963 sowie 325 Franken für Drahtschienen; dagegen lehnte sie es ab, für den verbleibenden Betrag von 1 430,50 Franken (u. a. Operation und Assistenz 1 200 Franken) aufzukommen mit der Begründung, diese Kosten seien nur deshalb entstanden, weil sich der Versicherte als Privatpatient habe behandeln lassen. Die Ausgleichskasse gab dem Versicherten hievon durch Verfügung vom 29. September 1964 Kenntnis.

Gegen diese Verfügung beschwerte sich der Versicherte bei der kantonalen Rekursbehörde und machte geltend, er habe sich wegen der Kompliziertheit seines Falles durch Prof. X. behandeln lassen müssen. In der allgemeinen Abteilung hätte ihn dieser Spezialist nicht operiert, weshalb er gezwungen gewesen sei, in die private Abteilung des Spitals einzutreten. Die IV sollte daher einen angemessenen Teil des Betrages von 1 430,50 Franken übernehmen.

Durch Entscheid vom 11. Januar 1965 wies die kantonale Rekursbehörde die Beschwerde ab, im wesentlichen mit der Begründung, die IV könne nur für die Kosten der allgemeinen Abteilung aufkommen, wenn die Behandlung in einem Spital erfolge. Im übrigen gehe aus den Akten hervor, daß der Versicherte in der allgemeinen Abteilung bloß keinen Anspruch darauf hätte, von Prof. X. operiert zu werden.

Den kantonalen Rekursentscheid hat der Versicherte durch Berufung an das EVG weitergezogen. Er macht geltend, daß nach erhaltenen Auskünften wegen der Behandlung in der Privatabteilung des Spitals bloß Mehrkosten von 661,35 Franken entstanden seien. Vom Betrag von 1 430,50 Franken habe daher die IV 769,15 Franken zu übernehmen; ferner sollte sie bei den gegebenen Verhältnissen auch für die zusätzlichen Kosten ganz oder teilweise aufkommen. Die Ausgleichskasse enthält sich eines Antrages. In seinem Mitbericht beantragt das BSV die Abweisung der Berufung. Es weist u. a. darauf hin, daß die Drahtschienen im Betrage von 325 Franken an sich in der dem Kantonsspital Zürich bezahlten Tagespauschale enthalten seien, da es sich bei diesen Schienen nicht um Hilfsmittel handle. Es werde dem Gericht überlassen, ob es auf Rückerstattung der irrtümlich bezahlten 325 Franken entscheiden wolle.

Das EVG wies die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Durch Verfügung vom 13. Mai 1963 ist rechtskräftig entschieden, daß die im Dezember 1962 im Kantonsspital durchgeführte Progenieoperation samt

ambulanten Kontrollen und Behandlungen sowie eine Schiene zu Lasten der IV gehen. Streitig ist heute, ob die IV die Kosten dieser Leistungen im Rahmen des IVG voll zu übernehmen hat.

2. Die medizinischen Eingliederungsmaßnahmen umfassen die Behandlung, die vom Arzt selber oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird sowie die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien (Art. 14, Abs. 1, IVG). Erfolgt die ärztliche Behandlung in einer Kranken- oder Kuranstalt, so hat der Versicherte überdies Anspruch auf Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung. Begibt sich der Versicherte in eine andere Abteilung, obwohl die Maßnahme in der allgemeinen Abteilung durchgeführt werden könnte, so hat er zusätzliche Kosten selbst zu tragen (Art. 14, Abs. 2, IVG). Hieraus geht hervor, daß die IV grundsätzlich Naturalleistungen in Form von Behandlung und Pflege in der allgemeinen Abteilung gewährt. Es obliegt somit der IV, den Arzt und das Spital mit der Durchführung der angeordneten Maßnahmen zu betrauen. Demzufolge entsteht grundsätzlich ein Auftragsverhältnis zwischen der IV und den Stellen, die sich mit der Durchführung der Maßnahmen befassen. In der Praxis werden diese Stellen durch eine Kopie der ergangenen Verfügung über die Erteilung des Auftrages in Kenntnis gesetzt. Nehmen diese Stellen den Auftrag an, so werden sie für ihre Verrichtungen durch die Versicherung entsprechend den abgeschlossenen Tarifverträgen entschädigt (Art. 27 IVG). Dagegen entstehen in der Regel bei Anordnung einer Maßnahme durch die IV zwischen dem Versicherten und den durchführenden Stellen keine direkten Rechtsbeziehungen. Ausgenommen sind allerdings die Fälle, wo sich der Versicherte im Sinne von Art. 14, Abs. 2, IVG in eine andere Abteilung einer Kranken- oder Kuranstalt begibt, obwohl die Maßnahme in der allgemeinen Abteilung durchgeführt werden könnte. Vorbehalten bleibt auch der in Art. 27, Abs. 3, IVG erwähnte Fall, daß zwischen der IV und den durchführenden Stellen keine Tarifverträge bestehen.

3. Im gegenwärtigen Fall liegt schon insoweit eine Besonderheit vor, als die IV über die Maßnahmen erst beschloß, als diese bereits durchgeführt waren. Behandlung und Pflege erfolgten daher wohl auf Grund einer privatrechtlichen Vereinbarung zwischen dem Versicherten und den durchführenden Stellen, über die indessen der Sozialversicherungsrichter nicht zu befinden hat. Die IV konnte aber diese Maßnahmen nachträglich genehmigen und gleichzeitig die Geldleistungen gewähren, die sie bei Anordnung der Maßnahmen den beauftragten Stellen gestützt auf die Tarifverträge erbracht hätte.

Wie bereits gesagt, kommt die IV bei Spitalbehandlung grundsätzlich für die in der allgemeinen Abteilung entstehenden Kosten auf. Die durch Behandlung in einer Privatabteilung entstehenden Mehrkosten gehen nur dann zu ihren Lasten, wenn die Maßnahmen in der allgemeinen Abteilung nicht durchgeführt werden kann. Dafür, daß die hier in Frage stehende Progenieoperation in der allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals nicht hätte durchgeführt werden können, fehlen jegliche Anhaltspunkte. Denn aus dem aufgelegten Schreiben des Prof. X. geht lediglich hervor, daß der Versicherte in der allgemeinen Abteilung keinen Anspruch darauf gehabt hätte, von diesem Spezialisten persönlich operiert zu werden. Wäre aber der Versicherte auf Anordnung der IV im Dezember 1962 in der allgemeinen Abteilung operiert

worden, so hätte diese dem Kantonsspital nach den im Berufungsverfahren beigezogenen Tarifvereinbarungen für sämtliche ärztliche Leistungen eine Tagespauschale von 35 Franken geschuldet. Diese Tagespauschale hat die IV gestützt auf eine Rechnung des Kantonsspitals nachträglich bezahlt. Sie ist auch für die Kosten der ambulanten Behandlungen von 302 Franken nach Maßgabe des mit der schweizerischen Zahnärztesgesellschaft abgeschlossenen Tarifvertrages aufgekommen und hat die Kosten für Schienen im Betrage von 325 Franken übernommen. Hinsichtlich der Schienen stützte sie sich offenbar auf die Verfügung vom 13. Mai 1963, wonach es sich hierbei um Hilfsmittel handelt. Nachdem diese Verfügung rechtskräftig ist, fällt eine Rückforderung des Betrages von 325 Franken, die vom BSV diskutiert wird, von vornherein außer Betracht.

4. Die IV hat somit die Vergütungen geleistet, die sie bei Anordnung der Behandlung in der allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals geschuldet hätte. Für weitere Leistungen der IV fehlt eine Rechtsgrundlage, so daß sich die Berufung als unbegründet erweist. Über die im Berufungsverfahren aufgeworfene Frage, wie hoch sich die Mehrkosten belaufen, die wegen der Behandlung in der Privatabteilung entstanden sind, hat sich das Gericht nicht zu äußern. Ebensovienig hat es darüber zu befinden, was der Versicherte gestützt auf sein Rechtsverhältnis mit dem Spital diesem noch schuldet. Hingegen wird der Versicherte darauf aufmerksam gemacht, daß die nachträgliche Übernahme von Behandlungskosten seitens der IV ein Entgegenkommen darstellt, nachdem Anhaltspunkte dafür fehlen, daß der operative Eingriff aus wichtigen Gründen vor dem Beschluß der IV-Kommission durchgeführt werden mußte (Art. 78, Abs. 2, IVV). Die Verfügung vom 13. Mai 1963 liegt andererseits derart weit zurück, daß ihr Widerruf wegen verspäteter Anmeldung durch den Versicherten nicht mehr in Frage kommen kann.

Urteil des EVG vom 16. Juni 1965 I. Sa. M. S.

Art. 16 IVG; Art. 5, Abs. 2, IVV. Die invaliditätsbedingten Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung sind grundsätzlich in der Weise zu ermitteln, daß die Auslagen des Invaliden für seine Ausbildung mit den Aufwendungen verglichen werden, die ohne die Invalidität bei einer gleichartigen Ausbildung entstanden wären. Beginnt ein Invaliden eine berufliche Ausbildung nach Eintritt der Invalidität, so findet diese Bestimmung nur dann keine Anwendung, wenn der Versicherte ohne Invalidität offensichtlich eine weniger kostspielige Ausbildung erhalten hätte und die Berufswahl durch die Invalidität bedingt ist.

Die 1950 geborene Versicherte ist am rechten Auge blind; mit dem linken Auge sieht sie normal. Im März 1964 wurde sie bei der IV angemeldet mit dem Begehren, es sei ein Beitrag an die invaliditätsbedingten Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung zu gewähren. Der Vater der Versicherten schrieb auf dem Anmeldeformular folgendes: «Da heute ein Kind mit solcher Behinderung ohne Beruf schwer hat, sich durchzusetzen, hat es den Wunsch, Kindergärtnerin zu werden. Dies kann jedoch nicht erfolgen ohne Realschule».

Durch Verfügung vom 1. Juli 1964 teilte die Ausgleichskasse dem Vater der Versicherten mit, daß die IV-Kommission das gestellte Begehren abgewiesen habe: Die Behinderung der Versicherten sei nicht derart, daß ihr bei der erstmaligen Ausbildung wegen der Invalidität zusätzliche Kosten entstehen würden. Gegen diese Verfügung beschwerte sich der Vater bei der kantonalen Rekursbehörde und machte geltend, die Versicherte müsse wegen ihres Gebrechens einen Beruf erlernen, um später selbständig durchs Leben zu kommen. Es sei auch klar, daß nicht jeder Beruf in Frage komme. Für die Ausbildung zur Kindergärtnerin könne die Versicherte in ein Kloster eintreten, was aber mit großen Kosten verbunden sei.

Durch Entscheid vom 28. Dezember 1964 wies die kantonale Rekursbehörde die Beschwerde ab. Sie hielt dafür, daß die Versicherte sich nicht wegen der Invalidität zur Kindergärtnerin ausbilden lasse; abgesehen davon entstünden wegen dieser Ausbildung nicht invaliditätsbedingte Mehrkosten; einzig solche könnte die IV übernehmen. Den kantonalen Rekursentscheid hat der Vater durch Berufung an das EVG weitergezogen. Er erklärt, daß die Versicherte bei normalen Sehvermögen nicht den Kindergärtnerinnenberuf mit jährlichen Ausbildungskosten von ca. 2000 Franken gewählt hätte. Die Ausgleichskasse verweist auf eine Stellungnahme der IV-Kommission, die an ihrem Beschluß festhält.

Das EVG wies die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

Gemäß Art. 16 IVG haben Versicherte, die noch nicht erwerbstätig waren und denen infolge Invalidität bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung in wesentlichem Umfang zusätzliche Kosten entstehen, Anspruch auf Ersatz dieser Kosten, sofern die Ausbildung den Fähigkeiten des Versicherten entspricht. In Art. 5, Abs. 2, IVV wird ergänzend bestimmt, daß einem Versicherten aus der erstmaligen beruflichen Ausbildung in wesentlichem Umfang zusätzliche Kosten erwachsen, wenn seine Aufwendungen für die Ausbildung wegen der Invalidität jährlich um mindestens 240 Franken höher sind, als sie für eine gleichartige Ausbildung ohne Invalidität gewesen wären. Hat der Versicherte vor Eintritt der Invalidität schon eine Ausbildung begonnen oder hätte er ohne Invalidität offensichtlich eine weniger kostspielige Ausbildung erhalten, so bilden die Kosten dieser Ausbildung die Grundlage für die Berechnung der durch die Invalidität bedingten zusätzlichen Aufwendungen.

Nach dieser Ordnung sind somit die invaliditätsbedingten Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung — die die IV einzig übernehmen kann — grundsätzlich in der Weise zu ermitteln, daß die Auslagen des Invaliden für seine Ausbildung mit den Aufwendungen verglichen werden, die ohne Invalidität bei einer gleichartigen Ausbildung entstanden wären. Auf einen Invaliden, der die berufliche Ausbildung nach Eintritt der Invalidität beginnt, findet dieser Grundsatz nur dann keine Anwendung, wenn er ohne Invalidität offensichtlich eine weniger kostspielige Ausbildung erhalten hätte und die kostspieligere durch die Invalidität bedingt ist.

Unter welchen Voraussetzungen das zutrifft, braucht heute nicht abschließend geprüft zu werden. Auf jeden Fall kann bei den gegebenen Verhältnissen nicht vom Grundsatz abgegangen werden, daß die Ausbildungskosten der Versicherten mit den Aufwendungen zu vergleichen sind, die ohne Invalidität bei einer gleichartigen Ausbildung entstanden wären. Wegen

der Invalidität drängte sich nämlich die gegebenenfalls mit größeren Kosten verbundene Ausbildung zur Kindergärtnerin keineswegs auf; die an einem Auge blinde Versicherte war im Verhältnis zu einer beidseitig sehenden Tochter nicht derart in der Berufswahl eingeschränkt, daß für sie keine andere Tätigkeit in Frage gekommen wäre. Es standen ihr trotz der Einäugigkeit viele Berufe offen; so hätte es ihr der körperliche Zustand ohne weiteres erlaubt, sich mit wesentlich geringeren Aufwendungen zur Büro- oder Hausangestellten ausbilden zu lassen. Entscheidend für die getroffene Berufswahl war daher offenbar nicht die Invalidität, sondern die Neigung der Versicherten.

IV-rechtlich bestand zwar für die Versicherte kein Hindernis, den Kindergärtnerinnenberuf zu ergreifen, sofern er ihren Fähigkeiten entsprach. Doch stehen ihr — entsprechend dem dargelegten Grundsatz — nur dann Leistungen der IV zu, wenn die damit verbundenen Ausbildungskosten im Jahr um mindestens 240 Franken höher sind als die Aufwendungen einer nichtinvaliden Tochter für eine gleichartige Ausbildung. Das trifft offensichtlich nicht zu; denn einer am gleichen Wohnort wohnenden, beidseitig sehenden Tochter wären bei der Ausbildung zur Kindergärtnerin genau die gleichen Kosten entstanden wie der Versicherten. Die Berufung erweist sich daher als unbegründet.

Der Vater hat nach Abschluß des Rechtsschriftenwechsels mitgeteilt, daß die Versicherte die Ausbildung zur Kindergärtnerin abgebrochen habe und sich nach einer andern Berufsmöglichkeit umsehen müsse. Unter diesen Umständen hat die Versicherte Anspruch auf Berufsberatung gemäß Art. 15 IVG. Die Akten sind daher an die IV-Kommission weiterzuleiten, damit sie in Zusammenarbeit mit der Regionalstelle abkläre, welche Berufsausbildung für die Versicherte nach ihren Fähigkeiten in Frage kommen könnte.

Urteil des EVG vom 5. August 1965 i. Sa. O. D.

Art. 20 IVG; Art. 13, Abs. 2, IVV. Die besondere Überwachung heranwachsender Bildungsunfähiger ist nicht den Erziehungs- und Betreuungsaufgaben im normalen Familienkreis gleichzusetzen, sondern stellt einen erheblichen zusätzlichen Aufwand der Eltern dar.

Anfangs 1960 wurde der im März 1946 geborene Versicherte bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet. Nach dem ärztlichen Bericht leidet der Versicherte an mongoloider Idiotie. Von 1956 bis 1960 war er in einem Kinderheim untergebracht. Die IV gewährte damals für die Zeit vom 1. Januar bis 11. April 1960 einen Pflegebeitrag von 3 Franken im Tag. Wegen doppelseitiger Lungentuberkulose weilte er später zur Kur in einem Höhenkurort.

Der Versicherte befindet sich, anscheinend seit dem 12. Juni 1962, wieder zu Hause bei seinen Eltern. Im März 1964 erkundigten sich diese bei der IV-Kommission, ob ein Hauspflegebeitrag zugesprochen werden könnte. Die IV-Kommission ließ die Verhältnisse abklären. Im Abklärungsbericht vom 27. April 1964 wird u. a. folgendes ausgeführt:

«Viele Kosten durch Zerstörungssucht: Der Versicherte zerschneidet seine Unterhosen, reißt Pullover und Socken auf, sobald er einen losen Faden entdeckt. Er zieht sich unzählige Male im Tage um, weil er bei der ge-

ringsten Tätigkeit oder längerem Gehen in starken Schweiß gerät. Blitzartig öffnet er Schränke, wirft Gläser und Teller heraus oder streut Schriftstücke herum. Sobald er ein Werkzeug erwischt, schlägt er Löcher in die Zimmerwände. Kürzlich war der Vater in der Stube und er auf dem Balkon, als Nachbarn Feuer meldeten. Der Bub hatte auf dem Balkon eine Truhe voll Kleider in Brand gesteckt.

Die Mutter wäre dringend auf Mitverdienst angewiesen, kann aber den Sohn nicht allein lassen. Sieht keine andere Lösung, als ihn daheim zu hüten». Der Versicherte werde von seinen Eltern betreut. «Selten hüten ihn verheiratete Geschwister. Nicht einmal gegen Bezahlung würde er regelmäßig von den Verwandten oder Nachbarn gehütet, weil niemand die Verantwortung für sein Zerstören und Weglaufen tragen will». Er könne keine Arbeiten verrichten. Bei Ermahnungen reagiere er mit Wut anfällen. Eine eigentliche Pflegebedürftigkeit wurde im wesentlichen verneint.

Mit Verfügung vom 17. Juni 1964 eröffnete die Ausgleichskasse dem Vater des Versicherten den Kommissionsbeschluß, vom 12. Juni 1962 weg bis zur Erreichung der Volljährigkeit einen Hauspflegebeitrag von 1 Franken im Tag zu gewähren.

In der Beschwerde ließ der Vater der kantonalen Rekursbehörde beantragen, es seien die Kassenverfügung aufzuheben und der Hauspflegebeitrag auf 2 Franken zu erhöhen.

Die Rekursbehörde wies die Beschwerde am 8. Februar 1965 mit folgender Begründung ab: Der Höchstansatz des Hauspflegebeitrages von 3 Franken könne nur gewährt werden, wenn Pflege oder Wartung besondere Kosten verursachten. Der Versicherte sei reinlich, könne sich selber bewegen, verständlich machen, an- und auskleiden und allein ins Bett gehen; auch brauche er weder Spezialkost noch Nachtwache. Die besonderen Aufwendungen würden durch seine gelegentliche Zerstörungswut verursacht. Die Kosten, die dadurch entstünden, daß ihn die Eltern an ihren Arbeitsplatz mitnehmen, könnten nicht berücksichtigt werden. Der Beitrag von 1 Franken im Tag sei angemessen.

Der Vater des Versicherten hat diesen Beschwerdeentscheid mit Berufung an das EVG weiterziehen und erneut die Erhöhung des Hauspflegebeitrages auf 2 Franken beantragen lassen. Zur Begründung wird vor allem folgendes vorgebracht: Der Versicherte sei eigentlich anstaltsbedürftig. Er müsse stets beaufsichtigt werden, damit sich seine Zerstörungswut nicht allzuschlimm auswirke. Seine Eltern müßten ihn darum täglich an ihren Arbeitsplatz mitnehmen, wodurch erhebliche Unkosten entstünden. Der Abklärungsbericht sei «zu rosig gefärbt». Insbesondere treffe es nicht zu, daß das Kind keine Spezialkost benötige und reinlich sei. Sein Wäschebedarf sei überdurchschnittlich. Die besondern Aufwendungen beschränken sich nicht auf die Folgen der gelegentlichen Zerstörungswut. Der Versicherte sei dauernd pflegebedürftig. Mit Rücksicht auf die hohen Arzt- und Arzneikosten würde sich sogar ein Pflegebeitrag von 3 Franken im Tag rechtfertigen. Die Ausgleichskasse läßt sich wie folgt vernehmen: Arzt- und Arzneikosten dürften bei der Festsetzung des Hauspflegebeitrages nicht berücksichtigt werden. Der Beitrag von 1 Franken sei mit Rücksicht auf den Kleiderverschleiß usw. und für die Zeit, während welcher der Versicherte zu Hause gepflegt werde, angemessen.

Ob eine Erhöhung auf 2 Franken sich rechtfertige, weil die Eltern den Versicherten an ihren Arbeitsplatz mitnehmen müßten, sei von der Berufungsinstanz zu beurteilen. Es sei aber zu berücksichtigen, daß sich die Zerstörungswut des Versicherten nur bei ständiger Beaufsichtigung nicht in größerem Umfang auswirken könne. Eine Anstaltsversorgung würde wesentlich höhere Kosten verursachen. Gegebenenfalls hätten die Eltern nachzuweisen, während welcher Zeit sie den Versicherten an ihren Arbeitsplatz mitgenommen haben. Das BSV führt in seinem Mithericht aus, die Erhöhung des Hauspflegebeitrages auf 2 Franken sei gerechtfertigt, wenn man berücksichtige, daß die Eltern durch die Wartung des Versicherten zusätzlich finanziell belastet würden. Sie seien genötigt, ihn an ihren Arbeitsplatz mitzunehmen, da ihn — nach den Abklärungen — nicht einmal Verwandte oder Nachbarn beaufsichtigen würden. Für die Zeit, während der er zu Hause gepflegt werde, sei aber ein Beitrag von 1 Franken angemessen.

Das EVG ließ die eingereichte Berufung im Sinne folgender Erwägungen gut:

Der Anspruch des Versicherten auf Hauspflegebeitrag für die Zeit vom 12. Juni 1962 bis zur Erreichung der Volljährigkeit ist grundsätzlich unbestritten. Streitig ist dieser Beitrag lediglich in maßlicher Hinsicht.

Art. 20, Abs. 1, IVG sieht die Gewährung eines Kostgeldbeitrages an einen bildungsunfähigen Minderjährigen vor, wenn dieser infolge seiner Invalidität in einer Anstalt untergebracht werden muß. Wird ein solcher besonderer Pflege und Wartung bedürftiger Minderjähriger zu Hause in gleicher Weise wie in einer Anstalt betreut, kann die Versicherung an die Pflege- und Wartungskosten ebenfalls einen Beitrag bis zu 3 Franken im Tag zusprechen (Art. 13, Abs. 2, IVV). Der Zweck dieser Beiträge geht klar aus den gesetzlichen Bestimmungen hervor, die von Beiträgen an das «Kostgeld» und an die Kosten der «Pflege und Wartung» sprechen. Sie sind demnach bestimmt, einen Teil der besonders Unterhalts- und Wartungskosten, aber nicht die Aufwendungen für Arzt und Medikamente dieser Minderjährigen zu decken. Derartige Kosten übernimmt die IV lediglich im Rahmen von Art. 12 (medizinische Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung) und Art. 13 (Behandlung von Geburtsgebrechen, die in der vom Bundesrat aufgestellten Geburtsgebrechenliste aufgeführt sind). Die Anwendung dieser beiden Bestimmungen steht im gegenwärtigen Verfahren nicht zur Diskussion. Immerhin wird das Berufungsbegehren aber auch mit erheblichen Aufwendungen für Arzt und Arzneimittel begründet. Selbst wenn diese Auslagen in der Tat sehr hoch wären, so vermöchte dies nach dem Gesagten die Gewährung des Hauspflegebeitrages oder dessen Erhöhung nicht zu rechtfertigen.

In frühern Urteilen hat das EVG festgestellt, daß besondere Pflege- und Wartungskosten im Sinn von Art. 13, Abs. 2, IVV immer dann gegeben seien, wenn der Aufwand für Wäsche, Kleider und dergleichen wegen der Stuhl- und Urininkontinenz des bildungsunfähigen Versicherten besonders hoch ist oder wenn dieser dauernd sein Bettzeug und andere Gegenstände beschädigt. Indessen beschränken sich die zusätzlichen Pflege- und Wartungskosten eines Minderjährigen, der zu Hause betreut wird, nicht auf derartige Aufwendungen. Das EVG hat im Fall eines schwachsinnigen Kindes (s. ZAK 1965, S. 56) erkannt, daß die Anforderungen, die ein solches Kind an seine Betreuer stellt, gegenüber den Bedürfnissen eines normalen Kindes mit zunehmendem Alter

immer ausgeprägter werden. Das Gericht hatte jedoch bis anhin keine Veranlassung, dem Umstand Rechnung zu tragen, daß die besondern Anforderungen an die Überwachung heranwachsender Bildungsunfähiger nicht mehr mit den Erziehungs- und Betreuungsaufgaben im normalen Familienkreis parallel gehen.

Anders verhält es sich im vorliegenden Fall. Beachtet man, daß der Versicherte im maßgebenden Zeitpunkt, als die IV-Kommission im Mai 1964 ihren angefochtenen Beschluß faßte, das achtzehnte Altersjahr bereits zurückgelegt hatte, so besteht kein Zweifel, daß die besondere familieninterne Überwachung dieses plötzlich bössartig werdenden Versicherten, der Unterwäsche, Pullover und Socken zerreißt, Möbel und Wohnung beschädigt, anormal schwitzt, gelegentlich schon eine Truhe mit Kleidern angezündet hat und darum Drittpersonen kaum mehr zur Betreuung überlassen werden kann, der Allgemeinheit eine so bedeutende Last abnimmt, daß hier erheblicher zusätzlicher Aufwand seiner Eltern im Sinne von Art. 13, Abs. 2, IVV vorliegt. Dabei kann es nicht darauf ankommen, ob dieser Aufwand durch ständige Beaufsichtigung des Versicherten daheim entsteht oder dadurch, daß die Eltern gezwungen sind, ihn an ihren Arbeitsplatz mitzunehmen. Unter diesen Umständen rechtfertigt es sich, den Hauspflegebeitrag in Anwendung richterlichen Ermessens auf den 1. April 1964 (Vollendung des achtzehnten Altersjahres des Versicherten) auf 2 Franken im Tag zu erhöhen.

Urteil des EVG vom 3. September 1965 i. Sa. E. S.

Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 15, Abs. 3, IVV. Bewegliche Sachen gelten als Hilfsmittel, wenn sie ohne strukturelle Änderung oder operative Eingriffe abgelegt und wieder verwendet werden können. Ein Pacedmaker (Schrittmacher für Herzfunktionen) ist daher ein Behandlungsgerät und nicht ein Hilfsmittel.

Der 1904 geborene Versicherte, der während vieler Jahre als Karrer tätig gewesen war, meldete sich im Juli 1963 wegen seines Herzleidens bei der IV zum Bezuge von Leistungen an. Die IV-Kommission ersuchte ein Kantonsspital um einen Bericht. Am 24. September 1963 teilte ein Assistenzarzt u. a. mit, der Versicherte sei Mitte Mai 1963 wegen hypoxämischer Anfälle hospitalisiert worden. Die Abklärung habe das Bestehen eines totalen atrioventrikulären Blocks mit einer Kammerfrequenz von 21 je Minute und einer normalen Vorhoffrequenz von 75 je Minute ergeben. Es handle sich um einen schweren Myokardschaden, der auf eine fortgeschrittene Kardiosklerose zurückgehe. Am 27. Mai 1963 sei ein elektrischer «Schrittmacher» (ein sog. Pacemaker) eingebaut worden. Der nachoperative Heilungsverlauf dürfe als normal bezeichnet werden. Der Versicherte, der seit Mitte Mai 1963 vollständig arbeitsunfähig sei, werde nicht instande sein, seinen Beruf weiterhin auszuüben. Eventuell könnte er eine andersartige Arbeit verrichten.

Ende November 1963 wurde der IV-Kommission mitgeteilt, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten betrage nur noch 20 Prozent und lasse sich nicht mehr verbessern. Dem Invaliden sei deshalb eine Rente zuzusprechen. Die IV-Kommission nahm an, der Versicherte sei dauernd zu 76 Prozent invalid, und beschloß am 28. Januar 1964, ihm vom 1. Mai 1963 an eine ganze einfache

Invalidenrente zu gewähren. Diesen Beschluß eröffnete die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 10. April 1964.

Nachdem die Batterie des Schrittmachers im Juni 1964 hatte ersetzt werden müssen, meldete sich der Berufungskläger im September 1964 erneut bei der IV an und beanspruchte den Schrittmacher als Hilfsmittel. Gestützt auf ein Schreiben des BSV vom 22. Dezember 1964, worin erklärt wurde, ein Behelf, der im Innern des Körpers eingesetzt werde, sei nicht Hilfsmittel, sondern Bestandteil der ärztlichen Behandlung, beschloß die IV-Kommission am 8. Januar 1965, keine Leistungen für den Schrittmacher zu erbringen. Dieser Beschluß wurde in einer Verfügung vom 2. Februar 1965 eröffnet:

Der Versicherte erhob Beschwerde und machte geltend, gemäß Art. 14, Buchst. e, IVV gewähre die IV im Rahmen von Art. 21 IVG Hilfsmittel für innere Organe. Der Schrittmacher sei ein derartiges Hilfsmittel. — Die Beschwerde wurde von einem Arzt unterstützt. Dieser führte u. a. aus, der Einbau des Schrittmachers sei nicht als medizinische Maßnahme, die der Heilbehandlung diene, zu betrachten, sondern als «Anbringen einer Prothese», die den normalen Herzrhythmus gewährleiste. Die kantonale Rekurskommission kam in ihrem Entscheid vom 14. Mai 1965 zum Schluß, der Schrittmacher sei ein «demontierbarer Behelf», welcher der Erhaltung einer Funktion, nicht der Heilbehandlung diene. Es handle sich bei dieser Prothese um ein Hilfsmittel. Da keine formellen Hindernisse bestünden, sei die Beschwerde gutzuheißen.

Das BSV hat Berufung eingelegt. Es beantragt die Wiederherstellung der unstrittenen Verfügung und begründet dies namentlich damit, daß der Einbau eines Schrittmachers eine medizinische Vorkehr sei, die grundsätzlich dann von der IV nicht übernommen werden könne, wenn, wie hier, durch das Leiden der Gesundheitszustand des Versicherten wesentlich beeinträchtigt werde. Nach der Rechtsprechung des EVG dienten lokale Defektkorrekturen, deren unmittelbares Hauptziel die Beseitigung oder Linderung umfassenderen labilen pathologischen Geschehens sei, vornehmlich der Behandlung des Leidens an sich.

Das EVG hieß die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Im Rahmen des Sozialversicherungsrechts gehört die Erhaltung des menschlichen Lebens grundsätzlich zu den Zielen der Krankenversicherung (vgl. Art. 12 ff. KUVG). Demgegenüber schützt die IV vor den Folgen dauernder Erwerbsunfähigkeit. Zwar wird dieses Prinzip für minderjährige Versicherte in einzelnen Fällen durchbrochen (Art. 13 IVG). Doch hindert dieser Umstand nicht, daß primär auf die Lebenserhaltung gerichtete Vorkehrungen nicht zum Komplex der Maßnahmen gerechnet werden können, die das IVG zur Eingliederung Erwachsener in das Erwerbsleben vorsieht. Diesen Grundsatz hat das EVG bereits im Rahmen von Art. 12 IVG ausgesprochen (s. ZAK 1966, S. 39). Das Prinzip gilt aber auch für die Abgabe von Hilfsmitteln. Bedarf der Versicherte, um überhaupt leben zu können, einer bestimmten Vorkehr, so kann diese selbst dann nicht unter Art. 21 IVG subsumiert werden, wenn sie die Verwendung eines Gegenstandes voraussetzt, der an sich die strukturellen Merkmale des Hilfsmittels aufweisen würde. In einem solchen Fall fehlte nämlich der erforderliche Eingliederungszweck (Art. 9, Abs. 1 und Art. 21, Abs. 1, IVG).

2. Der Versicherte, der nach dem Bericht des Kantonsspitals vom 24. September 1963 wegen seines schweren Herzleidens einen Gesundheitspaß auf sich tragen muß, hat in der Beschwerdeschrift glaubhaft geltend gemacht, er könnte ohne Schrittmacher «gar nicht mehr leben». Der behandelnde Arzt teilte der IV-Kommission am 6. Februar 1965 mit, der Schrittmacher habe eingebaut werden müssen, «damit das Herz überhaupt funktioniert». Und in der Berufungantwort erklärt der Versicherte, ohne Schrittmacher wäre er lebensbedrohenden Anfällen ausgesetzt. Aus diesen Äußerungen ist zu schließen, daß die umstrittene Vorkehr primär der Lebenserhaltung diene. Somit handelt es sich nicht um eine Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 9, Abs. 1, IVG.

3. Hinsichtlich der Frage, ob der Schrittmacher Hilfsmittelcharakter habe, ist noch folgendes festzuhalten:

a. Das kantonale Obergericht betrachtete es als ausschlaggebend, daß der Schrittmacher der Erhaltung einer Funktion und nicht der Heilbehandlung diene, und bejahte deswegen die erwähnte Frage. Die vorinstanzliche Unterscheidung, die im Rahmen von Art. 12 IVG sinnvoll ist, kann im vorliegenden Zusammenhang nicht als taugliches Kriterium angesehen werden. Hier ist nämlich zu entscheiden, ob eine medizinische Maßnahme im Sinne von Art. 14, Abs. 1, IVG oder aber eine Leistung im Sinne von Art. 21, Abs. 1, IVG in Frage stehe. Nach Art. 14, Abs. 1, IVG umfassen die medizinischen Maßnahmen nicht nur die Vorkehrungen zur Heilung eines Leidens, sondern jegliche Art von «Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen . . . vorgenommen wird», also auch Vorkehrungen, die der Erhaltung einer Funktion dienen. Die Frage kann deshalb nicht auf Grund der vorinstanzlichen Unterscheidung beantwortet werden. Sie ist vielmehr nach den Begriffsmerkmalen des Hilfsmittels bzw. der medizinischen Maßnahme zu entscheiden.

b. Nach der Praxis gehört zu den Hauptmerkmalen des Hilfsmittels, daß es ohne strukturelle Änderung abgelegt und wieder verwendet werden kann (s. EVGE 1963, S. 146, Erwägung 1; ZAK 1963, S. 502). Dieses Erfordernis entspricht dem allgemeinen Sprachgebrauch, der unter einem Hilfsmittel einen Gegenstand versteht, durch dessen Gebrauch dem Leben eines Menschen eine sekundäre Hilfe erwächst. Somit kann die primäre Lebenserhaltung schon aus rein sprachlichen Gründen nicht mit dem Begriff des Hilfsmittels verbunden werden. Diese Voraussetzung wird ferner durch die in Art. 14, Abs. 1, IVG genannten Beispiele bestätigt. Schließlich dient sie der objektiven Abgrenzung des Anwendungsbereiches von Art. 21 IVG einerseits und von Art. 12 ff. IVG andererseits. Aus den genannten Gründen ist das Erfordernis der Unterlassung struktureller Änderungen nicht bloß auf das Hilfsmittel zu beziehen, sondern auch auf den Körper, dem das Hilfsmittel dient: das Hilfsmittel muß mithin ohne Eingriff in die körperliche Integrität ablegbar sein. Daß in Art. 14, Abs. 1, Buchst. e, IVV — ohne Beispiele und Einschränkung — «Hilfsmittel für innere Organe» erwähnt sind, vermag daran nichts Entscheidendes zu ändern; denn es ist Sache der Rechtsprechung, die Grenze zwischen Art. 14 IVG und Art. 21 IVG zu ziehen. Gegenstände, welche die ihnen zugedachte physiologische Ersatzfunktion nur erfüllen können, wenn sie durch einen eigentlichen chirurgischen Eingriff ins Körperinnere verbracht werden, sind demnach

nicht Hilfsmittel im Sinne des IVG. Die medizinische Intervention spielt beim Einsatz solcher Behelfe eine derart hervorstechende Rolle, daß sie der ganzen Vorkehr das Gepräge gibt. Vom Gesichtspunkt des IVG aus erscheint es dabei als nebensächlich, daß dadurch ein Mangel des menschlichen Organismus ganz oder teilweise ausgeglichen werden kann. Sowenig die vom Chirurgen z. B. bei Hüftoperationen eingesetzten Gegenstände Hilfsmittelcharakter haben (vgl. dazu M. Saegesser, Spezielle chirurgische Therapie, 7. Auflage, S. 1203), sowenig weist der umstrittene Schrittmacher diesen Charakter auf. Daß seine Ersatzfunktion nicht statisch, sondern dynamisch ist, ändert grundsätzlich nichts.

Somit sind gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG bewegliche Sachen nur dann als Hilfsmittel zu bewerten, wenn sie als solche zum Gebrauch «abgegeben» (Art. 15, Abs. 3, IVV) und ohne strukturelle Änderung des Gegenstandes oder gar des menschlichen Körpers abgelegt werden können.

4. Aus dem Gesagten ergibt sich, daß der Schrittmacher kein Hilfsmittel ist. Er war lediglich Bestandteil der am 27. Mai 1963 durchgeführten Herzoperation (vgl. dazu auch Art. 2, Abs. 1, IVV, wo im Rahmen der medizinischen Maßnahmen gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG u. a. Vorkehren chirurgischer Art erwähnt werden). Daß die IV-Kommission es am 8. Januar 1965 abgelehnt hat, Leistungen für den Schrittmacher zu gewähren, entsprach der Praxis zu Art. 12, Abs. 1, IVG, nach der solche Operationen überwiegend der spezifischen Leidensbehandlung dienen. Die Berufung des BSV ist deshalb begründet.

Renten und Taggelder

Urteil des EVG vom 13. Juli 1965 i. Sa. O. St.

Art. 24, Abs. 1, IVG; Art. 16 EOG; Art. 21, Abs. 3, IVV. Erhält ein Versicherter während der Umschulung von seinem Arbeitgeber zusätzlich zum üblichen Lehrlingslohn infolge guter Leistungen einen Zuschlag, so ist dieser als Einkommen im Sinne von Art. 21, Abs. 3, IVV zu betrachten.

Der Versicherte war vor seiner Erkrankung als Chauffeur und daneben als Skilehrer tätig gewesen. Infolge eines Lungenleidens mußte er beide Tätigkeiten aufgeben. Daraufhin war die frühere Arbeitgeberfirma bereit, ihn — nach dem Bericht der IV-Regionalstelle — unter folgenden Voraussetzungen zum Kleinmechaniker auszubilden:

«Das Lehrverhältnis dauert drei Jahre. Der Versicherte hat in diesen drei Jahren den Ausbildungsstoff in praktischer und theoretischer Hinsicht von normal vier Jahren durchzuarbeiten. Die normalen Lehrlingslöhne sind wie folgt festgelegt: Lehrlinge im ersten Lehrjahr erhalten pro Stunde 45 Rappen, im zweiten Lehrjahr 65 Rappen, im dritten Lehrjahr 80 Rappen und im vierten Lehrjahr 90 Rappen. In diesem speziellen Fall würde der Versicherte bis zum Abschluß der Grundschulung, die ca. drei bis vier Monate dauern dürfte, einen Lehrlingslohn von 45 Rappen pro Stunde erhalten. Nach diesem Zeitpunkt erhält der Versicherte den Lohn eines Zweitjahrlehrlings, also 65 Rappen pro Stunde, bis er einigermaßen eine produktive Leistung erreicht. Dies dürfte ...

nach zwei Jahren der Fall sein. Ist dieser Zeitpunkt erreicht, so wird der Lohn nach den neuen Gesichtspunkten beurteilt und festgelegt. Sofern die Voraussetzungen günstig sind, sollte der Versicherte mit einem Stundenlohn von etwa 1,50 Franken bis 2 Franken im dritten Lehrjahr rechnen können. Dies hängt einzig und allein von den Leistungen des Versicherten ab».

Die IV übernahm die Umschulung, die am 22. April 1963 begonnen hatte, auf dieser Grundlage und sprach dem Versicherten für die Dauer der Umschulung ein Taggeld zu. In ihrer Verfügung vom 29. Mai 1963 setzte die Ausgleichskasse das Taggeld auf 14,80 Franken zuzüglich Eingliederungszuschlag von 30 Prozent fest und vermerkte, der Taggeldansatz werde am 1. Mai 1964 überprüft. Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft. Mit Verfügung vom 23. Juni 1964 eröffnete die Ausgleichskasse dem Versicherten, ihre Erhebungen hätten ergeben, daß der Stundenlohn vom 1. Mai 1964 an 1,20 Franken betrage. Gemäß Art. 21, Abs. 3, IVV dürften das Taggeld und das während der Eingliederung erzielte Einkommen 90 Prozent des vor der Eingliederung erreichten Erwerbseinkommens nicht übersteigen. Da dieses Einkommen beim Invaliden durchschnittlich 25,60 Franken im Tag betragen habe, liege die Grenze von 90 Prozent bei 23,05 Franken. Bei einem nunmehrigen Tagesverdienst von 7,55 Franken könne vom 1. Mai 1964 an bloß ein gekürztes Taggeld von 15,50 Franken (statt 18,60 Franken) gewährt werden. Dazu komme der Eingliederungszuschlag von 30 Prozent.

Die Arbeitgeberfirma erhob im Namen des Versicherten Beschwerde und machte geltend, der Versicherte stehe zur Zeit im dritten Lehrjahr. Die übliche Stundenentschädigung würde 90 Rappen betragen. Die Erhöhung des Stundenlohns auf 1,20 Franken sei als besondere Anerkennung für die ausgezeichnete Leistung des Invaliden zu betrachten und nur unter dem Vorbehalt gewährt worden, daß das Taggeld nicht gekürzt werde. Die kantonale Rekursbehörde ging davon aus, daß die 90 Rappen übersteigende Zusatzleistung der Arbeitgeberin «richtigerweise als Soziallohn» (das heißt als «Aufmunterung» und «zusätzliche Hilfe») angesehen werden müsse. Sie hieß deshalb die Beschwerde gut und sprach dem Versicherten ab 1. Mai 1964 ein Taggeld von 17,15 Franken zuzüglich eines Eingliederungszuschlages von 5,25 Franken zu. In der hiegegen erhobenen Berufung machte das BSV geltend, die Erhöhung des Stundenlohnes um 30 Rappen sei in Anerkennung der Leistungen des Versicherten erfolgt und stelle deshalb keinen Soziallohn (das heißt einen Fürsorgebeitrag) dar.

Das EVG hat die Berufung mit folgender Begründung gutgeheißen:

1. Gemäß Art. 24, Abs. 1, IVG gelten für die Taggelder die gleichen Höchstgrenzen wie für die entsprechenden Entschädigungen und Zulagen des EOG.

Der mit dem Randtitel «Höchstgrenzen» gekennzeichnete Art. 16 EOG lautet:

«Die gesamte Entschädigung ohne die Betriebszulage darf im Tag den Betrag von 40 Franken nicht übersteigen. Sie ist zu kürzen, soweit sie 90 Prozent des durchschnittlichen vordienstlichen Erwerbseinkommen übersteigt, doch sind die Mindestentschädigungen gemäß Art. 9 oder Art. 11 sowie bis zu drei Kinderzulagen und eine Unterstützungszulage voll auszurichten».

Das BSV hat den Organen der IV bereits vor dem Inkrafttreten der IVV die Weisung erteilt, die Taggelder seien in sinngemäßer Anwendung des Art. 16 EOG insoweit zu kürzen, «als der der EO-Entschädigung entsprechende Grundbetrag des Taggeldes (einschließlich Kinder- und Unterstützungszulagen) zusammen mit dem Lohn 90 Prozent des maßgebenden Einkommens übersteigt». Vorbehalten blieben die Mindestentschädigungen (s. ZAK 1960, S. 427).

Seit dem 1. Januar 1961 ist die Frage der Kürzung in Art. 21, Abs. 3, IVV geregelt. Diese Bestimmung lautet in der seit dem 1. Januar 1964 gültigen Fassung wie folgt:

«Die Taggelder werden gekürzt, soweit sie zusammen mit dem Einkommen aus einer während der Eingliederung ausgeübten Tätigkeit 90 Prozent des gemäß Abs. 1 und 2 IVV maßgebenden Erwerbseinkommens übersteigen, doch werden die Mindestbeträge der Haushaltsentschädigung oder der Entschädigung für Alleinstehende sowie bis zu drei Kinderzulagen und eine Unterstützungszulage voll ausgerichtet. Taggelder gemäß Art. 20 IVV werden gekürzt, soweit sie zusammen mit dem Lohn das nach Abschluß der Anlernzeit zu erwartende Entgelt übersteigen».

Für die Beurteilung des vorliegenden Falles ist entscheidend, was unter «dem Einkommen aus einer während der Eingliederung ausgeübten Tätigkeit» zu verstehen ist.

Bei der Beantwortung dieser Frage ist zu beachten, daß nach Art. 21, Abs. 1, IVV die Bestimmungen der EOVSinngemäß anwendbar sind, soweit es sich um die Bemessung der Taggelder und die Ermittlung der Unterstützungszulagen handelt. Vorbehalten wird lediglich Art. 24, Abs. 2, IVG, was im vorliegenden Fall ohne Bedeutung ist.

Gemäß Art. 2 und Art. 5 EOVSinngemäß gilt als Bemessungsgrundlage für die Festsetzung der Erwerbsausfallentschädigungen das jeweils maßgebende Erwerbseinkommen im Sinne des AHVG (vgl. dazu auch Art. 25, Abs. 1, IVV).

Wie das BSV zutreffend darlegt, hat Art. 21, Abs. 3, IVV den Zweck, «die dem Versicherten während der Eingliederung zur Verfügung stehenden Einkünfte im Rahmen des früheren Normaleinkommens zu halten und zu verhindern, daß er bei der Ausübung der Tätigkeit, in die er umgeschult wird, einen Einkommensrückgang erleidet». Das Taggeld wird deshalb grundsätzlich nur insoweit gekürzt, als es zusammen mit dem während der Eingliederung erzielten Erwerbseinkommen 90 Prozent des für die Taggeldbemessung maßgebenden Erwerbseinkommens übersteigt. Das erfordert einen Vergleich des für die Taggeldberechnung maßgebenden Einkommens einerseits mit dem während der Eingliederung erzielten Erwerbseinkommen zusätzlich des an und für sich auszurichtenden Taggeldes andererseits. Wenn nun gemäß Art. 2 und Art. 5 EOVSinngemäß für die Ermittlung der Erwerbsausfallentschädigung das Erwerbseinkommen im Sinne des AHVG heranzuziehen ist und diese Regelung bei der Taggeldberechnung sinngemäß angewendet werden muß (Art. 21, Abs. 1, IVV), so sind die entsprechenden AHV-rechtlichen Kriterien im Rahmen von Art. 21, Abs. 3, IVV Sinngemäß auch für die Ermittlung des während der Eingliederung erzielten Einkommens entscheidend. Daraus folgt, daß unter «dem Einkommen aus einer während der

Eingliederung ausgeübten Tätigkeit» bei Unselbständigerwerbenden grundsätzlich der maßgebende Lohn im Sinne von Art. 5 AHVG zu verstehen ist.

Somit hängt der Ausgang des Streites davon ab, ob der Stundenlohn von 1,20 Franken ganz oder nur teilweise (d. h. im Umfang von 90 Rappen) als maßgebender Lohn zu bewerten ist.

2. Der maßgebende Lohn im Sinne von Art. 5, Abs. 2, AHVG umfaßt außer dem Entgelt, das der Arbeitnehmer für die ihm übertragene Arbeit erhält, verschiedene weitere Leistungen, die in den persönlichen oder familiären Verhältnissen des Lohnempfängers oder in den engen Beziehungen begründet sind, die zwischen ihm und dem Arbeitgeber bestehen. Zum maßgebenden Lohn gehören in der Regel alle Bar- und Naturalbezüge des Arbeitnehmers, die wirtschaftlich mit dem Arbeitsverhältnis zusammenhängen, ob dieses noch andauere oder bereits abgelaufen sei und ob die Leistungen geschuldet werden oder freiwillig erfolgen. Eingeschlossen sind selbst die sogenannten Sozialleistungen, sofern sie nicht gemäß Art. 6, Abs. 2, oder Art. 8 AHVV ausdrücklich ausgenommen sind (s. EVGE 1964, S. 220, Erwägung 1). Diese Grundsätze gelten vom 1. Januar des der Vollendung des 20. Altersjahres folgenden Jahres an auch für Lehrlinge, die einen Barlohn beziehen (Art. 5, Abs. 3, und Art. 10, Abs. 3, AHVG).

3. Die Vorinstanz nahm an, die 90 Rappen übersteigende Zusatzleistung der Arbeitgeberin erfolge freiwillig und sei als Soziallohn zu betrachten. Sie kam deshalb zum Schluß, das Taggeld sei auf Grund eines Stundenlohnes von 90 Rappen (und nicht von 1,20 Franken) zu ermitteln. Diese Betrachtungsweise steht mit den oben dargelegten Grundsätzen nicht im Einklang.

Die Arbeitgeberin hat in der Beschwerdeschrift ausdrücklich erklärt, die Erhöhung des Stundenlohnes sei als Anerkennung für die «ausgezeichnete Leistung» des Versicherten anzusehen. Unter diesen Umständen kann nicht angenommen werden, es liege eine Ausnahme im Sinne von Art. 6, Abs. 2, oder Art. 8 AHVV vor. Der Lohn des Berufungsbeklagten ist deshalb uneingeschränkt als maßgebender Lohn zu betrachten und bei der Ermittlung des Taggeldes im Sinne von Art. 21, Abs. 3, IVV voll anzurechnen. Die Freiwilligkeit der Lohnerhöhung vermag daran ebensowenig etwas zu ändern wie der Vorbehalt für den Fall der allfälligen Kürzung des Taggeldes. Bei dieser Sach- und Rechtslage kann dahingestellt bleiben, wie die Erklärung der Arbeitgeberin vom 1. Juli 1964, der Versicherte stehe zur Zeit im dritten Lehrjahr — er begann die Lehre am 22. April 1963 — zu verstehen sei.

Die Verfügung der Ausgleichskasse entspricht dem Gesetz, weshalb das vorinstanzliche Urteil aufgehoben und die umstrittene Verfügung wiederhergestellt werden muß.

Urteil des EVG vom 24. Juli 1965 i. Sa. R. S.

Art. 41, Abs. 2, IVG. Die Periode der ersten drei Jahre, während welcher der Rentenanspruch jederzeit überprüft werden kann, beginnt im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung und nicht mit der Entstehung des Rentenanspruches.

Der 1902 geborene ledige Versicherte hat seinen Beruf als Lastwagenchauffeur wegen einer schweren Spondylarthrose aufgegeben. Mit Beschluß vom 28. Juli

1961, der mit Verfügung vom 27. September 1961 eröffnet wurde, anerkannte die IV-Kommission für den Versicherten eine ganze IV-Rente ab 1. September 1961. Nachdem der Versicherte eine Beschwerde gegen die entsprechende Kassenverfügung eingelegt hatte, faßte die IV-Kommission am 5. Dezember 1962 einen neuen Beschluß, der an Stelle desjenigen vom 28. Juli 1961 trat, und setzte den Beginn des Rentenanspruchs auf den 1. Januar 1960 fest. Dieser Beschluß wurde von der Ausgleichskasse mit Verfügung vom 1. Februar 1963 eröffnet. Am 25. April 1963 schrieb der Präsident der Vorinstanz die Sache als gegenstandslos ab.

Am 1. November 1964 nahm der Versicherte wieder eine regelmäßige Erwerbstätigkeit auf, wobei er im Dezember 1964 ein monatliches Einkommen von 550 Franken erzielte. Mit Beschluß vom 23. Dezember 1964 stellte die IV-Kommission fest, der Versicherte sei nicht mehr mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig und hob den Rentenanspruch per 1. Februar 1965 auf. Die Vorinstanz hieß die gegen die entsprechende Verfügung vom 22. Januar 1965 erhobene Beschwerde gut. Sie begründet diesen Entscheid damit, die Rente sei erstmals am 27. September 1961 festgesetzt worden, weshalb die Revision gemäß der Bestimmung von Art. 41, Abs. 2, IVG zu früh vorgenommen worden sei. Das EVG hieß eine vom BSV hiegegen erhobene Berufung mit folgender Begründung gut:

1. Art. 41, Abs. 1, IVG lautet: «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». Gemäß Art. 41, Abs. 2, IVG kann die Bemessung der Invalidität «während der ersten drei Jahre nach Festsetzung der Rente jederzeit, in der Folge nur noch auf das Ende jedes dritten Jahres überprüft werden. Weist jedoch der Rentenberechtigte nach, daß sich sein Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert hat, oder werden Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt, so wird die Überprüfung auch innerhalb der dreijährigen Frist vorgenommen».

2. Die Vorinstanz war der Auffassung, die Rente sei im vorliegenden Fall erstmals am 27. September 1961 festgesetzt worden. Nun ist jedoch die an diesem Tag erlassene Verfügung der Ausgleichskasse mit einer Beschwerde angefochten, hierauf von der Verwaltung widerrufen und durch eine neue Verfügung vom 1. Februar 1963 ersetzt worden. Letztere erkannte dem Versicherten die ganze Rente bereits seit dem 1. Januar 1960 zu und hob damit gleichzeitig die frühere Verfügung auf. Zudem erklärte der zweite Beschluß der IV-Kommission denjenigen vom 28. Juli 1961 ausdrücklich für ungültig. Der Abschreibungsbeschluß der Vorinstanz vom 25. April 1963 hat die verschiedenen Vorkehren genehmigt. Er wurde nicht an das EVG weitergezogen, was nach der Rechtsprechung (s. EVGE 1955, S. 280; ZAK 1956, S. 211) durchaus möglich gewesen wäre. Es ist deshalb in Rechtskraft erwachsen und das EVG kann ihn nicht mehr überprüfen. Die Frage kann daher offen bleiben, ob es sich hier nicht um einen Fall handelt, der dem oft bestätigten Grundsatz widerspricht, wonach Streitfragen, die Gegenstand eines bei den Gerichtsbehörden angefochtenen Verwaltungsakts sind, nicht durch einen neuen Verwaltungsakt berichtigt werden können, weil die Entscheidungsbefugnis ausschließlich dem Richter zusteht (s. ZAK 1964, S. 95; EVGE 1962, S. 157; ZAK 1962, S. 485).

Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 27. September 1961 nie rechts-wirksam geworden, und es war vielmehr diejenige vom 1. Februar 1963, die die Rente erstmals festsetzte.

3. Mit der Verfügung vom 1. Februar 1963 wurde dem Versicherten die Rente ab 1. Januar 1960 zugesprochen. Es ist daher zu prüfen, ob die in Art. 41, Abs. 2, IVG vorgesehene Revisionsfrist im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs oder erst bei Erlass der Verfügung, mit welcher die Rente zugesprochen wurde, zu laufen beginnt. Das EVG hatte bis heute noch keine Gelegenheit, die Frage des «dies a quo» der ersten Revisionsperiode zu prüfen. Auch die IVV enthält hierüber keine Bestimmungen. Aus diesem Grund stützt sich der Berufungsbeklagte auf die entsprechende Bestimmung in Art. 80 KUVG und die dazu gehörige Rechtsprechung, nach welcher in der obligato-rischen Unfallversicherung der Beginn der Revisionsfrist auf den Tag fällt, an welchem die Rente zu laufen begonnen hat.

Das BSV hat jedoch in seinem Kreisschreiben vom 26. November 1962 über die Revision der Renten und Hilflosenentschädigungen folgende Wei-sungen gegeben: «Die erste dreijährige Revisionsperiode beginnt im Einzelfall mit dem Datum der erstmaligen Rentenverfügung zu laufen. Der Beginn des Rentenanspruchs ist in diesem Zusammenhang unerheblich» (Buchst. B III 2, S. 6).

Die Verwaltung gibt also Art. 41, Abs. 2, IVG eine Auslegung, die von der Rechtsprechung zu Art. 80 KUVG abweicht. Im vorliegenden Verfahren ist nicht darüber zu entscheiden, ob diese Rechtsprechung neu überprüft werden sollte. Es genügt hier festzustellen, daß in Fällen wie dem vorliegenden die Übernahme der Praxis zum KUVG im Ergebnis zur Unterdrückung der ersten Revisionsperiode führen würde. Die Rente wurde dem Versicherten nämlich mit Verfügung vom 1. Februar 1963 mit Wirkung ab 1. Januar 1960 zuge-sprochen. Nun ist es aber wenigstens im Rahmen des IVG nicht wünschens-wert, den einzigen Zeitraum, während welchem die Rente jederzeit überprüft werden kann (vorbehalten bleiben die Ausnahmen in Art. 41, Abs. 2, IVG, letzter Satz), ganz oder teilweise zu unterdrücken.

Daraus folgt, daß die Revision vom 22. Januar 1965 im vorliegenden Fall innert nützlicher Frist vorgenommen wurde.

4. Schließlich bleibt noch zu prüfen, ob die Revisionsverfügung im vor-liegenden Fall auf Grund der Bestimmungen von Art. 41, Abs. 1, IVG gerecht-fertigt war. Diese Frage ist von der Vorinstanz nicht geprüft worden. Es rechtfertigt sich daher, die Sache gemäß dem Antrag des BSV an diese Instanz zurückzuweisen, damit sie sich insbesondere auch auf Grund der schwer-wiegenden Vorbringen der Parteien vor der Berufungsinstanz, darüber aus-spreche.

Urteil des EVG vom 18. September 1965 i. Sa. M. V.

Art. 48, Abs. 2, IVG. Der Zeitpunkt, in welchem die Anmeldung zum Leistungsbezug eingereicht wird, ist nur für den Beginn der Rentenauszahlung maßgebend, nicht aber für den Rentenanspruch als solchen. Bei der Feststellung, ob die Voraussetzungen der zweiten oder der dritten Variante erfüllt sind, muß daher der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten auch vor diesem Zeitpunkt Rechnung getragen werden.

Die 1925 geborene, verheiratete Versicherte litt 1959 an zwei Gehirnhautblutungen. Seit dieser Zeit war sie ständig in ärztlicher Kontrolle und wurde am 18. November 1964 bei der IV angemeldet.

Mit Beschluß vom 8. Januar 1965 lehnte es die IV-Kommission ab, ihr eine Rente zuzusprechen. Dieser Beschluß war Gegenstand einer Kassenverfügung vom 15. Februar 1965; gegen diese reichte die Versicherte Beschwerde ein.

Mit Entscheid vom 24. Mai 1965 wies die kantonale Rekurskommission die Beschwerde ab. Nach Ansicht dieser Instanz war der Zustand der Versicherten nicht stabilisiert und daher die Zuspreehung einer Rente im Rahmen der ersten Variante von Art. 29, Abs. 1, IVG ausgeschlossen, und, da die vollständige Arbeitsunfähigkeit erst seit 23. November 1964 bestand, hätte der Versicherten in Anwendung der zweiten Variante der genannten Bestimmung die Rente allenfalls erst im November 1965 gewährt werden können.

Das EVG hat die gegen diesen Entscheid eingelegte Berufung aus folgenden Gründen geschützt:

1. Nach Art. 29, Abs. 1, IVG entsteht der Rentenanspruch, sobald der Versicherte entweder «mindestens zur Hälfte bleibend erwerbsunfähig geworden ist» (erste Variante) oder «während 360 Tagen ununterbrochen voll arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig ist» (zweite Variante). Das EVG hat bereits in zahlreichen Urteilen die Voraussetzungen zur Anwendung der beiden Varianten umschrieben. So hat es ausgeführt, daß die Anwendung der ersteren bei einem zumindest relativ noch nicht stabilisierten Gesundheitsschaden im allgemeinen ausgeschlossen ist (vgl. z. B. EVGE 1964, S. 108, 166, 173; ZAK 1964, S. 430 und 553, ZAK 1965, S. 244; die dritte Variante, wie sie die Rechtsprechung in einem andern Urteil herausgearbeitet hat, fällt hier zumindest für den heutigen Zeitpunkt außer Betracht).

2. Zweifellos war im vorliegenden Fall das Leiden der Versicherten am 15. Februar 1965, dem Zeitpunkt, in dem die strittige Verfügung erging, noch in voller Entwicklung begriffen. Zurecht hat deshalb die erste Instanz bei der Versicherten zu diesem Zeitpunkt Dauerinvalidität im Sinne der ersten Variante von Art. 29, Abs. 1, IVG verneint. Die Berufungsklägerin behauptet jedoch, daß sie die Voraussetzungen der zweiten Variante erfülle. Und in der Tat war sie wirklich vollständig arbeitsunfähig gewesen vom Mai 1959 bis Juni 1961, somit während mehr als 360 Tagen, wie dies aus den Akten hervorgeht. Zu Unrecht ist dieser Arbeitsunfähigkeit vor dem Zeitpunkt der Einreichung der Anmeldung zum Leistungsbezug von der ersten Instanz nicht Rechnung getragen worden. Denn wenn Art. 48, Abs. 2, IVG bestimmt, daß einem Versicherten, welcher seinen Anspruch auf Rente mehr als 6 Monate nach Entstehung desselben geltend macht, die Rente nur vom Monat der Anmeldung

an ausbezahlt wird, bedeutet dies, daß der Zeitpunkt der Einreichung der Anmeldung zum Leistungsbezug nur für die Auszahlung der Rente maßgebend ist, nicht aber für den Anspruch auf diese (gemäß Art. 28 bis 35 IVG), einen Anspruch, welchen die zitierte Bestimmung voraussetzt. Die erste Bedingung der Rentengewährung im Rahmen der zweiten Variante von Art. 29, Abs. 1, IVG findet sich somit vorliegend verwirklicht.

Dagegen ist es unmöglich, anhand der Akten zu eruieren, ob die Versicherte vom Juni 1961 bis im Februar 1965 gesamthaft eine mindestens hälftige Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28, Abs. 3, IVG und Art. 27 IVV aufgewiesen hat, in welchem Falle ihr eine Rente von der Einreichung der Anmeldung hinweg zustünde (Art. 48, Abs. 2, IVG). Die im Dossier enthaltenen ärztlichen Auskünfte sind in der Tat ungenau und widersprechen sich zum Teil. Überdies bezieht sich der Fragebogen zur Feststellung des Invaliditätsgrades von Hausfrauen lediglich auf die Zeit nach der im Oktober 1964 eingetretenen Verschlimmerung des Leidens. Unter diesen Umständen rechtfertigt es sich, die Akten an die IV-Kommission zu ergänzender Untersuchung und neuer Beschlußfassung zurückzuweisen.

Urteil des EVG vom 28. Juni 1965 i. Sa. E. H.

Art. 50 IVG; Art. 84 IVV; Art. 20 und Art. 45 AHVG; Art. 76 AHVV.
Hat die Fürsorgebehörde dem Versicherten bis zur Festsetzung der Invalidenrente Unterstützungsbeiträge gewährt, so kann ihr zur Wahrung der zweckgemäßen Rentenverwendung die Rentennachzahlung bis zu den Beträgen der für die einzelnen Rentenmonate erbrachten Leistungen direkt angewiesen werden.

Der Versicherte war während längerer Zeit krank. Bis Ende 1963 stand ihm die Tuberkulosefürsorge in ausreichendem Maße bei. Von diesem Zeitpunkt an mußte die öffentliche Fürsorge an den Unterhalt des Versicherten und dessen Familie beitragen. Sie setzte den Notbedarf auf 600 Franken im Monat fest, rechnete den Verdienst der Ehefrau von monatlich rund 140 Franken sowie das von der Krankenkasse gewährte Taggeld von 2 Franken an und bewilligte dem Versicherten einen Beitrag von 400 Franken je Monat. Gleichzeitig teilte sie mit, ihre Leistungen müßten um die erwarteten IV-Rentenleistungen gekürzt werden. Allfällige Nachzahlungen der IV seien der Fürsorgebehörde zu überlassen. Am 13. April 1964 unterzeichnete der Versicherte folgende Erklärung:

« **A b t r e t u n g**

E. H., erklärt andurch, von der Armenbehörde ... angesichts seiner Erwerbsunfähigkeit vom Januar bis April 1964 eine monatliche Unterstützung von 400 Franken ausbezahlt erhalten zu haben. Er anerkennt, daß diese Hilfe unter der Voraussetzung einer Rückzahlung in der Höhe der erwarteten IV-Renten ausgerichtet wurde und tritt die letzteren — soweit sie rückwirkend ausbezahlt werden — an die Armenbehörde der Politischen Gemeinde ... ab».

Mit Verfügung vom 15. Juli 1964 sprach die Ausgleichskasse dem Versicherten auf Beschluß der IV-Kommission hin eine ganze IV-Rente seit 1. Dezember 1963 zu. Darin wurde eine nachzuzahlende Summe von 2121 Fran-

ken errechnet, wovon 1096 Franken (d. h. die vier monatlichen Rentenbeträge für den Zeitraum Januar bis April 1964) an die Fürsorgebehörde, die restlichen 1025 Franken dagegen an den Versicherten ausbezahlt seien. Die hiergegen erhobene Beschwerde, mit welcher der Versicherte beantragte, die Ausgleichskasse habe ihm den ganzen Betrag von 2121 Franken zu überlassen, hieß die kantonale Rekursbehörde mit der Begründung gut, daß die Abtretung nichtig und Art. 76 AHVV hier nicht anwendbar sei.

Die hiergegen erhobene Berufung der Ausgleichskasse wurde vom EVG mit folgender Begründung geschützt:

1. a. Gemäß Art. 20, Abs. 1, AHVG ist der Rentenanspruch unabtretbar, unverpfändbar und der Zwangsvollstreckung entzogen. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig. Vorbehalten bleibt indessen Art. 45 AHVG. Dort ist unter dem Randtitel «Gewährleistung zweckgemäßer Rentenverwendung» dem Bundesrat die Kompetenz übertragen, nach Anhörung der Kantone Maßnahmen zu treffen, «damit die Rente, soweit notwendig, zum Unterhalt des Berechtigten und der Personen, für die er zu sorgen hat, verwendet wird». Der Bundesrat hat von dieser Kompetenz in Art. 76 AHVV Gebrauch gemacht. Darnach kann die Ausgleichskasse die Rente ganz oder teilweise einer geeigneten Drittperson oder Behörde zukommen lassen, die dem Rentenberechtigten gegenüber gesetzlich oder sittlich unterstützungspflichtig ist oder ihn dauernd fürsorgerisch betreut. Voraussetzung dafür ist, daß der Rentenberechtigte die Rente nicht für den Unterhalt seiner selbst und der Personen, für die er zu sorgen hat, verwendet, oder daß er nachweisbar nicht imstande ist, die Rente für diesen Zweck zu gebrauchen, und daß er oder die Personen, für die er sorgen muß, deswegen ganz oder teilweise der öffentlichen oder privaten Fürsorge zur Last fallen.

b. Gemäß Art. 50 IVG finden Art. 20, Abs. 1, sowie Art. 45 AHVG «für die Sicherung der Leistungen und die Verrechnung» in IV-Sachen sinngemäß Anwendung. Dies trifft laut Art. 84 IVV auch auf Art. 76 AHVV zu.

2. a. Die Ausgleichskasse macht geltend, sie habe, dadurch, daß sie einen Teil der nachzuzahlenden Rentengelder an die Fürsorgebehörde überwies, das in Art. 20, Abs. 1, AHVG enthaltene Abtretungsverbot nicht verletzt, weil die Rentenleistungen ihrem Zweck nicht entfremdet worden seien. Ihr Vorgehen entspreche der Rz 959 der seit dem 1. August 1963 gültigen und für sie verbindlichen Wegleitung über die Renten, die vom BSV erlassen worden sei. Dort heißt es:

«Haben öffentliche oder private Fürsorgestellen während der Zeit, für welche später namentlich IV-Renten oder Hilflosenentschädigungen nachbezahlt werden, einem Versicherten erhebliche Beiträge an den Unterhalt für sich und seine Angehörigen, für die er Zusatzrenten erhält, geleistet, so können die nachzuzahlenden Renten und Hilflosenentschädigungen für die entsprechende Zeit und im entsprechenden Umfang an diese Stellen ausbezahlt werden, um die zweckmäßige Verwendung der Renten sicherzustellen».

b. Die Vorinstanz erklärt demgegenüber, die «Abtretung» vom 13. April 1964 sei nichtig, die Wegleitung des BSV für den Richter unverbindlich und Art. 76 AHVV hier nicht anwendbar; denn es treffe nicht zu, daß der Ver-

sicherte die Rente nicht für den Unterhalt seiner Familie verwende, und er sei der öffentlichen Fürsorge nicht wegen zweckwidrigen Gebrauchs von Rentengeldern zur Last gefallen. Freilich sei einzuräumen, daß dieses Ergebnis «nicht voll zu befriedigen vermöge».

c. Der Hauptzweck der Renten besteht nach dem Gesetz darin, daß sie «zum U n t e r h a l t des Berechtigten und der Personen, für die er zu sorgen hat, verwendet» werden (Art. 45 AHVG). Dabei ist in erster Linie der l a u f e n d e U n t e r h a l t gemeint. Das ergibt sich aus der Auszahlungsvorschrift von Art. 47, Abs. 3, IVG, wo auf Art. 44 AHVG verwiesen wird, laut dem die Renten in der Regel «monatlich und zum voraus» zu entrichten sind (s. ferner Art. 72 AHVV und für die IV-Renten Art. 82, Abs. 2, IVV). Auf dieser Ordnung beruht auch Art. 76 AHVV, dessen Wortlaut ebenfalls auf den laufenden Unterhalt zugeschnitten ist. Im vorliegenden Streit handelt es sich aber nicht um den ordentlichen Fall der Zahlung der laufenden Rente für den laufenden Unterhalt, sondern um den außerordentlichen Fall der N a c h z a h l u n g, der namentlich dann eintritt, wenn das Anmeldeverfahren und die zuweilen zeitraubende administrative Abklärung des Rentenanspruches zu einer Verzögerung der Rentenauszahlung führen. Grundsätzlich bleibt auch die Nachzahlung dem Unterhaltszweck verhaftet, obwohl sie ihrem eigentlichen Zweck, der Verwendung für den «laufenden Unterhalt», nicht mehr direkt für die verstrichene Zeit dienen kann. An und für sich bildet nun freilich der Umstand, daß der Rentenberechtigte die Rente wegen der eingetretenen zeitlichen Verschiebung nicht mehr direkt für den ehemals laufenden Unterhalt verwenden kann, noch keinen Grund, die Nachzahlung an Dritte oder eine Behörde vorzunehmen. Im vorliegenden Fall sind aber besondere Umstände gegeben. Hätte die Ausgleichskasse die Rente des Versicherten nebst den zwei Zusatzrenten schon vom Beginn des Rentenanspruches (d. h. vom 1. Dezember 1963) an ausrichten können, so wäre die Fürsorgebehörde monatlich um diesen Betrag entlastet worden; denn vom Notbedarf (d. h. 600 Franken im Monat) hätte sie alsdann außer dem Verdienst der Ehefrau und dem Taggeld der Krankenkasse auch die monatlichen Rentenzahlungen abziehen können. Weil die Festsetzung und Ausrichtung der Rente sich verzögerte, sprang die Fürsorgebehörde für die IV ein, so daß der Versicherte bereits während der Monate Januar bis April 1964 über die entsprechenden Gelder verfügen und diese für den Unterhalt seiner Familie verwenden konnte. Damit war das Hauptziel des Gesetzes erreicht. In diesem Zusammenhang muß die sogenannte Abtretung vom 13. April 1964 gewürdigt werden, die lediglich als Z e s s i o n ohne Rechtswirkungen bleibt (Art. 20, Abs. 1, AHVG). Die Ausgleichskasse durfte in dieser Erklärung eine rechts-erhebliche Willensäußerung des Versicherten erblicken, womit er die teilweise Rückzahlung der Rentengelder an die Fürsorgebehörde als zweckgemäße Verwendung der Rente im Sinne von Art. 76 AHVV und Art. 84 IVV guthieß. Daß der Berufungsbeklagte seine Unterschrift, wie er behauptet, nur wegen der angeblichen Zusage der Fürsorgebehörde geleistet habe, die IV werde ihm mindestens 5000 Franken auszahlen, ist von dieser Behörde bestritten worden und kann nicht als nachgewiesen betrachtet werden. Wesentlich ist, daß angenommen werden muß, der Versicherte habe die Rückzahlung der umstrittenen Rentengelder d a m a l s als der Natur der Sache entsprechend angesehen. Aus alledem muß geschlossen werden, daß die Rückzahlung der strei-

tigen Rentengelder an die Fürsorgebehörde als zweckgemäße Verwendung der Rente im Sinne von Art. 76 AHVV zu betrachten ist. Die vom Versicherten nunmehr offenbar beabsichtigte andere Verwendung widerspricht mithin Art. 76 AHVV. Gemäß dieser Vorschrift ist für die Auszahlung an Drittpersonen oder Behörden nicht erforderlich, daß der Rentenberechtigte Renten bereits zweckwidrig gebraucht hat. Es genügt auch, wenn er eine derartige Verwendung erwiesenermaßen beabsichtigt. Somit ist die umstrittene Auszahlung auch unter diesem Gesichtspunkt nicht zu beanstanden. Der Versicherte konnte vernünftigerweise nicht verlangen, daß die Gelder zunächst an ihn überwiesen würden, damit er sie dann der Fürsorgebehörde zukommen lasse.

Die umstrittene Nachzahlung steht demnach im Einklang mit der gesetzlichen Ordnung. Dadurch wurde nachträglich der Zustand hergestellt, wie er ordentlicherweise bestanden hätte, wenn der Beginn der Auszahlung mit dem Beginn des Rentenanspruches zusammengefallen wäre.

d. Dieses Ergebnis läßt sich in gewisser Beziehung in die Parallele zu der in Art. 18 der Verordnung III über die Krankenversicherung (vom 15. Januar 1965) vorgesehenen Regelung stellen. Darnach ist die Krankenkasse in Fällen, die möglicherweise von der SUVA oder der Militärversicherung übernommen werden müssen, unter Umständen beschränkt vorleistungspflichtig, wobei sie die Versicherten darauf aufmerksam zu machen hat, daß ihre Leistungen im Falle der nachträglichen Übernahme durch die SUVA oder die Militärversicherung an deren Leistungen angerechnet werden. Wird ein Fall von der SUVA oder der Militärversicherung endgültig übernommen, so haben diese Versicherungsträger der Kasse alle von ihr ausgerichteten Krankenpflegeleistungen und Krankengelder im Rahmen ihrer gesetzlichen Leistungspflicht rückzuerstatten.

Erwerbersatzordnung

Urteil des EVG vom 14. Juli 1965 i. Sa. E. S.

Art. 19, Abs. 2, Buchst. c, EOG. Zahlt ein Arbeitgeber seinem Arbeitnehmer für die Zeit des Dienstes den vollen Lohn aus, so kommt in der Regel die Erwerbsausfallentschädigung dem Arbeitgeber zu, und zwar unabhängig von der Art und Dauer des Dienstes, ohne Rücksicht darauf, ob er wegen dieses Dienstes tatsächlich einen materiellen Nachteil erleidet und ob die Erfüllung der beruflichen Verpflichtungen durch den Dienst beeinträchtigt wird oder nicht.

Der Dienstpflichtige ist Bezirksanwalt. Er untersteht der einschlägigen kantonalen Verordnung über die Amtsstellung und Besoldung der Beamten und Angestellten der Verwaltung und der Rechtspflege, deren Paragraph 64, Abs. 1, bestimmt:

«Die Beamten und Angestellten erhalten während ihrer Abwesenheit in Wiederholungskursen ihre volle Besoldung. Während der Instruktionkurse erhalten Verheiratete und Ledige mit Unterstützungspflicht die volle und Ledige ohne Unterstützungspflicht drei Viertel der Besoldung».

Paragraph 77 der Vollzugsbestimmungen des Regierungsrates zu dieser Verordnung hat folgenden Wortlaut:

«Die Rekrutenschulen und die auf Grund der Erwerbssersatzordnung als Beförderungsdienste geltenden Dienstleistungen werden als Instruktionsdienst behandelt. Alle übrigen obligatorischen Dienstleistungen gelten personalrechtlich als Wiederholungskurse».

Im Jahre 1963 war der Dienstpflichtige Gerichtsschreiber beim Divisionsgericht 6 mit dem Grade eines Hauptmanns. Zu den Gerichtssitzungen, an denen er in Uniform teilzunehmen hatte, wurde er aufgeboten. Verschiedene weitere Verrichtungen erledigte er zu Hause; dabei rechnete er die aufgewendete Zeit gestützt auf Art. 6, Abs. 2, der Verordnung über das Rechnungswesen der Militärjustiz vom 29. Mai 1951/5. Juli 1963 in Mühewalttage um. In dieser Bestimmung wird folgendes angeordnet:

«Für dienstliche Tätigkeit zu Hause, Aktenstudium, Vorbereitungen für Einvernahmen und Verhandlungen, schriftliche Arbeiten und andere Amtshandlungen ausserhalb der Verhandlungs- oder Reisetage stellen sie (d. h. die Justizoffiziere) Rechnung für Mühewalt. Der Zeitaufwand von zusammen acht Stunden berechtigt zur Beanspruchung des Soldes und der Mundportionsvergütung für einen Tag. Übersteigt aber die an einem Tag aufgewendete Zeit acht Stunden, so kann die Mehrheit nicht auf einen andern Tag übertragen werden».

Für die Mühewalttage des Dienstpflichtigen in den Monaten Februar bis Juni 1963 überwies die Ausgleichskasse der Finanzdirektion des Kantons Zürich Erwerbsausfallentschädigungen. In der Folge machte der Dienstpflichtige geltend, daß die Entschädigungen ihm persönlich zuständen. Durch Verfügung vom 30. September 1963 verhielt die Ausgleichskasse die Finanzdirektion, die Erwerbsausfallentschädigungen für Mühewalttage an den Dienstpflichtigen auszuzahlen. Während die Vorinstanz die Auszahlung der Entschädigung an den Dienstpflichtigen anordnete, entschied das EVG mit der folgenden Begründung, daß sie dem Kanton als Arbeitgeber des Dienstpflichtigen zustehe:

1. Gemäß Art. 1, Abs. 1, EOG haben Wehrpflichtige, die in der schweizerischen Armee Militärdienst leisten, für jeden besoldeten Dienstag Anspruch auf eine Entschädigung. Diese wird dem Wehrpflichtigen ausgerichtet (Art. 19, Abs. 2, EOG); doch kommt sie «in dem Ausmaß dem Arbeitgeber zu, als er dem Wehrpflichtigen für die Zeit des Militärdienstes Lohn oder Gehalt ausgerichtet» (Buchst. c).

2. Die Gesetzgebung über die Erwerbsausfallentschädigung verfolgte nach den Ausführungen in der bundesrätlichen Botschaft vom 23. Oktober 1951 vor allem den Zweck, die materiellen Nachteile auszugleichen, die der Wehrmann wegen des Militärdienstes erleidet. Man war sich aber schon damals darüber klar, daß der Anspruch im Einzelfall nicht vom tatsächlichen Eintritt eines solchen Nachteils abhängen könne. Durch die späteren Gesetzesrevisionen ist der Grundsatz des Nachteilsausgleichs noch weiter in den Hintergrund getreten und zur Fiktion geworden, gibt doch nach der heutigen Ordnung jeder besoldete Dienstag Anspruch auf die Entschädigung.

Bei der Prüfung der Frage, unter welchen Voraussetzungen die Erwerbsausfallentschädigung gemäß Art. 19, Abs. 2, Buchst. c, EOG dem Arbeitgeber

zukomme, hat daher der Nachteilsausgleich kein entscheidendes Gewicht. Vielmehr ist davon auszugehen, daß nach dem Willen des Gesetzgebers, wie er in Art. 19, Abs. 2, Buchst. c, EOG zum Ausdruck kommt, dem Arbeitgeber die Erwerbsausfallentschädigung immer dann zustehen soll, wenn er nach der maßgebenden Besoldungsordnung für den geleisteten Dienst Lohn oder Gehalt zahlt (was beispielsweise in dem in ZAK 1958, S. 419 beurteilten Falle nicht zutrifft). Auf die Art und die Dauer des Dienstes kann es in der Regel nicht ankommen; es ist also unerheblich, ob der Dienst, für den im Prinzip der Lohn bezahlt wird, ganz oder teilweise in die Freizeit fällt oder ob der Wehrmann wegen seiner besonderen Stellung der beruflichen Tätigkeit trotz des Dienstes voll nachkommen kann. Mit der Vorschrift, daß die Erwerbsausfallentschädigung für jeden besoldeten Dienstag ausgerichtet werde, hat das Gesetz eine abstrakte Regelung ohne Rücksicht auf die Verschiedenheiten des Einzelfalles getroffen. Diese Tatsache mit der bereits erwähnten Folge, daß der Ausgleich eines materiellen Nachteils zur Fiktion geworden ist, muß auch für die Auslegung von Art. 19, Abs. 2, Buchst. c, EOG wegleitend sein. Wenn daher der Arbeitgeber für einen Dienst Lohn oder Gehalt zahlt, so steht ihm in der Regel die Erwerbsausfallentschädigung zu, ohne Rücksicht auf die Ausgestaltung des Militärdienstes und ohne Rücksicht darauf, ob er wegen dieses Dienstes tatsächlich einen materiellen Nachteil erleidet. Angestellte, Beamte und Magistratspersonen, denen der Lohn für einen Militärdienst im Prinzip bezahlt wird, haben somit in der Regel keinen Anspruch auf die Erwerbsausfallentschädigung, unabhängig davon, ob die Erfüllung der beruflichen Verrichtungen durch den Dienst beeinträchtigt wird oder nicht.

3. Die Mühewalttage des Dienstpflichtigen sind nach der geltenden Ordnung besoldete Dienstage, für die die Erwerbsausfallentschädigung geschuldet wird (Art. 1, Abs. 1, EOG). Streitig ist, ob diese Entschädigung dem Wehrpflichtigen oder dem Arbeitgeber zusteht. Nach der zitierten maßgebenden kantonalen Verordnung zahlt der Kanton seinen Beamten, zu denen der Dienstpflichtige als a. o. Bezirksanwalt gehört, für alle obligatorischen Dienstleistungen — von gewissen Ausnahmen bei Beförderungsdiensten abgesehen — den vollen Lohn. Zu diesen obligatorischen Dienstleistungen gehören auch die Verrichtungen des Dienstpflichtigen während der Zeit der Mühewalt. E. S. war als Gerichtsschreiber eines Divisionsgerichtes verpflichtet — außerhalb der Gerichtssitzungen, zu denen er aufgeboten wurde —, die ergangenen Urteile zu redigieren und weitere mit seiner Stellung zusammenhängende Aufgaben zu erfüllen. Nachdem der Kanton während des obligatorischen Militärdienstes den vollen Lohn bezahlt, steht ihm nach dem Gesagten die Erwerbsausfallentschädigung für die Mühewalttage zu, unabhängig davon, ob und inwieweit der Dienstpflichtige die ihm als Gerichtsschreiber außerhalb der Gerichtssitzungen obliegenden Verrichtungen in der Freizeit besorgte.

VON Unter dem Vorsitz von Nationalrat Grandjean und im
MONAT Beisein von Direktor Saxer, Beauftragter für Sozialver-
ZU sicherungsabkommen, tagte am 11. Januar die Kommis-
MONAT sion des Nationalrates für die Vorberatung des Bundes-
beschlusses betreffend die Genehmigung des zwischen der
Schweiz und dem Fürstentum *Liechtenstein* abgeschlossenen *Abkommens*
über die AHV und IV. Die Kommission hieß die Vorlage einstimmig gut.

*

Die *Eidgenössische Expertenkommission für die Revision der IV* hielt unter dem Vorsitz von Direktor Frauenfelder und im Beisein von Dr. Kaiser, Berater für mathematische Fragen der Sozialversicherung, vom 1. bis 3. Februar ihre dritte Sitzung ab. Sie äußerte sich zu den von ihren vier Ausschüssen gemachten Vorschlägen und behandelte die Frage der Finanzierung der vorgesehenen Leistungsverbesserungen. Auf Grund der Beschlüsse der Kommission und nach einigen weiteren Abklärungen wird nun das Bundesamt für Sozialversicherung den Entwurf zu einem Expertenbericht ausarbeiten und ihn der Kommission an ihrer Schlußsitzung unterbreiten.

Ergänzungsleistungen der Kantone

Die zahlenmäßige Erfassung

1. Das Bedürfnis

Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV sind ein Bestandteil unserer Sozialen Sicherheit. Der Bund tritt aber nicht selbst als Versicherungsträger auf, sondern überträgt diese Rolle den Kantonen. Richten sie Ergänzungsleistungen aus, so trägt indessen der Bund durch Subventionen an die Finanzierung bei.

Somit sind die Ergänzungsleistungen staatsrechtlich anders fundiert als die AHV- und IV-Renten. Dementsprechend ist die Aufsicht des Bundes über beide Sparten nicht dieselbe. Seine Beiträge berechtigen aber nicht nur, sondern verpflichten ihn auch, über die gesetzmäßige Verwendung durch die Kantone zu wachen. Das Aufsichtsrecht ist deshalb weitgehend demjenigen über die zusätzliche Alters- und Hinterlassenenfürsorge des Bundes in den Jahren 1948 bis 1965 nachgebildet. Nun übersteigen die neuen die bisher relativ bescheidenen Zuschüsse bei

weitem. Auch werden sie den Kantonen nicht mehr in festen Beträgen zugewiesen, sondern nach der Höhe der jeweiligen kantonalen Auszahlungen bemessen. Diese richten sich ihrerseits wieder darnach, wie die Einkommen der Bezüger geschichtet und zusammengesetzt sind. Schließlich lassen sich die künftigen Aufwendungen nur auf Grund von Erfahrungszahlen beurteilen. Infolgedessen genügen die wenigen bis anhin erhobenen eher informatorischen Angaben nicht mehr. Andererseits hat der Bundesrat in der Botschaft zum Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zugesichert, «das Aufsichtsrecht so zurückhaltend als möglich zu handhaben und den erforderlichen Kontrollapparat in engsten Grenzen zu halten». Es gilt nun, das legitime Interesse an der Verwendung erheblicher Bundesmittel und die staatspolitisch gebotene sowie arbeitsökonomisch bedingte Zurückhaltung den Kantonen gegenüber aufeinander abzustimmen.

2. Die notwendigen Angaben

Von Wichtigkeit sind vor allem folgende Angaben

- Zahl der Bezüger von Ergänzungsleistungen (und der an der Leistung beteiligten Angehörigen).
- Höhe der ausgerichteten Ergänzungsleistungen.
- Einkommensschichtung der Bezüger.

Insoweit die Kantone und Gemeinden Beträge ausrichten, die über die bundesrechtlichen normierten Ergänzungsleistungen hinausgehen — und das ist zum Teil in beachtlichem Ausmaß der Fall — sind entsprechende Angaben ebenfalls wertvoll. Sie geben Aufschluß über die soziale Bedeutung der Ergänzungsleistungen im allgemeinen und dienen gleichzeitig der zentralen Information von Kanton und Gemeinden.

3. Die Erhebung von Zahlenmaterial

Die Kompetenz des Bundes zur Erhebung von Angaben ist in Artikel 14, Absatz 2 des Bundesgesetzes und in Artikel 8 der Verordnung niedergelegt. Wie gesagt, soll jedoch von dieser Befugnis zurückhaltend Gebrauch gemacht werden. Das Bundesamt für Sozialversicherung trachtet deshalb darnach,

- die Angaben auszuschöpfen, die mit der Subventionierung der Ergänzungsleistungen an sich anfallen, so beispielsweise mit der Abrechnung für die Bemessung der Bundesbeiträge und den Maßnahmen zur Vermeidung von Doppelzahlungen;

— sich darüber hinaus auf Angaben zu beschränken, die ohne großen Aufwand oder durch Teilerhebungen erbracht werden können.

In diesem Sinne zeichnet sich folgendes «Programm» ab.

a. Abrechnung

Das Bundesamt für Sozialversicherung setzt die Bundesbeiträge auf Grund einer von den Kantonen jährlich zu erstellenden Abrechnung fest (Art. 2 der Verordnung). Über die Leistungen für Bezüger von AHV-Renten sowie von IV-Renten und Hilflosenentschädigungen ist getrennt abzurechnen. Die Abrechnung hat insbesondere über die Zahl der Bezüger und die Leistungen Aufschluß zu geben. Die Zahl aller Bezüger eines Jahres ließe sich indessen von Durchführungsstellen, die die Ergänzungsleistungen nicht mit Datenverarbeitungsanlagen aufarbeiten, nur mit erheblicher Mühe ermitteln.

b. Jahresbericht

Die Bezügerzahlen auf einen bestimmten Stichtag hingegen können (nach den Versicherungsrisiken, Alter, Tod und Invalidität) wohl ohne besondere Umtriebe erhoben werden. Eine Lösung besteht darin, sie über ein Beiblatt im Jahresbericht zu erfragen.

c. Bezügerliste

Die Kantone haben Vorkehren zu treffen, um Doppelzahlungen von Ergänzungsleistungen durch eine oder mehrere Stellen zu verhindern. (Art. 24 der Verordnung). Das Bundesamt für Sozialversicherung kann von den Kantonen zur Feststellung von Doppelzahlungen auf einen bestimmten Stichtag Bezügerlisten einfordern, in denen die Versichertennummer, Name, Vorname und Wohnort der Bezüger und der an der Leistung beteiligten Familienangehörigen sowie der Monatsbetrag der Leistung enthalten sind. Aus solchen Listen lassen sich je nachdem auch verschiedene statistische Angaben entnehmen. Diese Bezügerliste ist an technische Voraussetzungen gebunden, die noch nicht überall gegeben sind. Sie wird sich umso eher verwirklichen lassen, als sich die Durchführungsstellen schon heute organisatorisch auf sie einstellen.

d. Weitere Unterlagen

Die Ergänzungsleistungen haben eine typische Auffüllfunktion. Ihre Voraussetzungen und Auswirkungen lassen sich nur richtig beurteilen, wenn man die Einkommensschichtung im Einzelfall kennt (anrechen-

barer Teil des privilegierten Einkommens, AHV- bzw. IV-Renten, anrechenbares Vermögen, anrechenbares Bruttoeinkommen, Abzüge insgesamt, und davon einerseits die Schuldzinsen, Unterhaltskosten für Gebäude und Gewinnungskosten sowie andererseits die Mietzinsabzüge). Solche Einzelheiten lassen sich kaum laufend einfordern und auswerten. Inwieweit ein repräsentativer Einblick genügt, mag hier offen bleiben; ebenso, inwieweit sich auf diesem Gebiet periodische Sondererhebungen als nötig erweisen. Das Verfahren kann den Verhältnissen in den einzelnen Kantonen angepaßt werden. Eine relativ einfache Lösung besteht in der Ablieferung eines Doppels des Berechnungsblattes. Wo dieses Verfahren ausscheidet, fallen auch andere Regelungen in Betracht. Kantone, welche die mit den Angaben verbundenen Umtriebe schon im Einführungsjahr auf sich nehmen, werden später entsprechend entlastet werden können.

*

Zahlenmäßige Angaben stoßen oft auf eine nicht gerechtfertigte Reserve der in Aussicht genommenen «Lieferanten». Diese Reserve muß in sachlicher Zusammenarbeit und gegenseitiger Partnerschaft abgetragen werden. Soweit das Bundesamt für Sozialversicherung dazu beitragen kann, ist es gerne hiezu bereit.

Die neuen Weisungen an die Revisionsstellen für die Revision der AHV-Ausgleichskassen

Gemäß Artikel 68 AHVG ist jede AHV-Ausgleichskasse einschließlich ihrer Zweigstellen periodisch zu revidieren. Das Nähere über die Durchführung dieser Revisionen ist in der Vollzugsverordnung zum AHVG (Art. 159 ff.) geregelt, die das Bundesamt für Sozialversicherung zudem ermächtigt, den Revisionsstellen Weisungen über den Umfang der Prüfungen und die Berichterstattung zu erteilen. Das Bundesamt hat von Anfang an von dieser Ermächtigung Gebrauch gemacht. Vorab ging es darum, eine umfassende, alle wichtigen Punkte enthaltende Berichterstattung sicherzustellen. Dementsprechend war der Zweck der ersten Weisungen, die am 16. Oktober 1948 erlassen wurden, den als notwendig erachteten Inhalt der Berichte festzulegen. Bereits im Jahre 1949 wurde der Prüfungskatalog erweitert. In einem Kreisschreiben vom 31. Juli 1951, das später durch die Weisungen vom 15. Juli 1957 abgelöst wurde,

folgten weitere Ergänzungen. Mit dem Inkrafttreten der IV wurden zusätzliche Weisungen notwendig (31. 10. 60); ferner brachte die ab 1. Februar 1963 gültige Wegleitung über Buchführung und Geldverkehr der Ausgleichskassen einige neue Bestimmungen, die bei der Revision zu berücksichtigen waren (Nachtrag vom 28. 2. 64). Durch die Ergänzungen und Nachträge wurden die Weisungen unübersichtlich. Praktische Überlegungen gaben daher den Anstoß zu einer Überarbeitung und Zusammenfassung. Bei dieser Gelegenheit konnten auch Erfahrungen und Gesetzesrevisionen berücksichtigt sowie der neueren Entwicklung auf dem Gebiete der Datenverarbeitung Rechnung getragen werden. Schliesslich wurde darnach getrachtet, Vereinfachungen zu schaffen.

Der Entwurf der neuen Weisungen wurde in einer besonderen Kommission besprochen, die sich aus Vertretern der externen Revisionsstellen (privaten, kantonalen und eidgenössischen), der kantonalen Ausgleichskassen, der Verbandsausgleichskassen sowie der Zentralen Ausgleichsstelle zusammensetzte. Aus den Beratungen gingen die neuen Weisungen vom 15. Oktober 1965 hervor, die am 1. Februar 1966 in Kraft getreten sind und erstmals bei der Vornahme der Abschlußrevision 1965 zur Anwendung gelangen. Sie wurden durch das Bundesamt für Sozialversicherung den Revisionsstellen, die Kassenrevisionen vornehmen, anlässlich von Instruktionkonferenzen erläutert.

Als wohl wichtigste Neuerung ist zu erwähnen, daß die Gebiete der materiellen Rechtsanwendung, wenn nicht besondere Verhältnisse vorliegen, in größeren Zeiträumen als bisher (d. h. in Abständen von maximal drei Jahren) geprüft werden können. Der ganze Revisionsstoff ist möglichst gleichmäßig auf die einzelnen Hauptrevisionen der Prüfungsperiode aufzuteilen. Aus diesem Vorgehen verspricht man sich eine gründlichere Prüfung der einzelnen Gebiete, da sie der Revisor umfassender prüfen kann; andererseits erwartet man eine gewisse Vereinfachung. Notwendig war auch die Festlegung der auf dem Gebiete der IV durchzuführenden Prüfungen und die Abgrenzung zur Revisionstätigkeit des Bundesamtes für Sozialversicherung. Da die Geschäftsführung der IV-Kommissionen und ihrer Sekretariate sowie der IV-Regionalstellen durch das Bundesamt für Sozialversicherung geprüft wird, haben sich die Prüfungen der Revisionsstelle nur auf die eigentlichen Aufgaben der Ausgleichskasse im Rahmen der IV zu erstrecken. Ferner riefen die Benützung von Datenverarbeitungsanlagen durch die Ausgleichskassen und andere organisatorische Entwicklungen nach neuen Regelungen im Revisionsbereich. Die Revision der Zweigstellen, die nicht alle Aufgaben einer Ausgleichskasse durchführen, wird künftig durch das Bundesamt

für Sozialversicherung von Fall zu Fall geordnet. Schließlich sehen die neuen Weisungen eine nach möglichst einheitlichen Kriterien gegliederte Berichterstattung vor. Man verspricht sich davon kürzere Berichte, aus denen aber das Wesentliche besser ersichtlich ist.

Auf die weiteren Neuerungen kann hier nicht eingegangen werden. Bemerkt sei lediglich noch, daß der Gedanke einer einmaligen Revision pro Jahr erneut fallen gelassen werden mußte. Bei der Revision eines Verwaltungsapparates mit über vier Milliarden Franken Umsatz nimmt das Revisionsprogramm notwendigerweise einen gewissen Umfang an, der sich einfach nicht reduzieren läßt. Wohl wäre es theoretisch denkbar, alles in einer jährlichen Revision unterzubringen. Die lange Dauer einer solchen Revision würde sich jedoch im Betrieb der Ausgleichskasse störend auswirken und käme auch den meisten Revisionsstellen ungeliegen.

Behandlung von Geburtsgebrechen und Bildungsunfähigkeit

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat sich in letzter Zeit mehrfach zur Stellung des Artikel 13 IVG im Leistungssystem der IV ausgesprochen. Es ist dabei (vgl. insbesondere ZAK 1965, S. 549 und ZAK 1966, S. 103) zur Auffassung gelangt, daß den medizinischen Maßnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen Eingliederungscharakter zukommen müsse, da nach der Systematik des Gesetzes Artikel 13 IVG Artikel 9 IVG untergeordnet sei. Diese Betrachtungsweise wurde von der Verwaltungspraxis bisher nicht geteilt. Das Interesse an der rechtsgleichen Behandlung gleichartiger Tatbestände legt es nunmehr nahe, dieser Rechtsprechung zu folgen.

Es sei immerhin an dieser Stelle noch auf wesentliche Erwägungen des Gerichtes hingewiesen, die inskünftig von der Verwaltung zu beachten sein werden.

Leistungen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) und Beiträge für die Anstalts- oder Hauspflege (Art. 20 IVG) bildungsunfähiger Minderjähriger schließen einander gegenseitig aus. Dies bedeutet jedoch nicht notwendigerweise, daß der Geltungsbereich der beiden Leistungen scharf voneinander abgegrenzt ist. Während nämlich nach der Rechtsprechung medizinische Maßnahmen nur dann verweigert werden können, «wenn es auch bei Berücksichtigung der weiteren Entwick-

lung bis zur Volljährigkeit naturwissenschaftlich als sicher erscheint, daß das gebrechliche Kind nie wird erwerbstätig sein können», ist andererseits die Gewährung von Beiträgen für Bildungsunfähige nicht erst bei feststehender Bildungsunfähigkeit, sondern in besonderen Fällen auch bis zum Beginn der Abklärung der Frage der Bildungsfähigkeit möglich. Wird jedoch Bildungsunfähigkeit angenommen und die entsprechende Leistung gewährt, bleibt begrifflich kein Raum mehr für medizinische Maßnahmen. Wird umgekehrt auf Grund der gesetzlichen Voraussetzung künftiger Erwerbsfähigkeit von der IV eine medizinische Maßnahme durchgeführt, ist für den gleichen Zeitraum die Gewährung von Pflegebeiträgen ausgeschlossen.

In Beachtung der genannten Abgrenzungsregeln empfiehlt sich daher bei Kindern, die an behandlungsbedürftigen Geburtsgebrechen leiden, in der Annahme von Bildungsunfähigkeit Zurückhaltung zu üben und Leistungen gestützt auf Artikel 20 IVG erst zuzusprechen, wenn medizinisch-pädagogisch, evtl. auf Grund eines schlüssigen Sonderschulversuches, eindeutig Bildungsunfähigkeit feststeht. Bei Versicherten im Kleinkindesalter ist eine definitive Beurteilung der Bildungsfähigkeit ohnehin kaum möglich. Die Erfahrung zeigt, daß auch in sehr schweren Fällen bei Durchführung zielgerichteter Maßnahmen oft unerwartete Erfolge eintreten. Während den ersten Lebensjahren sollten daher in der Regel medizinische Maßnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen nicht wegen vermutlicher Bildungsunfähigkeit abgelehnt werden. Diese Zurückhaltung in der Annahme von Bildungsunfähigkeit rechtfertigt sich ganz allgemein schon deswegen, weil der Begriff der Bildungsfähigkeit sehr weit zu fassen ist und «nichts dem Sinn des IVG entgegengesetzter wäre, als ein voreiliges Bekenntnis zur Bildungsunfähigkeit» (vgl. ZAK 1963, S. 27 und ZAK 1963, S. 30).

Für die IV-Kommissionen stellt sich heute noch die Frage, ob die nach bisheriger Praxis erledigten Fälle einer Revision zu unterziehen seien. Dies ist, wiederum unter dem Gesichtspunkt einer rechtsgleichen Behandlung, zu bejahen. Dabei ist darauf zu achten, daß eine allfällige Aufhebung zugesprochener medizinischer Maßnahmen nur am Platze ist, wenn diese noch in erheblichen zeitlichem oder sachlichem Umfang durchzuführen wären. Gegenwärtig laufende Behandlungen bzw. Behandlungsetappen sind jedenfalls noch zum Abschluß zu bringen.

Süchtigkeit und Invalidenrente¹

Anwendung von Artikel 7 IVG

Der juristische und praktische Gesichtspunkt

Von medizinischer Seite her ist das Problem der Alkoholiker und anderer süchtiger Personen bereits beleuchtet worden. Hier geht es darum, aus diesen Darlegungen die praktischen Folgerungen zu ziehen, wobei sich diese lediglich auf die hier zur Diskussion stehende Frage der Bedeutung des Alkoholismus für den Anspruch auf Invalidenrente beziehen. — Als Grundsatz gilt, daß *der Alkoholiker innerhalb eines nachstehend abzusteckenden Rahmens und unter noch näher festzulegenden Voraussetzungen für seine Invalidität verantwortlich ist*, womit sich die Anwendung von Artikel 7 IVG auf diese Versicherten rechtfertigt.

Die Verweigerung einer Leistung oder deren Kürzung — mag es sich auch um einen geringen Betrag handeln — wird vom hievon Betroffenen regelmäßig als eine schwerwiegende Maßnahme empfunden. Ist daher eine solche Maßnahme gegenüber einem Alkoholiker durchzuführen, so soll sie nur unter Beachtung *genau umschriebener Voraussetzungen* erfolgen; diese werden in Abschnitt A dargelegt. Anschließend soll Art, Umfang und Dauer der *Sanktion* umschrieben werden, die in Fällen zu ergreifen ist, in denen der Versicherte rechtlich für seine Invalidität einstehen muß (Abschnitt B). Schließlich soll noch kurz auf das *Verfahren* in solchen Fällen eingetreten werden (Abschnitt C).

A. Die Voraussetzungen für die Anwendung von Artikel 7 IVG

Damit gegenüber einem Versicherten, der Alkoholiker ist, eine Sanktion im Sinne von Artikel 7 IVG ergriffen werden kann, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

1. Der Versicherte muß invalid sein

Unter Invalidität ist der Begriff zu verstehen, wie er in Artikel 4 IVG definiert und durch die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes weiterentwickelt wurde. Im besonderen Fall des Alkoholikers wird demnach in der Regel eine dauernde Invalidität angenommen werden können, sobald der *chronische Aethylismus bleibende organische oder geistige Folgen hinterlassen hat, die eine voraussichtlich bleibende*

¹ Referat an der IV-Ärzte-Tagung vom 28. Oktober 1965; vgl. auch ZAK 1965, S. 470.

Verminderung der Erwerbsfähigkeit nach sich ziehen. Auf Grund dieser Begriffsbestimmung ist einem Versicherten, der sich der Trunkenheit ergeben hat und deshalb der Arbeit nachzugehen vernachlässigt, die Invalidenrente zu verweigern. Ein solcher Versicherter ist noch nicht invalid, weil der Mißbrauch alkoholischer Getränke an sich solange keinen Gesundheitsschaden bewirkt, als keine Folgen physischer oder psychischer Art eingetreten sind (unveröffentlichtes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes).

Man kann sich dagegen fragen, ob der Versicherte *Dauerfolgen* von Aethylismus aufweisen muß (Leberzirrhose, Polyneuritis, psychische Störungen usw.), um als invalid zu gelten. Unseres Erachtens ist dies nicht nötig. Es genügt, wenn ein Trunksüchtiger Schädigungen an seiner Gesundheit und somit eine Verminderung auch seiner Arbeitsfähigkeit aufweist, damit sein Fall im Rahmen der IV behandelt werden kann. In einem solchen Fall wird man jedoch nicht zum vornherein auf bleibende Invalidität schließen, sondern vielmehr auf langdauernde Krankheit, welche einen Rentenanspruch erst nach einer gewissen Zeitspanne vollständiger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit entstehen läßt. Er wird aber in der Praxis ziemlich selten sein, da die Versicherten sich in der Regel erst bei schon gehörig fortgeschrittenem Alkoholismus an die IV wenden; sie ist aber von einigem Interesse für die Frage der Dauer der Sanktion (Abschnitt B, Ziffer 1 b).

2. Die Invalidität muß dem Versicherten zurechenbar sein

Damit eine Sanktion ergriffen werden kann, muß dem Versicherten eine grobe Fahrlässigkeit zur Last gelegt werden können; sie wird beim Alkoholiker vermutet. Tatsächlich betrachtet das Eidgenössische Versicherungsgericht das Verhalten eines *Versicherten, der — obschon er die Auswirkungen des Alkoholismus auf seine Gesundheit hätte erkennen und beheben können — sich weiterhin dem Trunk ergibt, als grobfahrlässig*, als Verhalten also, das eine Sanktion im Sinne von Artikel 7 IVG rechtfertigt (vgl. ZAK 1962, S. 438). Die medizinischen Ausführungen zum Thema zeigen, daß diese Vermutung durchaus begründet ist. Wir treten deshalb auf diesen Aspekt der Frage nicht mehr näher ein, es sei denn, um zu betonen, daß die Verantwortlichkeit des Versicherten nur insoweit besteht, als dieser ursprünglich über eine genügende Urteilsfähigkeit verfügte, die ihm erlaubte, sich bei pflichtgemäßer Sorgfalt Rechenschaft abzulegen über die auf lange Sicht zu erwartenden Auswirkungen eines Mißbrauchs alkoholischer Getränke und rechtzeitig gegen seine Veranlagung anzukämpfen.

3. Der Kausalzusammenhang zwischen Invalidität und Alkoholmißbrauch

Der der Invalidität zugrundeliegende Gesundheitsschaden muß durch den eigentlichen Alkoholmißbrauch verursacht oder doch in erheblichem Ausmaß verschlimmert worden und nicht auf Gründe zurückzuführen sein, die mit dem Alkoholismus nichts gemein haben. Dieser Punkt ist wichtig, denn der Alkoholismus ist oft nur ein Glied in einer Reihe mehr oder weniger stark hervortretender Ursachen, die ihn ihrerseits wieder gefördert haben oder von ihm gefördert worden sind. Dieser Tatsache muß Rechnung getragen werden, soll der Versicherte nicht ungerechtfertigterweise «bestraft» werden. Man kann somit zwischen folgenden Möglichkeiten unterscheiden:

- a. der Gesundheitsschaden ist zur Hauptsache dem Alkoholmißbrauch zuzuschreiben oder einer Ursache, die selbst auf einen solchen zurückgeht (z. B. einem Unfall in angetrunkenem Zustand); in diesem Fall ist der Versicherte hiefür grundsätzlich verantwortlich;
- b. der Gesundheitsschaden ist eingetreten aus vom Alkohol unabhängigen Gründen und nur diese haben die Invalidität hervorgerufen (vgl. das Beispiel eines Tuberkulosekranken, der zu trinken anfängt, dessen Zustand sich jedoch noch nicht infolge des Alkohols verschlimmert hat); die Verantwortlichkeit des Versicherten wird hier durch den Alkoholmißbrauch nicht bedingt;
- c. der Gesundheitsschaden ist wohl Folge des Alkoholismus, der aber seinerseits durch eine andere Ursache gefördert wurde oder lediglich einen schon vorbestandenen oder gleichzeitig aufgetretenen Schaden verschlimmert hat; der Versicherte trägt zwar grundsätzlich die Verantwortung für seinen Gesundheitsschaden, es werden aber bei der Bemessung der Sanktion diese anderen Ursachen als *mildernde Umstände* zu berücksichtigen sein (vgl. Abschnitt B, Ziffer 2).

B. Die Sanktion

1. Die grundsätzliche Kürzung der Leistung

Sind die im vorangegangenen Abschnitt aufgezählten Voraussetzungen erfüllt, so ist es grundsätzlich gerechtfertigt, die dem Versicherten zustehende Invalidenrente zu *kürzen*.

- a. *Das Maß der Kürzung.* Die Frage des Maßes der Kürzung fällt in der Regel in das Ermessen der IV-Kommissionen. Im Interesse einer einheitlichen Praxis auf diesem Gebiet und in Anbetracht der gemach-

ten Erfahrungen sowie der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes ist im Normalfall eine Kürzung von 50 Prozent vorzunehmen. Dieser mittlere Kürzungsgrad erhöht oder verringert sich mit dem Vorliegen mildernder oder erschwerender Umstände (vgl. Ziffer 2 und 3).

- b. *Die Dauer der Kürzung.* Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes ist in der Regel eine *dauernde* Leistungskürzung vorzunehmen. Vorbehalten bleiben diejenigen Fälle, in denen — insbesondere bei langer Krankheit — eine Revision der Rente vorgesehen ist mit der Möglichkeit für die IV-Kommission das Ausmaß der Sanktion zu überprüfen, wenn sich erweist, daß der Versicherte eine Anstrengung zur Besserung seines Zustandes unternommen hat.

2. Die mildernden Umstände

Die Sanktion soll den besonderen Umständen des Einzelfalles Rechnung tragen. Liegen Gründe vor, die vom Willen des Versicherten unabhängig den Alkoholmißbrauch begünstigt haben, sind solche bei der Bemessung der Kürzung zu berücksichtigen und es sind außerdem die mildernden Umstände von denjenigen Ursachen, die den Versicherten jeglicher Verantwortung entheben, zu unterscheiden. So wird gegenüber einem trunkstüchtigen Epileptiker keine Sanktion am Platze sein, wenn dieser nicht über das notwendige Urteilsvermögen verfügt, um die schädlichen Auswirkungen des Alkohols überhaupt zu erkennen.

- a. Aus medizinischer Sicht sind die vielschichtigen Umstände, welche den Alkoholismus begünstigen, ausführlich erläutert worden. Sie sollen hier nicht nochmals aufgezählt werden. Halten wir aber immerhin fest, daß diesen damit Rechnung zu tragen ist, daß diejenigen Umstände von einiger Bedeutung — solche medizinischer, sozialer oder beruflicher Art — abgehoben werden von den unbeachtlichen Gründen oder mehr oder weniger subjektiven Vorwänden, die an der Entstehung des Aethylismus nur sehr entfernt beteiligt waren. Jedemfalls ist auf diesem Gebiete eine gewisse Vorsicht angebracht, weil gleiche Ursachen oder Vorkommnisse verschiedenartige Reaktionen bedingen, je nach den geistigen oder gefühlsmäßigen Anlagen des Versicherten und seinem familiären, beruflichen oder sozialen Hintergrund.
- b. Bei Vorliegen von mildernden Umständen ist in der Regel nur — je nach der mehr oder weniger engen Beziehung zum Alkohol — eine

Milderung der Sanktion, d. h. eine geringere Kürzung zulässig. Schließen mildernde Umstände in ihrer Gesamtheit jegliche Verantwortlichkeit des Versicherten aus, wird man ausnahmsweise von einer Sanktion absehen dürfen.

3. Die Verweigerung der Leistung

Obschon die Rechtsprechung an sich die Verweigerung jeglicher Leistung zuließe, ist doch eine solche Sanktion bei Alkoholikern, bei denen nicht von Vorsatz gesprochen werden kann, nur ausnahmsweise am Platze. Theoretisch darf allerdings nicht von vorneherein die Möglichkeit der Verweigerung einer Rente ausgeschlossen werden in besonders stoßenden Fällen, in denen die Gewährung einer auch nur gekürzten Rente nicht mehr verstanden würde. Eine solche Sanktion müßte indessen an die folgenden Bedingungen geknüpft werden:

- ein grobfahrlässiges Verhalten von besonderer Schwere (bei einem Versicherten, der grundlos übermäßige Mengen von Alkohol zu sich nimmt) sowie
- eine Invalidität, die ausschließlich auf Alkoholmißbrauch zurückzuführen ist, und
- eine nach wie vor gesicherte wirtschaftliche Stellung des Versicherten.

C. Das in Fällen von Alkoholikern zu beachtende Verfahren

Die strengen Maßstäbe, an welchen die Verantwortlichkeit eines Alkoholikers zu messen ist und die Schwere der Sanktion erheischen eine besondere Sorgfalt in der Abklärung solcher Fälle. Auf Grund der ihm unterbreiteten Fälle hat das Bundesamt für Sozialversicherung die Erfahrung gemacht, daß nur zu oft infolge mangelhafter oder vorschnell durchgeführter Erhebungen die für das Ermessen notwendigen Daten fehlen. Des öftern erlauben es die im Dossier enthaltenen Auskünfte nicht, über die Verantwortlichkeit des Versicherten in bezug auf den Alkoholismus ein auch nur einigermaßen fundiertes Urteil abzugeben. Es wird deshalb nützlich sein, in Kürze aufzuzählen, welche Punkte hauptsächlich abzuklären und welche Erhebungen anzustellen sind.

Geht bei einer IV-Kommission die Anmeldung eines Versicherten ein, bei dem Folgen von Aethylismus erkennbar sind, muß diese folgende Punkte abklären:

1. Das Bestehen einer Invalidität oder einer langdauernden Krankheit

Bevor der Entscheid über eine allfällige Rentenkürzung gefällt werden kann, muß offensichtlich zuerst feststehen, ob dem Versicherten ein Rentenanspruch zukommt, was voraussetzt, daß dieser eine mindestens hälftige voraussichtlich bleibende oder langdauernde Erwerbsunfähigkeit aufweist. Dies geht in der Regel aus dem ärztlichen Bericht nicht hervor und es wird nötig sein, auch wirtschaftliche Abklärungen zu treffen; die Invalidität im Sinne des IVG bleibt vor allem ein wirtschaftlicher Begriff.

Im übrigen entbindet die Vermutung eines bleibenden Gesundheitsschadens bei einem Alkoholiker die IV-Kommission nicht davon, den Beginn des Rentenanspruchs gemäß einer der beiden gesetzlichen (Art. 29, IVG) oder der vom Eidgenössischen Versicherungsgericht in seiner Rechtsprechung aufgestellten Varianten (vgl. ZAK 1964, S. 549) festzustellen.

2. Die Verantwortlichkeit des Versicherten für seinen Alkoholismus

Die Frage nach der Kürzung der Renten heißt zugleich die Frage nach der Verantwortlichkeit des Versicherten stellen. Eine solche besteht nicht, wenn nicht die in Abschnitt A erläuterten Bedingungen erfüllt sind. Die IV-Kommission hat daher vor allem festzustellen, ob *die Erwerbsfähigkeit des Versicherten in direktem Zusammenhang mit seinem Alkoholismus steht oder ob daneben noch andere Ursachen pathologischer oder unfallbedingter Natur für seine Invalidität maßgebend sind.*

- Geht aus den Akten und insbesondere aus dem Arztbericht hervor, daß der für die bestehende Erwerbsunfähigkeit maßgebende Gesundheitsschaden eine ausschließliche Folge des Aethylismus ist (Polyneuritis, Leberzirrhose, Korsakow Syndrom usw.), dann ist grundsätzlich die Verantwortlichkeit des Versicherten gegeben. Der IV-Kommission obliegt es aber gleichwohl, in geeigneter Weise zu prüfen, ob allfällige mildernde Umstände geltend gemacht werden können (vgl. Ziffer 3 nachstehend).
- Haben parallel zum Alkoholismus noch andere Ursachen pathologischer oder unfallbedingter Natur die Erwerbsunfähigkeit herbeigeführt, dann ist durch die IV-Kommission abzuklären, ob das betreffende Leiden durch den Alkoholismus hervorgerufen oder zumindest begünstigt wurde (z. B. durch Schwächung der körperlichen oder gei-

stigen Widerstandskraft des Versicherten), oder ob dieses im Gegenteil seinerseits den Hang zum Alkohol gefördert hat (wie dies bei Epilepsie, Diabetes oder langer Bettlägerigkeit nach Krankheit oder Unfall zutreffen mag).

Eine genaue Bestimmung der einzelnen Faktoren und ihrer gegenseitigen Wechselwirkung ist deshalb wichtig, weil sie weitgehend über die Verantwortlichkeit des Versicherten entscheidet. In solchen Fällen hat die IV-Kommission daher sämtliche erforderlichen Auskünfte einzuholen, indem sie sich gegebenenfalls beim behandelnden Arzt erkundigt und nötigenfalls eine psychiatrische Expertise anordnet (gemäß dem im einschlägigen Kreisschreiben vom 4. April 1964, Rz 126 ff. vorgesehenen Verfahren).

3. Das Bestehen mildernder oder erschwerender Umstände

In denjenigen Fällen, in denen die Verantwortlichkeit des Versicherten gegeben ist, hat die IV-Kommission von Amtes wegen zu prüfen, ob gewisse Umstände es rechtfertigen, die Sanktion herabzusetzen. Solche Umstände können aus den Akten hervorgehen, aber auch aus einer von der Kommission angeordneten Erhebung in bezug auf frühere den Versicherten betreffende Tatsachen, seinen familiären oder beruflichen Hintergrund.

Folgerungen

Die beiden Artikel, welche die ZAK dem Problem der Alkoholiker gewidmet hat, bezwecken, die IV-Kommissionen auf die spezifischen, von dieser Versichertengruppe aufgeworfenen Fragen aufmerksam zu machen und deren einheitliche Behandlung in der Schweiz zu gewährleisten. Die Sanktion soll von den IV-Kommissionen nach den Grundsätzen der Billigkeit und größtmöglicher Objektivität bemessen werden. Im übrigen wird auf die seinerzeitigen Ausführungen in der ZAK 1962, S. 401 verwiesen, die ihre volle Bedeutung beibehalten.

Zur Früherfassung des invaliden Kindes¹

Prüft man die Gesamtheit der Probleme bei der frühzeitigen Erfassung des invaliden Kindes, so stellt man fest, daß die Fälle schwerer Invalidität, wie z. B. starker Rückstand in der Entwicklung oder schwere Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen usw. keine besonderen Schwierigkeiten bieten.

Kinder, die von ihrer Familie versteckt gehalten werden, sind heute nicht mehr sehr zahlreich. Wir hatten seit Bestehen der IV die Möglichkeit, mit Eltern aus allen Gesellschaftsschichten zu sprechen, die bis dahin jeder amtlichen Einmischung ablehnend gegenüber standen oder die im voraus erklärt hatten, daß sie für die Erziehung und Ausbildung ihrer Kinder selbst besorgt sein wollten. Meistens kommen diese Eltern nicht in erster Linie, weil sie finanzielle Hilfe erhoffen, sondern, weil sie es zu schätzen wissen, daß sich jemand um ihre Anliegen kümmert und daß es Fachleute gibt, bei denen sie sich Rat holen können und die auch bereit sind, sich mit der Schulung der kleinen Invaliden zu befassen. Wenn die Eltern einmal wissen, daß es eine uneigennützigere Antwort auf ihre Ängste gibt, werden sie ermutigt, ihre Probleme offen darzulegen. Es handelt sich also vorerst darum, die nötige Vertrauensgrundlage zu schaffen, auf der die weitere Arbeit aufbauen kann.

Wir sind alle der Auffassung, daß das invalide Kind möglichst frühzeitig erfaßt werden muß. Dies gestattet — noch bevor etwas zugunsten des Kindes selber unternommen wird — der Familie, vor allem der Mutter, behilflich zu sein, die Behinderung ihres Kindes zu akzeptieren, sie frei von gefühlsmäßigen Momenten und somit klarer und objektiver zu betrachten und sich dem Kind gegenüber entsprechend zu verhalten. Gleichzeitig wird die Beobachtung des Kindes fortgesetzt und dessen Einweisung in eine geeignete Sonderschule in die Wege geleitet. Das frühzeitige Erfassen ist nicht nur ein Versuch, dem invaliden Kind individuelle zielgerichtete Hilfe zu leisten, sondern es liefert darüber hinaus auch den Behörden die Anhaltspunkte, die für die Schaffung der erforderlichen Schulungsmöglichkeiten unerlässlich sind. Wir sind von der Bedeutung des frühzeitigen Erfassens des invaliden Kindes so sehr über-

¹ Auszugsweise Wiedergabe eines Vortrages von Mme Fert, Vorsteherin des medizinisch-pädagogischen Dienstes des Erziehungsdepartementes des Kantons Genf, der anlässlich der am 1. Oktober 1965 in Bern stattgefundenen Konferenz der kantonalen Behördemitglieder, die sich mit der Aufsicht der von der IV zugelassenen Sonderschulen befassen, gehalten wurde.

zeugt, daß wir unsere Untersuchungen über dieses Problem, dessen Schwierigkeiten immer klarer zu Tage treten, seit einem Jahr noch intensiviert haben.

*

Ist die Invalidität des Kindes leichter Natur, die Störung weniger augenfällig und damit schwieriger zu erkennen, so ist auch die Früherfassung komplexer. Unsere Mitarbeiterinnen befragten zu diesem Zweck 50 Mütter, deren erstes Kind im Zeitpunkt der Umfrage 2 Jahre alt war. Es zeigte sich dabei, daß die Kontakte dieser Mütter mit den verschiedenen Beratungsstellen im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes ausgezeichnet waren, später jedoch praktisch nicht mehr gepflegt werden; dies kann sich nachteilig auswirken, sofern die Störungen erst nach dem ersten Lebensjahr auftreten. In den ersten Monaten nach der Geburt sorgen sich die Mütter hauptsächlich um die physische Gesundheit des Kindes, wofür sie sich an die Mütterberatungsstelle, die Säuglingsschwester oder den Kinderarzt wenden oder die monatlich erscheinende Elternzeitschrift zu Rate ziehen. Nach Ablauf des ersten Jahres fallen die Ernährungsprobleme weg, da der Übergang zur Normalkost vollzogen ist. Damit hören die Mütter auf, den Arzt oder eine andere Stelle zu konsultieren. Eine Ausnahme bilden etwa die obligatorischen Impfungen, die jedoch sehr schnell und routinemäßig vonstatten gehen, oder die Fälle schwerer Erkrankung. Bis zum Eintritt in die Schule machen sich die meisten Mütter keine Sorgen mehr. Sie vertrauen darauf, daß die Schule in Ordnung bringt, was ihnen im Verhalten des Kindes ungewöhnlich erscheint. Die Ratgeber in diesem Lebensabschnitt des Kindes sind die Nachbarn, die Freunde, die Familie, aber keine Fachpersonen. Wird zufällig der Kinderarzt konsultiert, so ist er überlastet und hat keine Zeit, sich mit der Mutter zu besprechen, geschweige denn, sie anzuhören.

Unsere besonderen Bemühungen gelten gegenwärtig den Kinderkrippen. Wir hoffen, das Personal durch eine bessere Information und Vorbereitung in die Lage zu versetzen, die Anpassungsschwierigkeiten der Kinder rechtzeitig zu erkennen, damit diese den Aufsichtsstellen gemeldet werden können. Im schulfähigen Alter erfolgt dann die Erfassung des Kindes — nach den Erfahrungen im Kanton Genf — wiederum in zufriedenstellender Weise, wobei allerdings für den Lehrer die Natur der Störung oft nicht ohne weiteres erkennbar ist. Bedeutungsvoll ist insbesondere die Unterscheidung zwischen Kindern, deren Anpassungsschwierigkeiten vorübergehender Natur sind und dank der erzieherischen

Wirkung der Klasse, durch Gruppendisziplin und durch die erworbenen Arbeitsmethoden behoben werden können, und Kindern, deren Geisteschwäche einen Grad erreicht, der den Beizug eines Spezialisten verlangt. Der medizinisch-pädagogische Dienst des Kantons Genf findet als Dienstzweig des Erziehungsdepartementes — mit dem er im gleichen Gebäude untergebracht ist — leicht Zugang zu den Schulen. Er führt regelmäßige Informationstagungen für das Lehrpersonal sowie jährliche Wochenkurse für die Lehramtskandidaten durch, die diese im Rahmen ihres Studiums absolvieren. Das Resultat ist bereits jetzt fühlbar, und es ist interessant festzustellen, daß das Durchschnittsalter der Kinder im Zeitpunkt der Erfassung — dank der dem Lehrkörper vermittelten Informationen — wesentlich gesenkt werden konnte. Während im Jahre 1957 die Mehrzahl der erfaßten Kinder, d. h. 45 Prozent im Alter von 8—12 Jahren standen, macht der Anteil der 4—8jährigen im Jahre 1964 bereits 46 Prozent aus.

*

Beim invaliden Kleinkind stehen der Rückstand in der geistigen Entwicklung, die psychischen Störungen und vor allem die Sprachgebrechen (wie fehlendes oder verzögerndes Sprachvermögen und andere Sprachstörungen) im Vordergrund. Anlässlich einer Untersuchung, die unter der Leitung von Professor Ajuriaguerra zwischen 1960 und 1963 durchgeführt wurde, haben wir 40 normal-intelligente Kinder geprüft, die eine Sprachverzögerung aufwiesen. Im Zuge dieser Untersuchungen wurde festgestellt, daß 22 von 40 Kindern, d. h. also mehr als die Hälfte, bis ins Alter von 3 bis 5 Jahren noch keinen richtigen Satz sprechen konnten.

In dieser Hinsicht erstaunt die Tatsache, daß in keinem Falle die Eltern einen Spezialisten aufsuchten, um sich Klarheit über diesen Entwicklungsrückstand zu verschaffen. Sie hatten alle gehofft, der Schuleintritt werde die erwartete Wendung herbeiführen. Vielfach fühlten sie sich in ihrem Optimismus dadurch gestärkt, daß sich diese Kinder mit normaler Intelligenz der Familie gut anpaßten, durch einzelne Worte und Gesten ihre Wünsche äußerten und sich lehaft und gewitzigt zeigten und damit den Eindruck erweckten, es handle sich um eine geringfügige Störung, die sich mit dem Eintritt in die Schule von selber verlieren werde. Und dennoch hat uns eine 5jährige Erfahrung gelehrt, daß ein in seiner Sprachentwicklung stark zurückgebliebenes Kind — trotz normaler Intelligenz — nur dann mit mehr oder weniger gutem Erfolg in der Volksschule mitkommen kann, wenn es vor dem Eintritt in die Schule erfaßt und entsprechend behandelt wurde.

In den übrigen Fällen mußten die meisten dieser Kinder früher oder später in Spezialklassen untergebracht werden, womit ihre Ausbildung in Schule und Beruf in Frage gestellt wurde. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß bei einem schwerwiegenden Sprachrückstand der Sprachheilunterricht den natürlichen Sprachtrieb nicht mehr zu entwickeln vermag, wenn er erst nach dem fünften Lebensjahr einsetzt. Der intensiven Arbeit unserer logopädischen Abteilung und den aufgezeigten therapeutischen Möglichkeiten ist es zu verdanken, daß die Eltern immer früher mit ihren sprachgestörten Kindern zu uns kommen. Immer häufiger werden uns Kinder im Alter von 3—4 Jahren zur Beobachtung zugewiesen, die schlecht oder überhaupt nicht sprechen. Noch 1957 war uns kein Kind unter 4 Jahren zur Abklärung gemeldet worden, während es 1964 schon 31 Kinder dieser Altersstufe waren. Alle diese Beobachtungen haben uns veranlaßt, den medizinisch-pädagogischen Dienst mit den nötigen Einrichtungen für diese Kinder zu versehen. Am geeignetsten schien uns dabei die Schaffung einer Sprachheilklasse, die 5 bis 8 Kinder im Alter von 3 bis 5 Jahren aufzunehmen vermag. Tatsächlich erschwert das Fehlen der Sprachfähigkeit die normale Anpassung an die Umwelt ganz erheblich. Wir hielten es daher für zweckmäßig, den Unterricht in Gruppen zu erteilen, wo sich das Kind an die Erfordernisse einer kleinen kindlichen Gemeinschaft gewöhnen kann. Beobachtung und Diagnostik erlauben, für diese Kinder zu gegebener Zeit die dem Gebrechen angepaßte Schulung zu veranlassen, sei es nun in einer Sonderschule für Geistesschwache, in einer Spezial- bzw. Normalklasse der Volksschule mit gleichzeitiger Erteilung von Sprachheilunterricht oder gar in einem völlig neuartigen Schultyp, dessen Schaffung sich auf Grund der weiteren Erfahrungen allenfalls aufdrängen könnte.

Statistik der IV-Renten 1964

Die nachstehenden Tabellen vermitteln die wesentlichsten Ergebnisse über die im Jahre 1964 in der Schweiz ausgerichteten IV-Renten. Gegenstand der Statistik sind die Bezüger, die im Erhebungsjahr jemals eine Leistung erhalten haben, sowie die an sie ausgerichteten Rentensummen.

Seit 1964 werden die Zusatzrenten nicht mehr als selbständige Renten betrachtet und zwar wegen der Einführung von Zusatzrenten in der AHV bzw. der Anpassung der statistischen Auswertung der IV-Renten an jene der AHV-Renten.

Die auf die Zusatzrenten entfallenden Rentensummen sind nur in Tabelle 1, in der die IV-Renten nach Rentenarten gegliedert werden, separat ausgewiesen; in den nachfolgenden Tabellen sind sie in den Rentensummen eingeschlossen. Gegenüber dem Vorjahr haben die Auszahlungen eine durchschnittliche Zunahme von etwas mehr als 30 Prozent erfahren. Sie fällt deshalb geringer als jene in der AHV aus, weil sich von den revisionsbedingten Neuerungen hier nur die generelle Drittelserhöhung der Renten finanziell auswirkte. Dagegen ist die Zahl der Rentenbezüger kleiner geworden, da — wie eingangs erwähnt — die Personen, für welche Zusatzrenten gewährt werden, nicht mehr als Bezüger gelten. Weil vorläufig nicht ermittelt werden kann, ob die auf die Doppel-Kinderrenten entfallende Rentensumme im Einzelfall zu den einfachen Invalidenrenten oder zu den Ehepaar-Invalidenrenten gehört, ist die mit 1,5 Millionen Franken übrigens unbedeutende Rentensumme in sämtlichen Tabellen nicht berücksichtigt worden.

Rentenbezüger und Rentensummen nach Rentenkategorien

Tabelle 1

| Rentenkategorien | Renten- bezüger | Rentensummen in Franken ¹ | |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| | | Insgesamt | Davon Zusatzrenten |
| Ordentliche Invalidenrenten | 62 857 | 130 472 128 | 21 782 739 |
| Außerordentliche Invalidenrenten | 10 683 | 15 671 128 | 2 021 020 |
| Total | 73 540 | 146 143 256 | 23 803 759 |

¹ Ohne Doppel-Kinderrenten im Betrag von 1 456 043 Franken.

Die Tabellen 2 bis 4 beziehen sich ausschließlich auf die *ordentlichen* Renten, denen weit größere Bedeutung zukommt als den außerordentlichen Renten. Aus Tabelle 2 ist die Aufteilung nach Rentenarten und Art des Rentenanspruchs zu ersehen. Der Anteil der Ehepaar-Invalidenrenten ist ziemlich klein; außerdem werden hier praktisch keine halben Renten gewährt.

Ordentliche IV-Renten

Bezüger und Rentensummen nach Rentenarten und Rentenanspruch

Tabelle 2

| Rentenarten | Absolute Zahlen | | | Prozentzahlen | | |
|--------------------------|---|--------------|------------|---------------|--------------|------------|
| | Halbe Renten | Ganze Renten | Ins-gesamt | Halbe Renten | Ganze Renten | Ins-gesamt |
| | Rentenbezüger | | | | | |
| Einfache Invalidenrenten | 10 639 | 45 239 | 55 878 | 99,4 | 86,7 | 88,9 |
| Ehepaar-Invalidenrenten | 60 | 6 919 | 6 979 | 0,6 | 13,3 | 11,1 |
| Zusammen | 10 699 | 52 158 | 62 857 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Rentensummen in tausend Franken ¹ | | | | | |
| Einfache Invalidenrenten | 13 503 | 94 546 | 108 049 | 99,3 | 80,9 | 82,8 |
| Ehepaar-Invalidenrenten | 93 | 22 330 | 22 423 | 0,7 | 19,1 | 17,2 |
| Zusammen | 13 596 | 116 876 | 130 472 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

¹ Ohne Doppel-Kinderrenten im Betrag von 1 376 000 Franken.

Tabelle 3 zeigt die Gliederung der IV-Renten nach Altersklassen. Bei den einfachen Invalidenrenten nimmt die Belegung der einzelnen Altersklassen von Intervall zu Intervall zu, am intensivsten jedoch in den höchsten Klassen. Bei den Ehepaar-Invalidenrenten ist das Intervall 60—64 am stärksten besetzt, weil hier die Voraussetzungen für den Bezug von Ehepaarrenten am ehesten erfüllt sind. Analoge Beziehungen gelten für die Rentensummen.

Die Aufteilung nach dem Invaliditätsgrad bzw. der Ursache der Invalidität ergibt sich aus Tabelle 4. Die Bezüger mit einem Invaliditätsgrad von 66 $\frac{2}{3}$ oder mehr Prozent erhalten eine ganze Rente. Die übrigen Bezüger mit einem niedrigeren Invaliditätsgrad haben Anspruch auf eine halbe Rente, soweit es sich nicht um Ehepaare handelt, bei denen in besondern Fällen (Ehefrau 60 Jahre alt oder zu zwei Dritteln invalid) eine ganze Rente gewährt wird. Als Ursache der Invalidität kommen hauptsächlich Krankheiten und in geringerem Ausmaß noch Geburtsgebrechen in Frage, wogegen Unfälle praktisch bedeutungslos sind.

Aus den beiden letzten Tabellen geht schließlich die kantonale Gliederung hervor, und zwar sowohl für die ordentlichen IV-Renten (Tabelle 5) wie für die außerordentlichen IV-Renten (Tabelle 6).

Ordentliche IV-Renten

Bezüge und Rentensummen nach Altersklassen und Rentenarten

Tabelle 3

| Alters- klassen Jahre | Rentenbezüger | | | Rentensummen in tausend Franken ¹ | | |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|---------------|---|--------------------|---------------|
| | Einfache Renten | Ehepaar- renten | Zu- sammen | Einfache Renten | Ehepaar- renten | Zu- sammen |
| Unter 20 | 3 | — | 3 | 3 | — | 3 |
| 20—24 | 619 | — | 619 | 899 | — | 899 |
| 25—29 | 2 062 | — | 2 062 | 3 559 | — | 3 559 |
| 30—34 | 2 557 | 6 | 2 563 | 4 618 | 18 | 4 636 |
| 35—39 | 3 225 | 7 | 3 232 | 5 938 | 21 | 5 959 |
| 40—44 | 4 962 | 20 | 4 982 | 9 431 | 58 | 9 489 |
| 45—49 | 6 103 | 51 | 6 154 | 11 794 | 175 | 11 969 |
| 50—54 | 8 635 | 185 | 8 820 | 17 021 | 545 | 17 566 |
| 55—59 | 12 854 | 835 | 13 689 | 25 343 | 2 654 | 27 997 |
| 60—64 | 14 858 | 5 875 | 20 733 | 29 443 | 18 952 | 48 395 |
| Total | 55 878 | 6 979 | 62 857 | 108 049 | 22 423 | 130 472 |

¹ Ohne Doppel-Kinderrenten im Betrag von 1 376 000 Franken.

Ordentliche IV-Renten

Bezüge und Rentensummen nach Invaliditätsgrad und Ursache der Invalidität

Tabelle 4

| Invaliditätsgrad in Prozenten Ursache der Invalidität | Bezüger | | Rentensummen ¹ | |
|--|-------------------------|---------------|---------------------------|---------------|
| | absolut | in Prozent | in tausend Franken | in Prozent |
| | Invaliditätsgrad | | | |
| Unter 50 | 165 | 0,3 | 289 | 0,2 |
| 50 bis 66 % | 11 512 | 18,3 | 16 275 | 12,5 |
| 66 % und mehr | 51 180 | 81,4 | 113 908 | 87,3 |
| Total | 62 857 | 100,0 | 130 472 | 100,0 |
| | Ursache der Invalidität | | | |
| Geburtsgebrechen | 11 825 | 18,8 | 17 061 | 13,1 |
| Krankheit | 47 256 | 75,2 | 104 151 | 79,8 |
| Unfall | 3 776 | 6,0 | 9 260 | 7,1 |
| Total | 62 857 | 100,0 | 130 472 | 100,0 |

¹ Ohne Doppel-Kinderrenten im Betrag von 1 376 000 Franken.

Ordentliche IV-Renten
Bezüger und Rentensummen nach Kantonen

Tabelle 5

| Kantone | Bezüger | | | Rentensummen in tausend Franken ¹ | | |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---|----------------------------------|---------------|
| | Einfache Invaliden- renten | Ehepaar- Invaliden- renten | Zu- sammen | Einfache Invaliden- renten | Ehepaar- Invaliden- renten | Zu- sammen |
| Zürich | 7 064 | 1 015 | 8 079 | 13 740 | 3 451 | 17 191 |
| Bern | 10 328 | 1 093 | 11 421 | 18 790 | 3 454 | 22 244 |
| Luzern | 2 790 | 248 | 3 038 | 5 097 | 789 | 5 886 |
| Uri | 466 | 55 | 521 | 880 | 177 | 1 057 |
| Schwyz | 944 | 90 | 1 034 | 1 732 | 283 | 2 015 |
| Obwalden | 274 | 16 | 290 | 482 | 45 | 527 |
| Nidwalden | 197 | 19 | 216 | 415 | 50 | 465 |
| Glarus | 394 | 34 | 428 | 756 | 104 | 860 |
| Zug | 341 | 34 | 375 | 668 | 108 | 776 |
| Freiburg | 2 280 | 194 | 2 474 | 4 111 | 545 | 4 656 |
| Solothurn | 1 686 | 256 | 1 942 | 3 476 | 849 | 4 325 |
| Basel-Stadt | 2 302 | 468 | 2 770 | 4 723 | 1 673 | 6 396 |
| Basel-Land | 1 132 | 194 | 1 326 | 2 418 | 674 | 3 092 |
| Schaffhausen | 594 | 85 | 679 | 1 152 | 270 | 1 422 |
| Appenzell A. Rh. | 625 | 33 | 658 | 1 051 | 100 | 1 151 |
| Appenzell I. Rh. | 323 | 21 | 344 | 529 | 58 | 587 |
| St. Gallen | 3 411 | 293 | 3 704 | 6 216 | 899 | 7 115 |
| Graubünden | 1 985 | 152 | 2 137 | 3 710 | 430 | 4 140 |
| Aargau | 2 783 | 335 | 3 118 | 5 347 | 1 040 | 6 387 |
| Thurgau | 1 456 | 150 | 1 606 | 2 632 | 482 | 3 114 |
| Tessin | 3 336 | 446 | 3 782 | 7 260 | 1 399 | 8 659 |
| Waadt | 4 909 | 862 | 5 771 | 9 881 | 2 780 | 12 661 |
| Wallis | 3 100 | 395 | 3 495 | 6 473 | 1 076 | 7 549 |
| Neuenburg | 1 295 | 172 | 1 467 | 2 581 | 591 | 3 172 |
| Genf | 1 863 | 319 | 2 182 | 3 929 | 1 096 | 5 025 |
| Schweiz | 55 878 | 6 979 | 62 857 | 108 049 | 22 423 | 130 472 |

¹ Ohne Doppel-Kinderrenten im Betrag von 1 376 000 Franken.

Außerordentliche IV-Renten
Bezüger und Rentensummen nach Kantonen

Tabelle 6

| Kantone | Bezüger | | | in tausend Franken ¹ Rentensummen | | |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---|----------------------------------|---------------|
| | Einfache Invaliden- renten | Ehepaar- Invaliden- renten | Zu- sammen | Einfache Invaliden- renten | Ehepaar- Invaliden- renten | Zu- sammen |
| Zürich | 1 130 | 11 | 1 141 | 1 606 | 23 | 1 629 |
| Bern | 1 565 | 16 | 1 581 | 2 268 | 29 | 2 297 |
| Luzern | 596 | 3 | 599 | 924 | 5 | 929 |
| Uri | 69 | 1 | 70 | 112 | 1 | 113 |
| Schwyz | 178 | 3 | 181 | 266 | 7 | 273 |
| Obwalden | 86 | 1 | 87 | 132 | 2 | 134 |
| Nidwalden | 40 | — | 40 | 66 | — | 66 |
| Glarus | 48 | — | 48 | 67 | — | 67 |
| Zug | 73 | — | 73 | 108 | — | 108 |
| Freiburg | 601 | 10 | 611 | 922 | 20 | 942 |
| Solothurn | 315 | 1 | 316 | 473 | 2 | 475 |
| Basel-Stadt | 393 | 4 | 397 | 500 | 8 | 508 |
| Basel-Land | 212 | 3 | 215 | 309 | 7 | 316 |
| Schaffhausen | 84 | — | 84 | 121 | — | 121 |
| Appenzell A. Rh. | 102 | — | 102 | 145 | — | 145 |
| Appenzell I. Rh. | 31 | — | 31 | 54 | — | 54 |
| St. Gallen | 581 | 6 | 587 | 852 | 13 | 865 |
| Graubünden | 367 | 3 | 370 | 559 | 7 | 566 |
| Aargau | 472 | 2 | 474 | 709 | 4 | 713 |
| Thurgau | 284 | 4 | 288 | 414 | 8 | 422 |
| Tessin | 737 | 19 | 756 | 1 086 | 37 | 1 123 |
| Waadt | 1 096 | 18 | 1 114 | 1 568 | 37 | 1 605 |
| Wallis | 804 | 14 | 818 | 1 160 | 22 | 1 182 |
| Neuenburg | 254 | 1 | 255 | 367 | 2 | 369 |
| Genf | 433 | 12 | 445 | 625 | 24 | 649 |
| Schweiz | 10 551 | 132 | 10 683 | 15 413 | 258 | 15 671 |

¹ Ohne Doppel-Kinderrenten im Betrag von 80 000 Franken.

Filme über die Eingliederung Invalider

Der Leser der ZAK wird durch die «Literaturhinweise» auf Publikationen aufmerksam gemacht, die sich mit der AHV/IV/EO und den damit zusammenhängenden Fragen befassen. Hingegen wurde bisher darauf verzichtet, auf Dokumentarfilme hinzuweisen, die sich mit solchen Fragen beschäftigen, obwohl insbesondere auf dem Gebiet der Eingliederung Invalider eine reichhaltige Auswahl belehrender und aufklärender Filme besteht. Die meisten dieser Filme stammen aus dem englischen Sprachgebiet; einige weisen eine französische Vertonung auf; nur ganz wenige sind deutsch gesprochen.

Mit dem Verleih solcher Filme befassen sich zur Hauptsache zwei internationale Organisationen, nämlich die

— International Society for Rehabilitation of the Disabled,
Information Services, New York

und das

— Office Européen des Nations Unies,
Bureau des Affaires sociales,
Service de Prêt de Films relatifs au Service Social,
Genève.

Daneben bestehen aber noch viele andere Stellen, die zum Teil hervorragende Dokumentarfilme liefern können (z. B. SANDOZ AG, Basel).

Die genannten Dokumentarfilme werden meistens gegen eine bescheidene Gebühr oder sogar unentgeltlich für Vorführungen zur Verfügung gestellt. Es handelt sich in der Regel um vertonte 16-mm-Streifen, teils schwarz-weiße, teils farbige, mit einer Spieldauer von 10—40 Minuten. Die Abgabestellen machen zur Bedingung, daß die Vorführung durch sachkundiges Personal erfolgt oder stellen sogar eine eigene Vorführ-Equipe und die Apparaturen zur Verfügung (SANDOZ).

Die einzelnen Filme sind natürlich von unterschiedlicher Qualität, sowohl was den Inhalt wie den äußeren Zustand anbelangt. Wohl geben die vorhandenen Kataloge einen kurzen Abriss des Inhaltes, doch zeigen die Erfahrungen, daß man nur auf Grund einer Probevorführung entscheiden kann, ob ein solcher Film geeignet ist, beispielsweise an einer Veranstaltung von Invaliden oder Mitarbeitern der IV oder der Invalidenfürsorge gezeigt zu werden. Damit diese Dokumentarfilme, besonders dann, wenn sie noch in einer fremden Sprache vertont sind, ihren belehrenden oder aufklärenden Zweck erreichen, ist es erforderlich, sie vor

oder nach der Vorführung zu kommentieren und den Zuschauern die Nutzenanwendung nahezulegen.

Die dargelegten Gründe machen es verständlich, daß das Bundesamt für Sozialversicherung auf die Publikation von «Filmhinweisen» in der ZAK verzichtet. Es ist jedoch gerne bereit, allfälligen Interessenten die Filmkataloge der oben genannten internationalen Organisationen leihweise zur Verfügung zu stellen und mit Auskünften zu dienen. Auch besteht durchaus die Möglichkeit, von Fall zu Fall in dieser Zeitschrift auf hervorragende Filme hinzuweisen. Zu diesen zählt zweifellos folgender Film:

Efforts

Herkunftsland: Frankreich, 1963

16 mm, farbig, mit Ton, 21 Minuten

Sprache: französisch

Verleih: UNO oder SANDOZ

Dieser Film wurde im Centre de Rééducation pour enfants infirmes moteur cérébraux in Garches (Seine-et-Oise) aufgenommen und behandelt die Eingliederung cerebralgelähmter Kinder.

Bei dieser Gelegenheit sei darauf hingewiesen, daß die Internationale Vereinigung Invaliden (FIMITIC) in Zusammenarbeit mit weiteren internationalen Organisationen vom 18. bis 20. März 1966 in Rom ihr drittes *Filmfestival* durchführen und Filme aus aller Welt über die *Wiedereingliederung Behinderter* zeigen wird.

Durchführungsfragen der AHV/IV

Aufwendungen bei Holzakkarbeiten

In der ZAK 1960, Seite 343, wurde bekannt gegeben, daß für die Spesenabzüge bei Holz- und Fuhrakkorden die Richtlinien der SUVA auch von den Ausgleichskassen für die Ermittlung des maßgebenden Lohnes anzuwenden seien.

Die SUVA hat nun für die Zeit ab 1. Januar 1966 neue Ansätze aufgestellt und diese in einem Merkblatt festgehalten. Diese neuen Ansätze gelten ab sofort auch für die Abrechnung der Lohnbeiträge mit den Ausgleichskassen.

Die Merkblätter können bei den Kreisagenturen der SUVA bezogen werden.

Zur IV-Problematik der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte Erwachsener

Die angeborene Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (Hasenscharte-Wolfsrachen) gilt als Geburtsgebrechen gemäß Artikel 2, Ziffer 201, GgV. Die IV übernimmt demnach gemäß Artikel 13 IVG die Kosten der notwendigen Behandlung dieses Leidens während der Minderjährigkeit des Versicherten.

Es ist nicht weiter erstaunlich, daß die operative Korrektur dieser Mißbildungen in den letzten Jahren wesentlich bessere Resultate gezeitigt hat als dies vor einigen Jahrzehnten möglich und üblich war, denn die Fortschritte der Chirurgie haben auch auf diesem Gebiet nicht Halt gemacht. Besonders durch die sehr frühzeitige Inangriffnahme der ersten Maßnahmen und durch die wertvolle Vorbereitung mittels kieferorthopädischer Maßnahmen werden wesentlich bessere Voraussetzungen für die darauf folgenden Korrekturoperationen geschaffen. Dann erlauben aber auch verfeinerte Operationsmethoden, kosmetisch und funktionell bessere Resultate zu erzielen. Während man sich früher oft damit begnügen mußte, daß die Hasenscharte geschlossen war, wenn auch oft mit verkürzter und eingezogener Oberlippe, und daß der mangelhafte Verschuß des Wolfsrachens noch mit einem Obturator notdürftig überbrückt werden konnte, so sind heute die Ansprüche an die Leistung des Chirurgen entschieden größer. Dabei ist zu beachten, daß trotz Obturatur die näselnde Sprache den Wolfsrachenträger zu behindern pflegte.

Die IV-Kommissionen werden deshalb vor die Aufgabe gestellt, Gesuche von erwachsenen Versicherten für eine kosmetische und funktionelle Verbesserung ihrer früher operierten Cheilognatouranoschisis zu beurteilen. Da die notwendige Behandlung von Geburtsgebrechen nur für Minderjährige Gültigkeit hat und somit Leistungen gemäß Artikel 13 IVG nicht mehr gewährt werden können, da aber auch Artikel 85, Absatz 2, IVG nicht mehr zur Anwendung gelangen kann, weil diese Übergangsregelung am 31. Dezember 1964 abgelaufen ist, so müssen diese Gesuche unter dem Gesichtswinkel von Artikel 12 IVG beurteilt werden. Da es sich nicht um einen Krankheitsprozeß, sondern um einen Dauerzustand handelt, der mit einer sogenannten Defektheilung vergleichbar ist, kann nicht von Behandlung des Leidens an sich gesprochen werden. Grundsätzlich ist somit die Gewährung medizinischer Maßnahmen gemäß Artikel 12, Absatz 1, IVG nicht ausgeschlossen. Es bleibt die Frage zu prüfen, ob durch die vorgesehenen Maßnahmen eine dauernde und wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erzielt werden kann.

Eine generelle Beantwortung dieser Frage ist nicht möglich, sind doch in jedem Einzelfall, gestützt auf die individuellen Verhältnisse, die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit abzuschätzen.

Was nun die kosmetische und funktionelle Beeinträchtigung in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit betrifft, so ist zunächst davon auszugehen, daß der kosmetische Faktor nur dann in Erwägung gezogen werden kann, wenn der bisherige Zustand eindeutig entstellend wirkt. Ein entstellender Eindruck des Zustandsbildes muß demnach in allen Fällen vorausgesetzt werden.

Dann ist aber weiterhin zu untersuchen, welche Bedeutung dem entstellenden Eindruck in Bezug auf die Erwerbstätigkeit zukommt. So ist es beispielsweise nicht gleichgültig, ob ein Versicherter mit einem «unbefriedigenden» Resultat einer früheren Hasenschartenoperation den Beruf eines Schalterbeamten ausübt und somit in ständigem Kontakt mit dem Publikum steht. Analog sind die Überlegungen bezüglich der funktionellen Beeinträchtigung, wobei gemäß Artikel 12 IVG nur die näselnde Sprache, infolge mangelnden Abschlusses der Mundhöhle gegenüber dem Nasenrachenraum, zu berücksichtigen ist. Die Beeinträchtigung der Kaufähigkeit kann sich unter Umständen wohl auf den allgemeinen Gesundheitszustand auswirken. Die Aufgabe, den Gesundheitszustand zu verbessern, fällt jedoch nicht der IV zu. Die Bedeutung des Gebißzustandes für die Sprache tritt in diesem Zusammenhang eher in den Hintergrund.

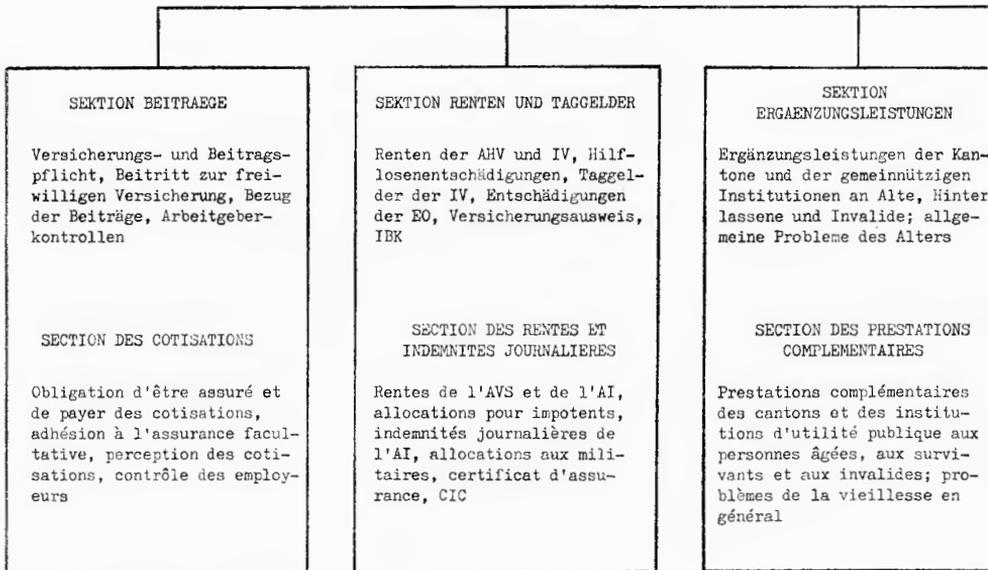
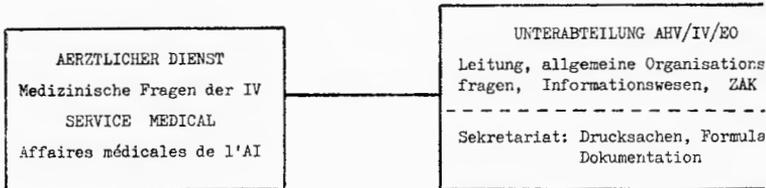
Wenn mit diesen Ausführungen versucht wird, zur Problematik der Gewährung medizinischer Maßnahmen gemäß Artikel 12 IVG bei Erwachsenen mit «unbefriedigt» operierten Hasenscharten und Wolfsrachen Stellung zu nehmen, so dürften sie auch bei anderen Defektzuständen richtunggebend sein.

Die Organisation der Unterabteilung AHV/IV/EO des Bundesamtes für Sozialversicherung

Die ZAK hat im Jahre 1964 auf Seite 468/469 ein «Organigramm» veröffentlicht, das eine summarische Umschreibung der Funktionen der verschiedenen Dienststellen innerhalb der Unterabteilung AHV/IV/EO des Bundesamtes für Sozialversicherung enthielt. Durch die Errichtung einer Sektion Ergänzungsleistungen hat die Organisation der Unter-

DIE ORGANISATION
DER UNTERABTEILUNG AHV/IV/EO
DES BUNDESAMTES FUER SOZIALVERSICHERUNG

D I
D I



L'ORGANISATION
 DE LA SUBDIVISION AVS/AI/APG
 DE L'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES

) N
) N

SUBDIVISION AVS/AI/APG
 érance, questions générales
 'organisation, information, RCC

 ecrétariat: imprimés, formules,
 documentation

FRANZ. UND ITAL.
 SPRACHIGER DIENST

 SERVICE DE LANGUE
 FRANCAISE ET DE
 LANGUE ITALIENNE

SEKTION EINGLIEDERUNG
 INVALIDER

 dizinische und berufliche
 ngliederungsmassnahmen,
 nderschulung, Hilfsmittel,
 isekosten, Tarifverträge

 CTION DE LA READAPTATION
 DES INVALIDES

 sures de réadaptation médi-
 les et professionnelles,
 rmation scolaire spéciale,
 yens auxiliaires, frais de
 yage, conventions tarifaires

SEKTION ORGANISATION

 Rechnungswesen der Ausgleichs-
 kassen, technisch-organisato-
 rische Fragen, Betriebs- und
 Baubeiträge der IV, übrige
 Beiträge der IV

 SECTION DE L'ORGANISATION

 Comptabilité des caisses de
 compensation, questions de
 l'organisation technique,
 subventions de l'AI pour la
 construction et l'exploita-
 tion, autres subventions de
 l'AI

SEKTION ALLGEMEINE
 VERWALTUNGSFRAGEN

 Rechtliche Organisation der
 Versicherungsorgane, Revi-
 sionswesen, allgemeine Ver-
 fahrens- und Zulassungsfragen
 in der IV, Organisation
 und Verfahren der Rechts-
 pflege

 SECTION DES AFFAIRES
 ADMINISTRATIVES GENERALES

 Organisation juridique des
 organes d'assurance, revis-
 ion des caisses de compen-
 sation, questions générales
 de procédure et de recon-
 naissance dans l'AI, orga-
 nisation et procédure du
 contentieux

abteilung inzwischen eine Änderung erfahren. Auf der Doppelseite in der Mitte dieses Heftes wird deshalb das neue «Organigramm» wiedergegeben.

Die verantwortlichen Chefs und ihre Stellvertreter sind:

Leitung der Unterabteilung AHV/IV/EO

| | |
|-------------------|------------------|
| Chef | Dr. A. Granacher |
| Stellvertreter | Dr. H. Naef |
| Ärztlicher Dienst | Dr. med. H. Hohl |

Sektion Beiträge

| | |
|----------------|--------------------|
| Chef | Dr. Wettenschwiler |
| Stellvertreter | B. Aubert |

Sektion Renten und Taggelder

| | |
|----------------|-------------------|
| Chef | Dr. H. Naef |
| Stellvertreter | Dr. H. Haeffliger |

Sektion Ergänzungsleistungen

| | |
|----------------|---------------|
| Chef | Dr. H. Güpfer |
| Stellvertreter | Dr. A. Bise |

Sektion Eingliederung Invaliden

| | |
|----------------|-------------------|
| Chef | A. Lüthy |
| Stellvertreter | Dr. H. P. Kuratle |

Sektion Organisation

| | |
|----------------|---------------|
| Chef | Dr. F. Oberli |
| Stellvertreter | C. Crevoisier |

Sektion Allgemeine Verwaltungsfragen

| | |
|----------------|-------------------|
| Chef | Dr. K. Achermann |
| Stellvertreter | Dr. B. Martignoni |

**Ausgleichsfonds
der AHV**

Im zweiten Kalenderhalbjahr 1965 wurden für die Ausrichtung der Leistungen insgesamt 1 049,7 Mio Franken (1 021,0 Mio im gleichen Zeitraum des Vorjahres) aufgewendet. Davon entfielen auf die AHV 839,2 (823,9) Mio, die IV 142,4 (127,9) Mio und die EO 68,1 (69,2) Mio Franken. Ihnen standen als Einnahmen gegenüber an Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber 774,4 (727,1) Mio, Beiträgen der öffentlichen Hand (Bund und Kantone) für die AHV und IV 236,6 (265,0) Mio, Zinsen aus den Anlagen 119,6 (115,2 Mio und Rückzahlungen 10,3 (15,1) Mio Franken.

Nach Bereitstellung der nötigen Kassenreserven war es dem Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds im zweiten Halbjahr möglich, feste Anlagen im Nominalbetrage von 164,5 (83,3) Mio Franken zu tätigen.

Der Gesamtbestand der festen Anlagen des Ausgleichsfonds stellt sich am 31. Dezember 1965 auf 7 003,0 Mio Franken. Dieser Bestand verteilt sich auf die einzelnen Kategorien in Mio Franken wie folgt: Eidgenossenschaft 193,5 (193,5 Stand Ende des ersten Semesters 1965), Kantone 1 107,5 (1 091,5), Gemeinden 993,4 (950,2), Pfandbriefinstitute 2 129,7 (2 099,7), Kantonalbanken 1 362,8 (1 332,8), öffentlich-rechtliche Institutionen 42,3 (29,4) und gemischtwirtschaftliche Unternehmungen 1 173,8 (1 151,8).

Die durchschnittliche Rendite der festen Anlagen beläuft sich am 31. Dezember 1965 auf 3,47 Prozent gegen 3,44 Prozent am Ende des ersten Semesters 1965.

**Ergänzungs-
leistungen
im Kanton Luzern**

Der Große Rat des Kantons Luzern hat in seiner Sitzung vom 30. November 1965 das Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur AHV und IV gutgeheißen. Die Referendumsfrist lief am 13. Januar 1966 unbenützt ab. Die Einkommensgrenzen entsprechen den vom Bundesrecht vorgesehenen Höchstansätzen. Der Pauschalabzug vom Erwerbseinkommen und vom Jahresbetrag der Renten und Pensionen wurde auf den Maximalbetrag von 480 Franken bzw. 800 Franken erhöht. Das kantonale Gesetz sieht einen Mietzinsabzug von jährlich höchstens 750 Franken bzw. 1 200 Franken vor.

**Ergänzungs-
leistungen
im Kanton Tessin**

Der Große Rat des Kantons Tessin hat in seiner Sitzung vom 21. Dezember 1965 das Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV gutgeheißen. Die Einkommens-

mensgrenzen entsprechen den vom Bundesrecht vorgesehenen Höchstansätzen. Der Pauschalabzug vom Erwerbseinkommen und vom Jahresbetrag der Renten und Pensionen beträgt 240 Franken bzw. 400 Franken. Ferner ist der Mietzinsabzug gemäß Art. 4, Buchst. c des Bundesgesetzes zugelassen.

Die Referendumsfrist ist Ende Januar 1966 unbenützt abgelaufen. Das Gesetz ist rückwirkend ab 1. Januar 1966 in Kraft getreten.

Ergänzungsleistungen im Kanton Wallis

Am 29. und 30. Januar 1966 wurde im Kanton Wallis das kantonale Gesetz über Ergänzungsleistungen dem Volke zur Abstimmung unterbreitet und mit 12 373 Ja gegen 788 Nein angenommen. Die Einkommensgrenzen entsprechen den vom Bundesrecht vorgesehenen Höchstansätzen. Der Pauschalabzug vom Erwerbseinkommen und vom Jahresbetrag der Renten und Pensionen beträgt 240 Franken bzw. 400 Franken.

Das Gesetz ist rückwirkend ab 1. Januar 1966 in Kraft getreten.

Adressenverzeichnis AHV/IV/EO

Seite 8, Ausgleichskasse 24, Neuchâtel, und
Seite 24, IV-Kommission Neuchâtel
Neue Adresse: 2001 Neuchâtel, Trésor 9
Neue Telefonnummer: (038) 4 26 12

Personelles

Infolge seiner Wahl zum Bundesrat ist Nationalrat und Regierungsrat **Rudolf Gnägi**, Bern, aus der Eidgenössischen Expertenkommission für die Revision der IV zurückgetreten. Zu seinem Nachfolger wählte das Eidgenössische Departement des Innern **Dr. Willi Baur**, Vorsteher des kantonalen Versicherungsamtes und der Ausgleichskasse des Kantons Bern, Bern.

Georges Martin, alt Oberrichter, ist infolge Erreichung der Altersgrenze als Präsident der IV-Kommission des Kantons Genf zurückgetreten. Zum neuen Präsidenten wurde **Edouard Drexler**, Oberrichter, gewählt.

GERICHTSENTSCHEIDE

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 26. April 1965 i. Sa. C. S.

Art. 5, Abs. 2 und Art. 12 IVG. Selbst wenn ein Leiden noch nicht stabilisiert ist, dient eine medizinische Vorkehr bei einem Minderjährigen vorwiegend der beruflichen Eingliederung, wenn sie einen Defektzustand beheben soll, der in abschbarer Zeit eintreten und die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit ernsthaft beeinträchtigen würde.

Dies ist der Fall bei der Operation eines jungen an Epiphysenlösung leidenden Versicherten, sofern es zu einem Gleiten zwischen Femurkopf und Schenkelhals und nicht nur zu einer Lösung der Epiphysenfuge kommt (Änderung der Rechtsprechung).

Der am 24. April 1950 geborene Versicherte verspürte in den ersten Monaten des Jahres 1963 unbestimmte Schmerzen am linken Knie, die sich dann auf Schenkelbeughöhe lokalisierten. Der behandelnde Arzt wies ihn zu einem Spezialisten, der im Juli 1963 eine Epiphysenlösung links mit starkem Abgleiten der Femurkopfkalotte sowie eine drohende Epiphysenlösung rechts diagnostizierte. Er schlug die Reduktion des Abgleitens und die operative Fixation des linken Hüftgelenks vor. Die Eltern des Patienten widersetzten sich einem vorbeugenden Eingriff rechts; die Operation des linken Hüftgelenks wurde am 17. Juli durchgeführt.

Auf eine Anmeldung des Vaters vom 17. Juli 1963 hin stellte die IV-Kommission fest, daß das Leiden kein Geburtsgebrechen darstelle und verweigerte die Kostenübernahme der durchgeführten medizinischen Maßnahmen.

Die Rekursbehörde ersuchte den Facharzt um verschiedene Präzisierungen. Gestützt auf die erhaltenen Auskünfte hieß sie die in diesem Fall erhobene Beschwerde gut.

Das BSV legte Berufung ein. Das EVG ordnete eine Expertise durch Prof. X an, dessen Bericht den Beteiligten mitgeteilt wurde.

Das EVG wies die vom BSV eingereichte Berufung im Sinne folgender Erwägungen ab:

1., 2. ... (Erwägungen über die Tragweite von Art. 12 IVG bei Minderjährigen; vgl. u. a. ZAK 1965, S. 444, Erwägung 3).

Die von der Rechtsprechung erwähnten Kriterien gelten nicht nur für die Versicherten an der Schwelle des Berufsbildungsalters (wie aus dem Wortlaut gewisser der zitierten Entscheide geschlossen werden könnte), sondern auch für noch jüngere Versicherte. Jedoch ist es klar, daß je jünger der Versicherte ist und je weiter er vom Berufsbildungsalter und vom Eintritt ins Erwerbsleben entfernt ist, desto geringer wird die Wahrscheinlichkeit einer künftigen Erwerbsunfähigkeit sein — sei es auch nur wegen der Möglichkeit der Angewöhnung und der verschiedenen noch offenstehenden Berufs- und Ausbildungsmöglichkeiten — desto weniger wird auch auf das

Überwiegen des beruflichen Eingliederungszweckes geschlossen werden können. Andererseits muß hervorgehoben werden, daß die Beeinträchtigung der Berufsbildung und der zukünftigen Erwerbsfähigkeit ernsthaft sein muß und daß eine Behinderung nicht genügt, die nur geringfügig ist und besonders durch die Wahl einer geeigneten, den Fähigkeiten des Versicherten entsprechenden Tätigkeit in ihren Auswirkungen behoben werden kann.

3. Das Gutachten von Prof. X gibt von der Epiphysenlösung und den unternommenen medizinischen Vorkehrungen ein Bild, das den Angaben von Prof. Y in früheren Gutachten entspricht und sie zudem in mancher Hinsicht präzisiert (vgl. vor allem EVGE 1963, S. 113 und 257; ZAK 1963, S. 444 und ZAK 1964, S. 169). Unter Epiphysenlösung versteht man die Lösung der den Femurkopf mit dem Schenkelhals verbindenden Epiphysenfuge; das knorpelige Gewebe verliert seine normale Festigkeit und besitzt nicht mehr die genügende mechanische Kraft um den Kopf am Hals festzuhalten. Diese Lösung (manchmal «Epiphysiolysis imminens» genannt) erfolgt vor allem während der schnellen Wachstumsperiode im Pubertätsalter, also bei Knaben im Alter von 10 bis 16 Jahren und bei Mädchen von 10 bis 14 Jahren. In einer sehr großen Anzahl der Fälle ist diese Lösung vorübergehend, sie entwickelt sich, ohne besondere Symptome hervorzurufen und kann sogar unbemerkt übergehen. Sie heilt spontan mit dem Wachstumsende und der physiologischen Schließung der Epiphysenlinie.

Bei einer gewissen Anzahl von Patienten tritt jedoch eine Komplikation auf, bestehend in einem Abgleiten der Kopfkalotte meist nach unten und hinten. Während dieses Abgleiten infolge eines auch noch so geringfügigen Traumas akut erfolgen kann und die Epiphysenfuge auf einen Schlag zerreißt und der Femurkopf sich wie bei der Schenkelhalsfraktur eines Erwachsenen bewegt (das klinische Syndrom ist dasjenige einer Schenkelhalsfraktur), geschieht es öfters langsam und fortschreitend unter dem Einfluß der gewöhnlichen sich beim Stehen und Gehen ergebenden Faktoren. Sobald ein Abgleiten auftritt, besteht die Gefahr einer Entwicklung auf eine schwere Gelenkdeformität hin, ohne daß eine Wahrscheinlichkeitsprognose über die Entwicklung gestellt werden könnte. Die Ausdrücke «Epiphysiolysis incipiens» und «Epiphysiolysis progrediens», welche das beginnende und das fortgeschrittene Abgleiten bezeichnen, entsprechen nicht einem klaren anatomischen radiologischen oder klinischen Begriff und werden in der Fachliteratur immer weniger verwendet. Wenn das Abgleiten bedeutend ist — man nimmt in der Regel an, daß ein Kippen von 20 Grad die äußerste annehmbare Grenze eines Abgleitens darstellt, das noch mit einem guten Funktionieren des Hüftgelenks vereinbar ist — entsteht immer eine sehr invalidisierende Arthrose des Hüftgelenks, die sich oft sehr früh entwickelt. Aber sogar Patienten mit einem nur diskreten Abgleiten sind von dieser Gefahr nicht ganz befreit.

Die Behandlung ist entweder konservativ oder operativ. Die konservative Behandlung besteht in einer langdauernden Entlastung mittels eines Apparates oder einer Extensionsbehandlung im Bett, damit die Epiphysenfuge vor einem Abgleiten geschützt wird und die spontane Befestigung der Lyse unter guten Bedingungen erfolgen kann. Die operative Behandlung umfaßt einerseits Eingriffe zur Stabilisierung der Epiphysenfuge ohne Stellungsänderung der Kopfkalotte — besonders durch Vernagelung oder Anschrauben — und andererseits Eingriffe unter Vornahme von diversen Osteotomien, Arthro-

plastiken und Änderung der mechanischen Achsen des Gelenkes, um das Gelenk unter bessere funktionelle Bedingungen zu stellen. Wenn die Epiphysenlösung noch von keinem Abgleiten («Epiphysiolysis imminens») begleitet ist, erachten gewisse Autoren dennoch schon einen Eingriff als notwendig, um mit Sicherheit die Epiphysenfuge zu stabilisieren; andere Autoren gehen mit einer konservativen Behandlung unter strenger ärztlicher Kontrolle des Patienten zu Werk. Sobald ein Abgleiten auftritt, ist nach Ansicht der Mehrzahl der Fachärzte die operative Behandlung die beste und rascheste Vorkehr. Eine konservative Behandlung gibt nämlich nie die gleiche Sicherheit, denn der Patient ist vor einem Fortschreiten des Abgleitens nicht geschützt. Die Dauer der Behandlung kann dazu noch schwere Probleme für Schulung oder Ausbildung stellen. Mit korrigierenden Eingriffen werden die schweren Deformitäten angegangen. Sie können zuweilen die Beweglichkeit wirklich wiederherstellen, erreichen oft aber nur eine unvollständige Besserung und können höchstens das Auftreten der Arthrose aufschieben oder deren Schwere vermindern. Es ist also für die Zukunft des Patienten wichtig, die Epiphysenlösung rechtzeitig zu diagnostizieren; noch wichtiger ist es, das Abgleiten der Epiphyse im allerersten Stadium festzustellen, um durch einen einfachen Eingriff den Zustand des Gelenkes definitiv zu stabilisieren und damit früher oder später eintretenden Komplikationen vorzubeugen, die bei weiterem Abgleiten unvermeidlich sind.

4. Gehören die bei Epiphysenlösung durchgeführten Vorkehrungen zu den medizinischen Eingliederungsmaßnahmen gemäß Art. 12 IVG (da das Leiden kein Geburtsgebrechen darstellt, ist Art. 13 IVG nicht anwendbar) und erfüllen sie die Voraussetzungen zur Übernahme der Kosten durch die IV? Das EVG hat dies angenommen für die Operation zur Korrektur der Deformität in den schwersten Fällen («Epiphysiolysis progrediens», vgl. ZAK 1963, S. 444) und für die Operation zur Stabilisierung in den Fällen einer außergewöhnlich schnellen Entwicklung des Abgleitens auf einen solchen schweren Zustand hin (es folgte dabei der Auffassung von Prof. Y, der vor einer schematischen Unterscheidung der Stadien «incipiens» und «progrediens» warnte; vgl. ZAK 1964, S. 169). Die Prüfung der von den medizinischen Sachverständigen gemachten Angaben und Präzisierungen im Lichte der gesetzlichen Kriterien führt heute dazu, grundsätzlich die Abgrenzung zwischen der einfachen Epiphysenlösung ohne Abgleiten der Kopfkalotte und dem Beginn eines Abgleitens bzw. zwischen der in dieser und jener Lage durchgeführten medizinischen Vorkehrungen vorzunehmen.

Die Epiphysenlösung ohne jedes Abgleiten der Kopfkalotte («Epiphysiolysis imminens») ist ein häufiges und an sich nicht schweres Leiden, dessen Heilung oft spontan erfolgt oder höchstens einen kleineren Eingriff erfordert. Konservativ oder operativ bezieht sich die Behandlung auf das Leiden an sich und das berufliche Eingliederungsziel bleibt deutlich im Hintergrund. Wenn auch das Risiko invalidierender Folgen besteht, ist es doch nicht derart groß, als daß es eine zukünftige Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 5, Abs. 2, IVG wahrscheinlich machen würde.

Sobald dagegen ein Abgleiten auftritt, wird die Gefahr einer fortschreitenden Entwicklung zu einer schwer invalidisierenden Deformität akut. Zwar ist eine Prognose über die Entwicklung unmöglich; entweder kann der Gleit-

prozeß bis zu den schwersten Formen fortschreiten oder er kann auch aufhören, bevor die mit einer guten Funktion des Hüftgelenks vereinbare Grenze überschritten ist. Die bis heute befolgte Abgrenzung, die das Vorhandensein oder wenigstens das sichere Bestehen von schweren Deformitäten verlangte, hat somit den Vorteil einer völligen Klarheit des Sachverhalts. Das Abgleiten der Kopfkalotte ist aber schon eine Folge der Lösung der Epiphysenfuge, wobei lediglich dessen Umfang im Einzelfall nicht vorauszusehen ist. Wenn bei einer solchen Gefahr der Arzt es nicht verantworten kann, noch weiter abzuwarten, kann es auch die IV nicht tun. Es wäre nämlich schwer verständlich, wenn man einen einfachen und erfolgversprechenden Eingriff verweigern würde, um in vielen Fällen kurz darauf einen schweren Eingriff übernehmen zu müssen, dessen Erfolg überdies oft nur ein teilweiser ist. Trotz des noch evolutiven Charakters des Leidens und der Unvoraussehbarkeit der Schwere, die er nach seiner Stabilisierung erreichen wird, läßt die drohende Gefahr einer invalidisierenden Deformität in der Regel das Überwiegen des beruflichen Eingliederungsziels annehmen. Die in einem solchen Fall durchgeführte operative Behandlung — eine einmalige Vorkehr im Sinne von Art. 2 IVV — welche geeignet ist, die zukünftige Erwerbsfähigkeit zu erhalten, erfüllt also die Bedingungen von Art. 12 IVG.

Das BSV hebt hervor, daß sogar im Fall eines Abgleitens gewisse Fachärzte es zuerst mit einer konservativen Behandlung versuchen. Die Frage, ob diese Behandlung je nach den Umständen die gesetzlichen Bedingungen erfüllen könnte, kann jedoch unentschieden bleiben. — Die Tatsache, daß analoge medizinische Vorkehrungen speziell im Fall von Unfallfrakturen durchgeführt werden, ist unerheblich: maßgebend ist nicht die Art der Vorkehr, sondern ihr Ziel im Hinblick auf die gesetzlichen Voraussetzungen, die den Begriff der beruflichen Eingliederung umschreiben.

5. In casu litt der Versicherte an einer Epiphysenlösung mit bedeutendem Abgleiten — ca. 25 Grad — der Kopfkalotte links sowie an einer Epiphysiolysis imminens ohne jedes Abgleiten rechts. Die spontane Heilung des Leidens des rechten Hüftgelenks bestätigt die allgemeinen oben dargestellten medizinischen Angaben (Erwägung 3). Auf der linken Seite dagegen hat die Gefahr einer Entwicklung zu einer umfassenden und schwer invalidisierenden Deformität einen stabilisierenden Eingriff erfordert. Dieser Eingriff ermöglichte eine Fixation der Kalotte, die der Experte als voll genügend erachtete und für die Beweglichkeit des Gelenkes sowohl in medizinischer wie in beruflicher Hinsicht gute Aussichten bietet.

Bei dieser Sachlage und unter Berücksichtigung der oben aufgestellten Kriterien kommt somit das EVG zum Schluß, daß die durchgeführte Operation den Charakter einer medizinischen Eingliederungsmaßnahme gemäß Art. 12 IVG aufweist und die Voraussetzungen für die Übernahme durch die IV erfüllt. — Es teilt die Auffassung der Vorinstanz in bezug auf Art. 78, Abs. 2, IVV; im Hinblick auf die drohende Entwicklung im Sinne eines Fortschreitens des Abgleitens und die Gefahr eines die zukünftige Erwerbsfähigkeit ernsthaft beeinträchtigenden Defektzustandes war die Operation dringlich; der Versicherte hatte also wichtige Gründe, um sich vor der Beschlußfassung durch die Verwaltung dem ärztlich angeordneten Eingriff zu unterwerfen.

Urteil des EVG vom 31. Mai 1965 i. Sa. G. V.

Art. 5, Abs. 2 und Art. 12 IVG. Selbst wenn ein Leiden noch nicht stabilisiert ist, dient eine medizinische Vorkehr bei einem Minderjährigen vorwiegend der beruflichen Eingliederung, wenn sie einen Defektzustand beheben soll, der in absehbarer Zeit eintreten und die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit ernsthaft beeinträchtigen würde.

Dies kann der Fall bei der Operation eines jungen an Netzhautablösung leidenden Versicherten sein, um die Erblindung zu vermeiden.

Art. 2 IVV. Daß eine Operation wegen späterer Rückfälle eventuell wiederholt werden sollte, steht deren Übernahme durch die IV nicht entgegen, wenn dieses Risiko zeitlich beschränkt ist.

Infolge eines Traumas erlitt der Versicherte im September 1960 eine Netzhautablösung rechts, die praktisch zum totalen Verlust des Augenlichts auf dieser Seite führte. Im August 1962 erfolgte eine spontane Netzhautablösung links. Während des folgenden Monats wurde der Patient mit Erfolg operiert; aber im Mai 1963 trat ein Rückfall ein, der dringend eine neue Operation nötig machte. Die am 16. Mai 1963 durchgeführte Operation scheint erfolgreich gewesen zu sein. Nach dem Arzt betrug im Juli 1964 die korrigierte Sehschärfe links 0,4.

Die IV-Kommission erhielt am 24. Mai 1961 ein Leistungsbegehren auf Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung und Stellenvermittlung. Sie hatte eine Baumalerlehre vorgesehen, die aber durch die Ereignisse von 1962 und 1963 unmöglich gemacht wurde. Sie gewährte aber dem Versicherten ab Herbst 1963 einen probeweisen Aufenthalt von drei Monaten, gefolgt von einer einjährigen Lehre in einer Eingliederungsstätte für Blinde und Sehschwache.

Hinsichtlich der medizinischen Maßnahmen hingegen verweigerte die IV-Kommission die Übernahme der Behandlung der Netzhautablösung vom August 1962. Auf ein neues Begehren hin vom 3. Juni 1963 erachtete die Kommission, daß sie für die Kosten der am 16. Mai durchgeführten Operation gleichfalls nicht aufkommen könne.

Der Vater des Versicherten legte gegen die letztgenannte Verfügung Beschwerde ein.

Nachdem sie beim Facharzt verschiedene nähere Angaben eingeholt hatte, hieß die kantonale Rekursbehörde durch Entscheid vom 30. November 1964 die Beschwerde gut und erklärte, die IV habe die durch die Operation vom 16. Mai 1963 entstandenen Kosten zu vergüten.

Das EVG wies die durch das BSV eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1., 2. . . (vgl. ZAK 1963, S. 128 und 447; ZAK 1964, S. 360; ZAK 1962, S. 79; ZAK 1963, S. 130 und 442, ZAK 1964, S. 169 und 217; ZAK 1966, S. 97).

Gewisse der genannten Entscheide sprechen vom typisch juvenilen Charakter des Leidens. Daraus scheint das BSV den Schluß ziehen zu wollen, daß darin ein zusätzliches Abgrenzungskriterium liege. Zweifellos werden Natur und Entwicklung zahlreicher typischer juveniler Leiden bewirken, daß in diesen Fällen den durch die Rechtsprechung aufgestellten Kriterien öfter

genügt sein wird als bei manchen anderen Leiden; die bisher dem EVG unterbreiteten Fälle zeigen dies deutlich und die zitierten Entscheide gehen lediglich von dieser Tatsache aus. Nichts würde jedoch den Ausschluß dieser weiteren Leiden rechtfertigen, wenn hinsichtlich der langen zukünftigen Tätigkeitsperiode die unternommenen medizinischen Vorkehren den Kriterien entsprechen, welche den Begriff der Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung umschreiben. Maßgebend ist also nicht der typisch juvenile Charakter des Leidens, sondern das junge Alter des von diesem Leiden getroffenen Versicherten und die Wahrscheinlichkeit, daß er erwerbstätig sein wird.

3. Streitig im gegenwärtigen Verfahren ist einzig, ob die am 16. Mai 1963 durchgeführte Operation eine medizinische Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG darstellt oder nicht. Art. 13 IVG ist nicht anwendbar, da das Leiden trotz der lokalen in den ärztlichen Berichten erwähnten Prädisposition zu einer Netzhautablösung in keinem Zusammenhang mit einem in Art. 2 GgV figurierenden Geburtsgebrecen zu stehen scheint.

Zuerst muß festgestellt werden, daß ohne Operation mit dem sicheren und unmittelbar bevorstehenden — ja sogar schon aktuellen — Eintritt einer vollständigen oder fast vollständigen Erblindung zu rechnen war, also mit einem stabilen Defektzustand, der die Berufsbildung und die zukünftige Erwerbsfähigkeit ernsthaft beeinträchtigt hätte. Obschon die Operation den Vorgang der Netzhautablösung selbst bekämpfen wollte und deshalb auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet war, verleiht ihr dennoch das gleichzeitige Vorgehen gegen einen unmittelbar bevorstehenden Defektzustand einen gemischten Charakter.

Es muß sodann anerkannt werden, daß die Operation geeignet war, durch eine einmalige Vorkehr die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu erhalten. Gewiß war der durchgeführte Eingriff nicht der erste, denn eine Netzhautablösung des gleichen Auges war schon einige Monate früher erfolgt. Einer selbständigen Betrachtung der neuen, im Mai 1963 erfolgten Netzhautablösung und der bei dieser Gelegenheit durchgeführten Maßnahmen steht aber nichts entgegen. Zweifellos muß die Operation zuweilen wiederholt werden (wie beim zur Behandlung stehenden Fall); aber das Risiko eines Rückfalles ist in der Regel zeitlich beschränkt und demzufolge auch die Möglichkeit einer notwendigen Wiederholung des Eingriffs. Das Risiko weiterer Rückfälle scheint außerdem in casu gering, nachdem der Augenarzt im Juli 1964 — also ca. vierzehn Monate nach der zur Beurteilung stehenden Operation — festgestellt hat, daß die Netzhautablösung geheilt und das Sehvermögen stabilisiert waren.

Schließlich steht es außer Zweifel, daß die Durchführung der Operation sowohl medizinisch als auch beruflich im richtigen Zeitpunkt erfolgte. Die Erfolgsaussichten wären durch ein Abwarten beeinträchtigt worden, und der Versicherte stand mitten im Alter der Berufsbildung.

Überdies ist hervorzuheben, daß die Netzhautablösung links — im Gegensatz zur Ablösung zweieinhalb Jahre früher — nicht traumatischer Art war, daß also in keinem Fall eine jener medizinischen Vorkehren vorlag, die als Teil der Leidensbehandlung betrachtet werden müssen, weil sie mit dem Geschehen zwischen dem Unfalltrauma und dessen Heilung in sachlichem und zeitlichem Zusammenhang stehen.

Bei dieser Sachlage und auf Grund der oben dargestellten Kriterien kommt also das EVG zum Schluß, daß die durchgeführte Operation vorwiegend den Charakter einer medizinischen Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG aufweist und die Voraussetzungen für ihre Übernahme durch die IV erfüllt. Es teilt ebenfalls die Auffassung der Vorinstanz in bezug auf Art. 78, Abs. 2, IVV: bei der Dringlichkeit der Operation hatte der Versicherte wichtige Gründe, um sich ihr vor der Beschlußfassung durch die Verwaltung zu unterziehen.

Urteil des EVG vom 8. Oktober 1965 i. Sa. R. K.¹

Art. 9, Abs. 1, Art. 13 und Art. 20, Abs. 1, IVG. Beiträge für Bildungsunfähige können einem Versicherten so lange nicht gewährt werden, als er Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen hat, zu denen auch die Behandlung von Geburtsgebrechen gehört.

Der 1959 geborene Versicherte weist eine Reihe von Geburtsgebrechen auf, namentlich Mikrocephalie und angeborene Hirnschäden mit epileptiformen Anfällen, Coxa valgä und Pes adductus. Seit 1960 hat ihm die IV gestützt auf Art. 13 IVG laufend medizinische Maßnahmen gewährt, darunter antiepileptische Therapie und orthopädische Operationen. Zur Zeit sind die Maßnahmen auf Ende 1965 befristet. Vom 2. Februar bis 27. März 1964 befand sich der Versicherte in einem Heim, weil seine Mutter ein weiteres Kind gebar. Mit Schreiben vom 23. März 1964 ersuchte eine Fürsorgestelle im Namen der Eltern um die Prüfung der Frage, ob nicht ein «Anstaltsbeitrag» und anschließend ein «Hauspflegebeitrag» zugesprochen werden könnten. Am 10. September 1964 erstattete der schulpflichtpsychologische Dienst des Wohnortskantons der IV-Kommission über den Versicherten folgendes Gutachten:

« Er muß immer im Stühlchen sitzen, wenn man mit ihm nicht gerade turnt oder Gehübungen macht. Er ist noch in hohem Maße pflegebedürftig. Beim Essen mit dem Löffel muß man ihm noch nachhelfen. Er gibt noch keine Zeichen, wenn er aufs Töpfchen sollte. Der Speichelfluß ist noch sehr stark.

Trotz diesem recht kümmerlichen äußeren Anschein ist berechtigte Hoffnung da, daß er einmal praktisch bildungsfähig wird, sofern er in der geistigen Entwicklung nicht plötzlich stagniert oder gar zurückfällt . . . Sprachlich ist er allerdings noch sehr weit zurück. Er äußert sich mit Lallauten wie ein etwa Halbjähriger, dagegen löst er sprachlose Tests bis auf ein Niveau von ca. eineinhalb Jahren (Kritzeln, Formbrett, Turmbau usw.). Wenn man Spielmaterial an ihn heranbringt, äußert er riesige Freude, zappelt und lacht. Er kann sich Dingen und Menschen zuwenden, wenn auch nur kurze Zeit.»

Durch Verfügung vom 4. Dezember 1964 teilte die Ausgleichskasse den Eltern des Versicherten mit, gemäß Beschluß der IV-Kommission könnten keine Beiträge an die Pflege und Wartung gemäß Art. 20 IVG ausgerichtet werden; denn der Versicherte sei unter den gegebenen Verhältnissen aller Voraussicht nach praktisch bildungsfähig.

Gegen diese Verfügung beschwerte sich eine Fürsorgestelle für die Eltern bei der kantonalen Rekurskommission. Sie berief sich auf das in EVGE 1962, S. 123 (ZAK 1963, S. 27) publizierte Urteil und machte geltend, daß die nach-

¹ Vgl. dazu S. 70 dieser Nummer

gesuchten Beiträge auch dann ausgerichtet werden könnten, wenn die Bildungsfähigkeit des Versicherten noch nicht feststehe, wie das im vorliegenden Fall zutreffe.

Die Ausgleichskasse beantragte die Abweisung der Beschwerde und verwies auf den Bericht eines Kinderarztes vom 6. Februar 1965, in dem die Ansicht geäußert wurde, die bisherigen langsamen Fortschritte berechtigten zur Hoffnung, «daß der Knabe doch noch bildungsfähig wird mit Hilfe einer heilpädagogischen Sonderschulung». Durch Entscheid vom 25. Mai 1965 wies die kantonale Rekursbehörde die Beschwerde ab.

Der kantonale Rekursentscheid wurde durch Berufung an das EVG weitergezogen mit dem Antrag, den «Anstalts- bzw. Hauspflegebeitrag für Bildungsunfähige vorläufig solange zu gewähren, bis zum mindesten die Abklärung der Bildungsfähigkeit möglich ist». Die Ausgleichskasse beantragt die Abweisung der Berufung.

In seinem Mitbericht stellt das BSV keinen Antrag.

Das EVG wies die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Das EVG hat in einem Urteil (s. EVGE 1965, S. 108; ZAK 1965, S. 549) gefunden, daß Minderjährigen medizinische Maßnahmen im Sinne von Art. 13 IVG nicht gewährt werden können, wenn eine künftige Erwerbsfähigkeit in noch so bescheidenem Maße ausgeschlossen ist. Dieses Erkenntnis folgt aus dem Umstand, daß Art. 13 IVG ein — allerdings in gewissem Sinne privilegierter — Anwendungsfall von Art. 9, Abs. 1, IVG ist, der die grundlegenden Voraussetzungen des Anspruches auf Eingliederungsmaßnahmen umschreibt. Dagegen ist Art. 20 IVG, der den Anspruch bildungsunfähiger Minderjähriger auf Pflegebeiträge regelt, seinem Wortlaut nach unmißverständlich Ausnahmestimmung, die keinen Eingliederungszweck verfolgt. Hievon geht auch EVGE 1962, S. 123 (ZAK 1963, S. 27) aus; es wurde dort aber erklärt, daß in besonderen Fällen der Versicherte bei Zweifeln über die Bildungsfähigkeit bis zum Beginn der Abklärung den Bildungsunfähigen gleichgestellt werden könne und unter den in Art. 20 IVG (und Art. 13 IVV) umschriebenen Voraussetzungen Anspruch auf Pflegebeiträge habe.

2. Dem Versicherten sind mit Recht medizinische Maßnahmen gemäß Art. 13 IVG gewährt worden, da eine künftige Erwerbsfähigkeit nach den Angaben des schulpсихologischen Dienstes und des behandelnden Arztes nicht ausgeschlossen ist. In der Beschwerde und in der Berufung wird unter Hinweis auf EVGE 1962, S. 123 (ZAK 1963, S. 27) die Auffassung vertreten, der Versicherte habe überdies Anspruch auf Pflegebeiträge gemäß Art. 20 IVG, da seine Bildungsfähigkeit nicht feststehe. Im zitierten Urteil wurde «ein besonderer Fall» deshalb angenommen, weil der Versicherte noch keinem Sonderschulversuch unterzogen werden konnte; einzig diese Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 9, Abs. 1, IVG stand in Frage. Das ist nach wie vor richtig, da die Bildungsfähigkeit an sich nicht irreversibel zu sein braucht, um einen Anspruch gemäß Art. 20 IVG zu begründen. Insoweit besteht ein Unterschied zur Unmöglichkeit künftiger erwerblicher Betätigung, wie sie vorliegen muß, um einen Behandlungsanspruch gemäß Art. 13 IVG auszuschließen.

Einen kumulativen Anspruch jedoch auf Eingliederungsmaßnahmen und auf Leistungen gemäß Art. 20 IVG kann es nicht geben. Denn jene Maßnahmen

setzen begrifflich — wenngleich gerade im Bereich von Art. 13 IVG bloß mögliche — Bildungsfähigkeit, Beiträge gemäß Art. 20 IVG aber umgekehrt das Fehlen einer solchen voraus. Beide Leistungsgründe schließen sich somit prinzipiell gegenseitig aus. Werden Eingliederungsmaßnahmen im Sinne von Art. 13 IVG gewährt, so ist zudem zu beachten, daß diese auch die Anstaltsbehandlung samt Unterkunft und Verpflegung umfassen, sofern eine solche notwendig ist (Art. 14 IVG). Zudem vergütet die Versicherung laut Art. 4 IVV angemessene Aufwendungen für Pflegepersonal, wenn medizinische Maßnahmen in Hauspflege durchgeführt werden.

3. Nach dem Gesagten kommen somit dem Versicherten Beiträge nach Art. 20 IVG jedenfalls so lange nicht zu, als er Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen hat, zu denen auch die Behandlungen gemäß Art. 13 IVG gehören. Solche werden dem Versicherten nach den ergangenen Verfügungen vorläufig bis Ende 1965 gewährt. Vor diesem Termin oder einer allenfalls früheren Aberkennung weiterer Ansprüche aus Art. 13 IVG kann daher dem Berufungsbegehren nicht stattgegeben werden. Es steht aber dem gesetzlichen Vertreter des Versicherten frei, das Begehren um Gewährung von Beiträgen gemäß Art. 20 IVG zu erneuern, wenn kein Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen mehr bestehen sollte.

Urteil des EVG vom 3. Mai 1965 i. Sa. J. I.

Art. 12, Abs. 1, IVG; Art. 2 IVV. 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 lokalisiert sind. Der operative Eingriff muß zudem die Ausübung desjenigen Berufes gewährleisten, welcher der Bildung und den Fähigkeiten des Versicherten entspricht.

Der 1935 geborene Versicherte ist von Beruf Telephonmonteur. Seit Januar 1963 litt er an Schmerzen in der Lendengegend. Er war daher gezwungen vom September 1964 an seine Berufstätigkeit zu unterbrechen. Die im Oktober 1963 erstellten medizinischen Gutachten ergaben eine angeborene Spondylose des fünften Lendenwirbels. Weil die alsdann vorgenommenen konservativen Vorkehren zu keinem Erfolg führten, wurde am 27. November eine Spanversteifung nach Bickel vorgenommen. Der Versicherte, welcher ein Stützkorsett tragen muß, konnte seine Arbeit am 24. Februar 1964 wiederum voll aufnehmen. Am 2. Oktober 1963 meldete er sich zum Leistungsbezug bei der IV an und beehrte medizinische Maßnahmen und Hilfsmittel. Mit Verfügung vom 31. Januar 1964 teilte jedoch die Ausgleichskasse dem Versicherten mit, die IV-Kommission habe sein Gesuch hinsichtlich der medizinischen Maßnahmen abgelehnt mit der Begründung, es bestehe kein Anspruch auf Behandlung eines Geburtsgebrechens, das sich nicht schon vor der Volljährigkeit manifestiert habe. Im übrigen stelle die durchgeführte Operation eine Behandlung des Leidens an sich dar (Art. 12 IVG). Die kantonale Rekurskommission hieß die vom Versicherten eingereichte Beschwerde gut. Sie führte im wesentlichen aus, der vorgenommene chirurgische Eingriff habe

in erster Linie der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit gedient.

Das EVG wies die vom BSV eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. ... (Erwägungen darüber, ob Art. 13 in Verbindung mit Art. 85, Abs. 2, IVG anwendbar sei; vgl. u. a. ZAK 1963, S. 449, Erwägung 1).

2. ... (Erwägungen allgemeiner Art zum Anwendungsbereich von Art. 12 IVG, vgl. u. a. ZAK 1963, S. 128, Erwägung 1).

3. Das eingeholte Gutachten gibt über die Spondylolyse und Spondylolisthesis sowie die getroffenen medizinischen Vorkehren ein Bild, das denjenigen früherer Gutachten entspricht (vgl. EVGE 1963, S. 126; ZAK 1963, S. 447).

Die Spondylolyse ist eine häufig vorkommende meist vererbliche, ungenügende Verknöcherung eines Wirbelbogens. Im Zeitpunkt der Geburt besteht sie noch nicht, entwickelt sich aber während der Kindheit und der Jugend. Sie bewirkt einen Kontinuitätsunterbruch auf dem Niveau dieses Wirbelbogens und bricht so den Riegel, der zwei benachbarte lumbale Wirbel ausgerichtet aufeinander hält. Dies hat zur Folge, daß der mißgebildete Wirbel in einer großen Zahl der Fälle nach vorne gleitet, was zur Spondylolisthesis führt. Dieses Gleiten erfolgt in der Regel auch während des Wachstums der Wirbelsäule und hört später auf. Ein Gleiten eines mit Spondylolyse behafteten Wirbels nach dem 25. Altersjahr wird selten festgestellt. Die Wachstumsanomalie der Wirbelsäule verursacht nicht notwendigerweise Schmerzsymptome und kann während des ganzen Lebens klinisch stumm bleiben; aber sie hinterläßt immer eine schwache Stelle auf der Höhe des betroffenen Segments, die vor allem auf mechanische Überlastung empfindlich ist. Die Wirbelgelenke, Bänder und Bandscheiben — der knöchernen Stütze beraubt, über die sie normalerweise verfügen — müssen daher unter ungünstigen Bedingungen arbeiten, was zu frühen und störenden degenerativen Abnützungsercheinungen führt.

Die Behandlungsmethode ist bei im Wachstum stehenden Versicherten und bei Erwachsenen grundsätzlich verschieden. Bei Kindern und Jugendlichen zielt sie meistens darauf hin, die Wachstumsstörung aufzuhalten und ein weiteres Abgleiten des geschädigten Wirbels zu verhindern. Beim Erwachsenen hingegen bezweckt sie in erster Linie die Beseitigung der schmerzhaften Erscheinungen, die von der mißgebildeten Wirbelsäule herrühren. Die Wahl zwischen konservativer (Physiotherapie, Tragen eines Korsetts) und chirurgischer Behandlung (Spanversteifung) hängt in großem Maße vom Beruf und vom Alter eines Versicherten ab. Die vorwiegende Indikation zur Spanversteifung — welche wohl die festgestellten Mißbildungen nicht zu heilen, doch in denjenigen Zustand zu versetzen vermag, daß sie einen Versicherten nicht mehr behindern — liegt darin, dem Patienten die Ausübung des erlernten Berufes ohne größere Gefahr zu ermöglichen. Ein solcher chirurgischer Eingriff ist umso eher angezeigt, wenn es sich einerseits um einen jungen Patienten handelt, dem zudem nicht zugemutet werden kann, seinen erlernten Beruf zu Gunsten eines weniger anstrengenden aufzugeben. Mit zunehmendem Alter hingegen drängt sich ein solcher chirurgischer Eingriff nicht mehr unbedingt auf, denn Patienten im Alter von 45 oder 50 Jahren weisen meist degenerative Vorgänge des größten Teils der Wirbelsäule auf. Die Möglichkeit, daß ein bei einem einzelnen Wirbelsäulenabschnitt vorgenom-

mener chirurgischer Eingriff den Versicherten gänzlich und dauernd von seinen schmerzhaften Beschwerden zu befreien vermag, sind somit geringer.

4. Weisen die durchgeführten medizinischen Vorkehren im Falle von Spondylolyse und Spondylolisthesis den Charakter von medizinischen Eingliederungsmaßnahmen im Sinne von Art. 12 IVG auf und genügen sie somit den vorgeschriebenen Bedingungen zur Kostenübernahme durch die IV? Wenn das EVG in kürzlich ergangenen Urteilen diese Frage auch verneint hat, so kann sie doch im vorliegenden Fall gestützt auf die ärztlichen Gutachten im Lichte der gesetzlichen Voraussetzungen nur bejaht werden.

Bei einem Erwachsenen — die Verhältnisse bei Kindern und Jugendlichen bleiben vorbehalten — bleibt der Defekt bei Spondylolyse und Spondylolisthesis in der Regel stationär. Diese Leiden sind indessen oft klinisch stumm und bedürfen keiner Behandlung. Eine solche wird indessen dann notwendig, wenn Schmerzen auftreten, welche von sekundären evolutiven Erscheinungen herrühren. Eine Spanversteifung vermag jedoch diese Erscheinungen nicht zu beseitigen (wenn sie auch nach einem ärztlichen Gutachten einen regnerierenden Einfluß haben mögen), aber sie machen sich dem Patienten doch nicht mehr bemerkbar. Wesentlich für die Indikation zur Vornahme einer solchen Spanversteifung ist somit das Alter des Versicherten und die Möglichkeit, ihn seinem bisherigen Berufe zu erhalten.

Der chirurgische Eingriff bei einem Erwachsenen weist somit sowohl Merkmale einer medizinischen Eingliederungsmaßnahme als auch einer Behandlung des Leidens an sich auf, indem dadurch die Schmerzen beseitigt werden. In Berücksichtigung der klinischen Situation und der operativen Indikation kann man festhalten, daß der Charakter einer medizinischen Eingliederungsmaßnahme dann in den Vordergrund tritt, wenn die Spanversteifung bei einem noch jungen Versicherten durchgeführt wird, bei dem die sekundären degenerativen Erscheinungen noch in ihrem Anfangsstadium stehen, sich auf den defekten Wirbelsäulenabschnitt beschränken und sofern der operative Eingriff sich zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit in dem der Ausbildung und den Fähigkeiten des Versicherten entsprechenden Berufe aufdrängt.

5. Im vorliegenden Fall litt der Versicherte an Schmerzen in der Lenden-gegend, welche sich zum ersten Mal im Januar 1963 im Anschluß an eine Erkältung bemerkbar machten. Der Versicherte war in der Folge gezwungen, vom Monat September an seine Arbeit gänzlich aufzugeben. Die Ärzte stellten eine Spondylolyse des fünften Rückenwirbels fest. Allein eine Spanoperation ermöglichte dem 28jährigen Versicherten, den seinen Fähigkeiten und seiner Ausbildung entsprechenden Beruf als Telephonmonteur weiterhin auszuüben. Es war ihm nicht zuzumuten, seinen Beruf mit einem solchen zu vertauschen, der körperlich keine Anstrengung erfordert.

Der chirurgische Eingriff war geeignet die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern, und zwar lediglich durch eine einmalige medizinische Vorkehr, gefolgt von einer kurzen Erholungszeit. Wenn auch der gerichtliche Experte außer der Spondylolyse eine spina bifida des ersten Sacralwirbels und eine Anomalie der Wirbelgelenkfortsätze feststellte, so legte er doch dar, daß diese geringfügigen Erscheinungen ohne Einfluß auf das schmerz-hafte Krankheitsbild blieben. Die Situation unterscheidet sich wesentlich von denjenigen Fällen, die das EVG kürzlich zu beurteilen hatte, bei welchen die

Versicherten sowohl älter als auch von mehreren Anomalien der Wirbelsäule oder von einem degenerativen Prozeß einer Vielzahl von Wirbelsegmenten befallen waren.

Das Gericht kommt somit zum Schluß, daß die durchgeführte Operation im vorliegenden Fall den Charakter einer medizinischen Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG aufweist und somit die Bedingungen zur Kostenübernahme der durchgeführten Maßnahme seitens der IV erfüllt sind. Das Gericht teilt weiter die Ansicht der Vorinstanz bezüglich Art. 78, Abs. 2, IVV: als Verheirateter und Vater von zwei kleinen Kindern hatte der Versicherte ein erhebliches Interesse daran, die Arbeit bald möglichst wieder aufnehmen zu können. Es lagen somit wichtige Gründe vor, die Operation vor dem Beschluß der IV-Kommission durchzuführen.

Urteil des EVG vom 14. September 1965 i. Sa. H. S.

Art. 12 IVG. Die Behandlung labilen pathologischen Geschehens zählt auch dann zur Behandlung des Leidens an sich, wenn dieses auf einen medizinischen Tatbestand zurückgeht, der früher Ansprüche gemäß Art. 12 oder Art. 13 IVG begründete oder begründet hätte.

Art. 13 IVG. Ein Unfallschaden kann nicht Geburtsgebrechen sein, selbst wenn pathologische Vorzustände zum Unfall beigetragen haben.

Der 12jährige Versicherte leidet an progressiver Muskeldystrophie an den untern Extremitäten und am Rumpf. Sein Vater meldete ihn im Frühjahr 1960 zum Leistungsbezug bei der IV an. Diese übernahm die Kosten aller für die Behandlung dieses Geburtsgebrechens erforderlichen medizinischen Maßnahmen. Ferner kam sie für die notwendigen Hilfsmittel auf. An die Kosten des Aufenthaltes des Versicherten in einem Institut gewährte sie vom 8. Januar 1962 weg Sonderschulbeiträge. Der Versicherte bewegt sich mittels eines Fahrstuhles fort. Am 8. April 1964 stürzte der Knabe, der damals die Osterferien bei seinen Eltern verbrachte, aus dem Fahrstuhl. Dabei brach er sich den rechten Oberschenkel. Am 18. Juni 1964 beschloß die IV-Kommission, die Kosten der Behandlung dieser Fraktur nicht zu übernehmen. Sie begründete diesen Beschluß damit, daß eigentliche Heilbehandlung vorliege und zwischen dem Beinbruch und der Muskelleiden kein direkter Zusammenhang bestehe.

Der Vater des Versicherten beschwerte sich gegen die entsprechende Verfügung der kantonalen Ausgleichskasse vom 22. Oktober 1964 bei der zuständigen Rekurskommission. Mit Entscheid vom 2. April 1965 hieß diese die Beschwerde gut. Sie verpflichtete die IV zur Übernahme der Behandlungskosten in der Höhe von 346,80 Franken. Dabei stützte sie sich auf einen Bericht der behandelnden Ärztin, vom 6. Juni 1964, wonach die Röntgenaufnahmen eine deutliche Knochenatrophie zeigten und sich der Knabe infolge der Kraftlosigkeit der Muskulatur beim Sturz nicht genügend wehren können. Nach Ansicht der Rekurskommission soll zwischen Geburtsgebrechen und Beinbruch ein Kausalzusammenhang bestehen. Es sei «angezeigt, daß in einem derartigen Grenzfall zu Gunsten des Versicherten entschieden werde».

Das BSV hat diesen Entscheid mit Berufung weitergezogen. Es beantragt die Wiederherstellung der Kassenverfügung. Um Auskunft über den Hergang des Unfalls ersucht, teilte der Vater des Versicherten mit Schreiben vom

27. Juli 1965 mit, die im Alter von 8 und 12 Jahren stehenden Schwestern des Knaben hätten diesen in seinem Fahrstuhl spazieren geführt. Nach Rückkehr habe eines der Mädchen den Fahrstuhl an den Handgriffen leicht gehoben, wobei der Versicherte das Gleichgewicht verloren habe und aus dem Fahrstuhl gestürzt sei. Es bereite ihm Mühe, sich im Fahrstuhl aufrecht zu halten. Ohne sein Muskelleiden hätte er sich beim Sturz auffangen können. Wäre er gesund, so hätte er auch keinen Beinbruch erlitten. Seit Ende 1962 könne der Versicherte nicht mehr stehen und gehen.

Die eingereichte Berufung hieß das EVG aus folgenden Erwägungen gut:

1. a. Gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG 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. Eine medizinische Vorkehr ist in der Regel dann im Sinn dieser Bestimmung auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet, wenn sie in erster Linie der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dient (s. EVGE 1962, S. 308, ZAK 1963, S. 128; EVGE 1963, S. 43, ZAK 1964, S. 360; EVGE 1963, S. 59, ZAK 1963, S. 442; EVGE 1963, S. 130, ZAK 1963, S. 447).

b. Nach Art. 13 IVG haben minderjährige Versicherte Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen, sofern diese Gebrechen ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können. Die Gebrechen, für welche diese Maßnahmen gewährt werden, sind in der GgV (in der neuen Fassung vom 10. 8. 65, in Kraft seit 1. 9. 65) aufgeführt. — Im vorliegenden Fall steht fest, daß der Versicherte an progressiver Muskeldystrophie leidet. Streitig ist lediglich, ob die IV auch die durch die Behandlung der Femurfraktur entstandenen Kosten zu tragen habe.

2. a. Die Praxis hat festgestellt, daß beim Entscheid darüber, ob medizinische Maßnahmen zu gewähren seien, vom Gesundheitsschaden selber auszugehen ist, ohne Rücksicht auf die Ursache der Schädigung. So hat das EVG im Rahmen von Art. 12, Abs. 1, IVG wiederholt erklärt, daß die Behandlung labilen pathologischen Geschehens auch dann zur Behandlung des Leidens an sich zählt und keinen Anspruch auf medizinische Maßnahmen zu begründen vermag, wenn dieses Leiden auf einen medizinischen Tatbestand zurückgeht, der früher Ansprüche gemäß Art. 12 oder Art. 13 IVG begründete oder begründet hätte. In diesem Sinn hat es z. B. erkannt, daß die IV die Behandlung der bei einem Paraplegiker aufgetretenen urologischen Komplikationen — weil vorwiegend auf die Linderung labilen pathologischen Geschehens gerichtet — nicht zu übernehmen habe, obschon die Lähmungserscheinungen an sich einen Anspruch auf medizinische Eingliederungsmaßnahmen begründet hatten (s. ZAK 1965, S. 282). Zum praktisch gleichen Ergebnis war das Gericht bereits in dem in EVGE 1962, S. 308 (ZAK 1963, S. 128) publizierten Urteil gelangt: Durchblutungsstörungen und Verstopfung von Lymphbahnen infolge stabilerer poliomyelitischer Lähmungen, welche ihrerseits Anspruch auf medizinische Maßnahmen begründet hätten, wurden als neues labiles pathologisches Geschehen und seine Behandlung als solche des Leidens an sich erklärt. — Der Grundsatz, daß beim Entscheid über die Gewährung medizini-

scher Maßnahmen auf den Gesundheitsschaden als solchen und nicht auf dessen Ursache abzustellen ist, gilt in gewissem Sinne auch im Rahmen von Art. 13 IVG (s. EVGE 1963, S. 191, ZAK 1963, S. 538).

b. Grundsätzlich ist demnach bei Gesundheitsschäden, die im Einzelfall eine künftige Erwerbsfähigkeit nicht ausschließen (EVGE 1965, S. 108, ZAK 1965, S. 549) und für welche Leistungen gemäß Art. 13 IVG verlangt werden, in Bezug auf die Natur des Leidens nur noch zu prüfen, ob es in der Geburtsgebrechenliste figuriert oder nicht. Ist das Leiden nicht in der Liste aufgeführt, so bestehen — nach dem unter Erwägung 2a Gesagten — in der Regel auch dann keine Ansprüche auf medizinische Maßnahmen, wenn es auf ein in der Liste genanntes Geburtsgebrechen zurückgeht. Nach dem Wortlaut von Art. 13 IVG werden ja auch nur die medizinischen Maßnahmen gewährt, welche für die Behandlung der vom Bundesrat bezeichneten Geburtsgebrechen erforderlich sind.

Die Rechtsprechung hat nun allerdings anerkannt, daß sich ein Anspruch auf medizinische Maßnahmen gestützt auf Art. 13 IVG in seltenen Fällen auch auf die Behandlung sekundärer Gesundheitsschäden erstrecken kann, die zwar nicht mehr zum Symptomenkreis des Geburtsgebrechens gehören, aber nach medizinischer Erfahrung häufig die Folge dieses Gebrechens sind (s. EVGE 1962, S. 216, ZAK 1963, S. 81; EVGE 1962, S. 48, ZAK 1962, S. 374).

Dies bedeutet mit andern Worten, daß zwischen dem Geburtsgebrechen und dem sekundären Leiden ein qualifizierter adäquater Kausalzusammenhang bestehen muß. Mit den Voraussetzungen dieses rechtserheblichen Kausalzusammenhanges ist es streng zu nehmen, zumal der Wortlaut von Art. 13 IVG — wie gesagt — den Anspruch der versicherten Minderjährigen auf die Behandlung des Geburtsgebrechens an sich beschränkt. In dem in EVGE 1962, S. 216, ZAK 1963, S. 81) publizierten Urteil, womit das Gericht einem 5jährigen Kind, das nicht normal schlucken konnte, einen Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Behandlung einer Aspirationspneumonie zusprach, wurde der rechtserhebliche adäquate Kausalzusammenhang als «dem Geburtsgebrechen inhärentes Risiko» umschrieben (s. EVGE 1962, S. 48, ZAK 1962, S. 374).

3. Ein Unfallschaden, ob und welche pathologischen Vorzustände zum Unfall beigetragen haben mögen, kann nicht Geburtsgebrechen sein. Aber auch im Lichte von Art. 12 IVG erscheint die Behandlung des durch Unfall bewirkten Gesundheitsschadens als Behandlung des Leidens an sich und kann deshalb in der Regel nicht auf Kosten der IV erfolgen. Somit bleibt im vorliegenden Fall lediglich zu prüfen, ob zwischen dem angeborenen Leiden und der Oberschenkelfraktur allenfalls der erforderliche qualifizierte Kausalzusammenhang besteht. Dies muß verneint werden. Die Femurfraktur war nicht die nach medizinischer Erfahrung häufige Folge der Muskeldystrophie an sich. Vielmehr bedurfte es eines Unfallereignisses, eben des Sturzes aus dem Fahrstuhl. Jenes Ereignis war für die Oberschenkelfraktur von so überwiegender Bedeutung, daß es rechtlich als selbständige und entscheidende Ursache zu werten ist. Demnach läßt sich aus Art. 13 IVG kein Anspruch auf Behandlung der Unfallfolgen auf Lasten der IV ableiten.

Urteil des EVG vom 28. September 1965 i. Sa. N. U.

Art. 13 IVG; Art. 1, Abs. 2, GgV. Art. 13 IVG ist Art. 9, Abs. 1, IVG untergeordnet. Daher kann der Versicherte, dessen Geburtsgebrechen die Erwerbsfähigkeit nicht zu beeinflussen vermag, keinen Anspruch auf Behandlung gemäß Art. 13 IVG erheben.

Der 1945 geborene Versicherte war vom 19. Mai bis 3. Juni 1964 in einem Kantonsspital, wo ihm eine vereiterte Sacraldermoidzyste operativ entfernt wurde. Auf Veranlassung der Krankenkasse, der der Versicherte angehört, meldete er sich am 25. Mai 1964 bei der IV-Kommission mit dem Begehren, diese solle die Behandlungskosten übernehmen. In einem Bericht vom 18. Juni 1964 verneinte der Spitalarzt ohne nähere Begründung das Vorliegen eines Geburtsgebrechens. Gestützt hierauf beschloß die IV-Kommission am 20. Juli 1964, keine medizinische Maßnahmen zu gewähren, was dem Versicherten durch Verfügung vom 9. September 1964 eröffnet wurde.

Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies die kantonale Rekurskommission ab (Entscheid vom 18. 12. 64).

Den kantonalen Rekursentscheid hat der Versicherte durch Berufung an das EVG weitergezogen. Er macht geltend, daß im Spital ein Geburtsgebrechen behandelt worden sei, weshalb die IV für die damit verbundenen Kosten aufzukommen habe.

Die Ausgleichskasse beantragt die Abweisung der Berufung. In seinem Mitbericht hält das BSV dafür, daß der Spitalarzt zu Unrecht ein Geburtsgebrechen verneint habe. Denn nach der bundesrätlichen Liste werde eine Sacraldermoidzyste, die auf embrotische Fehlentwicklung zurückgehe, als Geburtsgebrechen anerkannt. Allerdings sei das Gebrechen in der Liste mit einem Stern (*) bezeichnet, weshalb medizinische Maßnahmen nicht gewährt werden könnten, wenn im Einzelfall das Gebrechen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten offensichtlich nicht zu beeinflussen vermöge. Sei jedoch eine solche Zyste groß oder werde sie infiziert, so könne sie eine erhebliche schmerzhaftige Behinderung bis zur Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit hervorrufen, was im vorliegenden Fall zugetroffen habe. Nachdem der Versicherte im Zeitpunkt der Behandlung minderjährig sei, müsse die Berufung gutgeheißen werden.

Auf Anfrage hin hat das Kantonsspital dem Gericht mitgeteilt, die operativ entfernte Zyste sei angeboren gewesen und auf eine embryotische Fehlentwicklung zurückgegangen. «Der histopathologische Bericht des untersuchten Präparates lautete auf eine entzündete Zyste, Eiterbildung war nachweisbar, weshalb gesagt werden muß, daß die nicht behandelte Zyste die Erwerbsfähigkeit beeinflußt hätte».

Das EVG hieß die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Gemäß Art. 13 IVG haben minderjährige Versicherte Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen, sofern diese Gebrechen ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Maßnahmen gewährt werden. In der bundesrätlichen Liste der GgV vom 10. August 1965, die seit dem 1. September 1965 gilt, werden unter Ziffer 103 die angeborenen Dermoidzysten aufgeführt (sie waren auch in

Ziffer 3 der bis 1. 9. 65 geltenden Liste genannt). Das mit einem Stern (*) bezeichnete Listengebrechen gehört zu denen, für die gemäß Art. 1, Abs. 2, GgV medizinische Maßnahmen nicht gewährt werden, wenn im Einzelfall das Gebrechen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten offensichtlich nicht zu beeinflussen vermag.

In einem Urteil (s. EVGE 1965, S. 108; ZAK 1965, S. 549) hat das Gericht erklärt, daß medizinische Maßnahmen gemäß Art. 13 IVG nicht gewährt werden können, wenn eine künftige Erwerbsfähigkeit in noch so bescheidenem Maße ausgeschlossen ist. Diese Erkenntnis folgt aus dem Umstande, daß Art. 13 IVG eine — allerdings in gewissem Sinne privilegierende — Anwendungsnorm von Art. 9, Abs. 1, IVG ist. Eben diese gleiche Bestimmung hat aber auch zur Folge, daß ein Geburtsgebrechen, welches die Erwerbsfähigkeit im Sinne von Art. 1, Abs. 2, GgV nicht zu beeinflussen vermag, nicht gemäß Art. 13 IVG behandelt werden kann. Dazu dürfte es begrifflich keiner besonderen Verordnungsnorm.

2. Aus dem eingeholten ärztlichen Bericht geht hervor, daß die beim Versicherten operierte Dermoidzyste angeboren war und damit ein Geburtsgebrechen darstellte. Nachdem die Zyste vereitert war — was anscheinend auf die spezifischen morphologischen und histologischen Eigenschaften der Anomalie zurückging —, läßt sich auch nicht sagen, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten wäre durch das Gebrechen offensichtlich nicht beeinflußt worden. Wenn daher der Beschluß der IV-Kommission bereits vor Beginn der Behandlung vom Mai 1964 ergangen wäre, so müßte diese gestützt auf Art. 13 IVG ohne weiteres übernommen werden, da der Versicherte damals noch minderjährig war.

Es stellt sich jedoch noch die von keiner Seite beachtete Frage, ob der Übernahme der Behandlung, die vor dem Beschluß der IV-Kommission im Juli 1964 durchgeführt wurde, nicht Art. 78, Abs. 2, IVV entgegenstehe. Danach übernimmt die IV die Kosten für Maßnahmen, die aus wichtigen Gründen vor der Beschlußfassung der Kommission durchgeführt werden mußten, sofern die Anmeldung innert sechs Monaten seit Beginn der Durchführung eingereicht wurde. Nachdem die Zyste vereitert war, bestanden wichtige Gründe, den Eingriff bereits im Mai 1964 durchzuführen. Es läßt sich auch nicht sagen, daß der Versicherte entsprechend den Ausführungen in einem Urteil vom 8. September 1965 den Beschluß der IV-Kommission zumutbarerweise bereits vor dem Eingriff hätte erwirken können; nachdem der Arzt noch in seinem Bericht vom Juni 1964 das Vorliegen eines Geburtsgebrechens verneinte, konnte der Versicherte vom anspruchsbegründenden Sachverhalt gar nichts wissen, bis er — nach dem Eingriff — von der Krankenkasse hierauf aufmerksam gemacht wurde. Schließlich hat der Versicherte die Frist von sechs Monaten eingehalten, die übrigens erst zu laufen begann, als er von der Tatsache eines Geburtsgebrechens Kenntnis hatte.

Demzufolge ist die IV verpflichtet, die Kosten der durchgeführten Behandlungen im Rahmen der geltenden Tarifverträge zu übernehmen, was zur Gutheilung der Berufung führt.

Art. 21 IVG. Hilfsmittel sind Gegenstände, deren Verwendung das Fehlen einzelner Körperteile oder deren Funktion ersetzt. Sie müssen ohne Veränderung ihrer Struktur oder der des menschlichen Körpers abgelegt und wieder verwendet werden können. Eine künstliche Herzklappe stellt daher kein Hilfsmittel dar.

Der Versicherte meldete sich am 25. Juni 1964 bei der IV an und verlangte insbesondere die Abgabe eines Hilfsmittels. Gemäß ärztlichem Bericht litt der Patient an Aortenklappeninsuffizienz infolge rheumatischer Erkrankungen, an einer Erweiterung der aufsteigenden Aorta und an den Folgen eines Herzinfarkts. Der seit Juli 1963 an starker Atemnot, an nächtlichen Hustenanfällen und an schwerer Herzschwäche leidende Berufungskläger wurde am 14. April 1964 operiert; an Stelle der Aortenklappe wurde eine künstliche Prothese eingesetzt und das Aneurisma (Ausweitung) der aufsteigenden Aorta durch einen Teflonschlauch ersetzt. Mit Verfügung vom 16. September 1964 teilte die Ausgleichskasse dem Versicherten mit, die IV-Kommission habe sein Gesuch abgelehnt mit der Begründung, die durchgeführten medizinischen Vorgehen stellten eine Behandlung des Leidens an sich dar.

Gegen diesen Entscheid wurde Beschwerde eingereicht. Die kantonale Rekursbehörde ersuchte hierauf den behandelnden Arzt um eine ergänzende Stellungnahme. Auf Grund der erhaltenen Auskunft stellte das Gericht fest, die getroffenen Maßnahmen hätten nicht vornehmlich der Wiedereingliederung gedient und die künstliche Herzklappe, welche nicht abgelegt werden kann und zudem ein lebenswichtiges Organ zu ersetzen hat, trage nicht Hilfsmitteleigenschaften im Sinne des IVG. Der Versicherte reichte gegen diesen Entscheid rechtzeitig Berufung ein und verlangte erneut die Kostenübernahme der künstlichen Herzklappe durch die IV.

Das EVG wies die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Der Berufungskläger anerkennt, daß sein Gesuch um Kostenübernahme der durchgeführten medizinischen Maßnahmen abzuweisen war. Zu Recht, denn wie der kantonale Richter zutreffend festhält, vermögen diese Maßnahmen weder den Voraussetzungen von Art. 13 IVG in Verbindung mit Art. 85, Abs 2, IVG, noch denen von Art. 12 IVG zu genügen. Wie nämlich einerseits den medizinischen Gutachten zu entnehmen ist, diene die am 14. April 1964 durchgeführte Operation nicht der Heilung eines Geburtsgebrechens, sondern eines erworbenen Leidens. Und andererseits ist zu berücksichtigen, daß der Eingriff in erster Linie der Lebenserhaltung diene, indem ein pathologischer Prozeß angegangen wurde, der sich zudem in einem evolutiven Stadium befand. Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit war unter diesen Umständen sekundärer Natur.

Im vorliegenden Verfahren ist somit lediglich zu prüfen, ob die in Frage stehende künstliche Herzklappe ein Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG darstellt oder nicht.

2. Gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG hat ein Versicherter Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind und welche in der vom Bundesrat in Art. 14 IVV aufgestellten Liste enthalten sind. Art. 15, Abs. 1, IVV führt ergänzend aus, daß ein Hilfsmittel abgegeben wird,

«wenn der Versicherte für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit in seinem Aufgabenbereich, für seine Schulung, seine Ausbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung darauf angewiesen ist».

Wie die Rechtsprechung erkannt hat, kann es grundsätzlich nicht darauf ankommen, wie weit das Hilfsmittel neben diesem Eingliederungszweck auch andern Zwecken dient. Eine Abwägung nach dem überwiegenden Zwecke, wie sie Art. 12 IVG hinsichtlich der medizinischen Vorkehren erforderlich macht, kennt Art. 21, Abs. 1, IVG nicht. Demgemäß geht ein Hilfsmittel, das zur beruflichen Eingliederung notwendig ist und seiner Art nach im Sinne der allgemeinen Bestimmung von Art. 9, Abs. 1, IVG geeignet ist, diesem Zweck zu dienen, zu Lasten der IV, wenn es gleichzeitig oder gar überwiegend zur Linderung eines Leidens abgegeben wird, dessen Behandlung nicht unter Art. 12 oder 13 fällt (S. ZAK 1963, S. 502 und ZAK 1964, S. 219).

Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Einmal sind ihm nämlich durch die gesetzlichen Vorschriften Grenzen gesetzt (Art. 21, Abs. 1, zweiter Satz, IVG). Zudem hat die Rechtsprechung gewisse Einschränkungen sowohl extensiver (ZAK 1963, S. 502) als auch restriktiver Natur (ZAK 1966, S. 49) vorbehalten. Vorliegend erübrigt es sich weiter zu prüfen, worin diese Einschränkungen und deren Anwendungsbereich bestehen. Selbst wenn der dargelegte Grundsatz anwendbar wäre, könnte die künstliche Herzklappe nicht durch die IV übernommen werden, denn dieser Apparat entspricht in doppelter Hinsicht nicht dem Hilfsmittelbegriff im Sinne des IVG.

3.a. Unter Hilfsmittel ist ein Gegenstand zu verstehen, dessen Gebrauch den Ausfall gewisser Teile oder Funktionen des menschlichen Körpers zu ersetzen vermag. Daraus geht hervor, und zwar gerade weil das Schwergewicht auf dem Gebrauch des Gegenstandes liegt, wie übrigens auch nach dem allgemeinen Sprachgebrauch, daß der Gegenstand ohne strukturelle Änderung abgelegt und wieder verwendet werden können muß. Dieses von der Rechtsprechung von allem Anfang an bestätigte Erfordernis bezieht sich jedoch nicht nur auf den Gegenstand selbst, sondern auch auf den menschlichen Körper und dessen Integrität (ZAK 1966, S. 49). Ein Gegenstand, der seine Ersatzfunktionen nur erfüllen kann, wenn er durch einen eigentlichen chirurgischen Eingriff ins Körperinnere verbracht wurde und nur auf gleiche Weise wieder zu ersetzen ist, stellt kein Hilfsmittel im Sinne des Gesetzes dar. Andernfalls würde jede objektive Grenzziehung zwischen Art. 12 und 14 IVG einerseits und Art. 21 IVG andererseits verwischt. Die medizinische Intervention spielt in diesem Falle eine derart überwiegende Rolle, daß sie der Gesamtheit der Vorkehren das Gepräge gibt.

So wenig die vom Chirurgen z. B. bei Hüftoperationen eingesetzten hetero- oder homoplastischen Gegenstände Hilfsmittelcharakter haben (vgl. dazu M. Saegesser, Spezielle chirurgische Therapie, 7. Auflage, S. 1203) und so wenig die Rechtsprechung einem Schrittmacher Hilfsmittelcharakter zuerkannt hat (ZAK 1966, S. 49), ebenso wenig weist die hier in Frage stehende Herzklappe diese Eigenschaft auf. Wohl führt Art. 14, Abs. 1, Buchst. e, IVV — ohne Beispiele zu nennen oder Einschränkungen zu machen — «Hilfsmittel für innere Organe» auf. Diese Tatsache jedoch vermag die Rechtslage nicht zu ändern, denn es ist Aufgabe der Rechtsprechung die Grenze zwischen Art. 12 bis 14 IVG einerseits und Art. 21 IVG andererseits zu ziehen und von

Fall zu Fall zu prüfen, ob der Gegenstand dem Hilfsmittelbegriff im Sinne des Gesetzes entspricht.

3.b. Der Ausdruck «Hilfsmittel» schließt den Gedanken der Hilfe oder, wie der kantonale Richter sich ausdrückt, der Unterstützung ein. Ein Gegenstand jedoch, welcher ein lebenswichtiges Organ ersetzt und die Erhaltung des Lebens, der physischen Existenz eines Menschen, bezweckt, weist diese Eigenschaft nicht auf (ZAK 1966, S. 49). Dies trifft hier eindeutig zu, bezeichneten doch die Ärzte den Zustand des Versicherten vor dem chirurgischen Eingriff als sehr beunruhigend; der künstlichen Aortenklappe kam somit nicht helfende, sondern lebenserhaltende Bedeutung zu. Auch aus diesem Grunde können die in Frage stehenden Kosten nicht durch die IV übernommen werden.

4. ...

Renten

Urteil des EVG vom 26. Juli i. Sa. C. G.

Art. 29, Abs. 1, IVG. Der Anspruch auf eine Invalidenrente entsteht

- a. sobald der Versicherte mindestens zur Hälfte (evtl. zu zwei Fünfteln) bleibend erwerbsunfähig geworden ist (Variante I);
oder
- b. wenn der Versicherte während 360 Tagen ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte (evtl. zu zwei Fünfteln) erwerbsunfähig ist (Variante II);
oder
- c. wenn der Versicherte während 450 Tagen durchschnittlich mindestens zu zwei Dritteln erwerbsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte (evtl. zu zwei Fünfteln) erwerbsunfähig ist (Variante IIIa);
oder schließlich
- d. wenn der Versicherte während 540 Tagen durchschnittlich mindestens zur Hälfte (evtl. zu zwei Fünfteln), aber weniger als zu zwei Dritteln erwerbsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte (evtl. zu zwei Fünfteln) erwerbsunfähig ist (Variante IIIb).

Der 1909 geborene Versicherte erlitt am 19. März 1962 einen Herzinfarkt; er war während folgender Zeiten ganz und teilweise arbeitsunfähig:

- 100 Prozent vom 19. März bis 15. Juli 1962
- 50 Prozent vom 16. Juli bis 2. September 1962
- 100 Prozent vom 23. Februar bis 16. Juni 1963
- 50 Prozent vom 17. Juni bis 19. Juli 1963
- 100 Prozent vom 20. Juli bis 23. August 1963
- 50 Prozent vom 24. August bis 16. Oktober 1963
- 100 Prozent vom 10. Dezember 1963 bis 10. Januar 1964
- 50 Prozent vom 1. Mai bis 5. Juni 1964
- 100 Prozent ab 4. September 1964 bis jedenfalls 25. Februar 1965.

Der Versicherte hat 1962 ein Bruttoeinkommen von 9 091,35 Franken und 1963 ein solches von 4 703,80 Franken erzielt. Wäre er nicht krank gewesen, hätte sich sein Lohn nach den Angaben seines Arbeitgebers auf 12 495,60 Franken für das Jahr 1962 und auf 12 695,15 Franken für das Jahr 1963 belaufen. Er meldete sich am 17. Juni 1963 bei der IV an. In seinem Bericht vom 30. Mai 1963 erachtete Dr. X eine 50prozentige Arbeitsaufnahme ab 15. Juni 1963 nicht als ausgeschlossen, während der behandelnde Arzt am 16. September 1963 annahm, der Zustand seines Patienten könne sich noch verbessern oder verschlimmern.

Mit Beschluß vom 18. März 1964 lehnte es die IV-Kommission ab, dem Versicherten eine Rente zu gewähren, weil dieser die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch gemäß Art. 29, Abs. 1, IVG nicht erfülle. Dieser Beschluß bildete Gegenstand einer Verfügung vom 25. März 1964 durch die zuständige Ausgleichskasse.

Gegen diese Verfügung reichte der Versicherte Beschwerde ein. Nachdem die erste Instanz vom Arbeitgeber und vom behandelnden Arzt zusätzliche Auskünfte eingeholt hatte, wies sie die Beschwerde ab.

Auf Berufung des Versicherten hin ordnete das EVG eine ergänzende Untersuchung an, welche ergab, daß der Herzschaden des Versicherten ab September 1964 als irreversibel zu betrachten war. Auf Grund dieser Untersuchung hieß das EVG die Berufung teilweise gut. Folgendes waren die hauptsächlichsten Erwägungen:

1. Strittig im vorliegenden Fall ist einzig, ob der Berufungskläger, dem die IV-Kommission einen Anspruch auf ganze Rente ab 1. September 1964 zuerkannt hat, einen solchen schon vor diesem Zeitpunkt geltend machen kann.

2. ...

3. ...

4. Art. 29, Abs. 1, IVG umschreibt den Beginn des Rentenanspruchs systematisch in der Weise, daß er die in Art. 4 IVG getroffene Unterscheidung zwischen bleibender Erwerbsunfähigkeit und langdauernder Erwerbsunfähigkeit ausbaut. Wenn auch angenommen werden muß, daß die erste Variante den Beginn des Rentenanspruchs im Falle bleibender Erwerbsunfähigkeit erschöpfend regelt, so trägt die zweite Variante — worauf die Rechtsprechung schon wiederholt hingewiesen hat — nur einem Teil der Fälle langdauernder Erwerbsunfähigkeit, die sich in der Praxis ergeben können, Rechnung. So kann z. B. ein Versicherter, der während langer Jahre eine durchschnittliche, aber nicht dauernde Erwerbsunfähigkeit von nur 50 Prozent aufweist und daher die in Variante II geforderten Voraussetzungen nicht erfüllt, offensichtlich gemäß Art. 28, Abs. 1, IVG in Verbindung mit Art. 4 IVG Anspruch auf eine Rente erheben; jedenfalls könnte man ihm einen solchen Anspruch kaum absprechen, ohne daß in Art. 29, Abs. 1, IVG ausdrücklich der gegenteilige Wille des Gesetzgebers geäußert würde. Der Wortlaut dieser Bestimmung enthält daher eine echte Lücke. Dem Richter obliegt es demnach, diejenige Lösung zu suchen, die auch der Gesetzgeber — hätte er sich diese Frage gestellt — als Regelung gewählt haben würde (vgl. Art. 1, Abs. 2, ZGB; vgl. ebenfalls Burckhardt, Methode und System des Rechts, 1936, S. 258, und Germann, Präjudizielle Tragweite höchstinstanzlicher Urteile, insbesondere der Urteile des schweizerischen Bundesgerichts, Zeitschrift für schweizerisches Recht 1949, S. 297, insbesondere S. 304—309).

Es drängt sich deshalb auf, im Rahmen einer dritten Variante eine Rente auch Versicherten zu gewähren, die zwar die Voraussetzungen von Art. 29, Abs. 1, IVG nicht erfüllen, aber dennoch eine langdauernde mindestens hälftige Invalidität (in Härtefällen eine solche von mindestens zwei Fünfteln) aufweisen. Analog zur Lösung von Variante II können diese Versicherten eine Rente erst nach Ablauf einer Wartefrist beanspruchen, deren Dauer hier festzulegen ist.

Wenn der Gesetzgeber einen Rentenanspruch gemäß zweiter Variante von Art. 29, Abs. 1, IVG nach einer 360 Tage dauernden vollständigen Arbeitsunfähigkeit eintreten läßt, muß sich die Wartefrist im Rahmen einer dritten Variante, welche einen Rentenanspruch nach Ablauf einer Periode von durchschnittlich hälftiger, evtl. 40prozentiger Erwerbsunfähigkeit zuerkennt, logischerweise über 360 Tage hinaus erstrecken. In Anbetracht der Begriffsumschreibung von Art. 4 IVG und in Übereinstimmung mit der Gesetzes-systematik ist während dieser Wartefrist — ungeachtet der in Art. 29, Abs. 1, IVG verwendeten Worte «vollständig arbeitsunfähig» — die Erwerbsunfähigkeit in Betracht zu ziehen. Übrigens entspricht der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im allgemeinen auch eine vollständige Erwerbsunfähigkeit. Andererseits erscheint es billig, bei der hier zu prüfenden neuen Variante diejenigen Versicherten, die eine durchschnittlich zwei Drittel übersteigende Invalidität aufweisen, nicht der selben Wartefrist zu unterstellen wie diejenigen, deren durchschnittliche Invalidität niedriger liegt. So darf angenommen werden, daß einer Wartefrist von 360 Tagen, wie sie im Falle vollständiger Arbeitsunfähigkeit anwendbar ist, ungefähr eine Wartefrist von 540 Tagen entspricht, wenn die Invalidität weniger als zwei Drittel beträgt und eine solche von 450 Tagen bei einer mindestens zwei Drittel erreichenden Invalidität. Schließlich soll nach Ablauf der zutreffenden Wartefrist eine Rente nur bei einer weiterdauernden mindestens hälftigen Erwerbsunfähigkeit (evtl. einer solchen von zwei Fünfteln) gewährt werden können.

Es ist im vorliegenden Fall unnötig, bereits festzulegen, in welchem Ausmaß und unter welchen Voraussetzungen die vollständige oder teilweise Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit während der Wartefrist den Rentenanspruch gemäß neuer Variante zu beeinflussen vermag; es geht in der Tat aus den Akten hervor, daß der Berufungskläger während einiger Zeit nur deshalb zu 100 Prozent arbeiten konnte, weil er entgegen den ärztlichen Vorschriften über das ihm Zumutbare hinaus arbeitete, ohne daß er deswegen je durchschnittlich mehr als zur Hälfte erwerbsfähig gewesen wäre. Dieser Punkt darf daher offen gelassen werden. Es braucht auch nicht geprüft zu werden, welche Lösung zu treffen wäre für den Fall, daß nach Ablauf der Wartefrist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, welche die Gewährung einer Rente verbietet, unmittelbar bevorstünde. Es mag endlich dahingestellt bleiben, ob nach Variante III (wie übrigens auch nach Variante II) ein Rentenanspruch auch entstehen könnte, wenn die Erwerbsunfähigkeit (oder die Arbeitsunfähigkeit) sich aus verschiedenen Ursachen zusammensetzt.

Zusammenfassend entsteht deshalb grundsätzlich ein Rentenanspruch a. wenn der Versicherte mindestens zur Hälfte (evtl. zu zwei Fünfteln) bleibend erwerbsunfähig geworden ist (Variante I); oder

- b. wenn der Versicherte während 360 Tagen ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte (evtl. zu zwei Fünfteln) erwerbsunfähig ist (Variante II); oder
- c. wenn der Versicherte während 450 Tagen durchschnittlich mindestens zu zwei Dritteln erwerbsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte (evtl. zu zwei Fünfteln) erwerbsunfähig ist (Variante IIIa); oder schließlich
- d. wenn der Versicherte während 540 Tagen durchschnittlich mindestens zur Hälfte (evtl. zu zwei Fünfteln), aber weniger als zu zwei Dritteln erwerbsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte (evtl. zu zwei Fünfteln) erwerbsunfähig ist (Variante IIIb).

5. Auf Grund der Akten ist im vorliegenden Fall anzunehmen, daß der Versicherte während langer Zeit eine praktisch ununterbrochene Erwerbsunfähigkeit aufgewiesen hat, welche gerechterweise im Mittel zwischen der Hälfte und zwei Dritteln anzusetzen ist. Wie oben erwähnt, hat der Versicherte zeitweise nur infolge Überarbeitung zu 100 Prozent arbeiten können. Somit ist Variante IIIb anwendbar. Die Wartefrist von 540 Tagen lief im vorliegenden Fall am 9. September 1963 ab. Der Versicherte kann daher ab 1. September 1963 (Art. 29, Abs. 1, in fine, IVG) eine halbe Rente beanspruchen, weil anzunehmen ist, daß er zu diesem Zeitpunkt noch eine mehr als 50prozentige, aber weniger als 66 %prozentige Erwerbsunfähigkeit aufwies.

Urteil des EVG vom 11. August 1965 i. Sa. J. St.

Gleiches Regest wie S. 115.

1. ...

2. 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 ununterbrochen voll arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig ist (Variante II).

Wegen bleibender Invalidität entsteht ein Rentenanspruch nicht, ehe überwiegend wahrscheinlich geworden ist, daß ein weitgehend stabilisierter, im wesentlichen irreversibler Gesundheitsschaden vorliegt, der trotz allfälliger Eingliederungsmaßnahmen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten in rentenbegründendem Ausmaß dauernd beeinträchtigen wird (s. EVGE 1964, S. 110; ZAK 1964, S. 430 und EVGE 1964, S. 173; ZAK 1964, S. 553). Liegt labiles pathologisches Geschehen vor, so kann in der Regel nicht von voraussichtlich bleibender Erwerbsunfähigkeit im Sinne der ersten Variante gesprochen werden. Bei ältern Versicherten ist bleibende Erwerbsunfähigkeit — die erforderliche Stabilität des Zustandes auch hier vorausgesetzt — bereits dann anzunehmen, wenn der Gesundheitsschaden im wesentlichen so lange irreversibel erscheint, als die gemäß IVG maßgebende Aktivitätsperiode dauert. Diese endet mit dem Beginn des AHV-rechtlichen Rentenalters, da die Leistungen der IV alsdann grundsätzlich durch diejenigen der AHV abgelöst werden (s. ZAK 1965, S. 563).

Die erste Variante ist im vorliegenden Fall nicht anwendbar. Aus den Akten ist nämlich ersichtlich, daß beim Berufungskläger als maßgebender Tatbestand ein Krankheitsgeschehen vorliegt. ...

Auch nach der zweiten Variante war im entscheidenden Zeitpunkt kein Rentenanspruch entstanden, weil die Voraussetzung der 360tägigen vollen Arbeitsunfähigkeit damals nicht erfüllt war. Die Akten enthalten keinen Anhaltspunkt, daß der Berufungskläger außer bei seiner Hospitalisierung je vollständig arbeitsunfähig gewesen wäre.

3. Das EVG hat wiederholt erklärt, daß im Sinn einer im Gesetz liegenden dritten Möglichkeit ein Rentenanspruch auch dann entstehen kann, wenn der Versicherte, dem nach Art. 29, Abs. 1, IVG keine Rente zusteht, dennoch während «längerer Zeit» (vgl. Art. 4 IVG) durchschnittlich mindestens zur Hälfte (in Härtefällen zu zwei Fünfteln) erwerbsunfähig ist (s. Art. 28, Abs. 1, IVG; EVGE 1963, S. 302; ZAK 1964, S. 549 sowie ZAK 1964, S. 551). Auch bei unstabilem Gesundheitszustand muß nämlich eine durchschnittlich mindestens hälftige Erwerbsunfähigkeit, die längere Zeit gedauert hat, in einem gewissen Zeitpunkt den Rentenanspruch entstehen lassen, da sonst Art. 4 und Art. 28, Abs. 1, IVG in derartigen Fällen nicht Genüge getan würde.

Das Gericht hat nun die Voraussetzungen, unter denen der Rentenanspruch bei diesen Versicherten entsteht, näher erläutert (s. ZAK 1966, S. 115) und erkannt, daß der Anspruch auf Rente auch dann entstehen kann,

- a. wenn der Versicherte während 450 Tagen ohne beachtliche Unterbrüche durchschnittlich mindestens zu zwei Dritteln erwerbsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte (bzw. zwei Fünfteln) erwerbsunfähig ist (Variante IIIa);
- b. wenn der Versicherte während 540 Tagen ohne beachtliche Unterbrüche durchschnittlich mindestens zur Hälfte (in Härtefällen zu zwei Fünfteln), aber weniger als zu zwei Dritteln erwerbsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte (bzw. zwei Fünfteln) erwerbsunfähig ist. mindestens zur Hälfte (bzw. zwei Fünfteln) erwerbsunfähig ist (Variante IIIb).

...

Die Anwendung der Variante IIIa steht im vorliegenden Fall nicht zur Diskussion, nachdem der Berufungskläger mit Recht weder mit der Beschwerde noch mit der Berufung geltend gemacht hat, er sei bei Erlaß des streitigen administrativen Bescheids während längerer Zeit mindestens zu 66 ⅔ Prozent erwerbsunfähig gewesen. Auch die übrigen Akten enthalten keinen Hinweis auf das Vorliegen eines solchen Tatbestandes.

Somit bleibt zu prüfen, ob der Berufungskläger allenfalls gestützt auf die Variante IIIb eine Rente beanspruchen könnte. Aus den Akten ergibt sich, daß er sich erst im Januar 1964 wieder veranlaßt gesehen hat, wegen des im Arztbericht vom 4. Februar 1964 erwähnten Leidens den Arzt zu konsultieren. In seinem Schreiben vom 5. März 1964 begründet er sein Rentenbegehren zudem vor allem mit seinem künftigen Gesundheitszustand. Mit der Beschwerde wurde nur in unbestimmter Weise geltend gemacht, der Berufungskläger sei seit mehr als einem Jahr infolge der aufgetretenen Fistelung weniger als zu 50 Prozent arbeitsfähig. Bestimmte ärztliche Schätzungen der Erwerbsunfähigkeit liegen nicht vor. Der Arztbericht beschränkte sich auf die Bemerkungen, der Berufungskläger sei «nur teilweise arbeitsfähig» (Arztzeugnis vom 2. 3. 64) und die Arbeitsfähigkeit werde durch die chronische Fistelung «in erheblichem Grad behindert» (Brief vom 20. 5. 64). Zudem schei-

nen sich diese Äußerungen nur gerade auf die damaligen Verhältnisse zu beziehen. Lediglich der Arztbericht vom 4. Februar 1964 erwähnt eine teilweise Arbeitsunfähigkeit seit 1955 («arbeitsunfähig teilweise 1955»). Diese Bemerkung dürfte aber im wesentlichen bedeuten, daß der Berufungskläger anlässlich der verschiedenen Bruchoperationen zeitweise in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. Anhand dieser Tatsachen ist nicht anzunehmen, der Versicherte sei im entscheidenden Zeitpunkt im Sinn der Variante IIIb während 540 aufeinanderfolgenden Tagen, d. h. seit Herbst 1962 durchschnittlich mindestens zu 50 Prozent erwerbsunfähig gewesen. Somit erübrigt es sich, auf die wirtschaftlichen Verhältnisse, mit denen der Berufungskläger die geltend gemachte hälftige Erwerbsunfähigkeit zu begründen sucht, im Sinn von Art. 28, Abs. 2, IVG näher einzugehen.

4. ...

**VON
MONAT
ZU
MONAT** Am 16. Februar tagte unter dem Vorsitz von Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung der *Ausschuß der Eidgenössischen Kommission für die AHV und IV*, dem die Prüfung der Frage einer genaueren Erfassung der Versicherungszeiten obliegt. Der Ausschuß erörterte verschiedene Lösungsvorschläge und wird die Anregungen einzelner Kommissionsmitglieder an einer zweiten Sitzung behandeln.

Aktuelle Fragen der Sozialversicherung

Das Eidgenössische Departement des Innern umfaßt einen vielgestaltigen Aufgabenbereich. Am 17. Februar 1966 stellte es seine 13 Abteilungen der Bundeshauspresse vor und orientierte über die wichtigsten hängigen Fragen. Im Rahmen der Sozialversicherung kamen die AHV und die IV wie folgt zur Sprache.

Am 1. Januar 1966 ist das Bundesgesetz über die *Ergänzungsleistungen zur AHV und IV* in Kraft getreten. Da es sich um ein Subventionsgesetz handelt, bedeutet dies aber noch nicht, daß alle Betagten, Hinterlassenen und Invaliden, welche die im Gesetz aufgestellten Einkommensgrenzen nicht erreichen, bereits eine entsprechende Ergänzungsleistung erhalten. Dies ist erst möglich, wenn der Wohnkanton des betreffenden Versicherten entsprechende Bestimmungen erlassen und die kantonale Durchführungsstelle mit der Ausrichtung von Ergänzungsleistungen begonnen hat. Am 1. Februar 1966¹ war das in 11 Kantonen der Fall (davon richtet einer die Leistungen auf Grund einer Uebergangsordnung aus, bis das Gesetz, das noch in Beratung steht, vom Volk gutgeheißen wird). 2 Kantone haben ihr Ergänzungsleistungsgesetz parlamentarisch verabschiedet, doch muß darüber noch eine Volksabstimmung stattfinden. In 10 Ständen (der bereits genannte mit Uebergangsordnung nicht mitgezählt) war der Gesetzesentwurf am 1. Februar noch in Beratung beim kantonalen Parlament und in 2 bei der Regierung. Somit ist in allen Kantonen vorgesehen, Ergänzungsleistungen einzuführen.

In 16 Kantonen werden die Ergänzungsleistungen mit Wirkung ab 1. Januar 1966 ausgerichtet oder ist die rückwirkende Ausrichtung im Gesetz oder Gesetzesentwurf vorgesehen. In 5 Ständen wird das Inkrafttreten erst nach Verabschiedung des Gesetzes bestimmt werden, wobei die rückwirkende Inkraftsetzung auf 1. Januar 1966 im Vordergrund steht. Die restlichen 4 Kantone sehen ein Inkrafttreten entweder im Laufe

¹ Stand 1. März s. Seite 143

des Jahres 1966 oder auf 1. Januar 1967 vor. Von der Möglichkeit, die Einkommensgrenzen für den Bezug der Ergänzungsleistungen um ein Fünftel herabzusetzen, hat nur ein Stand — und zwar nur für die erwähnte Uebergangslösung — Gebrauch gemacht.

*

Seit der Erhöhung der AHV- und IV-Renten durch die sechste AHV-Revision ist der Konsumentenpreisindex um rund 7 Prozent gestiegen. Bis Ende 1965 sind deshalb im Nationalrat 6 parlamentarische Vorstöße eingereicht worden, welche eine rasche *Anpassung der AHV- und IV-Renten an die Teuerung* und die Prüfung des automatischen Teuerungsausgleichs anstreben. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat bereits mit der internen Abklärung der Frage eines raschen Teuerungsausgleichs begonnen, so daß sich wahrscheinlich schon im April dieses Jahres die Eidgenössische Kommission für die AHV und IV damit wird befassen können.

Eine allfällige Erhöhung der AHV-Renten würde sich automatisch auch bei den IV-Renten auswirken und ferner die Frage einer Anpassung der IV-Taggelder und der Erwerbsausfallentschädigungen aufwerfen, da diese Leistungen in einem abgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Außerdem müßten Maßnahmen getroffen werden, damit die Erhöhung der AHV- und IV-Renten keine Kürzung der Ergänzungsleistungen bewirkt.

*

Eine vom Eidgenössischen Departement des Innern eingesetzte Expertenkommission befaßt sich zur Zeit mit der Frage einer *Revision* der am 1. Januar 1960 in Kraft getretenen IV. Ihr Bericht wird voraussichtlich nach der Jahresmitte vorliegen, so daß er in der zweiten Jahreshälfte den interessierten Kreisen zur Vernehmlassung unterbreitet werden kann.

Die Revision der Invalidenversicherung

Die Eidgenössische Expertenkommission für die Revision der IV hat in drei Sitzungen, letztmals im Februar 1966, zahlreiche Anregungen für die Verbesserung der IV geprüft und die Vorschläge, die sie ihrerseits dem Eidgenössischen Departement des Innern zu unterbreiten gedenkt, im wesentlichen bereinigt. Sie wurde in ihrer Arbeit durch vier

Ausschüsse unterstützt, die sich im einzelnen mit den medizinischen Maßnahmen und den Hilfsmitteln (I), mit der Sonderschulung, den beruflichen Maßnahmen und der Förderung der Invalidenhilfe (II), mit den Renten, Hilfslosenentschädigungen und Taggeldern (III) sowie mit der Organisation, dem Verfahren und der Rechtspflege (IV) befaßten.

Die Kommissionsarbeiten haben sich im vorgesehenen Rahmen abgewickelt und nähern sich dem Ende. Damit will aber nicht gesagt sein, daß der Expertenbericht schon in nächster Zeit veröffentlicht werden kann. Einmal sind einzelne Fragenkomplexe in weiteren Sitzungen durch Ausschüsse nochmals zu behandeln. Sodann ist der Bericht im Entwurf auszuarbeiten, ins Französische zu übersetzen und der Kommission zum Studium vorzulegen. Sie kann unter diesen Umständen frühestens Ende Juni zu ihrer Schlußsitzung zusammentreten. Genehmigt sie den vom Bundesamt für Sozialversicherung entworfenen Bericht ohne größere Änderungen, so geht dieser an das Eidgenössische Departement des Innern mit dem Antrag auf Publikation und Durchführung des Vernehmlassungsverfahrens.

Mit einem solchen Bericht sind mehr Umtriebe verbunden als der Außenstehende oft zu veranschlagen vermag. Auch gehören der Bericht und seine Schlußfolgerungen nicht an die Öffentlichkeit, bevor ihn der Auftraggeber — das Eidgenössische Departement des Innern — zur Kenntnis erhalten und über das weitere Vorgehen befunden hat. Erst wenn die beteiligten Kreise zum Bericht Stellung genommen haben und die Eidgenössische Kommission für die AHV und IV ebenfalls zu Worte gekommen ist, wird der Bundesrat seinerseits in der Lage sein, den Auftrag zur Ausarbeitung einer Gesetzesvorlage zu erteilen.

Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen

Die gemeinnützigen Institutionen

Der Bund zog schon vor Einführung der AHV die Stiftungen «Pro Senectute» und «Pro Juventute» zur Mitwirkung an der Alters- und Hinterlassenenfürsorge heran, indem er ihnen Mittel für die Hilfe in Einzelfällen zur Verfügung stellte. Die Lösung bewährte sich so gut, daß sie im Bundesbeschuß vom 8. Oktober 1948 über die Weiterführung der Alters- und Hinterlassenenfürsorge beibehalten wurde. Der Bundesrat hatte in der dazugehörigen Botschaft zur Tätigkeit der beiden Stiftungen ausgeführt: «Die Stiftungen können dank ihrer weitverzweigten Organisation

mit Vertrauensleuten in sämtlichen Gegenden der Schweiz in vielen Härtefällen, die staatlichen Stellen gar nicht bekannt werden, helfend eingreifen».

Diese Umschreibung ist auch im Rahmen des neuen Gesetzes über die Ergänzungsleistungen noch gültig. Zwar hat sich die Form der Hilfe etwas geändert aber Grundlage bleibt die Unterstützung von in wirtschaftlicher Bedrängnis geratenen Personen. Gleich geblieben ist auch der rechtliche Charakter der von den gemeinnützigen Institutionen ausgerichteten Leistungen. Auf sie wird, anders als bei den kantonalen Ergänzungsleistungen, auch in Zukunft kein klagbarer Rechtsanspruch bestehen.

Im übrigen hat die Neuordnung die den Stiftungen «Pro Senectute» und «Pro Juventute» zukommenden Bundessubventionen erheblich heraufgesetzt und die Vereinigung «Pro Infirmis» neu in den Kreis der Institutionen einbezogen. Die Wahl fiel auf «Pro Infirmis» weil sie über eine geeignete Organisation und einen das ganze Land umfassenden Tätigkeitsbereich verfügt, dann aber auch, weil mit der Bezeichnung einer einzigen Institution Koordinationsschwierigkeiten vermieden und Mehrfachzahlungen ausgeschlossen werden.

Die Zuständigkeit der einzelnen Institutionen richtet sich nach der Hauptleistung. Der Stiftung «Pro Senectute» sind die bedürftigen Altersrentenbezüger, der Stiftung «Pro Juventute» die Hinterlassenenrentner und der Vereinigung «Pro Infirmis» die Behinderten, die eine Leistung der IV erhalten, zugewiesen. Mit dieser sauberen Trennung wollte der Gesetzgeber nicht etwa unübersteigbare Grenzen schaffen, sondern in erster Linie Doppelzahlungen vorbeugen. Die drei Institutionen sorgen denn auch in gegenseitigem Einvernehmen dafür, daß nicht etwa zwei von ihnen die gleiche Familie betreuen und die Einheit der Familie gewahrt bleibt. Für die Abgabe von Hilfsmitteln an betagte Personen wird überdies «Pro Infirmis» der Stiftung «Pro Senectute» ihre Dienste zur Verfügung stellen.

Die Aufgabe der gemeinnützigen Institutionen im Rahmen der Bundessubventionen bleibt sich wie gesagt im Grundsatz die gleiche. Mit der Einführung der Ergänzungsleistungen wickelt sich aber ihre Tätigkeit auf einer etwas anderen Ebene ab. Es geht primär nicht mehr darum, durch periodische Geldleistungen eine oft nur bescheidene oder gar nicht bestehende kantonale Hilfe zu ergänzen oder zu ersetzen, sondern bei besonderen Notlagen helfend einzuspringen. Die kantonalen Ergänzungsleistungen sichern ja ein gewisses Existenzminimum, aber sie vermögen nicht allen Härtefällen Rechnung zu tragen wie sie beispielsweise eine

kostspielige ärztliche Hilfe oder der plötzliche Wegfall des Einkommens darstellen. Da die gemeinnützigen Institutionen keine Einkommensgrenzen zu berücksichtigen haben, können sie ihre Leistungen besser den individuellen Bedürfnissen anpassen.

Noch in einem anderen Punkte unterscheiden sich die Zuwendungen der gemeinnützigen Institutionen von den kantonalen Ergänzungsleistungen, nämlich in bezug auf den Bezügerkreis. Während Ausländer und Staatenlose nur dann kantonale Ergänzungsleistungen erhalten, wenn sie sich vor dem Anspruch ununterbrochen 15 Jahre in der Schweiz aufgehalten haben reduziert sich diese Frist für die gemeinnützigen Institutionen auf 10 Jahre. Das ist vorab für Waisen ausländischer Nationalität von Belang. Während ihnen erst nach 15jährigem Wohnsitz eine kantonale Ergänzungsleistung zustünde, genügt es für die Zuwendung der Stiftung «Pro Juventute» oder der Vereinigung «Pro Infirmis», daß sie in der Schweiz geboren sind und der verstorbene Elternteil während mindestens 10 Jahren in der Schweiz wohnte. Ferner wird nicht verlangt, daß Ausländer oder Staatenlose AHV- oder IV-Rentenbezüger sind, sondern es genügt, daß der Versicherungsfall gemäß AHVG oder IVG eingetreten ist.

Konnten die Stiftungen nach alter Ordnung nur periodische oder einmalige Geldleistungen ausrichten, so kennt die neue Regelung darüber hinaus auch Sach- und Dienstleistungen. Geldleistungen können einesteils als Renten erbracht werden, wenn dadurch der Bezüger vor Armengenösigkeit bewahrt werden kann. Sie sind aber auch als einmalige Leistungen denkbar, mit denen allgemeine persönliche Bedürfnisse wie zum Beispiel Krankheits-, Arzt- und Arzneikosten oder Schulden, die nicht der Bezüger zu verantworten hat, gedeckt werden. Mit dem Ausbau der kantonalen Ergänzungsleistungen werden die periodischen Zuwendungen der gemeinnützigen Institutionen mit der Zeit zurückgehen und die Einmalzahlungen in den Vordergrund treten.

Die Sach- und Dienstleistungen dienen zur Hebung der physischen oder psychischen Leistungsfähigkeit des Bezügers. Wie der Ausdruck besagt, bestehen sie in der Abgabe von Gegenständen, so von Hilfsmitteln, Schulmaterial, und Schutzapparaten oder in Dienstleistungen wie Haushalt- oder Pflegehilfen. Die Drittstelle, welche diese Gegenstände geliefert oder die Dienstleistung erbracht hat, wird von der auftraggebenden gemeinnützigen Institution bezahlt. Selbstverständlich dürfen dabei mit Bundesgeldern nur Sach- oder Dienstleistungen im Sinne des Bundesgesetzes finanziert werden. Auf keinen Fall dürfen Drittstellen mit Globalbeiträgen entschädigt werden.

Der Kreis der Bezüger von Sach- und Dienstleistungen ist im Gesetz bewußt weit gefaßt. Während die Geldleistungen (mit Ausnahme der Zuwendungen an Ausländer und Staatenlose) nur an AHV- und IV-Rentenbezüger gehen, können praktisch alle bedürftigen Betagten, Hinterlassenen und Invaliden in den Genuß von Sach- und Dienstleistungen kommen. Selbst Armengenhössige sind — im Gegensatz zu den Geldleistungen — nicht davon ausgenommen.

Es ist noch zu früh, um sich von der Aufgabe der gemeinnützigen Institutionen im Rahmen der neuen Ordnung ein abschließendes Bild zu machen. Die Struktur der kantonalen Ergänzungsleistungen hat eine Neukonzeption der durch die gemeinnützigen Institutionen zu gewährenden Hilfe notwendig gemacht. Diese wird in ihrer neuen Form ebenso notwendig, ja noch notwendiger sein als vor der Einführung der kantonalen Ergänzungsleistungen.

Das Zusammenfallen von Taggeldern und Witwenrenten

Kürzlich hat eine Ausgleichskasse dem Bundesamt für Sozialversicherung den Fall einer Bezügerin von Witwenrenten, welcher Taggelder gewährt werden mußten, zur Stellungnahme unterbreitet. Die Frage ging dahin, ob die Witwenrenten während der Zeit, in welcher Taggelder ausbezahlt werden, wegfallen, und zwar in analoger Anwendung von Artikel 43 IVG, nach welchem Witwen und Waisen, die die Anspruchsvoraussetzungen für eine Hinterlassenenrente der AHV und für eine Rente der IV gleichzeitig erfüllen, nur die Invalidenrente erhalten.

In seiner Antwort hat das Bundesamt die Ansicht vertreten, daß die Einstellung der Rentenauszahlung an die Witwe hier nicht zulässig sei. Denn weder das AHVG noch das IVG schreiben ausdrücklich vor, daß der Anspruch auf Witwenrenten erlischt, wenn ein Anspruch auf Taggelder entsteht. Außerdem handelt es sich hier nicht um eine Gesetzeslücke, die es auszufüllen gälte. Auch die Botschaft des Bundesrates zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die IV, die das Zusammenfallen von zwei Taggeldleistungen (z. B. der Militärversicherung und der IV), jedoch grundsätzlich nicht dasjenige von Invalidenrenten und Taggeldern, verbietet, erwähnt nichts vom Fall des Zusammentreffens von Taggeldern und Hinterlassenenrenten. Sodann haben Verwaltungspraxis und Rechtsprechung zwar festgestellt, daß, von wenigen Ausnahmen abgesehen,

es nicht möglich sei, Invalidenrenten und Taggelder zu kumulieren, weil die Eingliederung der Rente vorgehe und daher während der Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen in der Regel keine Invalidenrenten ausgerichtet werden. Ein Grund für eine solche Ausschlußregel besteht jedoch bezüglich der Witwenrenten nicht. In diesem Fall gibt es kein Zusammentreffen von Leistungen, die sich prinzipiell ausschließen; die Witwenrente wird nämlich gewährt, um ein von der Invalidität grundverschiedenes Risiko zu decken.

Daraus ist zu schließen, daß es sowohl nach dem Gesetzestext wie auch nach der ratio legis nicht möglich ist, die Auszahlung der Witwenrenten während der Gewährung von Taggeldern einzustellen. Als Konsequenz dieses Grundsatzes könnte daher folgender praktischer Fall eintreten: Eine infolge Entstehung einer Invalidenrente in Anwendung von Artikel 43 IVG weggefallene Witwenrente wäre wiederum auszurichten, wenn die Invalidenrente ihrerseits infolge einer Taggeldgewährung wegfällt.

Die Rentenversicherungen im Großherzogtum Luxemburg

Zu den Sozialversicherungsabkommen, die in nächster Zeit zu revidieren sind, gehört auch der Vertrag mit Luxemburg. Nachdem die verschiedenen Rentenversicherungssysteme dieses Landes in den Jahren 1963 und 1964 eine gewisse Zusammenfassung erfahren haben, dürfte ein mit freundlicher Mitwirkung von Herrn M. Nosbusch, Regierungsrat in der luxemburgischen Verwaltung, zusammengestellter Überblick über die luxemburgische Gesetzgebung unsere Leser interessieren. (Der Artikel gibt den Stand im Monat September 1965 wieder).

1. Entstehungsgeschichte

Als soziale Institution verhältnismäßig frühen Datums ist die luxemburgische Rentenversicherung ursprünglich nach den Gesichtspunkten gestaltet worden, die dazumal für die Sozialversicherung maßgebend waren. So schützte sie anfänglich ohne Einkommensgrenzen nur die Arbeiter, Gesellen, Lehrlinge und Hausangestellten, ferner die Betriebs- und Büroangestellten, die Vorarbeiter usw. bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze. Später wurde sie auf sämtliche Arbeit-

nehmer ausgedehnt, aber erst nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung nach und nach für die gesamte erwerbstätige Bevölkerung Luxemburgs obligatorisch erklärt.

Das erste Rentenversicherungssystem wurde durch das Gesetz vom 6. Mai 1911 über die obligatorische Alters- und Invalidenversicherung eingeführt. Diese Regelung wurde 1925 in das Sozialgesetzbuch aufgenommen und in der Folge mehrfach revidiert und angepaßt; schließlich wurden für die Bergleute und die Hüttenarbeiter durch großherzoglichen Beschluß vom 2. Februar 1948 noch beitragspflichtige Zusatzrentenversicherungen eingeführt.

Das zweite luxemburgische Rentenversicherungssystem wurde durch Gesetz vom 29. August 1951 zugunsten der *Privatangestellten* errichtet, wodurch die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung unter Verzicht auf die ursprünglich vorgesehene Höchstgrenze für alle Privatangestellten obligatorisch wurde.

So ist die allgemeine luxemburgische Rentenversicherung für die Unselbständigerwerbenden in zwei parallele Systeme unterteilt, wovon das eine die Arbeiter mit Einschluß der landwirtschaftlichen Arbeitnehmer, das andere die Privatangestellten umfaßt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß die Beamten, die Gemeindeangestellten und die übrigen Funktionäre öffentlichrechtlicher Institutionen sowie der Eisenbahnen besonderen beitragslosen Pensionskassen angeschlossen und im Hinblick auf den ihnen dadurch gewährten Schutz vom Einbezug in die soziale Rentenversicherung ausgenommen sind.

In der Folge wurden in Ergänzung der bereits genannten Einrichtungen zugunsten der *Selbständigerwerbenden* besondere beruflich gegliederte Rentenversicherungen eingeführt, welche in ihren Hauptzügen der allgemeinen Rentenversicherung vergleichbar sind. Es sind dies:

- die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung der *Handwerker*, begründet durch Gesetz vom 21. Mai 1951;
- die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung der *Landwirte*, geschaffen durch Gesetz vom 3. September 1956;
- die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung der *selbständig Erwerbstätigen in Handel und Industrie*, welche durch Gesetz vom 21. Januar 1960 obligatorisch erklärt wurde.

Schließlich wurden noch die Angehörigen der freien Berufe durch Gesetz vom 23. Mai 1964 unter Berücksichtigung ihrer beruflichen Besonderheiten als Selbständigerwerbende der Rentenversicherung für Privatangestellte angegliedert.

Zur Ausgleichung allfälliger Lücken und Unzulänglichkeiten im System der Rentenversicherungen wurde mit Gesetz vom 30. Juli 1960 der *Nationale Solidaritätsfonds* geschaffen, welcher bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen hinsichtlich Wohnsitz, Berufstätigkeit und Bedarf unseren außerordentlichen AHV- und IV-Renten ähnliche Leistungen ausrichtet.

In den letzten Jahren traten nun Bestrebungen nach einer gewissen Vereinheitlichung auf dem Gebiete der Rentenversicherung auf, die zunächst zum Gesetz vom 16. Dezember 1963 über die Koordination der verschiedenen Rentenversicherungen führte; dieses regelt die Ansprüche von Versicherten, die nacheinander verschiedenen Rentenversicherungen mit oder ohne Beitragsleistung angehört haben. Hierauf wurde mit Gesetz vom 13. Mai 1964 — Einheitsgesetz (*loi unique*) genannt, weil es auf alle Versicherungssysteme die gleichen Regeln anwendet — die Verbesserung und die Abstimmung der von den fünf verschiedenen Versicherungen entrichteten Renten behandelt.

2. Organisation

Die Rentenversicherungen werden von Einrichtungen öffentlichrechtlichen Charakters nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit verwaltet, wobei für jedes Rentenversicherungssystem eine eigene Rentenanstalt besteht. Die Durchführung der Allgemeinen Versicherung obliegt:

- der *Alters- und Invaliden-Versicherungsanstalt für Arbeiter*, die auch die Ausgleichskasse für Familienzulagen der Arbeiter verwaltet;
- der *Pensionskasse der Privatangestellten*, welche gleichzeitig die Rentenversicherung der freien Berufe und die Familienzulagenkasse der Angestellten führt.

Die verschiedenen Rentenversicherungen der Selbständigerwerbenden werden durch die drei Rentenversicherungskassen der Handwerker, der Landwirte sowie der Kaufleute und Industriellen verwaltet.

Die Oberaufsicht über diese Kassen ist der Regierung übertragen.

3. Finanzierung

Das sogenannte Einheitsgesetz hat die Finanzierung der verschiedenen Rentenversicherungen einheitlich auf das Rentenwertumlageverfahren festgelegt (d. h. Sicherstellung der Deckungskapitalien der im laufenden Jahre fällig werdenden Altersrenten und der anwartschaftlichen Hin-

terlassenenansprüche). Die Mittel dazu fließen aus den Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber sowie bei den Arbeitnehmerversicherungen aus Staats- und Gemeindegzuschüssen.

Die Versicherungen der Arbeiter und der Privatangestellten erheben Beiträge von *12 Prozent des maßgebenden Lohnes*, der sich einschließlich Nebenbezüge wie Provisionen, Gratifikationen, Ferienzulagen, Naturalleistungen usw., aber ohne Sozialzulagen versteht. Die Beiträge werden bei jeder Lohnzahlung und je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber entrichtet. Zehn Prozent dienen zur Deckung des variablen Teils der Renten, die restlichen zwei Prozente zur Anpassung der Renten an den jeweiligen Lohnindex (vgl. Kapitel 8). Eine Höchstgrenze für die Beitragsbemessung ist bei den Arbeitern nicht vorgesehen, wohl aber bei den Angestellten, nämlich bei einem Jahreseinkommen von 253 200 fr. lux. (100 fr. lux. = 8,66 Sfr.).

Die drei Rentenversicherungssysteme der Selbständigerwerbenden erheben *feste Beiträge*, die nach dem steuerbaren Einkommen in vier oder fünf Klassen abgestuft sind.

Die Beiträge für die fünf verschiedenen Rentenversicherungen werden zusammen mit den Beiträgen an die Krankenkassen erhoben.

Staat und Gemeinden tragen bei allen Rentenversicherungen den festen Anteil der Renten (Staat vier Fünftel, Gemeinden ein Fünftel), und der Staat übernimmt ferner die Garantie des vorgeschriebenen Deckungskapitals — bei der Arbeiterrentenversicherung ist diese Garantie bereits wirksam — sowie die Vergütung von 50 Prozent der Verwaltungskosten an die Versicherungsträger.

4. Invalidenversicherung

Der Begriff der Invalidität ist in den verschiedenen luxemburgischen Versicherungssystemen nicht einheitlich gefaßt:

- Ein Arbeiter gilt als invalid, wenn er infolge Krankheit oder Geburtsgebrechen ein Erwerbseinkommen von nicht mehr als einem Drittel des normalen Verdienstes eines Arbeiters der gleichen Kategorie erzielt und wenn ihm keine andere, seinen Kräften, seinen Fähigkeiten und seiner Ausbildung entsprechende Arbeit zugewiesen werden kann (minimaler Invaliditätsgrad 66,7 Prozent);
- ein Angestellter gilt als invalid, wenn er infolge Krankheit oder Geburtsgebrechen nicht in der Lage ist, den Beruf, den er zuletzt ausübte, oder eine andere, seinen Fähigkeiten und seiner Ausbildung entsprechende Erwerbstätigkeit auszuüben;

— die gleiche Umschreibung wie für die Angestellten gilt auch für die Selbständigerwerbenden, bei welchen aber jegliche Erwerbstätigkeit eingestellt sein muß.

Zur Erlangung des Anspruchs auf Invalidenrenten bedarf es grundsätzlich einer Wartezeit von fünf Jahren. Bei den Arbeitern wird diese Zeit nach Tagen berechnet, wobei das Jahr zu 270 Tagen angenommen wird, so daß ein Anspruch schon nach 1 350 Tagen Versicherungszeit begründet ist; bei allen andern Rentensystemen wird die Wartezeit in Monaten berechnet.

Die Renten der luxemburgischen Invalidenversicherung werden im Falle der bleibenden Invalidität definitiv und ab sofort entrichtet, bei vorübergehender provisorisch ab der 27. Krankheitswoche (d. h. ab dem Ende der Krankengeldleistung). Mit Erreichung des 65. Altersjahres wird die Invalidenrente durch eine mindestens gleichwertige Altersrente ersetzt. Sie wird anderseits aufgehoben, wenn der Versicherte wieder voll beziehungsweise — wenn es sich um einen Arbeiter handelt — zu mehr als einem Drittel erwerbsfähig ist.

Die luxemburgische Invalidenversicherung ist in erster Linie eine Rentenversicherung, doch kann sie auch medizinische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit oder zur Abwendung drohender Erwerbsunfähigkeit zusprechen.

5. Altersversicherung

Zur Erlangung einer Altersrente muß der Versicherte in der Arbeiter-Rentenversicherung 2 700 Tage, beziehungsweise in den übrigen Rentenversicherungssystemen 60 Monate Versicherungszeit aufweisen.

Normalerweise wird eine Altersrente für Männer wie für Frauen ab zurückgelegtem 65. Altersjahr ausgerichtet. Sie kann aber auch schon früher gewährt werden, falls der Versicherte jegliche Erwerbstätigkeit eingestellt hat, eine genügend lange Versicherungszeit aufweist (Arbeiter 10 800 Tage, Angestellte 180 Monate) und ein bestimmtes Mindestalter erreicht hat (in der Arbeiter-Rentenversicherung 62 Jahre, in der Angestellten-Rentenversicherung 60 Jahre für Männer und 55 Jahre für Frauen). Ferner entrichten die Zusatzversicherungen der Bergleute und Hüttenarbeiter vorzeitige Altersrenten.

6. Hinterlassenenrenten

Zur Begründung eines Rentenanspruches für seine Hinterlassenen muß der Versicherte in der Arbeiterversicherung 1 350 Tage, in der Ver-

sicherung der Privatangestellten 40 Monate und in den übrigen Rentenversicherungs-systemen 60 Monate Versicherungszeit zurückgelegt haben.

Die Witwenpension wird ausgerichtet, wenn die Ehe vor dem Tode des Versicherten mindestens ein Jahr gedauert hat; diese Bedingung entfällt jedoch, wenn Kinder aus dieser Ehe vorhanden sind oder wenn der Tod des Versicherten auf einen Unfall zurückzuführen ist. Falls der überlebende Ehemann invalid ist, indessen keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat, kann ihm eine Witwerrente gewährt werden, wenn die Ehefrau überwiegend für die Kosten des Haushaltes aufgekomen ist. Andererseits sind bestimmte Personen wie Mutter, Schwester, Tochter usw., welche vor dem Tode des Versicherten dessen Haushalt geführt haben, einer Witwe gleichgestellt. Die Witwenrente erlischt bei Wieder-
verheiratung der Witwe; hat diese jedoch das 50. Altersjahr noch nicht erreicht, so wird ihr eine einmalige Abfindung («Ausstattungsbeitrag») in der Höhe von 60 bisherigen Monatsrenten gewährt.

Kinder, deren Vater verstorben ist, haben Anspruch auf eine Waisenrente, während Kindern auf Grund des Todes ihrer Mutter eine Rente nur insoweit zusteht, als die Mutter für ihren Unterhalt aufgekomen ist.

Schließlich erhalten jene Hinterlassenen, welchen keine Hinterlassenenrente zusteht, nebst einem Sterbegeld der Krankenversicherung auch eine Bestattungsentschädigung, die durch die Rentenversicherung der Arbeiter auf $\frac{1}{15}$ des bisherigen Jahresverdienstes, jedoch auf minimal 1 200 fr. lux. festgesetzt ist. Bei der Angestellten-Rentenversicherung entspricht sie den für den Versicherten einbezahlten Beiträgen; ferner sieht dieses Rentenversicherungssystem noch bestimmte Sonderleistungen zugunsten naher Verwandter vor, falls keine Hinterlassenenrenten ausgerichtet werden, die Wartezeit aber erfüllt ist.

7. Erhaltung der Anwartschaft

Die Erfüllung der Wartezeit allein genügt im luxemburgischen Recht nicht zur Erlangung der Rentenansprüche; eine weitere wesentliche Bedingung hiezu ist die Erhaltung der Anwartschaft oder anders ausgedrückt die ununterbrochene Versicherungsdauer.

Sämtliche Rentenversicherungen wenden dabei das System der durchschnittlichen Zweidrittels-Deckung an, was bedeutet, daß die Anwartschaft erhalten ist, wenn im Zeitpunkt des Versicherungsfalles der seit Eintritt in die Versicherung verfllossene Zeitraum zu zwei Dritteln durch Versicherungszeiten gedeckt ist. Für die Arbeiter-Rentenversiche-

rung genügt es, wenn der Versicherte jeweils in zwei aufeinanderfolgenden Jahren wenigstens je 160 Versicherungstage aufweist. Die in den andern Rentenversicherungen zurückgelegten Zeiten werden dabei gleichwertig berücksichtigt.

Die Bestimmungen über die Anwartschaftserhaltung werden ergänzt durch das Institut der freiwilligen Weiterführung der Versicherung sowie durch das Wiederaufleben erloschener Ansprüche bei Erfüllung einer neuen Versicherungsperiode von 1 080 Tagen.

8. Zusammensetzung und Höhe der Renten

Die Alters- und die Invalidenrenten setzen sich zusammen aus einem zu Lasten des Staates und der Gemeinden gehenden festen Anteil (Grundbetrag) einerseits und einem Steigerungsbetrag (veränderlicher Anteil) auf Grund der deklarierten und an das jeweilige Lohnniveau angepaßten Verdienste — beziehungsweise für die Selbständigerwerbenden der an die Lebenshaltungskosten angepaßten Beiträge — andererseits.

Der feste Anteil von 15 000 fr. lux. bei Index 100 (d. h. nach heutigem Stand 21 750 fr. lux.) geht gänzlich zu Lasten des Staates und der Gemeinden; der Anspruch darauf wird, unabhängig von der Versicherungszeit des Ansprechers, erworben, wenn die Wartezeit erfüllt ist.

Bei den Unselbständigerwerbenden beläuft sich der veränderliche Anteil der Alters- und Invalidenrenten auf 1,6 Prozent des Totals der anzurechnenden Löhne.

Alle Renten werden auf Grund des Index 100 — entsprechend den Lebenshaltungskosten am 1. Januar 1948 — gerechnet. Zu diesem Zwecke werden die vor dem 1. Januar 1940 ausbezahlten Löhne mit bestimmten, vom Gesetz festgelegten Koeffizienten multipliziert (z. B. in der Arbeiter-Rentenversicherung mit dem Koeffizienten 20 für die von 1912 bis 1917 bezogenen Löhne); andererseits werden die nach dem 1. Januar 1948 ausbezahlten Löhne auf Grund des Mittels der für das betreffende Jahr maßgebenden Indexzahlen auf den Index 100 zurückgerechnet.

Für die Selbständigerwerbenden belaufen sich die Altersrenten auf 16 Prozent der Beiträge, wobei jeder Beitrag gemäß seinem Wert bei Index 100 berücksichtigt wird.

Die in dieser Weise auf den Index 100 umgerechneten Renten werden bei jeder monatlichen Fälligkeit gemäß dem Mittel der Indexzahlen der vergangenen sechs Monate angepaßt, sobald sich der Index inner-

halb eines Semesters um mindestens 2,5 Punkte in bezug auf den Index 100 verändert hat.

Die *Alters- und die Invalidenrenten* betragen mindestens 24 000 fr. lux. jährlich bei Index 100 — d. h. gegenwärtig 34 800 fr. lux. — wenn der Berechtigte 3 000 Versicherungstage aufweist, beziehungsweise 32 000 fr. lux. jährlich bei Index 100 — also heute 46 400 fr. lux. — wenn der Ansprecher ab dem 25. Altersjahr durchschnittlich während mindestens 240 Tagen jährlich versichert war. Gegenwärtig gibt es keine obere Grenze für die Höhe der Renten mehr, doch ist zu beachten, daß die für die Rentenberechnung maßgebenden Jahresverdienste nur bis zu einem Maximum von 210 000 fr. lux. bei Index 100 — gegenwärtig 253 200 fr. lux. — berücksichtigt werden, womit die diesen Betrag übersteigenden Einkünfte für die Rentenberechnung wie übrigens auch für die Beitragsleistung außer Betracht fallen.

Bezieht ein Rentner Familienzulagen, so hat er Anspruch auf eine jährliche Rentenzulage von 3 200 fr. lux. bei Index 100 — oder heute 4 640 fr. lux. — für jedes Kind, für das er zu sorgen hat. Diese Rentenzulage wird zusätzlich zur Familienzulage gewährt.

Die *Hinterlassenenrenten* werden auf der Basis der Altersrenten berechnet, auf welche der verstorbene Versicherte Anspruch hatte oder erlangt hätte. Die Witwenrente beträgt zwei Drittel des festen und 60 Prozent des veränderlichen Anteils der Altersrente, zuzüglich einer jährlichen Zulage von 2 200 fr. lux. bei Index 100 — gegenwärtig 3 190 fr. lux. — für jedes Kind. Die Rente von Kindern, deren Vater (evtl. deren Mutter) gestorben ist, besteht aus einem Drittel des festen Anteils, 20 Prozent des veränderlichen Anteils sowie einer Jahreszulage von 1 100 fr. lux. bei Index 100 — gegenwärtig 1 595 fr. lux. — Die Waisenrente wird mit den Familienzulagen kumuliert. Vollwaisen haben Anspruch auf das Doppelte der Halbwaisenrente.

Insgesamt dürfen jedoch die Hinterlassenenrenten nicht höher sein als 100 Prozent der Rente, die der Verstorbene bezog oder bezogen hätte.

Wie oben dargelegt, werden sämtliche luxemburgischen Renten jeweils automatisch angepaßt, sobald sich der Index innerhalb eines halben Jahres in bezug auf die Basis 100 um 2,5 Punkte verändert. Das sogenannte Einheitsgesetz schreibt nun aber, in Berücksichtigung der Erfahrungstatsache, daß in industrialisierten Ländern das allgemeine Gehalts- und Lohnniveau ständig ansteigt, für die Renten der Unselbständigerwerbenden noch eine weitere Anpassung vor: Um den Lebensstandard der Rentner in Übereinstimmung mit jenem der Erwerbs-

tätigen zu halten, werden die erwähnten Löhne und Gehälter — über die Anpassung an den jeweiligen Lebenskostenindex hinaus — mittels Verwendung eines besonderen Koeffizienten auch in dieser Beziehung angeglichen.

Zur Vermeidung von Härtefällen sieht das gleiche Gesetz ferner Sonderleistungen der verschiedenen Versicherungsträger vor, wenn entweder die Wartezeit nicht erfüllt oder die Anwartschaftsrechte nicht erhalten geblieben sind. Falls ein Versicherter 1 080 Versicherungstage bei der Arbeiter-Rentenversicherung oder eine entsprechende Versicherungszeit in einer anderen Versicherung aufweist, werden ihm vierteljährliche Leistungen in der Höhe des veränderlichen Anteils jener Rente ausgerichtet, die ihm bei Vorliegen eines Rentenanspruchs zugestanden worden wäre.

Unter den gleichen Voraussetzungen erhalten auch die Hinterlassenen diese vierteljährlichen Leistungen. Die für die Berechnung maßgebenden Verdienste beziehungsweise Beiträge werden dabei wohl dem Index der Lebenskosten, nicht aber dem allgemeinen Lohn- und Gehaltsniveau angeglichen.

In den übrigen Fällen — d. h. wenn weder die Voraussetzungen für eine Rente noch jene für eine Sonderleistung erfüllt sind — werden die geleisteten Beiträge rückerstattet.

9. Krankenpflege

Sämtliche Bezüger von Alters-, Invaliden- oder Hinterlassenenrenten sind von Gesetzes wegen krankenversichert. Die Beiträge gehen zu zwei Dritteln zu Lasten des Versicherten und zu einem Drittel zu Lasten des Versicherungsträgers. Um die bei den Krankenkassen hieraus entstehenden Verluste zu mildern, sieht das Gesetz einerseits einen von der Arbeiterversicherung aufzubringenden Zusatz-Beitrag und andererseits Beihilfen des Staates auf dem Wege über den Solidaritätsfonds vor.

10. Koordination der verschiedenen Rentenversicherungssysteme

Die Vielzahl der Rentenversicherungssysteme rief einer gewissen Koordination, die mit Gesetz vom 16. Dezember 1963 verwirklicht wurde. Dieses Gesetz umfaßt sämtliche Systeme, die beitragspflichtigen wie die beitragslosen, und regelt deren Zusammenspiel nach zwei verschiedenen Gesichtspunkten, einerseits im Hinblick auf die aufeinander-

folgende Unterstellung eines Versicherten unter mehrere Systeme, andererseits im Hinblick auf die Kumulation von Versicherungen oder von Renten. Im Falle der aufeinanderfolgenden Unterstellung eines Versicherten unter zwei oder mehrere beitragspflichtige Versicherungssysteme ist für die Erfüllung der Wartezeit und für die Erhaltung der Anwartschaft die Totalisation vorgesehen, während die Renten nach dem Pro-rata-Grundsatz berechnet werden.

Der bei einer normalen Versicherungslaufbahn wichtigste Teil der Rente, der Steigerungsbetrag, wird übrigens automatisch proratisiert, indem er schon auf Grund der Berechnungsregeln der einzelnen Systeme stets proportional zu den maßgebenden Verdiensten oder Beiträgen bemessen wird.

Im Falle des Zusammentreffens mehrerer Renten, gleichviel ob sie auf Beitragszahlung beruhen oder nicht, werden die Steigerungsbeträge als vom Versicherten erworbene Rentenanteile betrachtet und in vollem Umfang gezahlt, während der feste Rententeil (Grundbetrag) als Solidaritätsleistung der Sozialversicherung gilt und nur einmal, zum höchsten der verschiedenen in Frage kommenden Beträge, ausgerichtet wird.

11. Stellung der Ausländer

Die in Luxemburg wohnhaften Ausländer sind gegenüber den Inländern nur in einem Punkte benachteiligt: Die Wartezeit für die Invaliden- und Hinterlassenenrenten der Arbeiterrentenversicherung ist wie für die Altersrenten auf 2 700 Tage festgesetzt.

Die Rentenversicherungssysteme der Arbeiter und der Privatangestellten sehen hinsichtlich der Auszahlung der Renten ins Ausland gewisse Einschränkungen vor, doch sind diese nicht durch die Staatszugehörigkeit, sondern durch den ausländischen Wohnsitz bedingt. In der Arbeiter-Rentenversicherung wird der von Staat und Gemeinde aufzubringende feste Rentenanteil (der Grundbetrag), nicht ausgerichtet, wenn der Versicherte nicht im Großherzogtum Wohnsitz hat. Das gleiche gilt für die Versicherung der Privatangestellten, bei welcher aber auch noch jener Rententeil ruht, der zu Lasten des Versicherungsträgers geht, falls der Versicherte seinen ordentlichen Wohnsitz ohne die ausdrückliche Zustimmung der Versicherung ins Ausland verlegt hat.

Bekanntlich ist gerade die Aufhebung solcher Einschränkungen eines der Hauptanliegen der internationalen Übereinkünfte auf dem Gebiete der Rentenversicherungen.

12. Nationaler Solidaritätsfonds

Anspruch auf Leistungen aus dem Nationalen Solidaritätsfonds haben die in Luxemburg wohnenden Staatsangehörigen dieses Landes ab dem 65. (Männer) beziehungsweise ab dem 60. (Frauen) Altersjahr, wenn sie seit ihrem 18. Altersjahr regelmäßig erwerbstätig waren und nicht über ein bestimmtes, vom Gesetz festgelegtes Minimaleinkommen verfügen (25 400 fr. lux. jährlich bei Index 135). Die Ermittlung des maßgebenden Einkommens erfolgt dabei nach besonderen Vorschriften, welche bei langjähriger Versicherungszugehörigkeit (10 bzw. 20 Jahre) gewisse Abzüge gestatten und auch den Unterhaltspflichten des Versicherten Rechnung tragen.

Ausländer mit Wohnsitz und ununterbrochener Erwerbstätigkeit während 25 Jahren (respektive 6 750 Tagen oder 300 Monaten) in Luxemburg haben ebenfalls Anspruch auf die Leistungen aus dem Fonds, falls sie während dieser Zeit der luxemburgischen Sozialversicherung unterstellt waren.

Der Solidaritätsfonds bezweckt die Sicherstellung eines Minimaleinkommens im obenerwähnten Umfang. Infolgedessen beträgt die höchste Leistung des Fonds an einen Berechtigten 26 400 fr. lux. (Index 135) im Jahr; sie erhöht sich um 13 200 fr. lux. jährlich, wenn dieser für eine mehr als 45jährige Ehefrau, und um je 5 280 fr. lux., wenn er für Kinder zu sorgen hat. Ferner erhält der Bezüger einer Invalidenrente, welcher für die Wartung und Pflege auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen ist, noch eine Hilfloosenentschädigung von 13 200 fr. lux. jährlich (Index 135). Wer aus dem genannten Fonds Zuwendungen bezieht, ist im übrigen zu den gleichen Bedingungen wie die anderen Rentenbezüger krankenversichert (Krankenpflege). Die genannten Beträge verändern sich ebenfalls mit dem Lebenskosten-Index.

Die Geschäftsabwicklung der Invalidenversicherung

Im Jahre 1965 sind bei den 27 IV-Kommissionen 53 414 Anmeldungen oder 4 410 mehr als im Vorjahre eingegangen. Die seit 1962 feststellbare Zunahme hat damit angehalten. Da ein und dieselbe Anmeldung mehrere Kommissionsbeschlüsse auslösen kann, ist deren Zahl noch höher. So haben die IV-Kommissionen letztes Jahr 49 140 erste, sowie 40 904 zweite und weitere Beschlussesmitteilungen an die Ausgleichskassen erlassen. Dazu kommen 13 106 andere Beschlüsse. Die Gesamtzahl von 103 150

gefaßten Beschlüssen liegt um 7 297 über dem Vorjahr. Die Geschäftslast stieg somit immer noch an.

Die 11 IV-Regionalstellen hatten sich 1965 mit 6 717 aus dem Vorjahr übernommen und 14 800 neu erteilten Aufträgen zur Abklärung der Eingliederungsfähigkeit, Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen und Überwachung von solchen zu befassen. Vom Gesamtbestand von 21 517 Aufträgen wurden 14 711 erledigt und 6 806 auf das laufende Jahr übertragen. Die zu bearbeitenden Aufträge haben um 2 932, die Erledigungen um 2 843 zugenommen, die Pendenzen sind sich ungefähr gleich geblieben.

Die Jahresberichte der Ausgleichskassen

Die Jahresberichte, welche die Ausgleichskassen gemäß Artikel 178 AHVV dem Bundesamt für Sozialversicherung zu erstatten haben, gewähren einen instruktiven Einblick in ihre Geschäftsabwicklung und bilden eine wichtige Grundlage für den Jahresbericht des Amtes selbst. Dieses weiß es zu schätzen, wenn die Berichte rechtzeitig, d. h. bis Ende April eingehen. Drei Ausgleichskassen haben erfreulicherweise schon im Februar den Anfang gemacht.

Durchführungsfragen der AHV/IV

Zustellung von Verfügungen an Arbeitnehmer

Das EVG hat in einem auf S. 146 wiedergegebenen Urteil bestätigt, daß auch dem Arbeitnehmer ein Beschwerderecht zusteht gegen eine Verfügung, die auf die Leistung von Lohnbeiträgen gerichtet ist. Neu hat es festgestellt, daß die Beschwerdefrist für den Arbeitnehmer erst zu laufen beginnt, wenn die Verfügung ihm eröffnet worden ist. In diesem Zusammenhang hat das Gericht erklärt, Verfügungen über Lohnbeiträge seien grundsätzlich auch dem Arbeitnehmer zuzustellen. Indessen hat es beigelegt, von der Zustellung an den Arbeitnehmer könne abgesehen werden, wenn diese der Ausgleichskasse nicht zugemutet werden könne, beispielsweise wegen der großen Zahl der betroffenen Arbeitnehmer.

Die Ausgleichskassen können daher grundsätzlich ihre bisherige Praxis auf diesem Gebiet weiterführen. Auf jeden Fall ist dem Arbeitnehmer dann eine Verfügung zuzustellen, wenn er dies ausdrücklich verlangt.

Vergütung der Fahrauslagen von Sonderschulen für Schülertransporte¹

Gemäß Rz 1 des Kreisschreibens über die Vergütung der Reisekosten in der IV vom 1. September 1961 werden die Aufwendungen für Fahrten im Inland, die zur Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen notwendig sind, dem Versicherten vergütet (Art. 51, Abs. 1, IVG).

Grundsätzlich sind für die Fahrten die öffentlichen Verkehrsmittel zu benützen. Die Benützung privater Motorfahrzeuge oder Taxis darf nur zugestanden werden, soweit die Strecke von keinem öffentlichen Verkehrsmittel bedient wird oder wenn die Fahrt mit einem solchen dem Versicherten insbesondere aus persönlichen und verkehrstechnischen Gründen nicht zumutbar ist (Rz 8 des Kreisschreibens).

Diese Voraussetzungen gelten auch für gemeinsame Autotransporte, die von Sonderschulen für die Unterrichtsteilnehmer eingerichtet werden. Sind die Voraussetzungen nicht erfüllt und führt eine Sonderschule trotzdem solche gemeinsame Schülertransporte durch, so vergütet die IV an die entstandenen Fahrauslagen lediglich die Kosten eines der Strecke entsprechenden Fahrausweises oder Abonnementes zweiter Klasse je Versicherten (Rz 18 des Kreisschreibens).

Sonderschulung: Besuchsfahrten¹

Gemäß Rz 20 des Kreisschreibens über die Vergütung der Reisekosten in der IV vom 1. September 1961 können während der Dauer der Sonderschulung im Internat oder bei Anstaltsaufenthalt bildungsunfähiger Minderjähriger die Kosten für eine Hin- und Rückfahrt des Versicherten im Monat zum Besuch des Elternhauses übernommen werden. Beträgt der Internatsaufenthalt infolge Ferien oder aus andern Gründen in einem Monat weniger als 16 Tage, besteht für den betreffenden Monat kein Anspruch auf Übernahme einer Besuchsfahrt.

Zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen in der Invalidenversicherung²

Nach dem schweizerisch-italienischen Abkommen über Soziale Sicherheit vom 14. Dezember 1962 hängt der Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen unter anderem davon ab, ob der Leistungsansprecher zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz hat. Wird im konkreten Falle diese Voraussetzung offensichtlich nicht erfüllt, leitet das Sekretariat der IV-Kom-

¹ Aus IV-Mitteilungen Nr. 69

² Aus IV-Mitteilungen Nr. 70

mission die Anmeldung an die Ausgleichskasse, und diese weist das Begehren ab, ohne daß zuvor noch weitere Abklärungen erfolgen. Dieses Vorgehen drängt sich schon aus verwaltungsökonomischen Gründen auf. Es setzt aber voraus, daß der versicherungsmäßige Ablehnungsgrund mit Sicherheit feststeht, ansonst seine Vorteile leicht ins Gegenteil umschlagen können, wie folgender Fall aufzeigt. Ein italienischer Staatsangehöriger machte für sein geburtsinvalides Kind, das in der Schweiz geboren wurde, einen Anspruch auf medizinische Maßnahmen geltend. Trotz seiner Stellung als Saisonarbeiter hielt er sich unter fremdenpolizeilicher Duldung einige Jahre in der Schweiz ganzjährig auf. Er besitzt heute die Jahresbewilligung und wohnt seit ungefähr einem Jahr mit Frau und Kind fest in der Schweiz. Das Sekretariat der IV-Kommission und die Ausgleichskasse erachteten die Voraussetzung des schweizerischen Wohnsitzes als nicht erfüllt, weshalb die Abweisung des Leistungsbegehrens ohne weitere Abklärungen verfügt wurde. Gegen diese Verfügung wurde Beschwerde erhoben. Nach Ergänzung der Unterlagen und persönlicher Befragung des Vaters erachtete die Rekursbehörde den Wohnsitz des Vaters der Beschwerdeführerin als gegeben. Sie wies die Sache unter Aufhebung der Kassenverfügung an die IV-Kommission zur Abklärung der weiteren Leistungsvoraussetzungen und der Frage, ob überhaupt ein leistungsbegründendes Geburtsgebrechen vorliege, und zu neuer Beschlußfassung zurück.

Es empfiehlt sich daher, in Fällen, in denen das Fehlen einer versicherungsmäßigen Voraussetzung nicht offenkundig ist, indessen dennoch zu einer ablehnenden Stellungnahme der Verwaltung führen wird, vorgängig des Verwaltungsentscheides noch die weiteren Voraussetzungen, namentlich also die invaliditätsmäßigen Voraussetzungen abzuklären, damit in einem allfälligen späteren Beschwerdeverfahren das Leistungsbegehren in seiner Gesamtheit vom Richter beurteilt werden kann.

Behandlung der Anmeldungen von Versicherten, die Leistungen der SUVA beziehen ¹

Gemäß Artikel 44, Absatz 1, IVG hat ein bei der SUVA Versicherter auf Eingliederungsmaßnahmen der IV nur soweit Anspruch, als sie nicht von der SUVA gewährt werden. Als SUVA-Leistungen fallen vorab medizinische Maßnahmen sowie bestimmte damit im Zusammenhang stehende Hilfsmittel in Betracht (Art. 73, Abs. 1, KUVG), während die SUVA die Kosten von Maßnahmen beruflicher Art in der Regel nicht zu

¹ Aus IV-Mitteilungen Nr. 70

ihren Lasten übernimmt. Damit in solchen Fällen der Umfang der Leistungspflicht der IV festgestellt werden kann, ist es notwendig, daß die IV-Kommissionen mit der SUVA Verbindung aufnehmen (Rz 84 des Kreisschreibens über das Verfahren in der IV).

In der Praxis hat sich nun gezeigt, daß bei der Behandlung der Anmeldungen von SUVA-Leistungsbezüglern vielfach Verzögerungen eintreten, weil verschiedene IV-Kommissionen der Auffassung sind, die SUVA müsse zuerst ihre Maßnahmen abschließen, bevor die IV zum Zuge kommen könne. Dieses zeitlich gestaffelte Vorgehen wirkt sich insofern nachteilig aus, als die Durchführung allfälliger beruflicher Maßnahmen in der Regel bereits im Stadium der medizinischen Eingliederung einsetzen oder doch soweit vorbereitet werden muß, daß zwischen den einzelnen Maßnahmen kein Unterbruch entsteht. Um dieses Ziel zu erreichen und um eine bessere Koordination zwischen SUVA und IV zu gewährleisten ist zwischen den beiden Versicherungen folgende Regelung getroffen worden.

1. Aufgaben der SUVA

Die zuständigen Stellen der SUVA sind angewiesen worden, Leistungsempfänger der SUVA, die voraussichtlich Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen der IV haben, zur Anmeldung bei der IV anzuhalten. Geschieht dies schriftlich, so wird eine Kopie dem Sekretariat der zuständigen IV-Kommission zugestellt.

2. Aufgaben der IV-Organen

Die Prüfung der Anmeldungen von Versicherten, die Leistungen der SUVA beziehen (vgl. Ziffer 25a des Anmeldeformulars) richtet sich grundsätzlich nach den allgemeinen Vorschriften des Kreisschreibens über das Verfahren in der IV, wobei zusätzlich folgendes gilt:

a. Die Anmeldungen sind von allen beteiligten Organen als dringlich zu behandeln. Das Sekretariat der IV-Kommission holt regelmäßig auch die Akten der SUVA zum betreffenden Versicherungsfall ein. Bei der Übermittlung der Akten teilt die SUVA mit, ob sie medizinische Maßnahmen im Sinne von Artikel 12 IVG gewährt und gibt soweit möglich auch deren voraussichtliche Dauer an. Solange solche Eingliederungsmaßnahmen laufen, besteht kein Anspruch auf eine IV-Rente wegen langdauernder Krankheit.

b. Ergibt sich aus den Unterlagen nicht eindeutig, daß weder ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmaßnahmen der IV noch auf Hilfsmittel zur beruflichen Eingliederung besteht (z. B. weil der Versicherte bereits eingegliedert ist oder weil eine Eingliederung nicht mehr in Frage kommt), so ist von der IV-Kommission unverzüglich die IV-Regionalstelle zur Abklärung der Eingliederungsfähigkeit des Versicherten und der Eingliederungsmöglichkeiten beizuziehen.

c. Die IV-Regionalstelle nimmt ihre Abklärungen in engem Kontakt mit der zuständigen SUVA-Stelle vor. Sie sorgt für eine rasche Berichterstattung an die IV-Kommission, damit diese so rechtzeitig Beschluß fassen kann, daß in der Durchführung der Maßnahmen keine Verzögerungen entstehen. Der Bericht soll alle Angaben enthalten, die für die Koordination der Maßnahmen von SUVA und IV nötig sind. Ist beabsichtigt, mit der beruflichen Eingliederung zu beginnen, solange noch medizinische Maßnahmen der SUVA laufen, so hat die IV-Regionalstelle in ihrem Bericht anzugeben, ob die zuständige SUVA-Stelle diesem Vorgehen zustimmt.

d. Das Sekretariat legt die Anträge der IV-Regionalstelle der IV-Kommission umgehend zur Beschlußfassung vor. Die gestützt auf den Kommissionsbeschluß ergangene Verfügung ist ebenfalls der SUVA zustellen (Rz 207 des Kreisschreibens über das Verfahren in der IV).

Medizinische Leistungen; Rechnungen der Apotheken¹

Das OFAC (**O**ffice **F**acturation **P**harmaceutique) ist eine unter dem Patronat des Schweizerischen Apothekervereins gegründete Genossenschaft mit Sitz in Genf. Sie bezweckt hauptsächlich die administrative Entlastung ihrer Mitglieder-Apotheken durch die Übernahme der Rechnungstellung an Krankenkassen, SUVA, Sekretariate der IV-Kommissionen usw. für abgegebene Arzneimittel. Das Tätigkeitsgebiet dieser vor zwei Jahren gegründeten Genossenschaft erstreckt sich zur Zeit hauptsächlich auf die Westschweiz.

Die durch das OFAC im Auftrage der ihm angeschlossenen Apotheken ausgestellten individuellen Rechnungen sind — sofern ihnen die vom Arzt mit dem Vermerk «Betrifft IV» versehenen Rezepte beiliegen — in Zukunft von der Sekretariaten der IV-Kommissionen anzunehmen, zu prüfen und anschließend an die Zentrale Ausgleichsstelle zur Zahlung weiterzuleiten.

¹ Aus IV-Mitteilungen Nr. 70

LITERATURHINWEISE

De Rahm Berthe: *Travail protégé — situation actuelle et évolution future.* In «Pro Infirmis», Nr. 9, Jg. 24, S. 291—298, Zürich, 1965.

Dubois Marcel: *Die Mitarbeit des Arztes in der Beurteilung von Invaliditätsfragen.* Erschienen in «Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten», Jg. 57, 1964, S. 66—77, Druck und Verlag Berichthaus Zürich.

Wächter Hermann: *Die Eingliederung Cerebralgelähmter im Vollzug der Eidgenössischen Invalidenversicherung.* Diplomarbeit der Schule für Sozialarbeit Bern, 63 S., vervielfältigt, 1965.

Das cerebralgelähmte Kind. Artikelfolge in «Pro Infirmis, Nr. 11, Jg. 24, S. 353—383, Zürich, 1965.

Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1965/66. 358 S., zu beziehen durch Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1965.

Muskeldystrophie. Artikelfolge in «Pro Infirmis», Jg. 24, Nr. 10, S. 317—344, Zürich, 1965.

Probleme der Leichtbehinderten. Artikelfolge in «Pro Infirmis», Nr. 1, Jg. 25, S. 2—22, Zürich, 1966.

Rehabilitations-Einrichtungen. Verzeichnis der Sonderschulen, Eingliederungsstätten, Werkstätten und Heime für Invalide, herausgegeben durch die Schweizerische Vereinigung Pro Infirmis und die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter (SAEB), 122 S., Zürich, 1965.

Scolarisation, Formation professionnelle et Insertion sociale des jeunes aveugles. Artikelfolge, erschienen in «Réadaptation», revue mensuelle, Heft 119, S. 5—34, 1965, Paris.

MITTEILUNGEN

Sozialversicherungs- abkommen mit Deutschland

Das am 25. Februar 1964 zwischen der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland abgeschlossene und von den eidgenössischen Räten am 14. Dezember 1965 genehmigte Abkommen über Soziale Sicherheit steht noch nicht in Kraft. Der Austausch der Ratifikationsurkunden wird voraussichtlich im Verlaufe des Monats März 1966 stattfinden. Das Abkommen würde in diesem Fall auf den 1. Mai wirksam werden. Das BSV wird die Ausgleichskassen über das Inkrafttreten unverzüglich orientieren.

Ergänzungs- leistungen: Stand der kantonalen Gesetzgebungs- arbeiten am 1. März 1966

Seit dem letzten Etat über die kantonalen Gesetzgebungsarbeiten (ZAK 1966, S. 27) sind verschiedene Fortschritte zu verzeichnen. Im Interesse der Übersichtlichkeit wird der Stand am 1. März 1966 wiedergegeben.

1. In elf Kantonen (Luzern, Schwyz, Freiburg, Solothurn, Schaffhausen, Appenzell I. Rh., Tessin, Waadt, Wallis,

Neuenburg, Genf) sind die kantonalen Grunderlasse über Ergänzungsleistungen rechtskräftig, d. h. die Stimmbürger haben ihnen zugestimmt, oder die Referendumsfrist ist, soweit die Erlasse dem Referendum unterstanden, unbenützt verstrichen. Außerdem hat Appenzell A. Rh. auf dem Verordnungswege auf 1. Januar 1966 eine Übergangsordnung bis zum Erlaß der endgültigen Regelung getroffen.

2. In sechs Kantonen (Bern, Nidwalden, Basel-Stadt, Appenzell A. Rh., St. Gallen, Graubünden) haben die gesetzgebenden Behörden den Erlaß gutgeheißen; die Volksabstimmung hat jedoch am Stichtag noch nicht stattgefunden, oder die Referendumsfrist lief noch.
3. In sieben Kantonen (Zürich, Obwalden, Glarus, Zug, Basel-Land, Aargau, Thurgau) liegt der Entwurf bei den gesetzgebenden Behörden. Diese haben die Beratung noch nicht beendet.
4. In einem Kanton (Uri) wird der Gesetzesentwurf nach den besonderen kantonalen Gesetzgebungsvorschriften behandelt, liegt aber noch nicht vor dem kantonalen Parlament.

Die Stände der ersten Gruppe sowie Appenzell A. Rh., St. Gallen, Graubünden haben den Erlaß auf 1. Januar 1966 in Kraft gesetzt oder sehen diesen Zeitpunkt gesetzlich vor. Nidwalden, Glarus, Basel-Stadt wählen vermutlich einen späteren Termin. Im Kanton Bern tritt das Gesetz nach Annahme durch das Volk am 1. Juli 1966 in Kraft. In Zürich, Uri, Obwalden, Zug, Basel-Land, Aargau, Thurgau ist die Frage noch offen.

Zwölf Kantone richten zusätzlich nicht vom Bund subventionierte Versicherungs-, Fürsorge- oder Besitzstandsgarantieleistungen (für Bezüger bisheriger Fürsorgeleistungen) aus bzw. sehen die Ausrichtung solcher Leistungen vor: Zürich, Bern, Schwyz, Glarus, Solothurn, Basel-Stadt, Basel-Land, Schaffhausen, St. Gallen, Waadt, Neuenburg, Genf.

Ergänzungsleistungen im Kanton Schaffhausen

In der Volksabstimmung vom 12. und 13. Februar 1966 wurde das kantonale Gesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV mit 12 094 Ja gegen 1 362 Nein angenommen. Die Einkommensgrenzen entsprechen den vom Bundesrecht vorgesehenen Höchstansätzen. Der Pauschalabzug vom Erwerbseinkommen und vom Jahresbetrag der Renten und Pensionen wurde auf den Maximalbetrag von 480 Franken bzw. 800 Franken festgesetzt. Ferner ist der Mietzinsabzug gemäß Art. 4, Buchst. c des Bundesgesetzes zugelassen.

Das Gesetz ist rückwirkend auf den 1. Januar 1966 in Kraft getreten.

**Familienzulagen
im Kanton
Basel-Landschaft**

Der Regierungsrat hat am 1. Februar 1966 beschlossen, den Arbeitgeberbeitrag an die kantonale Familienausgleichskasse mit Wirkung ab 1. Januar 1966 von 1,6 auf 1,5 Prozent der Lohnsumme herabzusetzen.

**Familienzulagen
im Kanton Tessin**

Der Große Rat des Kantons Tessin hat in seiner Sitzung vom 1. März 1966 einer Revision des kantonalen Gesetzes über Familienzulagen zugestimmt, durch welche die Kinderzulagen erhöht und der Anspruch ausländischer Arbeitnehmer auf Zulagen für ihre Kinder im Ausland neu geregelt werden.

1. **Ansatz der Kinderzulage.** Der Ansatz der Kinderzulage wurde von 20 auf 30 Franken je Kind und Monat erhöht. Die volle Kinderzulage ist auch dann auszurichten, wenn die 5-Tageweche eingeführt worden ist.
2. **Ausländische Arbeitnehmer.** Bisher hatten ausländische Arbeitnehmer mit Kindern im Ausland nur für ihre ehelichen Kinder und Adoptivkinder unter 15 Jahren Anspruch auf Zulagen, wobei die Anzahl der Zulagen für im Ausland lebende Kinder auf höchstens 4 je Arbeitnehmer beschränkt war. Nunmehr werden die ausländischen Arbeitnehmer den schweizerischen Arbeitnehmern vollständig gleichgestellt.
3. **Inkrafttreten.** Die neuen Bestimmungen treten am 1. April 1966 in Kraft.

**Nachtrag zum
Drucksachenkatalog
AHV/IV/EO
Ausgabe Januar 1966**

Neu erschienen sind:

| | | | |
|-----------|---|-------|-----|
| 318.671 d | Personalblatt für IV-Regionalstellen | —.— | 1 A |
| 318.671 f | Etat personnel pour les collaborateurs des offices régionaux AI | —.— | 1 A |
| 318.700 d | Textausgabe EOG/EOV | 1.50* | C |
| 318.700 f | Recueil LAPG/RAPG | 1.50* | C |

Aufgehoben wurde:

318.630 Behandlungskarte

Korrigenda:

| | | | |
|-----------|-----------------|-----|-------|
| 318.631 d | Arztrechnung | 9.— | 1 A B |
| 318.631 f | Note du médecin | 9.— | 1 A B |
| 318.631 i | Nota del medico | 9.— | 1 A B |

318.634 dfi Gutscheine für Reisekosten
in der Klammer sollte es heißen: (Blocks zu 25 Gutscheinen), (blocs à 25 bons), (blocco di 25 buoni).

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung Beiträge

Urteil des EVG vom 7. Dezember 1965 i. Sa. R. W.¹

Art. 14, Abs. 1, AHVG. Beitragsschuld und Beitragsbezug sind bei Lohnbeiträgen auseinanderzuhalten. Eine Verfügung über die Leistung von Lohnbeiträgen stellt sowohl die Beitragsschuld des Arbeitgebers als auch die des Arbeitnehmers fest. Beim Bezug ist der Arbeitgeber gesetzlicher Erfüllungsvertreter des Arbeitnehmers für dessen Schuld. (Erwägung 1)

Art. 84, Abs. 1, AHVG. Auch der betroffene Arbeitnehmer kann eine Verfügung über Lohnbeiträge durch Beschwerde anfechten. Die Beschwerdefrist beginnt für ihn erst zu laufen, wenn ihm die Verfügung eröffnet worden ist. (Erwägungen 1 bis 4)

Am 13. August 1964 eröffnete die Ausgleichskasse dem Arbeitgeber des R. W. eine Verfügung, wonach er für diesen Lohnbeiträge zu entrichten habe. Diese Verfügung wurde innert der Beschwerdefrist nicht angefochten. Am 17. September 1964 schrieb der Arbeitgeber der Ausgleichskasse, R. W. habe «inzwischen» von der Verfügung Kenntnis erhalten und erwäge, dagegen Beschwerde zu führen; die Ausgleichskasse möge R. W. eine entsprechende Verfügung eröffnen. Am 1. Oktober 1964 erließ die Ausgleichskasse eine solche Verfügung gegen R. W. Dieser legte Beschwerde ein. Die kantonale Rekursbehörde trat auf die Beschwerde wegen Verspätung nicht ein: für R. W. habe die Beschwerdefrist bereits in dem Zeitpunkt begonnen, da er von der an seinen Arbeitgeber gerichteten Verfügung Kenntnis erhalten habe. Die dagegen von R. W. eingelegte Berufung wurde vom EVG aus folgenden Erwägungen gutgeheißen:

1. Zur Entrichtung der paritätischen Beiträge, die an der Quelle erhoben werden, ist gesetzlich allein der Arbeitgeber verpflichtet. Er hat zu diesem Zwecke den Beitrag des Arbeitnehmers von dessen Lohn abzuziehen und mit seinem eigenen geschuldeten Beitrag an die Ausgleichskasse abzuführen (Art. 12 ff. AHVG). Der Arbeitgeber ist in dieser Stellung sowohl zahlender Selbstschuldner als auch gesetzlicher Erfüllungsvertreter des Arbeitnehmers für dessen Schuld, wenn auch unter Umständen Ausnahmen von dieser Ordnung möglich sind (EVGE 1956, S. 174; ZAK 1957, S. 444). In der Regel erfolgt der Bezug der paritätischen Beiträge ohne vorherige Verfügungen der Ausgleichskasse.

Erläßt aber die Ausgleichskasse im Gebiet der paritätischen Beiträge eine Verfügung, so stellt sie eine Beitragsschuld sowohl des Arbeitgebers wie des Arbeitnehmers fest (Art. 4 und 5 sowie Art. 12 und 13 AHVG). Diese Feststellung der Schuld und der Bezug sind klar auseinanderzuhalten. Die beiden rechtlich zu unterscheidenden Teile, Feststellung und Bezug, werden

¹ s. dazu die Durchführungsfrage auf S. 138.

besonders deutlich, wenn vorerst eine Verfügung ergeht, die lediglich grundsätzlich festlegt, daß zwischen den Parteien, als Grundlage der paritätischen Beitragsschuld, ein Arbeitgeber-Arbeitnehmerverhältnis besteht (vgl. z. B. ZAK 1958, S. 417). Aber der rechtliche Unterschied besteht nicht minder, wenn formell einzig eine Zahlungsverfügung ergeht. Stehen Arbeitgeber und Arbeitnehmer hinsichtlich der Entstehung der Schuld materiell gleich, so muß die Gleichstellung folgerichtig auch hinsichtlich des Rechtsmittelverfahrens gelten, wo die Rechtmäßigkeit der Schuld überprüft wird. Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind gleicherweise durch eine Verfügung über paritätische Beiträge betroffen; sie haben beide, unabhängig voneinander, das Beschwerderecht. Wenn auch nur einer der Betroffenen die Verfügung rechtzeitig durch Beschwerde anfecht, so erwächst sie nicht in Rechtskraft.

Voraussetzung der Beschwerde ist die förmliche Zustellung der Verfügung an den Betroffenen (Art. 84, Abs. 1, AHVG); erst von der Zustellung an läuft die 30tägige Beschwerdefrist. Gemäß Art. 128, Abs. 2, AHVV muß die zugestellte Verfügung überdies mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen sein; andernfalls beginnt die Beschwerdefrist nicht zu laufen.

Andere prozessuale Vorschriften über die Zustellung der Verfügung als Voraussetzung der Beschwerde und des Laufes der Beschwerdefrist gibt es nicht. Insbesondere bestehen weder ausdrückliche noch sinngemäße Ausnahmen etwa dahingehend, daß eine Verfügung über paritätische Beiträge nur dem Arbeitgeber zugestellt werden könne, und es diesem überlassen sei, seinen Arbeitnehmer zu unterrichten, und daß für den Arbeitnehmer, der keine Verfügung erhalten hat, die Zustellung an den Arbeitgeber ebenfalls rechtsgültig sei und die Beschwerdefrist auch für ihn in Gang setze, oder daß die Beschwerdefrist für den Arbeitnehmer zwingend zu laufen beginne, sobald er von der an den Arbeitgeber zugestellten Verfügung in irgendwelcher Weise Kenntnis erhalten hat (wie in dem von der Vorinstanz angerufenen Urteil [ZAK 1961, S. 414] beiläufig gesagt wurde).

Würde die Rechtsstellung des Arbeitgebers beim Bezug der Beiträge — wo er, wie gesagt, hinsichtlich des Arbeitnehmers Erfüllungsvertreter ist — mit der Rechtsstellung des Arbeitgebers und Arbeitnehmers bei der Feststellung der Schuld vermischt und der Arbeitgeber allein als Adressat der Verfügung betrachtet, so ergäben sich übrigens offensichtlich unhaltbare Rechtsfolgen: Der Arbeitnehmer käme niemals zur Beschwerde, wenn ihm sein Arbeitgeber die Verfügung vorenthielte, außer man würde einen systemwidrigen und zeitlich unsicheren Zustellungersatz für den Arbeitnehmer fordern, nämlich die Bekanntgabe der Verfügung durch den Arbeitgeber, deren Unterlassung die Rechtsmittelfrist nun doch nicht in Gang setzen würde. Hätte übrigens der Arbeitnehmer Kenntnis von der Verfügung erhalten, so müßte erst noch gefordert werden, daß er die an einen Dritten gerichtete Rechtsmittelbelehrung in abgeänderter Weise auf sich selber anwende. Eine solche Forderung ließe sich nicht etwa damit begründen, die Kenntnis des Rechtes sei vorauszusetzen; denn gerade die Rechtsmittelbelehrung macht, wegen der Wichtigkeit der im Spiele stehenden Interessen, insoweit eine Ausnahme.

2. Diese Überlegungen zeigen, daß beim Arbeitnehmer keine andern Voraussetzungen der Beschwerde gelten können als beim Arbeitgeber. Aus dem nahen Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer kann jedenfalls

rechtlich nichts Abweichendes abgeleitet werden. Abgesehen davon ist genügend bekannt, wieweit die Interessen der an einem Arbeitsverhältnis Beteiligten bei der Frage auseinandergehen können, ob paritätische Beiträge Rechtens seien oder nicht. Zivilprozessual gibt es übrigens Verhältnisse zwischen Parteien, die mindestens so nahe sind, ohne daß sie zur Eröffnung des Urteils nur an einen der Beteiligten berechtigten (vgl. z. B. hinsichtlich der Streitgenossen Leuch, Kommentar zur bernischen ZPO, N 1, am Ende, zu Art. 338).

Auch der Begriff des «Mitinteressenten» führt zu keinem andern Ergebnis. Mitinteressent ist derjenige Arbeitgeber oder Arbeitnehmer, der infolge Unterlassung eines eigenen Rechtsmittels nicht Partei im Verfahren ist, aber trotzdem Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten muß, da der Ausgang des Streites ihn ebenfalls betrifft. Derjenige, der mangels Eröffnung der Verfügung an ihn kein Rechtsmittel eingereicht hat, käme nur dann zum Wort, wenn der andere Betroffene an den Richter gelangte. Außerdem setzt der Begriff des Mitinteressenten klar voraus, daß die Parteifrage vorher endgültig beantwortet sei.

Unbehelflich ist schließlich der Hinweis der Vorinstanz, daß Art. 84, Abs. 1, zweiter Satz, AHVG Beschwerdelegitimierte nenne, denen die Verfügung niemals zugestellt wird (Blutsverwandte in auf- und absteigender Linie sowie Geschwister des Rentenansprechers). Diese Personen haben, im Gegensatz zum Arbeitnehmer, nicht eigene AHV-Rechte zu vertreten und sind daher nicht Betroffene. Es wird ihnen lediglich ein gesetzliches Parteirecht im Rahmen der Rechte des Rentenansprechers eingeräumt.

3. In Präzisierung früherer Urteile ist somit festzustellen, daß Verfügungen im Gebiete der paritätischen Beiträge grundsätzlich sowohl dem Arbeitgeber wie dem Arbeitnehmer zu eröffnen sind, und daß die Beschwerdefrist für den Arbeitnehmer erst mit der Eröffnung der an ihn gerichteten Verfügung zu laufen beginnt. Wohl ist ein Arbeitnehmer berechtigt, Beschwerde zu erheben, wenn er von der einzig dem Arbeitgeber zugestellten Verfügung durch diesen Kenntnis erhielt; er kann aber auch zuwarten, bis die Zustellung an ihn nachgeholt ist. Die bereits zitierten Erwägungen (ZAK 1961, S. 414), die übrigens damals für den Ausgang des Verfahrens ohne Bedeutung waren, können nur in diesem Sinne aufrechterhalten werden.

Von der Pflicht der Ausgleichskasse, Verfügungen über paritätische Beiträge außer dem Arbeitgeber auch dem Arbeitnehmer zu eröffnen, gibt es allerdings Ausnahmen. Es geht um diejenigen Arbeitsverhältnisse, wo der Ausgleichskasse die Zustellung von Verfügungen an die Arbeitnehmer nicht zugemutet werden kann, z. B. wegen der großen Zahl der Arbeitnehmer. Diese praktische Rücksichtnahme verändert aber die Rechtsverhältnisse in keiner Weise; sie hat lediglich zur Folge, daß mangels Zustellung einer Verfügung an die Arbeitnehmer diese grundsätzlich zur Beschwerde berechtigt bleiben, auch wenn der Arbeitgeber keine Beschwerde erhob. Die nur dem Arbeitgeber zugestellte Verfügung, der es deswegen an der vollen Rechtskraftwirkung fehlt, bleibt in der Schwebe. Dieser Zustand kann allerdings nicht unbeschränkt dauern (ebensowenig wie im Regelfall, wenn die Zustellung an den Arbeitnehmer zu Unrecht unterblieb). Es ist denkbar, daß dem Zustand der Unsicherheit im Prinzip — unter Vorbehalt einer Sonderlösung im Falle des Rechtsmißbrauches — die Verwirkungsnormen von

Art. 16 AHVG ein Ende setzen. Doch braucht heute der Frage, zu welchem Zeitpunkt eine nur dem Arbeitgeber zugestellte Verfügung die volle Rechtskraftwirkung erreicht, nicht weiter nachgegangen zu werden.

4. Im vorliegenden Falle hätte die Ausgleichskasse die Verfügung vom 13. August 1964, in der sie paritätische Beiträge forderte, gleichzeitig auch dem als Arbeitnehmer qualifizierten Berufungskläger mit entsprechender Rechtsmittelbelehrung zustellen sollen. Da die Ausgleichskasse das unterließ, begann für den Berufungskläger die Beschwerdefrist erst zu laufen, nachdem die Zustellung an ihn am 1. Oktober 1964 nachgeholt worden war. Es kann nicht angenommen werden, daß die nur dem Arbeitgeber zugestellte Verfügung vom 13. August 1964 bereits volle Rechtskraftwirkung erreicht hatte. Demzufolge erweist sich die vom Berufungskläger am 28. Oktober 1964, d. h. innert 30 Tagen seit Zustellung der Verfügung vom 1. Oktober 1964 erhobene Beschwerde als rechtzeitig. Die Sache ist somit in Aufhebung des angefochtenen Nichteintretensentscheides an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie die Beschwerde materiell behandle.

Invalidenversicherung Eingliederung

Urteil des EVG vom 9. November 1965 i. Sa. A. und R. S.

Art. 12 IVG. Während begrenzter Zeit wiederholte Vorkehren zur Behebung neurotischer Störungen eines Jugendlichen, die Ursache eines Sprachfehlers bilden, stellen Eingliederungsmaßnahmen medizinischer Art dar, sofern das Leiden ohne Behandlung zu einem dauernden Defektzustand führen und die Ausbildung oder die spätere Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen würde.

Die beiden Versicherten, geboren 1955 und 1959, wurden anfangs Oktober 1964 wegen Sprachstörungen (Stottern und Stammeln) zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet. In ihren Berichten vom 16. November 1964 verneinte die Abteilung für Sprachstörungen einer Universitäts-Ohrenklinik das Vorliegen von Geburtsgebrechen; sie empfahl eine ambulante psychotherapeutische Behandlung und anschließend eine Sprachheilbehandlung in einem Heim. Die IV-Kommission lehnte es ab, die psychotherapeutischen Behandlungen zu übernehmen; hingegen erklärte sie sich bereit, einen Beitrag an die nachfolgende Sprachheilschulung zu gewähren, sofern sie sich noch als notwendig erweisen sollte. Diese Beschlüsse wurden dem Vater der Versicherten durch Verfügungen vom 10. Februar 1965 eröffnet.

Eine Beschwerde mit dem Begehren, die Kosten der bereits Ende Oktober 1964 begonnenen Psychotherapie der IV zu belasten, wies die kantonale Rekurskommission durch Entscheid vom 5. Mai 1965 ab.

Den kantonalen Rekursentscheid hat der Vater der Versicherten unter Erneuerung seines Beschwerdebegehrens durch Berufung an das EVG weitergezogen. Er macht geltend, daß Geburtsgebrechen vorlägen und legt ein Zeugnis der Ärztin auf, in dem erklärt wird, die Disposition zu den Sprach-

störungen sei angeboren, wenn diese auch erst im dritten Lebensjahr der Versicherten manifest geworden seien. Die Ausgleichskasse enthält sich einer Stellungnahme. In seinem Mitbericht beantragt das BSV die Abweisung der Berufung.

Das EVG hieß die eingereichte Berufung im Sinne folgender Erwägungen gut:

1. Gemäß Art. 13 IVG haben Versicherte Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen, sofern diese Gebrechen ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Maßnahmen gewährt werden. Die bundesrätliche Verordnung über Geburtsgebrechen vom 10. August 1965 (GgV), die seit dem 1. September 1965 gilt, enthält die entsprechende Liste; Art. 1, Abs. 1, GgV bestimmt gleichzeitig, daß die Veranlagung zu einem Leiden nicht als Geburtsgebrechen gelte (eine gleichlautende Bestimmung enthielt auch die bis zum 1. September 1965 geltende Verordnung).

In ihren Berichten vom November 1964 verneinte die Abteilung für Sprachstörungen der Universitäts-Ohrenklinik das Vorliegen von Geburtsgebrechen. Auch das mit der Berufung aufgelegte Zeugnis der Ärztin Dr. X. führt zu keinem andern Schluß, wird doch dort lediglich erklärt, die Disposition zu den Sprachstörungen sei angeboren. Das BSV führt in seinem Mitbericht überdies aus, daß selbst dann, wenn eine gewisse Veranlagung zum Stottern vererbt sei, exogene Momente in bedeutendem Maße zur neurotischen Grundlage einer Sprachstörung beitragen. Das Stottern beruhe auf einer psychogenen Störung beim Zusammenwirken der für den Sprechakt wichtigen muskulären Funktionen der Atmung, der Artikulation und der Phonation. In der Regel zeige sich das Stottern erst geraume Zeit nach dem normalen Erlernen der Sprache, wenn auch auf Grund starker Erlebnisse (Schreck, Angst, Konflikte) oder Erziehungsfehler sich eine entsprechende neurotische Störung abbahne.

Den beiden Versicherten stehen daher keine Leistungen gemäß Art. 13 IVG zu.

2. ... (Erwägungen über die Tragweite von Art. 12 IVG bei Minderjährigen; vgl. u. a. ZAK 1965, S. 444, Erwägung 3).

3. Die hier in Frage stehenden psychotherapeutischen Behandlungen dienen der Behebung von neurotischen Störungen, auf denen das Stottern der Versicherten beruht. Solche Störungen können zu einem Defektzustand führen, der unter Umständen sogar irreparabel ist. Möglicherweise sind daher die neurotischen Störungen der beiden Versicherten nur während einer gewissen Zeitspanne ihrer psychischen Entwicklung heilbar; es ist auch nicht ausgeschlossen, daß sie bei längerem Bestehen immer weniger beeinflußt werden können und die Aussichten auf eine erfolgreiche Behandlung mit zunehmendem Alter geringer werden. Sind während begrenzter Zeit wiederholte medizinische Vorkehren geeignet, neurotische Störungen zu beheben, die ohne Behandlung zu einem dauernden Defektzustand führen und die die Ausbildung oder die spätere Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen, dann handelt es sich um Eingliederungsmaßnahmen gemäß Art. 12 IVG, auch wenn heute labiles pathologisches Geschehen vorliegt. Nach den Darlegungen in EVGE 1962, S. 324 (ZAK 1963,

S. 177) ist im übrigen der Begriff der begrenzten Zeit Jugendlichen gegenüber nicht eng auszulegen.

Auf Grund der vorliegenden Akten läßt sich jedoch nicht zuverlässig beurteilen, ob die Psychotherapie, der die beiden stotternden Versicherten unterzogen werden, gemäß Art. 12 IVG zu Lasten der IV geht. Zwar führt die Ärztin X. in einem Zeugnis vom 26. Mai 1965 aus, «es sollte im Hinblick auf die spätere Ausbildung und Erwerbstätigkeit nun wirklich dringend angestrebt werden, beide Kinder auch weiterhin normal zu schulen, was jedoch nur möglich ist mit Hilfe einer psychotechnisch gerichteten Behandlung der schweren Sprachstörungen». Indessen steht nicht eindeutig fest, ob mit der Behandlung einem sonst eintretenden Defektzustand zuvorgekommen werden kann. Die Darlegungen der Ärztin, daß die schweren Sprachstörungen eine langdauernde, regelmäßige Behandlung (durchschnittlich ein bis zwei Jahre) und später eine Nachbehandlung notwendig machen, geben auch nicht klar Auskunft darüber, ob zeitlich begrenzte Vorkehren im Sinne von Art. 2 IVV in Frage stehen.

Die Berufung ist somit in dem Sinne gutzuheißen, daß die Sache in Aufhebung der ergangenen Kassenverfügungen und des angefochtenen Rekursentscheides an die IV-Kommission zurückgewiesen wird. Diese hat die noch notwendigen Abklärungen durchzuführen und hierauf über die Ansprüche der Versicherten gemäß Art. 12 IVG erneut zu befinden.

4. . . .

Urteil des EVG vom 19. Oktober 1965 i. Sa. M. E.

Art. 21 IVG. Ein Versicherter hat dann Anspruch auf die Abgabe eines zweiten Hörgerätes, wenn bei binauralem Hören ein wesentlich besseres Resultat erreicht wird als bei monauralem Hören und der Versicherte infolge seiner Erwerbstätigkeit auf dieses bessere Hörvermögen angewiesen ist.

Der 1902 geborene Versicherte ist seit 1932 im Ausland als kaufmännischer Angestellter tätig. Mit Wirkung ab 1. Januar 1960 ist er der freiwilligen Versicherung beigetreten. Weil er unter einer beidseitigen Schallempfindungsstörung litt, ersuchte er die IV im September 1962 um Abgabe eines Hörgerätes. Mit Verfügung vom 8. April 1963 wurde ihm leihweise ein Hinterrohr-Hörgerät der Marke A zugesprochen. Nachdem später von einem Ohrenarzt festgestellt worden war, daß der Hörverlust zugenommen hatte, unternahm der Versicherte im Herbst 1964, anlässlich eines Besuches in der Schweiz, einen Versuch, vom monauralen zum binauralen Hören überzugehen, indem er links das bereits zugesprochene A-Gerät und rechts einen neuen Apparat der Marke B trug. Mit Eingabe vom 26. Oktober 1964 ersuchte der Sohn des Invaliden um Übernahme der Kosten des B-Apparates. Zur Begründung wurde geltend gemacht, die Umstellung habe zu einer wesentlichen Verbesserung des Hörvermögens und ferner zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit geführt. Die IV-Kommission wies das Gesuch am 23. November 1964 ab, weil der Versicherte «seinen Beruf auch ohne Anwendung eines zweiten Hörapparates zum binauralen Hören weiterhin ausüben» könne. Diesen Beschluß eröffnete die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 24. Dezember 1964.

Der Versicherte beschwerte sich und machte geltend, seine Berufstätigkeit stelle an das Hörvermögen besondere Anforderungen. Er müsse für seine Firma Aufträge hereinholen und Charterabschlüsse für die Schiffsabteilung tätigen. Mit Entscheidung vom 1. März 1965 wurde durch die zuständige Rekurskommission die Beschwerde abgewiesen mit der Begründung, es rechtfertige sich nicht, dem bereits 63jährigen Versicherten den zweiten Hörapparat zu gewähren.

Der Versicherte hat Berufung eingelegt. Er führt aus, sein Gehör habe sich so wesentlich verschlechtert, daß seine berufliche Stellung gefährdet gewesen wäre, wenn er nicht beide Hörhilfen benutzen würde. Die Ausgleichskasse schließt auf Abweisung der Berufung. Sie führt aus, die IV-Kommission und die Vorinstanz hätten angenommen, der zusätzliche Hörverlust sei nur geringfügig. Sollte hingegen, wie nunmehr behauptet werde, ein wesentlicher zusätzlicher Hörverlust feststellbar sein, so wäre erfahrungsgemäß mit einer raschen Progredienz des Leidens zu rechnen, sodaß auch durch Abgabe eines zweiten Gerätes nur eine kurzfristige Korrektur erreichbar wäre. In seinem Mitbericht wirft das BSV zunächst die Frage auf, ob ein allfälliger Anspruch gemäß Art. 78, Abs. 2, IVV verwirkt sei, verneint dies dann aber mit einer eingehenden Begründung. In materieller Beziehung enthält sich das Bundesamt für Sozialversicherung einer abschließenden Stellungnahme.

Einer Zuschrift des Sohnes des Versicherten vom 2. September 1965 ist u. a. zu entnehmen, daß sein Vater den umstrittenen Hörapparat am 1. Oktober 1964 «unter Vorbehalt der Übernahme durch die IV» anschaffte, wobei der Sohn die Zahlung des Kaufpreises garantierte.

Das EVG hieß die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG hat der Versicherte im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. Die Hilfsmittel werden in einfacher und zweckmäßiger Ausführung abgegeben (Art. 21, Abs. 2, IVG). In Art. 14, Abs. 1, IVV, der die Liste der Hilfsmittel enthält, werden unter anderem «Hörapparate» erwähnt (Buchst. d). Art. 15, Abs. 1, IVV ordnet ergänzend an, daß ein Hilfsmittel abgegeben wird, wenn der Versicherte für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit in seinem Aufgabenbereich, für seine Schulung, seine Ausbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung darauf hingewiesen ist.

2. Die IV gab dem Berufungskläger mit Verfügung vom 8. April 1963 leihweise ein Hinterohr-Hörgerät der Marke A ab. Umstritten ist, ob zusätzlich ein Apparat des Typs B zu gewähren sei, der dem Versicherten das binaurale Hören ermöglicht.

Bei der Beantwortung dieser Frage ist von der Tatsache auszugehen, daß der Berufungskläger gemäß Sprachaudiogramm vom 1. Oktober 1964 im «freien Schallfeld» bei binauralem Hören (d. h. bei Benützung des bereits zugesprochenen und des beanspruchten Gerätes) ein wesentlich besseres Resultat erreichte als bei monauralem Hören (d. h. bei bloßer Benützung des A-Apparates).

Ferner ist zu berücksichtigen, daß es bei einer Tätigkeit, wie der Versicherte sie ausübt, erfahrungsgemäß wichtig ist, den Gesprächspartner rasch zu verstehen, und zwar nicht bloß im großen und ganzen, sondern im Detail,

ja in der Nuance. Dies gilt umso mehr, wenn, wie hier, anzunehmen ist, der Versicherte müsse sich mehrerer Sprachen bedienen. Da der Berufungskläger und sein Sohn übereinstimmend und glaubhaft geltend machen, die Arbeitsfähigkeit habe infolge der zusätzlichen Benützung des B-Gerätes beachtlich zugenommen, kommt das Gericht angesichts aller Umstände zum Schluß, der Invalide sei auf das zweite Gerät aus beruflichen Gründen angewiesen. Das fortgeschrittene Alter ist kein entscheidender Grund gegen die Abgabe dieses Hilfsmittels, umso weniger, als das Gerät nur leihweise (Art. 15, Abs. 3, IVV) abzugeben ist. Dies ist trotz der bereits erfolgten Anschaffung möglich, weil der Versicherte den Apparat bloß unter dem Vorbehalt durch die IV angeschafft und den Kaufpreis noch nicht entrichtet hat, sondern vom Sohn lediglich garantieren ließ.

3. Auch in formeller Hinsicht steht dem Anspruch nichts entgegen. Zwar ist die in Art. 78, Abs. 2, IVV niedergelegte Ordnung grundsätzlich auch hier anwendbar, obschon der Berufungskläger Auslandschweizer ist und das Gerät nur unter Vorbehalt angeschafft hat. Doch sind dem Versicherten, wie das Bundesamt für Sozialversicherung zutreffend darlegt, wichtige Gründe für die vorzeitige Ingebrauchnahme zuzubilligen. Ferner wurde die Frist von sechs Monaten gewahrt.

Renten

Urteil des EVG vom 28. September 1965 i. Sa. H. L.

Art. 7, Abs. 1, IVG. Bei einem ehemals guten Arbeiter, dessen Invalidität hauptsächlich durch chronischen Alkoholismus verursacht wurde und bei welchem keine Anhaltspunkte dafür bestehen, daß er intelligenz- oder willensmäßig unfähig gewesen wäre, die möglichen Folgen seines Alkoholmißbrauchs erkennen zu können, liegt schweres Selbstverschulden vor, das bei der Rentenkürzung entsprechend zu berücksichtigen ist.

Der 1907 geborene Versicherte war seit 1951 am gleichen Arbeitsplatz als Transport- und Hilfsarbeiter tätig. Auf den 1. Juli 1964 mußte er vorzeitig pensioniert werden. Da der Arzt festgestellt hatte, die Invalidität sei hauptsächlich durch den chronischen Alkoholismus des Versicherten verursacht worden, kürzte die Versicherungskasse die Rente für die Zeit, für welche bei der Rentenfestsetzung mehr als 2 Kinder zu berücksichtigen sind um 5 Prozent, für die folgende Zeit um 10 Prozent. Die IV-Kommission beschloß am 18. Dezember 1964, dem Versicherten vom 1. Juli 1964 an eine ganze einfache Invalidenrente sowie 5 Zusatzrenten für die Ehefrau und 4 Kinder zu gewähren. Die einfache Rente wurde auf Grund von Art. 7 IVG um 20 Prozent gekürzt. Gegen die entsprechende Verfügung vom 21. Januar 1965 erhob der Versicherte Beschwerde. Die kantonale Rekurskommission kam zum Schluß, der Versicherte sei einsichtslos gewesen und habe seine Invalidität grobfahrlässig herbeigeführt, doch sei zu berücksichtigen, daß sich die Arbeitgeberin relativ spät des Versicherten angenommen hatte. Es sei angemessen, die Kürzung auf 10 Prozent festzusetzen.

Das EVG hat die hiegegen erhobene Berufung des BSV, mit welcher eine Kürzung der Rente um 40 Prozent beantragt wurde, mit folgender Begründung gutgeheißen:

1. Gemäß Art. 7, Abs. 1, IVG können die Geldleistungen dauernd oder vorübergehend verweigert, gekürzt oder entzogen werden, wenn der Versicherte «die Invalidität vorsätzlich oder grobfahrlässig» oder bei Begehung «eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert» hat.

Ein Versicherter, der den üblichen Bildungsgrad aufweist, vermag bei pflichtgemäßer Sorgfalt in der Regel zu erkennen, daß jahrelanger übermäßiger Konsum geistiger Getränke die Gefahr ernstlicher Gesundheitsschädigung und damit das Risiko vorzeitiger Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit in sich schließt. Wenn er die Gefahr trotz dieses Wissens in Kauf nimmt, hat er den allfällig eintretenden Schaden grobfahrlässig im Sinne von Art. 7, Abs. 1, IVG herbeigeführt, sofern das schuldhafte Verhalten zumindest eine adäquate Ursache der Invalidität ist (EVGE 1962, S. 101; ZAK 1962, S. 438).

2a. Vom Arzt wurde am 28. November 1963 über den Zustand des Versicherten folgende Diagnose gestellt: «Chronischer Aethylismus mit Leberschaden. Normocardes Vorhofflimmern bei Kardiopathie unklarer Genese. Adipositas». Ferner wurde vermerkt, der Patient sei «seit Jahren als Alkoholiker bekannt». Der Leberschaden sei «nicht erheblich und hätte bei völliger Alkoholabstinenz eine gute Prognose». Die Aetiologie der Kardiopathie sei unklar. Ob es sich um eine vorzeitige Kardiosklerose oder um einen aethylischen Schaden handle, sei schwer zu entscheiden. Die Adipositas sei anamnestisch sicher rein alimentär bedingt.

Nachdem am 9. Januar 1964 der Versicherte zu einer Entwöhnungskur in eine Trinkerheilstätte eingetreten war, diese aber am 21. März 1964 vorzeitig und eigenmächtig verlassen hatte und sich in der Folge weigerte, die Kur zu wiederholen, teilte der Arzt dem Arbeitgeber u. a. folgendes mit:

«Die Pensionierung ist medizinisch bedingt gerechtfertigt. Eine Kontrolluntersuchung durch den Vertrauensarzt ist nicht notwendig. Wir stützen uns auf den Spitalbericht vom 28. November 1963. Der chronische Alkoholismus stellt die Hauptursache der vorzeitigen Invalidität dar. Des Herzleidens wegen, das eventuell auch mit dem chronischen Alkoholismus im Zusammenhang steht, hätte er noch auf einem Schonposten weiterbeschäftigt werden können».

b. Da der andauernde Alkoholabusus unter normalen Umständen an sich schon grobfahrlässig im Sinne von Art. 7, Abs. 1, IVG ist, muß auf Grund des medizinischen Befundes und der persönlichen Verhältnisse des Versicherten angenommen werden, der Versicherte habe seine Invalidität grobfahrlässig herbeigeführt. Daß sein Herzleiden möglicherweise nicht auf den Alkoholmißbrauch zurückgeht, vermag diese Beurteilung nicht zu ändern, zumal der Versicherte, hätte er lediglich unter den Herzbeschwerden gelitten, einen Schonposten hätte versehen können. In der Berufungsantwort wird die grobe Fahrlässigkeit vergeblich bestritten. Abgesehen davon, daß diese Behauptung mit dem Antrag, der auf Bestätigung des vorinstanzlichen Urteils lautet, im Widerspruch steht — auch die kantonale Rekursbehörde war zum Schluß gekommen, es liege ein dauernd grobfahrlässiges Verhalten vor — ist nicht erwiesen, daß der Berufungsklagte intelligenz- oder willensmäßig unfähig gewesen wäre, die möglichen Folgen seines Verhaltens vorauszusehen oder

dementsprechend zu handeln. Da er als tüchtiger, zuverlässiger Arbeiter geschätzt war, ist vielmehr überwiegend wahrscheinlich, daß er bei pflichtgemäßer Sorgfalt und bei Einsatz derjenigen Willenskraft, die von ihm erwartet werden muß, fähig gewesen wäre, seine Sucht rechtzeitig als gesundheitsschädlich zu erkennen und sie erfolgreich zu bekämpfen, vor allem auch deshalb, weil er familiär, beruflich und ökonomisch in geordneten Verhältnissen lebte. Zu prüfen bleibt somit, in welchem Ausmaß die ganze einfache Rente des Invaliden zu kürzen sei.

c. In diesem Punkt muß insbesondere auf die aktenkundige Einsichtslosigkeit und Unaufrichtigkeit des Berufungsbeklagten hingewiesen werden. Z. B. verpflichtete er sich am 20. November 1963 schriftlich zur Abstinenz; 10 Minuten später saß er in einem Restaurant bei einer Flasche Bier. Symptomatisch war ferner das eigenmächtige vorzeitige Abbrechen der Entwöhnungskur. Wenn in der Berufungsantwort geltend gemacht wird, zu dieser Handlung sei der Versicherte durch «die offenbar sehr stark religiös gefärbte Hausordnung» veranlaßt worden, so erscheint dies als nachträgliche Ausflucht; denn aus den bei den Akten liegenden Schreiben des Arbeitgebers — der sich übrigens in beachtenswerter Weise um seinen Untergebenen kümmerte — geht hervor, daß der Versicherte in der Trinkerheilstätte «gut aufgehoben und aufgenommen» war und seinem Chef brieflich einen positiven ersten Eindruck von der Anstalt mitgeteilt hat. Der Umstand, daß der Arbeitgeber erst im Jahre 1962, nach einer Intervention der Ehefrau, einschritt, vermag den Versicherten nicht zu entlasten. Da der Versicherte ein guter Arbeiter war, bestand kein betrieblicher Grund, etwas vorzukehren. Die Entscheidung der Frage, ob und gegebenenfalls wann trotzdem eingegriffen werden sollte, war in menschlicher und auch rechtlicher Beziehung derart heikel, daß sich der Versicherte wegen des Zuwartens seines Arbeitgebers jedenfalls nicht entlasten kann. Daß die Ehefrau ein Verschulden träge, ist nicht anzunehmen; sie erfüllte ihre nicht leichte Aufgabe offensichtlich nach bestem Können. Mehr Gewicht hätte an sich die Behauptung, der Versicherte stamme aus einer Trinkerfamilie und sei erblich schwer belastet. Indessen findet sich in den Akten kein Nachweis, daß seine Selbstverantwortung dadurch beachtlich eingeschränkt gewesen wäre.

d. Berücksichtigt man diese Umstände, so kann die von der Vorinstanz angeordnete Kürzung von 10 Prozent nicht als angemessen betrachtet werden. Auch die Kürzung um 20 Prozent, wie sie von der IV-Kommission beschlossen wurde, entspricht nicht der Schwere des Verschuldens. Demgegenüber wird die vom BSV beantragte Kürzung von 40 Prozent den Verhältnissen und der Praxis der IV besser gerecht (vgl. dazu auch EVGE 1962, S. 101; ZAK 1962, S. 438, wo die Kürzung auf 50 Prozent festgesetzt wurde). Daß die Pensionskasse die Rente bloß um 5 Prozent bzw. 10 Prozent gekürzt hat, ist in erster Linie auf Kommiserationsgründe zurückzuführen. Nach ihrer Praxis — die weitgehend auf das Arbeitsverhältnis Rücksicht nimmt — wäre an sich eine Kürzung von 20 Prozent anscheinend angezeigt gewesen. Zudem ist zu bedenken, daß von dieser Kürzung die ganze Leistung betroffen wird, während die Zusatzrenten der IV nicht geschmälert werden. Schließlich muß im Rahmen von Art. 7 IVG angemessen berücksichtigt werden, daß die gemäß Art. 78 IVG zu leistenden Beiträge der öffentlichen Hand an die Versicherung, die zu den

Arbeitgeberbeiträgen hinzutreten, die Hälfte der jährlichen Ausgaben der IV ausmachen. Damit und mit dem im Sozialversicherungsrecht enthaltenen Solidaritätsgedanken wäre es nicht vereinbar, die dem Entscheid der Pensionskasse zugrundeliegende Würdigung auf den vorliegenden Fall zu übertragen.

3. Sollte sich der Berufungsbeklagte nachträglich noch einer Entwöhnungskur unterziehen und sollten alsdann andere Faktoren der Verursachung oder Schätzung der Invalidität in den Vordergrund treten, so kann die Kürzungsfrage später neu geprüft werden (Art. 41 IVG).

Urteil des EVG vom 18. Oktober 1965 i. Sa. P. M.

Art. 35, Abs. 1, IVG und Art. 31 IVV. Die eine Invalidenrente beziehende Mutter hat für ihre ehelichen Kinder auch nach der Scheidung Anspruch auf einfache Kinderrenten, sofern die Scheidung der Ehe und die Nichtverpflichtung der Mutter zur Leistung von Unterhaltsbeiträgen an die Kinder auf die gleichen Ursachen zurückgehen, die seinerzeit zum Anspruch auf die Invalidenrente und die Kinderrente geführt haben.

Die 1931 geborene und verheiratete Versicherte meldete sich im April 1961 zum Bezuge von Leistungen der IV an. Auf Grund von geistigen Störungen wurde sie als invalid erachtet, weshalb ihr vom 1. März 1960 an eine ganze einfache Invalidenrente sowie Zusatzrenten für ihre vier ehelichen Kinder zugesprochen wurden.

Am 16. Oktober 1964 löste das Zivilgericht die Ehe auf Klage des Ehemannes hin gemäß Art. 141 ZGB auf. Im Scheidungsurteil wurden die Kinder dem Vater zugesprochen. Die Mutter wurde zu keinerlei Beiträgen an die Kosten des Unterhalts und der Erziehung im Sinne von Art. 156, Abs. 2, ZGB verpflichtet; der ausschlaggebende Grund dafür lag in der Mittellosigkeit der Versicherten, weshalb auch der Ehemann gemäß Art. 152 ZGB zur Bezahlung eines Unterhaltsbeitrages verurteilt wurde.

Nachdem die Ausgleichskasse von der Scheidung und vom Gesuch des Vaters, die Kinderrenten ihm auszubezahlen, Kenntnis erhalten hatte, war sie der Ansicht, daß die Voraussetzungen für den weiteren Bezug dieser Renten infolge der Scheidung und der Nichtverpflichtung der Mutter zu Beitragsleistungen nicht mehr erfüllt seien. Die kantonale Rekurskommission bestätigte diese Kassenverfügung, gegen welche sich der Vater beschwert hatte.

Das EVG hieß die vom Vater eingereichte Berufung aus folgenden Gründen gut:

1. ...

2. Gemäß Art. 35, Abs. 1, IVG hat der Rentenberechtigte für jedes Kind, das im Falle seines Todes eine Waisenrente der AHV beziehen könnte, Anspruch auf eine Zusatzrente. Nun aber haben eheliche Kinder, deren Mutter stirbt, grundsätzlich Anspruch auf eine einfache Waisenrente; Art. 48, Abs. 1, AHVV geht nämlich von der Vermutung aus — sie wurde von der Rechtsprechung als wohl begründet bestätigt (EVGE 1958, S. 202; ZAK 1958, S. 335 und EVGE 1960, S. 99; ZAK 1960, S. 388) — daß dem Kind infolge dieses Todes erhebliche materielle Nachteile erwachsen, so wie sie Art. 25, Abs. 1,

AHVG verlangt. Dieser Anspruch ist jedoch zwei Einschränkungen unterworfen; die erste betrifft die Waisen, deren Vater sich wieder verheiratet (Art. 48, Abs. 2, AHVV); die zweite die Kinder aus geschiedener Ehe (Art. 48, Abs. 3, AHVV). — Inbezug auf den Anspruch der invaliden Mutter auf Zusatzrenten für ihre ehelichen Kinder erklärt Art. 31 IVV ausdrücklich Art. 25, Abs. 1, AHVG und Art. 48, Abs. 1 und 3, AHVV als anwendbar.

Es ist im vorliegenden Fall nicht bestritten, daß die Mutter der Kinder, die seit 1960 eine Invalidenrente bezieht, während der Ehe Anspruch auf Zusatzrenten im Sinne der erwähnten Bestimmungen erworben hat. Denn, damit ein Anspruch auf Leistungen entstehen kann, wird verlangt, was grundsätzlich auch genügt, daß alle Voraussetzungen dazu beim Eintritt des Versicherungsfalles erfüllt sind. Es ist aber nicht die Entstehung des Anspruches auf die Zusatzrenten, sondern ihr Erlöschen, welches Gegenstand der Streitfrage bildet.

3. Wenn ein Anspruch auf Leistung entstanden ist, dauert er in der Regel so lange fort, als nicht von vorneherein ein vom Gesetz bestimmter Termin erreicht wird oder nicht ein gesetzlicher Grund für das Erlöschen dieses Anspruches eintritt. Ein solcher Grund kann nur in einer ausdrücklichen Gesetzesbestimmung oder, in bestimmten Fällen, in den Gründen selbst, die zu den in Frage stehenden Leistungen führten, enthalten sein.

Weder das IVG noch die dazugehörige Verordnung sehen bezüglich des Erlöschens des Anspruches auf Zusatzrenten für Kinder eine eigene Bestimmung vor. Art. 31 IVV regelt einzig den Beginn des Anspruches in den zwei Fällen, in denen die Mutter ehelicher Kinder im Zeitpunkt der Entstehung ihrer Invalidenrenten entweder verheiratet oder geschieden ist. Der Fall, in welchem die Ehefrau nach der Entstehung der Invalidenrenten scheidet, ist hingegen nicht geregelt. Dies kommt offenbar daher, daß Art. 48, Abs. 3, AHVV nur die Voraussetzungen des Anspruches auf Waisenrenten des ehelichen Kindes, dessen Mutter nach der Scheidung stirbt, ordnen kann, da der Anspruch des Kindes, dessen Mutter während der Ehe gestorben ist, in Art. 48, Abs. 1, AHVV endgültig geregelt ist (vorbehalten bleibt Abs. 2 dieses Art., falls der Vater sich wieder verheiratet). Der französische Text von Art. 31 IVV spricht offensichtlich zu Unrecht von Anspruch auf Zusatzrenten der «femme mariée»; wie sich der deutsche und italienische Text ausdrücken, handelt es sich in beiden erwähnten Fällen um «die Mutter ehelicher Kinder».

Dagegen ist es klar, daß die in Art. 25, Abs. 2, AHVG erwähnte Altersgrenze ebenfalls im Rahmen von Art. 35, Abs. 1, IVG Gültigkeit hat, obwohl Art. 31 IVV nur den ersten Absatz von Art. 25 AHVG zitiert. Ebenso kann wohl kaum in Zweifel gezogen werden, daß die Gründe für das Erlöschen der Waisenrente, wie die Adoption des Kindes durch einen Dritten (EVGE 1954, S. 208; ZAK 1954, S. 433) oder die Heirat der Tochter (EVGE 1965, S. 22; ZAK 1965, S. 371), auch auf die Zusatzrenten anwendbar sind; diese Gründe sind nämlich in jenen, die zum Anspruch auf Leistung geführt haben, enthalten.

Kann außerdem aus Art. 35, Abs. 1, IVG — der die Voraussetzungen für die Gewährung von Zusatzrenten, jedoch nicht die Gründe für deren Erlöschen festsetzt — der Grundsatz abgeleitet werden, daß der Anspruch auf Zusatzrenten in dem Augenblick erlöscht, von dem an beim Tod des Bezügers der Invalidenrenten kein Anspruch auf eine Waisenrente mehr entstehen würde?

Diese Frage mag offen bleiben. Einerseits wird allgemein anerkannt, daß ein solcher Grundsatz stoßend wirken würde, wenn er auf einen Fall angewendet wird, in welchem die Scheidung und die Nichtverpflichtung der Mutter zu Unterhaltsbeiträgen an ihre Kinder auf die gleichen Ursachen zurückgehen, die seinerzeit zum Anspruch auf die Invalidenrente der Mutter und die Kinderrenten geführt haben. Andererseits sind diese Zusatzrenten, obwohl der Anspruch auf sie der Invaliden zusteht, nichts desto weniger für den Unterhalt und die Erziehung der Kinder selbst bestimmt; nun aber besteht, vom Standpunkt der Kinder aus gesehen, der eigentliche Grund, der zum Bezug dieser Renten führte, auch nach der unten den erwähnten Umständen ausgesprochenen Scheidung fort.

In Anbetracht der gesetzlichen Bestimmungen, die weder von vorneherein noch aus einem zwingenden Grunde eine andere Lösung aufdrängen, wenigstens nicht für die besondern Umstände des vorliegenden Falles, hat die Berufungsinstanz folglich keinen hinreichenden Grund, die von der Aufsichtsbehörde vorgeschlagene Lösung — die der Billigkeit entspricht — als mit dem Gesetz in Widerspruch stehend zu erklären, und deshalb zurückzuweisen. Daher muß die Berufung gutgeheißen und der Anspruch auf Zusatzrenten auch nach der Scheidung anerkannt werden. Demzufolge wird die Ausgleichskasse die Zahlung der Renten rückwirkend auf den Zeitpunkt ihrer Aufhebung hin wieder aufzunehmen haben. — Ganz allgemein muß aber festgehalten werden, daß der in Art. 35, Abs. 1, IVG enthaltene einfache Hinweis auf die Waisenrenten der AHV einige wesentliche Fragen unentschieden läßt, und es daher sehr wünschenswert wäre, daß der Gesetzgeber die nötige Klarheit schaffen würde.

4. Das BSV schlägt außerdem vor, daß die Ausgleichskasse mit den notwendigen Maßnahmen beauftragt werden soll, damit die Renten zu Gunsten der Kinder, denen sie zustehen, verwendet werden.

Daß die Zusatzrenten für Kinder ausschließlich für den Unterhalt und die Erziehung der Kinder bestimmt sind, ist von der Rechtsprechung anerkannt (EVGE 1964, S. 264; ZAK 1965, S. 390). Nun steht aber fest, daß die Mutter, welcher die Kinder nicht zugesprochen wurden und die auch keine Unterhaltsbeiträge bezahlen muß, diese Renten nicht zweckentsprechend verwenden könnte. Art. 50 IVG, Art. 45 AHVG und Art. 76 AHVV fordern deshalb in klarer Weise, daß dem Gesuch des Vaters der Kinder entsprochen wird und daß die Ausgleichskasse die Zahlung der Zusatzrenten zu seinen Händen vornimmt.

Urteil des EVG vom 22. September 1965 i. Sa. A. J.

Art. 41, Abs. 2, IVG. Die dreijährige Frist, innert welcher eine Revision des IV-Rentenanspruchs jederzeit durchgeführt werden kann, beginnt im Zeitpunkt des Erlasses der ersten Rentenverfügung zu laufen.

Um festzustellen, ob der Versicherte Anspruch auf IV-Leistungen hat, muß der Richter auf die zur Zeit des Erlasses der Kassenverfügung maßgebenden Verhältnisse abstellen.

Der 1902 geborene Versicherte, der als Bergbauer und Bauarbeiter tätig gewesen war, meldete sich im März 1960 zum Leistungsbezug bei der IV. Der

Arzt teilte der IV-Kommission in einem Bericht vom 24. Juli 1960 mit, der an einem schweren Herzschaden leidende Versicherte sollte sein Bergheimwesen mit einem landwirtschaftlichen Betrieb in ebenem Gelände tauschen können, wo Arbeit in reduziertem Maße möglich wäre; die zusätzliche Betätigung als Bauarbeiter komme nicht mehr in Frage. Die IV-Regionalstelle äußerte die Ansicht, ein Domizilwechsel falle kaum in Betracht; auch die Vermittlung leichterer Arbeit erscheine als wenig aussichtsreich. Daraufhin prüfte die IV-Kommission die Rentenfrage und kam am 29. März 1961 zum Schluß, daß der Versicherte seit 1. Januar 1960 (Inkrafttreten der IV) bleibend zu 70 Prozent invalid sei; nach Ablauf dreier Jahre sei eine Revision in Aussicht zu nehmen. Durch Verfügung vom 12. Juli 1961 sprach die Ausgleichskasse dem Versicherten eine ganze Invalidenrente mit Zusatzrenten für Frau und Kinder zu.

Am 29. Juni 1964 stellte die Ausgleichskasse bei der IV-Kommission das Begehren, es sei die Rentenrevision durchzuführen. Die IV-Kommission brachte in Erfahrung, daß der Versicherte im Jahre 1963 und im ersten Halbjahr 1964 als Gärtner, als Hilfwegknecht und als Arbeiter in einer zur Besichtigung offenen Höhle ein Einkommen von insgesamt 8 187 Franken erzielt hatte. Gestützt hierauf entschied die IV-Kommission am 14. Oktober 1964, die Invalidität des Versicherten betrage nur noch 50 Prozent. Durch Verfügung vom 22. Oktober 1964 sprach die Ausgleichskasse dem Versicherten vom 1. November 1964 an statt der ganzen eine halbe Rente mit den entsprechenden Zusatzrenten zu.

Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies die kantonale Rekursbehörde durch Entscheid vom 1. März 1965 ab.

Den kantonalen Rekursentscheid hat der Versicherte durch Berufung an das EVG weitergezogen mit dem Begehren, es sei ihm weiterhin die ganze Rente auszurichten. Zur Begründung seines Antrages führt er im wesentlichen aus, die Arbeit in der Höhle sei saisonbedingt und wegen seines schweren Herzleidens unzumutbar. Als Hilfwegknecht habe er laut Ausweis in der Zeit vom 1. Juli 1964 bis 31. März 1965 nur 1 613 Franken verdient. Ohne Invalidität könnte er als Schreiner- und Sägereiarbeiter ein Jahreseinkommen von 12 000 Franken bis 13 000 Franken erzielen.

Das EVG hat die Berufung mit folgender Begründung abgewiesen:

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, Abs. 1, IVG). Die Bemessung der Invalidität kann während der ersten drei Jahre nach Festsetzung der Rente jederzeit, in der Folge nur noch auf das Ende jedes dritten Jahres überprüft werden. Weist jedoch der Rentenberechtigte nach, daß sich sein Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert hat, oder werden Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt, so wird die Überprüfung auch innerhalb der dreijährigen Frist vorgenommen (Art. 41, Abs. 2, IVG).

2. In einem Urteil (s. ZAK 1966, S. 55) hat das Gericht dem Sinne nach erkannt, daß die dreijährigen Perioden des Art. 41, Abs. 2, IVG — und zwar nicht nur die jeweils ersten drei Jahre — von der Eröffnung der ersten Rentenverfügung an zu laufen beginnen. Maßgebend ist nicht der erste Beschluß der IV-Kommission, der zuhanden der verfügenden Ausgleichskasse ergeht.

Die IV-Kommission befindet nur über ein Element des Rentenanspruches, d. h. den Invaliditätsgrad, während im übrigen die Bestimmung der Rente Sache der Ausgleichskasse ist. Überhaupt vermag nach verwaltungsrechtlicher Lehre und Praxis ein Verwaltungsakt keine Rechtswirkungen zu entfalten, bevor er eröffnet worden ist (vgl. z. B. Imboden, Verwaltungsrechtsprechung, 2. Auflage, S. 331). Demnach ist allgemein und entgegen bisheriger, abweichender Judikatur, die auf die Zeit des Beschlusses der IV-Kommission abstellte, vom Richter im IV-Prozeß zu prüfen, was zur Zeit des Erlasses der Kassenverfügung Rechtens war.

3. Es erhebt sich heute die Frage, was vorgekehrt werden muß, um die dreijährige Frist von Art. 41, Abs. 2, IVG einzuhalten. Verlangt der Versicherte die Revision, so genügt es, daß das Begehren um Einleitung des Verfahrens am letzten Tag der Frist gestellt wird (soweit diesem Punkt überhaupt praktische Bedeutung zukommt, nachdem bei wesentlicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes die Überprüfung der Rente auch innerhalb einer dreijährigen Periode vorgenommen wird). Im Gebiet der obligatorischen Unfallversicherung wird vom Versicherten, der eine Rentenrevision anbegehrt, ebenfalls bloß gefordert, daß er vor Ablauf der dreijährigen Frist von Art. 80 KUVG ein entsprechendes Gesuch stelle (s. EVGE 1942, S. 7).

Genügt aber für die Wahrung der Revisionsfrist ein am letzten Tag einer dreijährigen Periode von Art. 41, Abs. 2, IVG gestelltes Begehren des Versicherten, dann kann auch für die Anhebung eines Revisionsverfahrens von Amtes wegen nur verlangt werden, daß die Organe der IV spätestens am letzten Tag einer dreijährigen Periode die Überprüfung der Rente eingeleitet haben. Es widerspricht dem verfahrensrechtlichen Grundsatz gleicher Behandlung der Beteiligten, wenn bei einer Revision von Amtes wegen vor Ablauf einer solchen Periode bereits die Revisionsverfügung ergehen müßte. In diesem Zusammenhang ist vor allem zu beachten, daß ein Revisionsverfahren in der Regel eingehende Abklärungen, u. a. die Einholung ärztlicher Berichte, erfordert, ohne daß die hierfür notwendige Zeit auch nur einigermaßen zuverlässig abgeschätzt werden kann. Die IV, die über keinen eigenen, zu Untersuchungen befugten ärztlichen Dienst verfügt, ist zudem auf die Mithilfe praktizierender, oft überlasteter Ärzte angewiesen.

Immerhin kann eine Revision formell nur dann als eingeleitet gelten, wenn aktenmäßig feststeht, daß die Organe der IV Vorkehren im Hinblick auf die Überprüfung einer Rente getroffen haben. Eine solche Vorkehr stellt auch ein Begehren der Ausgleichskasse an die IV-Kommission dar, die Rentenrevision an die Hand zu nehmen. Da die Ausgleichskasse ein Organ der IV ist, liegt in einem solchen Begehren die Einleitung der Revision von Amtes wegen; die Revision auf Gesuch hin kann — entsprechend den administrativen Weisungen — nur vom Versicherten oder seinem Vertreter ausgelöst werden. Wenn auch bei der Revision von Amtes wegen zur Wahrung der dreijährigen Frist von Art. 41, Abs. 2, IVG interne Vorkehren der Verwaltung genügen, so kann es doch als wünschenswert erscheinen, daß der Versicherte von der Einleitung eines solchen Revisionsverfahrens Kenntnis erhält. Allfällige Weisungen hierüber an die Organe der IV zu erteilen, liegt indessen in der Zuständigkeit des BSV.

Nachdem im Gebiet der IV die dreijährige Frist von Art. 41, Abs. 2, IVG durch ein Gesuch des Versicherten oder durch die verwaltungsinterne Ein-

leitung eines Revisionsverfahrens gewahrt wird, kann die Revisionsverfügung selber auch außerhalb jener Frist ergehen. Ob die Rentenrevision selber grundsätzlich schon vom Ende einer dreijährigen Periode an wirksam sein soll, wenn die Revisionsverfügung — bei rechtzeitiger Einleitung des Verfahrens — erst während der nächsten Periode erlassen wird, mag heute offen bleiben. Das Gleiche gilt für die weitere Frage, welches die Konsequenzen ungerechtfertigter Hinauszögerung einer Revisionsverfügung sein sollen.

Nach den Darlegungen von Maurer (Recht und Praxis, 2. Auflage, S. 248/249) wird allerdings in der obligatorischen Unfallversicherung bei Revisionen von Amtes wegen in der Regel bereits vor Ablauf der dreijährigen Frist von Art. 80 KUVG die neue Rentenverfügung erlassen. Das EVG hat sich jedoch heute zu dieser Praxis nicht zu äußern und insbesondere nicht zu prüfen, ob und inwieweit die IV-rechtliche Ordnung betreffend die Revision von Amtes wegen auch auf die obligatorische Unfallversicherung zutrifft.

4. Im vorliegenden Fall erging die erste Rentenverfügung am 12. Juli 1961 und wurde dem Versicherten offenbar an einem der folgenden Tage eröffnet, weshalb die erste dreijährige Periode um Mitte Juli 1964 ablief. Aus den Akten geht hervor, daß die Ausgleichskasse am 29. Juni 1964 bei der IV-Kommission eine Rentenrevision anbegehrte. Das Revisionsverfahren ist somit fristgerecht eingeleitet worden. Demzufolge stand der Revisionsverfügung, die gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission am 22. Oktober 1964 erging, kein formelles Hindernis entgegen. Zu prüfen bleibt, ob sich der Invaliditätsgrad des Versicherten seit Erlaß der ersten Rentenverfügung derart verändert hat, daß ihm statt der ursprünglich zugesprochenen ganzen Rente nur noch die halbe Rente gewährt werden kann.

5. Ein Anspruch auf eine ganze Rente besteht, wenn der Versicherte mindestens zu 66 $\frac{2}{3}$ Prozent invalid ist; liegt die Invalidität zwischen 50 und 66 $\frac{2}{3}$ Prozent, so kann nur die halbe Rente gewährt werden (Art. 28, Abs. 1, IVG). Für die Bemessung der Invalidität wird 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. 28, Abs. 2, IVG).

Auf Grund der durchgeführten Erhebungen steht fest, daß der Versicherte im Jahre 1963 und im ersten Halbjahr 1964 ein Erwerbseinkommen von insgesamt 8 187 Franken erzielte, was umgerechnet einem Jahreseinkommen von rund 4 500 Franken entspricht. Es fehlen hinreichende Anhaltspunkte dafür, daß die Arbeiten, mit denen der Versicherte dieses Einkommen erzielte (Gärtner, Hilswegknecht und Höhlenarbeiter) für ihn zumutbar gewesen wären. Im Jahre 1960 hielt der Arzt den Versicherten trotz seines Herzschadens offenbar noch für längere Zeit fähig, im Flachland körperliche Arbeit zu verrichten, regte er doch an, das damals bewirtschaftete Bergheimwesen mit einem Betrieb in ebenem Gelände zu tauschen; als ausgeschlossen bezeichnete der Arzt einzig die Betätigung des Versicherten als Bauarbeiter. Das tatsächlich erzielte Einkommen von 4 500 Franken darf daher dem durch eine zumutbare Tätigkeit erzielbaren Invalideneinkommen gleichgesetzt werden.

Eine ganze Rente (auf Grund einer Invalidität von mindestens 66 ⅔ Prozent) stände somit dem Versicherten nur dann zu, wenn sein ohne Invalidität erzielbares Einkommen 13 500 Franken erreichen würde. Das trifft offensichtlich nicht zu, nachdem der Versicherte vor Eintritt der Invalidität als Bergbauer und Bauarbeiter tätig war. Selbst dann, wenn davon ausgegangen würde, daß der Versicherte ohne Invalidität heute nicht mehr als Bauer tätig wäre, sondern einzig als Hilfsschreiner arbeiten würde, vermöchte er nach den Feststellungen des BSV nur ein Einkommen zwischen rund 9 600 Franken und rund 10 300 Franken zu erzielen. Die Invalidität läge daher selbst dann unter 66 ⅔ Prozent, wenn das durch eine zumutbare Tätigkeit erzielbare Invalideneinkommen entsprechend weniger als 4 500 Franken betragen würde.

Demzufolge hat die Ausgleichskasse dem Versicherten in der angefochtenen Verfügung mit Recht nur noch eine halbe Rente zugesprochen, was zur Abweisung der Berufung führt. Sollte der Versicherte wegen wesentlicher Verschlechterung seines Gesundheitszustandes nicht mehr imstande sein, das im Jahre 1963 und im ersten Halbjahr 1964 erzielte Einkommen zu erreichen, so kann er gestützt auf Art. 41, Abs. 2, IVG auch während der seit Juli 1964 laufenden zweiten Dreijahresperiode bei der IV-Kommission ein Revisionsgesuch stellen.

Urteil des EVG vom 7. Oktober 1965 i. Sa. J. A.

Art. 41, Abs. 2, IVG. Damit eine Rentenrevision während der ersten drei Jahre als eingeleitet gilt, ist nicht notwendig, daß die neue Kassenverfügung dem Versicherten vor Ablauf der Dreijahresfrist mitgeteilt wird; es genügt, wenn die Versicherungsorgane das Revisionsverfahren von Amtes wegen und eindeutig innerhalb der vorgeschriebenen Frist eingeleitet haben.

Die 1915 geborene Versicherte leidet an schweren Folgen einer Tuberkulose. Nachdem die IV-Kommission festgestellt hatte, daß die Versicherte Heimarbeit verrichtete und daraus im Jahre 1960 einen Bruttogewinn von 1345,35 Franken erzielte, erklärte sie diese mit Entscheid vom 20. Januar 1961 zu 76 Prozent invalid. Gestützt darauf erließ die Ausgleichskasse am 22. März 1961 eine Verfügung, die der Versicherten ab 1. Januar 1960, anstelle der kleineren ordentlichen, eine ganze einfache außerordentliche Invalidenrente zusprach. Diese wurde in der Folge mit Verfügung vom 25. Juni 1963 mit Wirkung ab 1. Januar 1963 durch eine ordentliche Rente ersetzt, da es das im Jahre 1962 aus der Erwerbstätigkeit der Versicherten resultierende Einkommen — 4513 Franken — nicht mehr erlaubte, ihr eine außerordentliche Rente auszubahlen. Nachdem die IV-Kommission davon Kenntnis erhalten hatte, leitete sie von Amtes wegen ein Revisionsverfahren ein, indem sie am 23. August 1963 die Vereinigung gegen die Tuberkulose aufforderte, eine Abklärung der Verhältnisse vorzunehmen, worauf sich eine Fürsorgerin der genannten Institution am 29. Januar 1964 zur Versicherten begab.

Die IV-Kommission stellte mit Entscheid vom 22. Mai 1964 fest, daß der Invaliditätsgrad der Versicherten nur noch 50 Prozent betrage. Dementsprechend verfügte die Ausgleichskasse am 17. Juni 1964, daß die Versicherte ab 1. Juli 1964 nur noch Anspruch auf eine halbe Rente habe.

Die kantonale Rekurskommission hieß die von der Versicherten eingereichte Beschwerde mit Urteil vom 2. April 1965 mit der Begründung gut, die Revision sei außerhalb der gesetzlichen Frist eingeleitet worden. Sie sprach der Versicherten bis zum 21. März 1967 eine ganze Rente zu und wies die Ausgleichskasse an, den neuen Betrag der außerordentlichen Renten, auf welche die Versicherte seit dem 1. Januar 1964 Anspruch habe, festzusetzen.

Das EVG hat die Berufung des BSV aus folgenden Erwägungen gutgeheißen:

1. Gemäß Art. 28, Abs. 1, IVG hat der Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn er mindestens zur Hälfte invalid ist; in Härtefällen kann eine Rente auch bei einer Invalidität von mindestens zwei Fünfteln ausgerichtet werden. Ist er weniger als zu zwei Dritteln invalid, so wird nur die Hälfte der zutreffenden Rente gewährt. Nach Art. 28, Abs. 2, IVG wird die Bemessung der Invalidität durch Vergleich zwischen dem Arbeitseinkommen, das der Versicherte «nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte» und dem Einkommen, «das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre», vorgenommen. Grundsätzlich geht es also um den Vergleich von zwei hypothetischen Einkommen.

Nach der Rechtsprechung des EVG ist die Verwaltung befugt, auf eine frühere Verfügung zurückzukommen, wenn diese zweifelsohne unrichtig war und vorausgesetzt, daß die Korrektur von erheblicher Bedeutung ist. Der Richter kann die Verwaltung dazu jedoch nicht verhalten. Er muß sich darauf beschränken zu prüfen, ob die Verwaltung im Rahmen ihrer Befugnisse gehandelt hat, wenn sie auf eine in Rechtskraft erwachsene Verfügung zurückkommt. Außerhalb der Fälle von Art. 85, Abs. 2, Buchst. h, AHVG, der die Revision der Urteile der Rekursbehörde betrifft, aber analog auch auf die Verfügungen der Versicherungsorgane anwendbar ist, liegt es im Hinblick auf die Stellung dieser Organe allein in ihrem Ermessen zu bestimmen, ob eine Verfügung in Wiedererwägung zu ziehen ist oder nicht; das BSV kann ihnen jedoch entsprechende Weisungen erteilen (vgl. z. B. EVGE 1963, S. 84 und die dort zitierte Rechtsprechung; ZAK 1963, S. 295).

Aendert sich andererseits nach dem Wortlaut von Art. 41, Abs. 1, IVG «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, Abs. 2, IVG bestimmt, «die Bemessung der Invalidität kann während der ersten drei Jahre nach Festsetzung der Rente jederzeit, in der Folge nur noch auf das Ende jedes dritten Jahres überprüft werden. Weist jedoch der Rentenberechtigte nach, daß sich sein Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert hat, oder werden Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt, so wird die Ueberprüfung auch innerhalb der dreijährigen Frist vorgenommen». Das EVG hat bereits erklärt (ZAK 1966, S. 55), daß der Ausgangspunkt der ersten Revisionsperiode mit dem Tag der Mitteilung der ersten Rentenverfügung zusammenfällt. In einem unveröffentlichten Urteil hat es ausdrücklich präzisiert, daß dieser Tag auch die späteren Revisionsperioden bestimme. Im gleichen Urteil hat es noch darauf hingewiesen, daß es zur Vornahme einer Revision genüge, wenn die Versicherungsorgane das Revisionsverfahren von Amtes wegen innerhalb der vorgeschriebenen

Frist eingeleitet haben. Es ist jedoch nicht notwendig, daß die neue Kassenverfügung dem Versicherten vor Ablauf dieser Frist eröffnet wird. Hingegen muß die Einleitung des Revisionsverfahrens klar aus den Akten hervorgehen.

Sodann hat das EVG in seinem Urteil EVGE 1964, S. 183 (ZAK 1965, S. 51) die Ansicht vertreten, daß die im Kreisschreiben des BSV vom 26. November 1962 über die Revision der IV-Renten und der Hilflosenentschädigungen enthaltenen Weisungen betreffend den Zeitpunkt der Wirksamkeit einer Revisionsverfügung, nicht mit dem Gesetz in Widerspruch stünden; immerhin hat es sich die endgültige Stellungnahme zu dieser Frage vorbehalten. In einem andern unveröffentlichten Urteil hat das EVG die in diesen Weisungen empfohlene Lösung in einem innerhalb der ersten von Art. 41, Abs. 2, IVG vorgesehenen Periode eingeleiteten Revisionsfall angewendet.

2. Man kann darauf verzichten, im Einzelfall zu prüfen, wie es das BSV wünschte, ob die Versicherungsorgane berechtigt wären, auf die eine oder andere der Rentenverfügungen, die vor dem 17. Juni 1964 erlassen wurden, mit der Begründung zurückzukommen, sie seien offensichtlich unrichtig. Es genügt nämlich, die vorliegende Angelegenheit unter dem Gesichtspunkt von Art. 41 IVG sowie der oben erwähnten Rechtsprechung zu prüfen. Denn die formellen und materiellen Voraussetzungen für eine ordentliche Revision sind hier erfüllt, wie weiter unten dargelegt wird. Nichtsdestoweniger geziemt es sich klarzustellen, daß die Versicherte die ihr von Art. 77, Abs. 1, IVV auferlegte Meldepflicht nicht verletzt hat: Im Fragebogen, den sie am 28. Mai 1963 zuhänden der IV ausfüllte, erklärte sie, im Jahre 1962 die Summe von 4513.60 Franken verdient zu haben; es sei dies das höchste von 1960 bis 1964 erzielte Einkommen. Sie konnte deshalb annehmen, ihre Pflicht zur Orientierung der Verwaltung über alle wichtigen Änderungen ihrer Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit erfüllt zu haben. Unter diesen Umständen bleibt auch die Frage unentschieden, ob die selbständige Eingliederung der Versicherten — ohne irgendwelche Eingliederungsmaßnahmen — im Rahmen von Art. 41 IVG zu einer Rentenrevision innerhalb der dreijährigen Perioden, die derjenigen folgen, in welcher der Rentenanspruch jederzeit überprüft werden kann, berechtigen würde.

Wie weiter oben ausgeführt wurde, sind im vorliegenden Fall alle Voraussetzungen für eine Revision erfüllt. Formell hat die IV-Kommission spätestens am 23. August 1963, d. h. innerhalb der vom Art. 41, Abs. 2, IVG vorgeschriebenen Frist, von Amtes wegen ein Revisionsverfahren eingeleitet — die Versicherte erhielt davon im Januar 1964 anlässlich des Besuches einer Fürsorgeerin der Vereinigung gegen die Tuberkulose Kenntnis. Materiell wies die Versicherte im Mai 1964 nur noch einen Invaliditätsgrad von wenig mehr als 50 Prozent auf. Aus den Unterlagen geht tatsächlich hervor, daß die Versicherte im Jahre 1963 den Betrag von 3038 Franken verdiente, was ihrer wirklichen Erwerbsfähigkeit als Heimarbeiterin entsprechen dürfte. Verglichen mit dem Einkommen gelernter und angelernter Berufsarbeiter (Art. 26, Abs. 1, IVV) von 6100 Franken, entspricht dieser Verdienst einem Invaliditätsgrad, der etwas über 50 Prozent liegt. Die Berufungsklagte kann deshalb vom 1. Juli 1964 an gemäß den Weisungen der Aufsichtsbehörde, die das EVG in seinem Urteil EVGE 1964, S. 183 (vgl. ZAK 1965, S. 51) grundsätzlich gutgeheißen hat, nur eine halbe Rente beanspruchen.

3. Es ist deshalb angebracht, das Dossier der Ausgleichskasse zurückzuschicken, um zu prüfen, ob nicht ab 1. Januar 1964 auf Grund der Erhöhung der anwendbaren Einkommensgrenzen die Voraussetzungen zum Bezuge einer außerordentlichen Rente anstelle der niedrigeren ordentlichen von neuem erfüllt seien, worauf sie die Höhe der Rente neu bestimmen soll, und zwar ab 1. Juli 1964, oder gegebenenfalls bereits ab 1. Januar 1964.

Urteil des EVG vom 17. November 1965 i. Sa. O. E.

Art. 41, Abs. 2, IVG. Der Lauf der dreijährigen Fristen kann weder durch einen Revisionsvorbehalt der Gerichte noch durch einen solchen der Verwaltungsbehörden unterbrochen oder abgeändert werden. Revisionen sind ohne Einfluß auf den Fristenlauf. Eine Revision zugunsten des Versicherten bei Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen setzt die Versicherungsleistung der Eingliederung voraus.

Der 1917 geborene Versicherte, von Beruf Hotelportier, erkrankte 1953 akut an Schizophrenie. Nach einer ersten Hospitalisation konnte er bis 1956 wieder voll arbeiten. Seither verläuft die chronisch gewordene Krankheit wellenförmig und macht immer wieder Hospitalisationen notwendig. Dazwischen arbeitet der Versicherte in seinem Berufe, wenn er auch in den gebesserten Intervallen einen deutlichen Defektzustand aufweist, der für die Umgebung schwer tragbar sein kann.

Gestützt auf eine Anmeldung zum Leistungsbezug sprach die Ausgleichskasse dem Versicherten — durch Verfügung vom 7. Juni 1960 — vom 1. März 1960 an eine halbe Invalidenrente zu, die in der Folge wiederholt revidiert wurde. Vom 1. Februar 1962 an gewährte ihm die Ausgleichskasse die ganze Rente (Verfügung vom 22. 1. 62), die sie aber bereits vom 1. August 1962 an wieder durch die halbe Rente ersetzte (Verfügung vom 12. 7. 62). Mit einer weiteren Verfügung vom 1. Juni 1964 sprach die Ausgleichskasse dem Versicherten vom 1. August 1963 an die Hälfte einer ganzen Ehepaar-Invalidenrente zu (die andere Hälfte erhielt die ebenfalls invalide Ehefrau des Versicherten). Vom 1. Oktober 1964 an wurde ihm sodann durch Verfügung vom 16. September 1964 die Hälfte einer halben Ehepaar-Invalidenrente gewährt (während die andere Hälfte wiederum der invaliden Ehefrau zukam). Alle diese Verfügungen sind in Rechtskraft erwachsen.

Vom 7. August bis 17. Oktober 1964 war der Versicherte wieder hospitalisiert, konnte aber anschließend seine Tätigkeit als Hotelportier erneut aufnehmen. Am 7. Januar 1965 führte die IV-Kommission eine weitere Rentenrevision durch und kam zum Schluß, die Invalidität des Versicherten erreiche im Durchschnitt nicht mehr 50 Prozent, weshalb die Rente auf den nächstmöglichen Termin aufzuheben sei. Gestützt hierauf teilte die Ausgleichskasse dem Versicherten durch Verfügung vom 23. Januar 1965 mit, die Rentenzahlung werde auf Ende Januar 1965 eingestellt.

Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies die kantonale Rekurskommission durch Entscheid vom 10. Mai 1965 ab. Sie kam ebenfalls zum Schluß, daß die Erwerbsunfähigkeit des Versicherten nun unter 50 Prozent liege. Zu den Revisionsfristen erklärte sie, daß die IV-Kommission auf

den 30. Juni 1964 eine Revision vorgesehen habe, «so daß zu diesem Zeitpunkt ordnungsgemäß eine solche durchzuführen war».

Den kantonalen Rekursentscheid hat der Versicherte durch Berufung an das EVG weitergezogen. Er verlangt die weitere Ausrichtung der Rente und macht geltend, daß er erneut hospitalisiert worden sei.

Die Ausgleichskasse beantragt die Abweisung der Berufung. Das BSV stellt in seinem Mitbericht keinen bestimmten Antrag, wirft aber die Frage auf, ob die letzte Revision nicht in der revisionsfreien Zeit erfolgt sei; das hänge davon ab, ob die Revisionsfrist beim Erlaß der ersten Rentenverfügung zu laufen beginne oder ob eine Änderung des Rentenanspruches die Frist unterbreche. Zudem stelle sich die Frage, ob der Wechsel in eine neue, besser bezahlte Stelle nicht als Eingliederungsmaßnahme betrachtet werden müsse und schon deswegen die Überprüfung des Rentenanspruches möglich wäre.

Das EVG hat die Berufung mit folgender Begründung gutgeheißen:

1. Die in der Zeit vom 22. Januar 1962 bis 16. September 1964 erlassenen Revisionsverfügungen sind in Rechtskraft erwachsen und können daher im vorliegenden Verfahren nicht überprüft werden. Immerhin mag bemerkt werden, daß die fortlaufende Anpassung der Rente an die jeweils gegebenen wirtschaftlichen Verhältnisse dem Sinn der Revisionsbestimmung von Art. 41 IVG kaum entsprach. Während der ersten dreijährigen Revisionsperiode wäre eine Revision wohl nur dann zulässig gewesen, wenn auf Grund der durchschnittlichen Invalidität während einer längeren Zeitspanne auf eine wesentliche Änderung hätte geschlossen werden können. Nachdem aber — wie gesagt — die erwähnten Verfügungen in Rechtskraft erwachsen sind, erübrigen sich heute weitere Ausführungen zu diesem Punkte.

2. Streitig ist, ob im Januar 1965 die seit Oktober 1964 laufende Rente revidiert werden konnte. Art. 41, Abs. 2, IVG bestimmt, daß die Bemessung der Invalidität während der ersten drei Jahre nach Festsetzung der Rente jederzeit, in der Folge nur noch auf das Ende jedes dritten Jahres überprüft werden kann. Weist jedoch der Rentenberechtigte nach, daß sich sein Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert hat, oder werden Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt, so wird die Überprüfung auch innerhalb der dreijährigen Frist vorgenommen.

Die Vorinstanz hat hinsichtlich der Revisionsfristen erklärt, daß die IV-Kommission auf den 30. Juni 1964 eine Revision vorgesehen habe, weshalb zu diesem Zeitpunkt eine solche durchzuführen gewesen sei. Was damit gemeint sein könnte, ist nicht ganz klar. Abgesehen davon, daß nicht die im Juni 1964 erfolgte, sondern die spätere Revision vom Januar 1965 im Streite steht, vermag auf jeden Fall ein Revisionsvorbehalt der IV-Kommission den Lauf der dreijährigen Fristen von Art. 41, Abs. 2, IVG nicht zu beeinflussen. Es sind gesetzliche Fristen, die weder durch Verwaltungsverfügung noch durch Gerichtsentscheide abgeändert werden können.

Die gesetzliche Fristenordnung als bindende Voraussetzung der Revision bleibt nur dann gewahrt, wenn die Dreijahresfristen von der ersten Festsetzung der Rente, d. h. von der Eröffnung der ersten rentengewährenden Verfügung hinweg gezählt werden, gleichgültig, ob im Laufe der Zeit Revisionen erfolgen oder nicht. Revisionen, ob von Amtes wegen oder auf Gesuch des Versicherten, sind somit ohne Einfluß auf die Fristenfolge. Würde eine

Revision während der ersten drei Jahre eine neue dreijährige Frist in Gang setzen, dann stellte sich übrigens die Frage, welcher Art die neue Periode wäre, ob es sich neuerdings um eine erste dreijährige handle — was die Frist jederzeitiger Revidierbarkeit gesetzswidrig ausdehnen würde — oder um die zweite dreijährige — was die Frist jederzeitiger Revidierbarkeit gesetzswidrig verkürzen würde. Ähnliche Folgen entstünden, wenn in einer der ersten nachfolgenden Periode durch Revision eine neue dreijährige Periode ihren Anfang nähme.

Daß die dreijährigen Perioden — und zwar nicht nur die jeweils ersten drei Jahre — von der Eröffnung der ersten Rentenverfügung an zu laufen beginnen, ist vom Gericht übrigens schon in einem Urteil (s. ZAK 1966, S. 158) entschieden worden. In diesem Zusammenhang hat es die Zulässigkeit des Erlasses einer Revisionsverfügung in der revisionsfreien Zeit bejaht, sofern das Revisionsverfahren innert der gesetzlichen Fristen eingeleitet worden ist. Auch unter diesem Gesichtspunkt ist die gleiche Berechnung notwendig, sollen die gesetzlichen Perioden nicht beeinträchtigt werden.

Immerhin beschränken sich die angestellten Erwägungen auf den Tatbestand fortlaufender Rentengewährung. Wenn nämlich im Verlaufe der Zeit die Rente wegen zu geringen Invaliditätsgrades aufgehoben wird, dann geht auch der Lauf der Fristen von Art. 41, Abs. 2, IVG zu Ende. (Ob dies nicht auch dann der Fall sein müsse, wenn der Rentenanspruch während längerer Zeit wegen Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen unterbrochen wird, bleibt offen). Eine Rentengewährung nach neuer Anmeldung setzt die Fristen wieder zum ersten Male im Sinne von Art. 41, Abs. 2, IVG in Gang. Das zeigt gleichzeitig, daß die neue Anmeldung nach Verweigerung einer Rente im Sinne von Art. 87, Abs. 4, IVV nicht in das Rechtsschema der Revision hineingehört.

3. Im vorliegenden Falle erging die erste Rentenverfügung am 7. Juni 1960 und wurde dem Versicherten offenbar an einem der nächsten Tage eröffnet. Demzufolge ging die erste dreijährige Periode, während welcher eine Revision jederzeit zulässig war, im Juni 1963 zu Ende. Die von Amtes wegen vorgenommene Revision vom Januar 1965 — die einzig Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet — fiel somit in die zweite (revisionsfreie) Periode. Demnach war es rechtswidrig, im Januar 1965 die seit 1. Oktober 1964 laufende Rente aufzuheben, unabhängig davon, ob zu jenem Zeitpunkt die Invalidität eine wesentliche Änderung erfahren hatte. (Diese Frage bedürfte übrigens noch der Abklärung).

Die vom BSV aufgeworfene Frage, ob der Antritt einer besseren Stelle nicht als Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 41, Abs. 2, zweiter Satz, IVG zu betrachten sei und daher eine Revision von Amtes wegen auch innerhalb der grundsätzlich revisionsfreien Zeiten erlaube, ist zu verneinen. Wenn nämlich die Tatsache allein, daß ein Versicherter bessern Verdienst findet, zur Berechtigung der Revision von Amtes wegen in den sonst revisionsfreien Zeiten führen könnte, dann würde das weitgehend die Aufhebung der revisionsfreien Zeiten bedeuten. Nachdem der Gesetzgeber die revisionsfreien Zeiten eingeführt hat, läßt sich nicht etwa sagen, daß der Versicherte nach Selbsteingliederung keinen Rechtsschutz mehr hinsichtlich des weiteren Rentenbezuges verdiene, selbst wenn der Rentenbezug stoßend erscheinen mag.

Denn der Gesetzgeber hat diese Folge unzweifelhaft mit der Einführung der revisionsfreien Zeiten zu Gunsten der Rechtsruhe für den Versicherten in Kauf genommen. Die Ausnahme, daß auch in den grundsätzlich revisionsfreien Zeiten bei Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen revidiert werden darf, setzt die Versicherungsleistung der Eingliederung voraus, wozu — jedenfalls bei den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen — eine bloße Stellenvermittlung noch nicht gehört. Selbsteingliederung kann niemals einer Versicherungsleistung gleichgesetzt werden, deren Erfolg die vorherige Rentenleistung erübrigt.

Abgesehen von diesen Erwägungen wäre hier erst noch zu prüfen, ob die vom Versicherten ausgeübte Tätigkeit, die nach den Berufungsvorbringen durch eine erneute Hospitalisation unterbrochen wurde, überhaupt die nötige Stabilität aufweist, um als Selbsteingliederung gelten zu können.

4. Nach dem Gesagten ist somit die seit 1. Oktober 1964 laufende Rente (Hälfte der halben IV-Ehepaarrente) in Aufhebung der Verfügung vom 23. Januar 1965 weiterhin auszurichten. Offen bleibt die Frage, wie sich eine Revision bei der invaliden Ehefrau, für die wohl andere Revisionsfristen gelten, auf die Rente des Versicherten während seinen revisionsfreien Zeiten auswirken würde.

VON
MONAT
ZU
MONAT

Das am 20. Februar 1965 unterzeichnete *Zusatzabkommen über Sozialversicherung mit Österreich* betreffend die außerordentlichen AHV-Renten für Österreicher der Übergangsgeneration tritt, nachdem im Laufe des Monats März die Ratifikationsurkunden ausgetauscht worden sind, am 1. Mai 1966 in Kraft.

*

Nachdem das von der Schweiz mit dem *Fürstentum Liechtenstein* abgeschlossene neue *Abkommen über die AHV und IV* vom Ständerat im vergangenen Dezember genehmigt worden ist, hat nun auch der *Nationalrat* am 10. März diesen Vertrag *gutgeheißen*. Damit kann das Ratifikationsverfahren in die Wege geleitet werden. Wie üblich werden die Ausgleichskassen über das Datum des Inkrafttretens und die Durchführung näher unterrichtet.

*

Am 11. März erließ der Bundesrat eine *Verordnung über Organisation und Verfahren des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen Ergänzungsleistungen zur AHV und IV*. Angesichts der engen Verknüpfung der Ergänzungsleistungen mit den AHV- und IV-Renten konnten die für diese beiden Versicherungszweige geltenden Bestimmungen als anwendbar erklärt werden. Eine Ergänzung gewährleistet das Beschwerderecht der am erstinstanzlichen Verfahren Beteiligten. Die Verordnung ist rückwirkend auf 1. Januar 1966 in Kraft getreten.

*

Die *Eidgenössische Expertenkommission für die Revision der IV* hat den Ausschuß III beauftragt, die Frage der künftigen Ausgestaltung des Taggeldsystems der IV nochmals zu prüfen. Der Ausschuß trat daher unter dem Vorsitz von Dr. Naef vom Bundesamt für Sozialversicherung am 11. März zu einer weiteren Sitzung zusammen und bereinigte seine Anträge zur genannten Frage.

Die Expertenkommission hat ferner einen Sonderausschuß mit der Prüfung verschiedener Fragen, die sich aus der Stellung der Auslandsschweizer in der IV ergeben, betraut. Dieser Sonderausschuß tagte am 22. März unter dem Vorsitz von Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung.

*

Am 30. März wurden die Ratifikationsurkunden zum *neuen Abkommen über Soziale Sicherheit mit der Bundesrepublik Deutschland* vom

25. Februar 1964 in Bern ausgetauscht. Damit tritt das neue Abkommen gemäß den Bestimmungen seines Artikels 48 am 1. Mai 1966 in Kraft. Das gegenwärtig geltende Sozialversicherungsabkommen vom 24. Oktober 1950 wird auf dieses Datum aufgehoben. Dagegen bleiben die Bestimmungen des Zusatzabkommens vom 24. Dezember 1962, das integrierender Bestandteil des neuen Abkommens wird, weiterhin anwendbar. Die Ausgleichskassen werden auf dem üblichen Wege die nötigen Ausführungsweisungen erhalten.

*

Die Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen und die Vereinigung der Verbandsausgleichskassen haben eine «*Informationsstelle der AHV-Ausgleichskassen*» gebildet, an deren Arbeiten sich auch das Bundesamt für Sozialversicherung beteiligt. Unter dem Vorsitz von E. Weber, Leiter der Ausgleichskasse AGRAPI, fand am 30. März eine Sitzung statt, an welcher die Herausgabe eines AHV/IV-Merkblattes für deutsche Staatsangehörige beschlossen wurde. Dieses Merkblatt wird über die Rechte und Pflichten gemäß dem neuen Abkommen (s. oben) orientieren.

*

Die *Gemischte Kommission für die Zusammenarbeit zwischen AHV- und Steuerbehörden* tagte am 31. März unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung. Sie behandelte insbesondere die durch die Revision der AHVV bedingten Änderungen in der Wegleitung über die Beiträge der Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen.

*

Der Bundesrat hat am 1. April beschlossen, das Bundesgesetz vom 17. Dezember 1965 betreffend die *Änderung des FLG* rückwirkend auf den 1. Januar 1966 in Kraft zu setzen (vgl. ZAK 1966, S. 1).

*

Die Betriebsrechnung der AHV für das Jahr 1965 weist nach den bis heute vorliegenden Ergebnissen einen Einnahmenüberschuß von 244 (1964: 181) Millionen Franken aus. Die Einnahmen belaufen sich auf 1927 (1792) Millionen Franken und die Ausgaben auf 1683 (1611) Millionen Franken. Den Versicherungsleistungen von 1670 (1600) Millionen Franken und den 13 (12) Millionen Franken betragenden Verwaltungskosten stehen 1354 (1235) Millionen Franken Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber gegenüber. Diese haben erstmals seit 1960 um weniger als 10 Prozent zugenommen. Die Beiträge der öffentlichen

Hand betragen wiederum 350 Millionen Franken, während die Zinseinnahmen des Ausgleichsfonds zugenommen haben und mit 223 (208) Millionen Franken ausgewiesen werden.

Die Betriebsrechnung der IV für das Jahr 1965 zeigt Gesamtausgaben von 276 (252) Millionen Franken, die zur Hälfte, d. h. mit 138 (126) Millionen Franken durch Beiträge der öffentlichen Hand zu erbringen sind. Zusammen mit den Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber von 136 (124) Millionen Franken sowie den höher ausgefallenen Zinserträgen von 2 (0,5) Millionen Franken, konnten die Ausgaben bis auf einen Betrag von rund 70 000 (1,8 Millionen) Franken gedeckt werden.

In der Betriebsrechnung der EO für das Jahr 1965 stehen den 140 (128) Millionen Franken Gesamteinnahmen — die sich aus 135 (123) Millionen Franken Beiträgen der erfaßten Personen und der Arbeitgeber sowie aus 5 (5) Millionen Franken Zinsen zusammensetzen — 137 (126) Millionen Franken Ausgaben gegenüber. Die Betriebsrechnung schließt somit mit einem Einnahmenüberschuß von rund 3 (2) Millionen Franken ab.

Die detaillierten und endgültigen Ergebnisse der Jahresrechnung der AHV, IV und EO werden nach der Genehmigung durch den Bundesrat veröffentlicht.

Eine neue AHV-Revision kündigt sich an

In der Dezember-Session 1965 der eidgenössischen Räte reichten fünf Nationalräte verschiedener politischer Richtungen Vorstöße im Hinblick auf eine Anpassung der AHV- und IV-Renten an die Teuerung ein. Es handelt sich um die Postulate Vontobel, Wyss, Dafflon und Mossdorf sowie um die Kleine Anfrage Heil. Ihr Wortlaut findet sich in ZAK 1966, Seite 23.

Anlässlich der Sitzung des Nationalrates vom 24. März 1966 erhielten die vier Postulanten Gelegenheit, ihre Vorstöße mündlich zu begründen. Daraufhin nahm Bundesrat Tschudi, Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern, zu den Postulaten und gleichzeitig zur Kleinen Anfrage Heil Stellung. Der Sprecher des Bundesrates anerkannte die Wünschbarkeit einer baldigen *Anpassung der AHV- und IV-Renten an die seit der sechsten AHV-Revision eingetretene Teuerung*. Er erklärte, daß das Departement das Bundesamt für Sozialversicherung bereits be-

auftragt habe, die erforderlichen Vorarbeiten an die Hand zu nehmen. Die Eidgenössische Kommission für die AHV und IV, der es gemäß Gesetz obliegt, dem Bundesrat Anträge zu unterbreiten, wird Ende April zusammentreten und sich mit der Frage einer raschen Anpassung der Renten an die Teuerung befassen. Bis zur Sommer-Session dürfte dann die Botschaft des Bundesrates vorliegen, damit die Vorlage im September und Dezember von der Bundesversammlung beraten werden kann.

Bundesrat Tschudi wies darauf hin, daß am 1. Januar 1966 das Bundesgesetz über *Ergänzungsleistungen zur AHV und IV* in Kraft getreten, in vielen Kantonen die Einführung dieser Leistungen aber erst im Gange sei. Bei einer Erhöhung der AHV- und IV-Renten stellt sich das Problem der Rückwirkung auf die Ergänzungsleistungen. Es sollte vermieden werden, daß wegen dieser Anpassung in den meisten Kantonen erneut Volksabstimmungen durchgeführt werden müssen.

Zu der in drei Postulaten angestrebten *Dauerlösung* der Anpassung der Renten an die wirtschaftliche Entwicklung nahm der Vorsteher des Eidgenössischen Departementes des Innern nicht materiell Stellung. Er machte darauf aufmerksam, daß dieses Problem nicht neu ist und heikle grundsätzliche Fragen stellt. Die Ausarbeitung einer guten Lösung erfordert längere Zeit. Die AHV sei zu einem derart wichtigen Faktor geworden, daß die Frage der automatischen Rentenanpassung nicht nur vom versicherungsmäßigen, sondern auch vom volkswirtschaftlichen Standpunkt aus gründlich geprüft werden müsse. Der Bundesrat habe das Eidgenössische Departement des Innern ermächtigt, zu diesem Zweck eine Expertenkommission einzusetzen, die vor allem Wirtschaftswissenschaftler umfaßt.

Bundesrat Tschudi erklärte sich bereit, die Postulate entgegenzunehmen. Aus der Mitte des Nationalrates wurden sie nicht bestritten, so daß sie der Präsident als angenommen bezeichnen konnte.

Damit ist bereits eine neue Revision der AHV eingeleitet worden. Die erwähnten Postulanten sprachen die Erwartung aus, daß ihr erstes Anliegen, nämlich eine rasche Anpassung an die seit Januar 1964 zu verzeichnende Teuerung, auf den 1. Januar 1967 verwirklicht werde. Sie sprachen ferner von einer linearen Rentenerhöhung um zehn Prozent. Wie die Lösung aussehen wird, ist indessen heute noch völlig ungewiß. Immerhin steht fest, daß die AHV-Ausgleichskassen mit der Durchführung einer allgemeinen Rentenerhöhung um den Jahreswechsel 1966/67 herum rechnen müssen.

Am 25. März 1966 hielt der Ausschuß für das finanzielle Gleichgewicht der Eidgenössischen Kommission für die AHV und IV eine Sitzung

ab. Er prüfte den finanziellen Stand der AHV auf 1. Januar 1967 zuhanden der Gesamtkommission, die — wie bereits erwähnt — Ende April tagen wird.

Die Aufgaben des Bundesamtes für Sozialversicherung in der Rechtspflege der AHV/IV/EO

Nach Gesetz haben die Ausgleichskassen alle Verwaltungsakte, mit denen sie über eine Forderung oder Schuld eines Versicherten oder Beitragspflichtigen befinden, in die Form einer schriftlichen Kassenverfügung zu kleiden, gegen die der Betroffene innert 30 Tagen Beschwerde erheben kann. Diese Beschwerden werden durch von der Verwaltung unabhängige kantonale Rekursbehörden beurteilt, die ihren Entscheid nicht nur dem Beschwerdeführer und der Ausgleichskasse, sondern auch dem Bundesamt für Sozialversicherung zustellen.

Damit hat das Bundesamt die Möglichkeit, im Rahmen seiner Aufsichtspflicht die kantonalen Entscheide zu verfolgen und, soweit es im Interesse der Rechtsgleichheit für geboten erscheint, an das Eidgenössische Versicherungsgericht weiterzuziehen. Es schenkt dieser vornehmen Aufgabe seine besondere Aufmerksamkeit.

Die kantonalen Rekursentscheide werden registriert und den zuständigen Sektionen zur Prüfung zugewiesen. Oft müssen zur näheren Abklärung des Sachverhaltes und der Rechtslage die Akten bei den kantonalen Rekursbehörden verlangt werden. Für die allfällige Berufung an das Eidgenössische Versicherungsgericht steht nur die verhältnismäßig kurze Frist von 30 Tagen zur Verfügung. Wird sie versäumt, so erwächst der kantonale Rekursentscheid in Rechtskraft.

Wird ein kantonaler Rekursentscheid vom Versicherten bzw. Beitragspflichtigen oder von der Ausgleichskasse an das Eidgenössische Versicherungsgericht weitergezogen, so lädt dieses das Bundesamt für Sozialversicherung ein, sich in der Form eines Mitberichts zur betreffenden Streitfrage zu äussern. Auch diese Aufgabe ist termingebunden, erfordert ein eingehendes Studium der Akten und endet in der Regel mit einem mehrseitigen Bericht.

Die folgenden Tabellen möchten anhand einiger Zahlen des Jahres 1965 die dem Bundesamt für Sozialversicherung aus dem Rechtsdienst der AHV/IV/EO erwachsende Arbeitsbelastung veranschaulichen.

Übersicht

Anzahl Fälle

Tabelle 1

| Sozialwerk | Geprüfte kantonale Rekursentscheide | Berufungen an das EVG | Mitberichte an das EVG |
|--------------|--|--------------------------|---------------------------|
| AHV | 1630 | 10 | 100 |
| IV | 2682 | 70 | 261 |
| EO | 42 | 2 | 4 |
| Total | 4354 | 82 | 365 |

Berufungen und Mitberichte an das EVG nach Sachgebieten

Anzahl Fälle

Tabelle 2

| Sachgebiet | AHV | IV | EO | insgesamt |
|----------------------|------------------------|------------|----------|------------|
| | Berufungen an das EVG | | | |
| Beiträge | 7 | — | — | 7 |
| Renten und Taggelder | 3 | 33 | 2 | 38 |
| Eingliederung | — | 36 | — | 36 |
| übrige Sachgebiete | — | 1 | — | 1 |
| Total | 10 | 70 | 2 | 82 |
| | Mitberichte an das EVG | | | |
| Beiträge | 75 | — | — | 75 |
| Renten und Taggelder | 23 | 130 | 4 | 175 |
| Eingliederung | — | 117 | — | 117 |
| übrige Sachgebiete | 2 | 14 | — | 16 |
| Total | 100 | 261 | 4 | 365 |

Die IV weist zahlenmäßig den größten Anfall sowohl an kantonalen Entscheiden als auch an Berufungen und Mitberichten auf. Dabei halten sich Renten- und Eingliederungsfälle ungefähr die Waage. Bei den Entscheiden aus dem Gebiet der AHV überwiegen eindeutig die Beitragsfragen. Die EO hat sich so gut eingespielt, daß sie die Gerichte nur noch selten beschäftigt.

Die Zulassung der Durchführungsstellen in der Invalidenversicherung

Die Eingliederung der Invaliden ist eine der Hauptaufgaben der IV. Zu diesem Zweck sieht die Versicherung verschiedene Eingliederungsmaßnahmen vor, wie medizinische Maßnahmen, Sonderschulung bildungsfähiger Minderjähriger, Maßnahmen beruflicher Art, usw. Im Gegensatz zu ausländischen Versicherungen besitzt aber die IV selbst keine eigenen Einrichtungen zur Durchführung solcher Maßnahmen; vielmehr beauftragt die zuständige IV-Kommission Einzelpersonen oder öffentliche oder private Institutionen, sogenannte Durchführungsstellen, mit der Eingliederung oder aber sie beschränkt sich darauf, Beiträge an die Kosten der Maßnahmen, z. B. an die Sonderschulung oder an die erstmalige berufliche Ausbildung, zu bewilligen.

Die IV ist daran interessiert, daß die von ihr finanzierten Eingliederungsmaßnahmen sachgemäß durchgeführt werden, weil sonst ihre Zielsetzung gefährdet ist. Deshalb gestattet Artikel 26 IVG, den Kreis der Personen und Anstalten zu beschränken, die von der IV unter Beachtung des freien Wahlrechts der Versicherten zur Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen herangezogen werden.

Der Versicherte hat die freie Wahl unter den Ärzten, Zahnärzten und eidgenössisch diplomierten Apothekern sowie unter den Personen, denen ein Kanton auf Grund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufes erteilt hat. Diesen Personen kann die Befugnis zur Behandlung von Versicherten nur durch ein paritätisch zusammengesetztes kantonales Schiedsgericht entzogen werden (Art. 26, Abs. 5, IVG).

Die übrigen Durchführungsstellen der IV, d. h. die verschiedenen Anstalten, die Abgabestellen für Hilfsmittel und die medizinischen Hilfspersonen besitzen in der Regel keine für das gesamte Gebiet der Eidgenossenschaft gültige Zulassungsbewilligung. Deswegen ist der Bundesrat beauftragt worden, nach Anhören der zuständigen Organisationen, Richtlinien für die Zulassung dieser Personen und Anstalten aufzustellen. Er hat diese Befugnis an das Departement des Innern delegiert (Art. 24, Abs. 1, IVV).

*

Das Eidgenössische Departement des Innern hat bis anhin auf Grund der erwähnten Bestimmungen lediglich eine Verfügung über die Zulassung der Sonderschulen in der IV vom 29. September 1961 erlassen.

Sie hat zur Folge, daß nur diejenigen Kinder in den Genuß eines Kostenbeitrages der IV kommen, denen durch fachkundige Lehrkräfte ein dem Gebrechen angepaßter Unterricht erteilt wird. Das eingeführte Zulassungsverfahren hat zweifellos zur Verbesserung des Sonderschulunterrichtes beigetragen.

Artikel 26, Absatz 4, IVG würde es dem Bund gestatten, alle Anstalten, Abgabestellen für Hilfsmittel sowie das medizinische Hilfspersonal einem ähnlichen Zulassungsverfahren zu unterstellen. Man hat jedoch darauf verzichtet, da ein solches Verfahren administrative Umtriebe nach sich zöge, die in keinem vernünftigen Verhältnis zum Resultat stünden. Auch wenn man bestimmte Kategorien von Durchführungsstellen, für welche einzelne Kantone einen Fähigkeitsausweis verlangen, gesamthaft zulassen würde, müßte man dort, wo entsprechende Vorschriften fehlen, trotzdem individuelle Zulassungen vorsehen. Andererseits hätten etliche Durchführungsstellen, die nur mit einer kleinen Zahl von Versicherten zu tun haben, wenig Interesse, eine Zulassung zu erwirken.

Auch ohne besondere Zulassung ist dafür gesorgt, daß die IV nicht für Leistungen in Anspruch genommen wird, die unsachgemäß ausgeführt worden sind. Einmal bieten die in manchen Kantonen bestehenden Vorschriften über die Ausübung medizinischer Hilfsberufe Gewähr für die fachkundige Erledigung der Aufträge. Außerdem bewilligt die zuständige IV-Kommission nur solche Eingliederungsmaßnahmen, die geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern (Art. 9, Abs. 1, IVG). Diese Voraussetzung wird man nicht als gegeben erachten können, wenn man zum vorneherein weiß, daß die vom Versicherten gewünschten Durchführungsstellen nicht sorgfältig und gewissenhaft arbeiten. Auf diese Weise hat die IV-Kommission die Möglichkeit, das freie Wahlrecht des Versicherten einzuschränken, ein Wahlrecht, von dem übrigens bereits nach Gesetz nicht unbeschränkt Gebrauch gemacht werden kann, sondern das nur im Rahmen des Möglichen Bestand hat (Art. 26, Abs. 1, zweiter Satz, IVG).

Im übrigen erweist sich eine Zulassung gemäß Artikel 26, Absatz 4, IVG auch deswegen nicht als unbedingt notwendig, weil sich der gleiche Zweck weitgehend mit den Verträgen erreichen läßt, die das Bundesamt für Sozialversicherung mit den Berufsverbänden der medizinischen Hilfspersonen und den Hilfsmittellieferanten abschließt. Diese Verträge regeln die Zusammenarbeit mit den Durchführungsstellen. Es können darin Bestimmungen aufgenommen werden, die auf die Sicherung der sachgerechten Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen gerichtet sind.

Nicht zu vergessen ist schließlich, daß Beiträge an die Erstellung, den Ausbau und die Erneuerung von öffentlichen und gemeinnützigen privaten Anstalten nur gewährt werden, wenn diese unter fachkundiger Leitung stehen (Art. 99, Abs. 1, Buchst. d, IVV).

Der Invalidensport

Körperlich und geistig Behinderte hat es seit jeher und wertvolle Bestrebungen zur Hilfeleistung an diese schon früher gegeben. Mit dem Ausbau der Sozialen Sicherheit und der Einführung der IV sind der invalide Mensch und seine Betreuung stärker in das Bewußtsein der Mitbürger getreten. Die neuen Formen der Invalidenhilfe stellen der staatlichen IV ihre guten Dienste zur Verfügung und nehmen ihr, hiezu oft geeigneter als eine amtliche Institution, Arbeit ab. Als Korrelat werden sie darin von der IV angemessen unterstützt. Die schweizerische Lösung der IV bringt dieses Wechselspiel anschaulich zur Geltung. Dafür bietet der *Invalidensport* ein schönes Beispiel.

*

Der Invalidensport geht auf den *Ersten Weltkrieg* zurück, «hat man doch in den Lazaretten 1914 bis 1918 erstmals den geheilten, schonungsbedürftigen Beschädigten Gelegenheit gegeben, durch Teilnahme am turnerisch-sportlichen Üben, *ihr Gesamtbefinden physisch und psychisch zu verbessern*».¹ Diese Entwicklung nahm im *Zweiten Weltkrieg* ihren Fortgang und dehnte sich auf die Opfer schwerer Krankheiten und Unfälle aus. Dazu kommen die Geburtsinvaliden, die schon mit mißgebildeten Gliedern zur Welt kommen.

Somit stellte sich, obwohl die Schweiz außerhalb der kriegerischen Verwicklungen geblieben war, die Frage des Invalidensports auch für unser Land. Einen ersten Anfang hatten die Pfadfinder, welche die behinderten Buben und Mädchen 1924 zur Gruppe «Pfadfinder trotz allem» zusammengefaßt hatten, gemacht. Von dieser und einigen weiteren Ausnahmen (etwa der «Milchsuppe» in Basel) abgesehen, wurde aber noch lange nicht systematisch Invalidensport betrieben.

¹ Marcel Meier, Magglingen: «Aufgaben und Ziele des Invalidensportes in der Schweiz», Bern, 1965

Der Aufbau der Eidgenössischen Turn- und Sportschule in Magglingen und die von ihr geförderten Leiter- und Sportkurse brachten eine Wendung. Die Arbeitsgemeinschaft für die Eingliederung Behinderter und die von ihr eingesetzte Arbeitsgruppe für Invalidensport, aus der wenig später der selbständige Schweizerische Verband für Invalidensport entstanden ist, vertieften die Anstrengungen. In gleicher Richtung waren die Schweizerischen Kranken- und Invaliden-Selbsthilfe-Organisationen (ASKIO) und in ihrem Rahmen der Schweizerische Invalidenverband tätig. Die schmale finanzielle Basis war einem geregelten Sportbetrieb allerdings hinderlich. Erst die *Ausrichtung von Kursbeiträgen durch die IV* schuf ein tragfähigeres Fundament.

*

Der Invalidensport verfolgt ein *doppeltes Ziel*. Er will den nicht beschädigten Organismus gesund und widerstandsfähig erhalten und die beschädigten Körperteile — soweit möglich — in ihrer Funktionstüchtigkeit verbessern.

Darüber hinaus sucht er den behinderten Menschen in seinem Selbstvertrauen zu heben, ihm seine Zweifel an sich selbst und an der Umwelt zu nehmen, sein Gemeinschaftsgefühl zu stärken und so sein Wohlbefinden und seine Lebensfreude zu steigern. Gelingt ihm dies, so hat er eine wichtige Aufgabe der Invalidenhilfe erfüllt.²

Die zweifache Zielsetzung weist dem Invalidensport den praktischen Weg. Er eignet sich vor allem für orthopädische Schäden (Bein- und Armamputationen, Folgezustände nach Frakturen, angeborene Mißbildungen usw.), für Versteifungen von Gelenken, für Muskel- und Nervenlähmungen, für Seh- und Gehörschädigungen sowie für gewisse geistig affektive oder neurotische Störungen, für Behinderungen also, die nicht nur die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, sondern die gesellschaftliche Anpassungsfähigkeit in Mitleidenschaft ziehen.

Im Vordergrund stehen Gymnastik, Gehschule, Turnen mit und an Geräten, mannigfache Spiele mit und ohne Bälle, insbesondere aber Schwimmen. Der Wegfall der Schwerkraft im Wasser erleichtert die Bewegungsfähigkeit der geschwächten Gliedmaßen. Bei herabgesetzter Blutzirkulation ist das Thermalbad von spezifischem Nutzen.

*

² Dr. Max Frauenfelder, Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung am Schweizer Tag der Invaliden vom 31. Mai 1964 im Rahmen der EXPO: «Der Behinderte soll immer mehr Mensch sein wie ein anderer, er soll seinem Erwerb nachgehen können wie sein Berufskollege oder seine Berufskollegin, er soll nicht aus der Reihe fallen, sondern zum Ganzen gehören».

Der Invalidensport wickelt sich vornehmlich in *Sportkursen* ab. (Auf die umstrittene Frage der wettkampfmäßigen Betätigung soll hier nicht eingetreten werden). Es gibt Jahreskurse mit wöchentlichen Turn- und Sportstunden, die der Behinderte von zuhause aus besucht, aber auch Wochenend- und Wochenkurse an einem zentralen Kursort.³ Das Kurswesen wird im wesentlichen durch den schweizerischen Verband für Invalidensport und dem Schweizerischen Invalidenverband gesteuert, die bestimmte zentrale Kurse auch selbst durchführen. Die regionalen und örtlichen Kurse liegen in der Obhut der zahlreichen lokalen Sportgruppen. Die IV subsumiert die Sportkurse unter die *Kurse zur körperlichen Er-tüchtigung Invaliden*, an die sie Beiträge bis zu 75 Prozent der Kosten leistet. Berücksichtigt werden nur Aufwendungen, die bei zweckmäßiger und sparsamer Durchführung entstehen. Sie betreffen die Kursleitung, die ärztliche Betreuung, das Hilfspersonal, die Kursräumlichkeiten (Sportplatz, Turnhalle, Schwimmbecken), das Sportmaterial, den Zubringerdienst, die Fahr- oder die Deplacementskosten, Verpflegung und Unterkunft usw.

*

«Stand und Entwicklung der Arbeit im Invalidensport hängen entscheidend von der Zahl und der Fähigkeit der *Invalidensportler* ab».⁴ Als solche eignen sich in erster Linie Leute mit Vorbildung auf heilgymnastischem⁵ oder auf turnpädagogischem Gebiet. Die Eidgenössische Turn- und Sportschule hat sich auf dem Gebiete der Leiteraus-bildung nennenswerte Verdienste erworben. Im Zuge der parlamentarischen Verhandlungen über den weiteren Ausbau von «Magglingen» im Jahre 1965 wurden ihre Bemühungen im Nationalrat hervorgehoben. Ein bei diesem Anlaß gutgeheißenes Postulat der nationalrätlichen Kommission unter-stützt den Invalidensport und spricht für die Leiteraus-bildung einer engen Zusammenarbeit der Turn- und Sportschule mit dem Schweizerischen Verband für Invalidensport das Wort. Die IV zählt die Invaliden-

³ Beispielsweise Schwimmkurse in Thermalbädern, Sportkurse in Verbindung mit Fachkursen für die Leiteraus-bildung, Skikurse für Blinde und Bein-amputierte.

⁴ siehe Fußnote 1

⁵ «Invalidensport ist keine Heilgymnastik und ersetzt keine solche. Invalide, deren Behinderung noch eine eigentliche heilgymnastische Behandlung unter Aufsicht eines Arztes erfordert, gehören nicht in eine Invalidensportgruppe. Umgekehrt eignen sich Heilgymnasten besonders gut als Leiter von Invalidenturnen für Bewegungsbehinderte». — Aus einem Aufruf der früheren Arbeitsgruppe für Invalidensport: Sport auch für Invalide.

sportleiter zum *Lehr- und Fachpersonal* und unterstützt deren Aus- und Weiterbildung durch Beiträge bis zu 75 Prozent der Auslagen.

*

Seit dem Inkrafttreten der IV hat sich der Invalidensport *günstig entwickelt*. Die Initiative seiner Pioniere hat sich gelohnt, die Finanzierung wurde durch die IV erleichtert. Waren 1963 noch 70 *Beitrags-gesuche* eingegangen, nahm die Zahl 1964 auf 80 und 1965 auf über 90 zu. Gesuchs- und Abrechnungsverfahren haben sich eingespielt und konnten mit der Zeit vereinfacht werden. Für die Anrechenbarkeit der beitragsberechtigten Aufwendungen hat sich eine feste (und keineswegs kleinliche) Praxis herausgebildet. Wie die Beitragsgesuche und -zusprachen sind die *Subventionen* angestiegen, und zwar von 89 500 Franken im Jahre 1963 auf 144 000 Franken im folgenden Jahr und auf 158 000 Franken im Jahre 1965. An die Leiteraus- und Fortbildung richtete die IV in den erwähnten Jahren je rund 20 000 Franken aus. Erwähnt seien endlich die Subventionen an die administrativen Kursvorbereitungen (25 Prozent der Auslagen).

*

Bleibt nun, trotz des erfreulichen Bildes, über dem Invalidensport nicht doch ein gewisses Unbehagen bestehen: daß er finanziell nicht so fundiert und daß er unter den Behinderten nicht so verbreitet sei wie er es sein sollte?

Von den Sekretariatskosten abgesehen, trägt die IV die finanziellen Aufwendungen zum überwiegenden Teil, aber nicht im ganzen Ausmaß, und sie übernimmt, soweit die übrigen Kurseinnahmen mehr als ein Viertel betragen, nur den ungedeckten Teil und nicht die vollen 75 Prozent. Der Betrag der IV bleibt auch so recht eindrücklich. Daß dem Invalidensport, und nötigenfalls dem Kursteilnehmer, ein Rest zu tragen bleibt, ist — unter verschiedenen Gesichtspunkten — sicher tragbar. Gewiß mag die Mittelbeschaffung nicht immer leicht sein, doch hat der Sport selbst hiezu schon Wege gewiesen.

Der Schweizerische Verband für Invalidensport rechnet mit 400 bis 500 regelmäßigen Teilnehmern an seinen Turn- und Sportstunden. Den Anteil der übrigen Organisationen hinzugerechnet, mag die vom Invalidensport erfaßte Zahl, zum Gesamtbestand der Invaliden in Beziehung gesetzt, noch bescheiden anmuten. Es ist indessen gut schweizerischer Brauch, mit einem Werk bescheiden anzufangen und es dann wachsen zu lassen. Das trifft auch für den Invalidensport zu. Der Anfang ist

getan; die Entwicklung hat sich, wie die gemachten Angaben dartun, gut angelassen. Gilt es nicht hier und dort noch ein vermehrtes Verständnis (auch bei den Invaliden selbst) zu wecken? Dann wird die IV dem immer kräftiger werdenden Invalidensport auch weiterhin Pate stehen können.

Ultraschallgerät als Gehhilfe für Blinde

Seit geraumer Zeit haben sich verschiedene Institutionen und Industrieunternehmungen mit dem Gedanken befaßt, die Fortschritte in der Technik vermehrt auch den Blinden nutzbar zu machen. Dabei stand die Konstruktion von Geräten, die dem Blinden auf Distanz Hindernisse anzeigen, im Vordergrund. Die British National Research Development Corporation hat nun in Zusammenarbeit mit dem Erfinder Dr. Leslie Kay vom Lancaster College of Technology in Coventry, und einer Reihe von Blinden-Hilfsorganisationen die Ultraschall-Blindenhilfe (Ultra Sonic Aid for the Blind) entwickelt, die versuchsweise in rund 20 Staaten an Institutionen zur Erprobung abgegeben wurde. In der Schweiz führt zur Zeit der Schweizerische Blindenverband einen ersten Testversuch durch. Nach Angaben der blinden Person, die dieses Gerät ausprobiert, können Hindernisse wie Kehrriechkübel, Milchkannen, Kindervelos, offene Gartentore, Verkehrstafeln, Hydranten, aufwärts führende Treppen und Trottoirränder, Drahtzäune usw. auf geeignete Distanz erkannt werden. Bei genügendem Training soll es ferner möglich sein, auch die Beschaffenheit des Hindernisses (z. B. Stein, Holz, Eisen, Lebhag) oder der Bodenfläche (Teer, Gras, Kiesweg usw.) festzustellen. Schwierigkeiten bestehen dagegen im rechtzeitigen Erkennen von abwärtsführenden Treppen und Trottoirrändern und in der Orientierung im dichten Verkehr.

Die bisherigen Ergebnisse lassen weitere Versuche als angezeigt erscheinen, doch wäre es kaum richtig, heute schon über die Einsatzmöglichkeiten verbindliche Aussagen zu machen. Wie weit die Abgabe dieses Gerätes als Hilfsmittel im Rahmen von Artikel 21 IVG in Frage kommen wird, läßt sich zur Zeit somit noch nicht abschließend beurteilen. Die Hersteller sind bestrebt, die in der praktischen Erprobung festgestellten Mängel nach Möglichkeit zu beheben und erst dann mit der serienmäßigen Produktion zu beginnen. Für die Zeit der Testphase beträgt der Preis des Ultraschallgerätes rund 1350 Franken. Es wird damit gerechnet, daß der Verkaufspreis später auf ungefähr die Hälfte dieses Betrages reduziert werden kann.

Kann die Ausgleichskasse eine Strafanzeige rechtswirksam zurückziehen?

Bei Strafanzeigen, welche die Kassenleiter gemäß Artikel 208 AHVV einreichen, kommt es nicht selten vor, daß der Schuldige seinen Verpflichtungen nachkommt, sobald die Strafanzeige eingereicht oder die Strafuntersuchung eröffnet ist. Der Betroffene versucht dann, die Ausgleichskasse zum Rückzug der Strafanzeige zu veranlassen, um so einer Bestrafung zu entgehen. Wenn die Ausgleichskasse bereit ist, einem solchen Begehren stattzugeben, stellt sich die Frage, ob durch einen Rückzug der Strafanzeige die Einstellung des Strafverfahrens bewirkt werden kann.

Grundsätzlich ist dies nicht möglich; denn bei Vergehen und Übertretungen nach Artikel 87 und Artikel 88 AHVG kann, prozessual gesehen, dem Rückzug der Strafanzeige keine Bedeutung zukommen. Es hängt hier nicht, wie bei den Antragsdelikten, vom Willen des Verletzten ab, ob die Strafverfolgung stattfindet.

Hat nämlich ein Versicherter dem AHVG zuwidergehandelt, so ist der Täter von Amtes wegen zu verfolgen (Offizialdelikt). Daher kann das der Strafbehörde zur Kenntnis gebrachte strafbare Verhalten, falls es in der Unterlassung einer vom Gesetz vorgeschriebenen Verpflichtung besteht, nicht durch nachträgliche Erfüllung untergehen. Wird der Straftatbestand als erfüllt angesehen, so muß auch die Beurteilung durch das Gericht erfolgen, wobei dieses allenfalls neu eingetretenen Tatsachen bei der Strafzumessung Rechnung tragen kann.

In der Praxis kommt es allerdings vor, daß die Strafbehörden die Beurteilung der Strafanzeige unterlassen und das Verfahren einstellen, wenn die Ausgleichskasse die Strafanzeige zurückgezogen hat. Daß jedoch dieses Vorgehen aus den erwähnten Erwägungen nicht zulässig ist, hat kürzlich ein Polizeigericht entschieden. Es hat den Standpunkt vertreten, dem Rückzug der Strafanzeige durch die Ausgleichskasse sei keine Beachtung zu schenken. Widerhandlungen gegen das AHVG seien von Amtes wegen zu verfolgen, so daß der Rückzug der Anzeige das Verfahren nicht gegenstandslos zu machen vermöge. Trotz des Rückzuges der Strafanzeige durch die Ausgleichskasse befand das Gericht die Gesellschafter einer aufgelösten G. m. b. H. der Übertretung nach Artikel 88, Absatz 2, AHVG schuldig, weil sie durch ihr Verhalten eine ordnungsgemäße Durchführung der Arbeitgeberkontrolle verunmöglichten, und verurteilte sie zu einer Geldbuße.

Aus dem Jahresbericht einer geschützten Werkstätte

Eine wichtige Aufgabe der Invalidenhilfe besteht in der vermehrten Schaffung von Dauerwerkstätten. Damit sind auch tiefgreifende menschliche Probleme verbunden. Der nachstehende Auszug aus dem Jahresbericht einer solchen Werkstätte illustriert diese Besonderheiten in anschaulicher Weise.

Von der Planung des Arbeitszentrums für Behinderte an stand dessen Doppelaufgabe fest. Es sollte einerseits eine Ausbildungsmöglichkeit für körperlich und geistig behinderte Menschen mit dem Ziel einer späteren Eingliederung geschaffen werden. Andererseits bestand die Absicht, für die nicht mehr Eingliederungsfähigen eine Arbeitsstätte aufzubauen. Nach dieser Gesamtkonzeption vollzog sich in einer ersten baulichen und betrieblichen Etappe die Realisierung der Eingliederungsstätte. Daneben aber diente das Berichtsjahr den Vorarbeiten zum Ausbau der Arbeitsstätte, die in kleinem Rahmen von Anfang an entwickelt worden war, deren weiterer Ausbau in den kommenden zwei Jahren verwirklicht werden wird. Zu diesem Zeitpunkt ist es angezeigt, die Konzeption dieser Arbeitsstätte aufzuzeichnen, denn ohne Zweifel gehört eine Arbeitsstätte für nicht mehr Eingliederbare zu den dringlichsten Aufgaben im Invalidensektor.

Gemeinsam mit der beruflichen Ausbildung legt der Behinderte innerlich ein entscheidendes Wegstück zurück. Er gelangt von der Erfahrung: «Ich bin ein Behinderter» zum Bewußtsein: «Ich bin ein Arbeiter!» Nur wenn dieser Weg für den Behinderten vollziehbar gemacht wird, ist er mehr als nur im Sektor Arbeit in unserer Gemeinschaft echt integriert. Verhältnismäßig leicht wird dem Behinderten der Vollzug dort, wo er nach einer bestimmten Ausbildungsdauer in einem Betrieb eingestellt werden kann und dort als Glied der betrieblichen Arbeitsgemeinschaft dauernd die Bestätigung erfahren kann, daß er wie alle andern ein Arbeiter ist. Anders ist es bei jenen geistig und körperlich Behinderten, die aus den verschiedensten Gründen nicht mehr betrieblich frei eingliederbar sind. In diesem Falle bietet sich als Möglichkeit die geschützte Werkstätte an. Sie erhält damit aber zugleich eine deutliche Begrenzung, dahingehend, daß sie in erster Linie dem nicht mehr Eingliederbaren und nicht einfach aus Rentabilitätsabwägungen heraus dem Behinderten schlechthin offen ist.

Das so skizzierte Doppelgeleise: Ausbildung-Eingliederung und Arbeitstraining-geschützte Werkstätte genügt aber nicht, denn sonst wird nur allzuleicht die geschützte Werkstätte zu einem Ort der Beschäftigung

und verliert teilweise oder ganz die echte Arbeitsmöglichkeit. Darum muß sie in angepaßter und dosierter Weise produktive Arbeit anbieten können und darf nicht freibleibende Energien in sie verbrauchende Beschäftigung umwandeln wollen. Ist aber das einmal für die geschützte Werkstätte festgelegt, produktive Arbeit zu leisten, so ergeben sich daraus zwei Folgerungen. Einmal kann sie dann nicht einfach Endstation für den nicht mehr Eingliederbaren sein, sondern ist zugleich in einem ihr gemäßen Ausbildungsgrad Durchgangsstation. Mit andern Worten: auch die geschützte Werkstätte ist unter ganz andern Vorzeichen immer auch noch Eingliederungsstätte. Darauf ist die Belegschaft abzustimmen, und das wird bedeuten, daß sie Betriebsangehörige in dem Maße zu enthalten hat, daß sie dem nicht mehr eingliederungsfähigen Teil der Belegschaft eine produktive Arbeit ermöglicht. Vielleicht geht hier der jugoslawische Versuch, in der geschützten Werkstätte eine Mischung von behinderten und nicht behinderten Arbeitskräften zu beschäftigen, zu weit; aber unzweifelhaft richtig daran ist das Bestreben, den Behinderten echte produktive Arbeit zu verschaffen. Auf diese Weise werden eine ganze Zahl von anfänglich nicht mehr Eingliederbaren im Laufe der Jahre doch noch eingliederungsfähig, ihre Zahl und Chancen wird erst längere Erfahrung ergeben können.

Zum zweiten wird die geschützte Werkstätte dann ebenfalls Ort für jene Behinderte, die nicht so sehr aus direkten Gründen ihres Gebrechens nicht mehr eingliederbar sind, sondern bei denen die psychischen Komponenten dafür verantwortbar gemacht werden müssen. Wer einen Einblick in das gesamte Gebiet hat, weiß, daß ihre Zahl nicht klein ist. Das Vermögen, in einer Betriebsgemeinschaft zu arbeiten, ist nie allein von den äußeren Arbeitskenntnissen abhängig, sondern es sind daran viele innere Kräfte beteiligt. Das Wissen, wie die Arbeit getan werden muß, bietet noch keine Sicherheit, daß die Arbeit auch getan werden kann. Gerade bei jenen Behinderten, die, durch ihr Gebrechen bedingt, noch nie Erfahrungen mit der gesamten Arbeitssituation machen konnten, bestehen da Aufgaben der Anleitung und Hilfeleistung. Dasselbe gilt für alle jene, die durch ihre Anlagen hier besonderen Schwierigkeiten gegenüberstehen.

Das heißt also, daß die geschützte Werkstätte — will sie wirklich produktive Arbeit vermitteln — ihr Augenmerk auf die sozialen und psychischen Faktoren zu richten hat und damit die starke Zusammenarbeit mit jenen Stellen geboten ist, welche auf diesem Gebiete Hilfe leisten können. Es kann jedoch nicht Aufgabe der geschützten Werkstätte sein, solche Hilfskräfte innerbetrieblich einzusetzen, aber sie sollte

viel mehr, als das heute geschieht, sich durch Querverbindungen diese Dienste zunutze machen; denn wenn sie das nicht tut, wird sie entscheidende Faktoren zu ihrem eigenen Nachteil vernachlässigen. Gerade der Nichtbehinderte hat es außerordentlich schwer, das Ausmaß der psychischen und sozialen Arbeitskomponenten eines Behinderten nachzuempfinden. Dem Behinderten darf einfach nicht lediglich ein Arbeitsplatz vermittelt werden, der ihn auf eine Insel verschlägt und ihm dabei die ganze Umgebung eine fremde oder beziehungslose Welt bleibt, sondern gerade der geschützten Werkstätte ist die nicht leichte, aber notwendige Aufgabe der menschlichen Integration des Behinderten überbunden.

Im Blickfeld der geschützten Werkstätte steht, wie dargelegt worden ist, der nicht mehr eingliederbare Behinderte. Das kann nun aber nicht bedeuten, daß dies seine einzige Chance darstellt, sondern was er benötigt, ist eine geschützte Arbeit. Darum ist die geschützte Werkstätte im herkömmlichen Sinne nur ein Teil, indem da *eine*, aber nicht *die* Möglichkeit der geschützten Arbeit gewährleistet wird. Der nicht mehr eingliederbare Behinderte befindet sich darum in einer Sondersituation, weil er nicht mit andern oder im Vergleich zu andern eine Arbeit leisten kann. Sobald aber der Vergleich oder die Verbindung mit andern wegfallen, ist es auch ihm durchaus möglich, produktive Arbeit zu leisten. Diese Voraussetzungen sind nun aber neben der geschützten Werkstätte im herkömmlichen Sinne ebenfalls in der Heimarbeit und in der geschützten Beschäftigung in einem Betriebe gegeben. Aus dieser Erkenntnis heraus wurde der geschützten Werkstätte ein Heimarbeitszweig angegliedert. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß damit die Möglichkeit produktiver Arbeit geschaffen ist, die jenen Behinderten angepaßt ist, die nicht in einer Werkstätte arbeiten können.

Nun besteht aber in vielen Betrieben die Möglichkeit, einen Arbeitsplatz zu besetzen, der die Einsetzung eines sonst nicht mehr Eingliederbaren ermöglicht. Solche Arbeitsplätze aber können nicht auf einen voraus bestimmbaren Zeitpunkt und für beliebige Behinderte geplant werden, sondern sind in der Regel die glückliche Frucht unberechenbarer Begleitumstände. Trotzdem gilt es aber für die geschützte Werkstätte, nicht nur mit solchen Glücksfällen zu rechnen, sondern die auch dafür notwendigen Voraussetzungen mit aller Sorgfalt zu schaffen. So werden auch von dieser Überlegung her die inneren Arbeitsfaktoren zu einem Schwerpunkt der geschützten Werkstätte.

Die Jahresberichte der Ausgleichskassen

Die Ausgleichskassen haben dem Bundesamt für Sozialversicherung jeweils bis 30. April einen Jahresbericht über das vorangegangene Geschäftsjahr zu erstatten. Bis Ende März sind 14 Berichte über das Jahr 1965 eingegangen. Das Amt zählt darauf, daß die übrigen Berichte ebenfalls fristgerecht eingehen.

Durchführungsfragen der AHV/IV

Ende der Beitragspflicht und Beginn der Rentenberechtigung für Tibeter

Für Tibeter, deren Geburtsdatum nicht ausfindig gemacht werden kann, ist als letzte Zifferngruppe der Versicherungsnummer allgemein die Zahl 900 einzusetzen (ZAK 1964, Seite 417).

Heute stellt sich die Frage, bis zu welchem Zeitpunkt solche Tibeter Beiträge zu bezahlen haben, beziehungsweise ab welchem Datum sie rentenberechtigt sind.

Unter den gegebenen Voraussetzungen ist es zweckmäßig, als Zeitpunkt der Beendigung der Beitragspflicht und des Beginns des Anspruches auf Altersrenten die Jahresmitte zu bestimmen. Dies bedeutet, daß die von dieser Regelung betroffenen Tibeter jeweils bis zum 30. Juni des Jahres, in dem sie das Rentenalter erreichen, Beiträge zu bezahlen haben und am darauffolgenden 1. Juli rentenberechtigt sind.

Trinkgelder der Taxichauffeure

Gemäß Rz 194 des Kreisschreibens über den maßgebenden Lohn werden die Trinkgelder der Taxichauffeure für die AHV/IV/EO insoweit zum maßgebenden Lohn gezählt, als in der obligatorischen Unfallversicherung von ihnen Prämien erhoben werden.

Wie die SUVA mitteilt, wurde im Gebiet ihrer Kreisagentur Basel (Kantone Basel-Stadt und Basel-Land, Bezirke Rheinfelden AG, Laufen BE und Dorneck/Thierstein SO) der für den Prämienbezug maßgebende Trinkgeldbetrag der Taxichauffeure neu festgesetzt. Er ist im Einvernehmen mit den Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden vom 1. Januar 1966 an von 7 auf 10 Prozent der Fahrgeldeinnahmen erhöht worden. Diese Heraufsetzung gilt in gleicher Weise auch für die Beiträge an die AHV/IV/EO.

Anerkannte medizinische Behandlungsmethoden ¹

Gemäß Artikel 1, Absatz 3, GgV gelten als medizinische Maßnahmen zur Behandlung eines Geburtsgebrechens Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmäßiger Weise anstreben. Bei Beurteilung des Leistungsanspruchs ist daher nicht nur festzustellen, ob das betreffende Gebrechen in der Liste enthalten ist; es müssen auch die vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen auf ihre Zweckmäßigkeit überprüft werden. Bestehen in dieser Beziehung Zweifel, so sind die Akten vor definitiver Beschlußfassung dem Bundesamt für Sozialversicherung zu unterbreiten.

Hörapparate; Abgabe von Aufladegeräten ¹

Die Hörapparate sind in der Regel mit gewöhnlichen Batterien ausgestattet, die nicht aufgeladen werden können. Je nach der Beanspruchung des Hörgerätes ist der Ersatz der Batterien mit mehr oder weniger hohen Kosten verbunden. Sind die Betriebskosten für den Versicherten eine zu starke Belastung, kann die IV ein Aufladegerät mit Akkumulatoren abgeben. Aufladegeräte sind jedoch nur dann zweckmäßig, wenn der Hörapparat täglich regelmäßig während Stunden benützt werden muß. Der Ersatz der Akkumulatoren gilt als Betriebsaufwand und geht nicht zu Lasten der IV.

Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung ¹

Seit der Einführung der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV stellt sich die Frage, wie sich diese Leistungen zu der Hilflosenentschädigung verhalten.

Für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen zählen Hilflosenentschädigungen gemäß ausdrücklicher Gesetzesvorschrift nicht als anrechenbares Einkommen (Art. 3, Abs. 3, Buchst. d, ELG).

Der Anspruch auf die Hilflosenentschädigung besteht nur, wenn das Einkommen des Hilflosen die Einkommensgrenze nicht erreicht. Nach Artikel 56 AHVV, Buchstabe c zählen Renten, Pensionen und andere wiederkehrende Leistungen, die nicht ausgesprochenen Fürsorgecharakter haben, an sich zum anrechenbaren Einkommen. Ihrer Art nach sind nun die Ergänzungsleistungen zwar Versicherungsleistungen, auf die ein

¹ Aus IV-Mitteilungen Nr. 71

klagbarer Rechtsanspruch besteht. Andererseits haben sie den Charakter einer subsidiären Leistung, die nur dann der Bedarfs- und Existenzsicherung dienen, wenn die eigentlichen Versicherungsleistungen dies nicht erreichen können. Folgerichtig sind sie daher bei der Ermittlung der für die Hilflosenentschädigung maßgebenden Einkommen ebenfalls nicht in Rechnung zu stellen.

Anmeldeformular für Minderjährige; Versichertennummer¹

Das Anmeldeformular zum Bezüge von Leistungen für Minderjährige weist am Rande der ersten Seite unten und der zweiten Seite oben zwei rechteckige Felder auf, die für die Eintragung der Versichertennummern der Eltern des Leistungsansprechers vorgesehen sind. Einige Sekretariate der IV-Kommissionen haben Zweifel geäußert, ob diese Angaben einer Notwendigkeit entsprechen.

Die Versichertennummern der Eltern erlauben es, festzustellen, ob für diese bereits Akten bestehen und welche Leistungen allenfalls gewährt werden. Tatsächlich spielt nun aber letzteres für die Anspruchsberechtigung des Minderjährigen nur selten eine Rolle, da die Leistungspflicht der IV von eventuellen Bezügen der Eltern nicht beeinflußt wird. Einige Bedeutung könnte den Versichertennummern der Eltern dagegen im Zusammenhang mit der Abklärung der versicherungsmäßigen Voraussetzungen zukommen, wozu unter Umständen bei Ausländern und Staatenlosen die Erfüllung einer minimalen Beitrags- oder Wohnsitzdauer der Eltern gehört (Art. 9, Abs. 4, IVG). Es handelt sich hier jedoch um Ausnahmefälle, welche die generelle Eintragung der Versichertennummern der Eltern nicht unbedingt nötig machen. Daher bleibt es den Sekretariaten der IV-Kommissionen überlassen, zu bestimmen, ob und allenfalls wie sie neben der Nummer der Minderjährigen jene der Eltern setzen wollen.

Unbegründete IV-Anmeldungen auf Veranlassung der Krankenkassen¹

Es kommt vor, daß sich Versicherte auf Veranlassung ihrer Krankenkasse für medizinische Maßnahmen zum Leistungsbezug bei der IV anmelden, obschon die gesetzlichen Voraussetzungen im Sinne der IV offensichtlich nicht vorliegen (z. B. in Fällen von Nabelhernien, Phimosen usw., die eindeutig nicht auf der Liste der Geburtsgebrechen stehen).

¹ Aus IV-Mitteilungen Nr. 71

Die IV-Organen kommen in solchen Fällen nicht darum herum, ihre Feststellung durch einen Arztbericht bestätigen zu lassen und die Anmeldung mit einer formellen Kassenverfügung abzuweisen.

Solche Anmeldungen verursachen allen Beteiligten nutzlose Umtriebe. Deshalb wird den Sekretariaten der IV-Kommissionen empfohlen, die betreffenden Krankenkassen nötigenfalls in geeigneter Weise auf die Rechtslage hinzuweisen und sie zu ersuchen, in klaren Fällen, in denen eine Leistungspflicht der IV zum vorneherein außer Frage steht, keine Anmeldung bei der IV zu veranlassen. Sollte eine Krankenkasse trotzdem ihre Praxis nicht ändern, so kann sich das Sekretariat der IV-Kommission mit den entsprechenden Unterlagen an das Bundesamt für Sozialversicherung wenden, das sich alsdann zur weiteren Abklärung direkt mit den betreffenden Krankenkassen in Verbindung setzen wird.

Abklärungsverfahren; Kosten für das Einholen von Auskünften¹

Bei der Bearbeitung eines Gesuches um Leistungen der IV haben die Sekretariate der IV-Kommissionen alle notwendigen Auskünfte, die für die Würdigung des betreffenden Falles unerlässlich sind, einzuholen. Sofern sie diese nicht selber beschaffen können, werden wenn möglich Spezialstellen der Invalidenhilfe damit betraut. Oft sind die Spezialstellen jedoch mit Arbeit überlastet und nicht in der Lage, die verlangten Angaben innert angemessener Frist zu beschaffen. Aus diesem Grunde gelangen die Sekretariate der IV-Kommissionen auch an frühere Fürsorgerinnen oder ausgewiesene Sozialinstitutionen, die sich nur gelegentlich mit Invaliden befassen. In solchen Fällen handelt es sich indessen nicht um Spezialstellen im Sinne der IV. Da aber die Sekretariate der IV-Kommissionen für die verlangten Abklärungen zuständig sind, haben sie auch die sich dadurch ergebenden Kosten zu übernehmen. Diese sind in der Kostenaufstellung für die Sekretariatsführung der IV-Kommissionen unter «Übriger Aufwand» auszuweisen und werden im Rahmen der Kostenvergütung zurückerstattet. Für solchermaßen entstehende Kosten können die Entschädigungen nach den für die Spezialstellen anwendbaren Ansätzen festgelegt werden. Der Einfachheit halber dürfen die Sekretariate der IV-Kommissionen zu diesem Zweck die blaue «Bescheinigung der Spezialstelle» (Formular 318.633) verwenden, welche ihnen als Beleg dienen wird. Sie haben jedoch darauf zu achten, daß diese Formulare nicht versehentlich dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt werden.

¹ Aus IV-Mitteilungen Nr. 70

Beiträge an Kurse zur Ertüchtigung Invalider¹

Den Dachorganisationen der privaten Invalidenhilfe sowie den ihnen angeschlossenen gemeinnützigen privaten Organisationen, die sich ganz oder in wesentlichem Umfange der Invalidenhilfe widmen, werden Beiträge der IV an Kurse zur Ertüchtigung Invalider gewährt. Dagegen gehören die von einem Heim für die geistige und körperliche Förderung (Vorträge, Turnunterricht usw.) sowie für die Freizeitgestaltung der Insassen zur Durchführung gelangenden Veranstaltungen zum eigentlichen Aufgabenbereich dieser Heime und können deshalb nicht als Kurse im Sinne des IVG betrachtet werden.

LITERATURHINWEISE

Detmers K. E.: *Etude de jurisprudence touchant principalement des interventions chirurgicales.* In «Pro Infirmis», Nr. 9, Jg. 24, S. 282—291, Zürich, 1965. Jg. 57, 1964, S. 66—77, Druck und Verlag Berichthaus Zürich.

Elmer Edwin: *Die Bewertung der Naturalbezüge für die Steuerveranlagung.* Separatdruck aus «Schweizerisches Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung», Band 67, Nr. 1/2, 1966. Separatdrucke sind erhältlich beim Verfasser: Dr. Edwin Elmer, 3097 Liebefeld bei Bern, Falkenstraße 6, zum Preis von Fr. 3.70.

Gysin Arnold: *Die Invalidität in der Sozialversicherung.* In «Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten», S. 29—41, Jg. 58, Nr. 1, Druck und Verlag Berichthaus Zürich, 1965.

Kaiser Edwin: *Il ricupero scolastico dei bambini disadatti.* Sonderdruck aus «Risveglio», Rivista mensile della Federazione Docenti Ticinesi, Jg. 70, Nr. 7, Lugano, 1965.

Klauer Karl Josef: *Berufs- und Lebensbewährung ehemaliger Hilfsschulkinder.* In Zusammenarbeit mit Lothar Gramm, Ursula Heydrich und Dietrich van Laak. 168 S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg, 1963.

Kobi Emil E.: *Das legasthenische Kind. Seine Erziehung und Behandlung.* Heft 22, «Formen und Führen», Schriften zur Psychologie, Pädagogik, Heilpädagogik und Sozialarbeit, herausgegeben vom Institut für Heilpädagogik Luzern, 98 S., 1965.

Kuratle Hanspeter: *Die medizinische Rehabilitation in der schweizerischen Gesetzgebung.* In «Schweizerische Invaliden-Zeitung», Jg. 10, Nr. 6, S. 5—12, 1964; Jg. 11, Nr. 1, S. 2—5, 1965, Verlag: Schweizerischer Invalidenverband, Olten.

¹ Aus IV-Mitteilungen Nr. 70

Löwe Armin: Sprachfördernde Spiele für hörgeschädigte Kleinkinder. Anleitungen für Elternhaus und Kindergarten. 115 S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg, 1964.

Matti Alfred: Caisse de pension et institutions de prévoyance privées. Sep. Auszug aus dem «Lexique de l'Economie Suisse», 4 S., Druckerei «A la Baconnière», Neuchâtel, 1965.

Müller Richard G. E.: Die Schule für erziehungsschwierige Kinder und Jugendliche. Unterrichtsliche Hilfe bei Einordnungs- und Leistungsschwierigkeiten. 47 S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg, 1964.

Rossier A. und Brunner U.: Zur initialen Behandlung der frischen traumatischen Querschnittsläsion. Sonderdruck der «Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift», Jg. 94, Nr. 10, S. 362—370, 1964.

Rossier A. und Bors E.: L'activité réflexe du détrusor à la stimulation rectale et périnale chez les traumatisés médullaires. Sonderdruck der «Helvetica Chirurgica Acta», Bd. 32, S. 468—474, 1965.

Der gegenwärtige Stand der Wiedereingliederung der Tuberkulosekranken. In «Blätter gegen die Tuberkulose», S. 3—26, 1964, mit Beiträgen von Oppikofer K., Steine P. M. und Thiébaud M., Felber R., Mittner R., Houriet J. H.

Directives concernant l'organisation des maisons d'éducation pour enfants et adolescents. Herausgegeben im Januar 1965 von der Schweizerischen Landeskonferenz für Soziale Arbeit, auf Grund der Beratungen einer Arbeitsgruppe. In «L'Information au Service du Travail social», Jg. 34, Nr. 5/6, Lausanne, 1965, S. 3—12. Erhältlich bei der Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft, 8039 Zürich.

Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung. Jg. 10, Heft 1, Verlag Stämpfli & Cie, Bern, 1966, u. a. mit Beiträgen von Gysin Arnold: Charakteristika der Schweizerischen Sozialversicherung, Hermann Josef: Das Alter, ein wesentliches Sozialproblem, Ducommun Jean-Daniel: Aus der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes, 1964, 2. Teil, Achermann Karl: Die Sozialversicherung des Bundes und der Kantone im Jahre 1964.

MITTEILUNGEN

Erledigte parlamentarische Vorstöße

Am 11. März 1966 hat der Bundesrat die Kleine Anfrage Dafflon (ZAK 1965, S. 25) wie folgt beantwortet:

«Die von der Schweizerischen Stiftung „Für das Alter“ zum Studium der Altersprobleme eingesetzte Kommission für Altersfragen, die eng mit dem BSV zusammenarbeitet, mußte das sehr weitschichtige Gebiet von verschiedenen Studiengruppen behandeln lassen. Die Berichte der Gruppen, die zum Teil sehr zeitraubende Erhebungen voraussetzten, liegen nun vor oder werden dem-

nächst der Kommission unterbreitet, sodaß diese voraussichtlich noch im laufenden Jahr ihre Arbeiten mit der Verabschiedung des Gesamtberichtes abschließen kann. Von einer vorzeitigen Publikation einzelner Zwischenergebnisse kann deshalb abgesehen werden».

**Behandelte
parlamentarische
Vorstöße**
Postulat
Müller-Luzern
Postulat Vontobel
Postulat Wyss
Postulat Dafflon
Postulat Mossdorf
Kleine Anfrage Heil

Der Nationalrat hat in seiner Sitzung vom 10. März 1966 das Postulat Müller-Luzern, vom 10. März 1965 (ZAK 1965, S. 187) betreffend Erhöhung der Beiträge an die Sonderschulung angenommen und dem Bundesrat überwiesen.

Ferner hat der Nationalrat am 24. März 1966 das Postulat Vontobel vom 29. November 1965 (ZAK 1966, S. 23), das Postulat Wyss vom 30. November 1965 (ZAK 1966, S. 24), das Postulat Dafflon vom 9. Dezember 1965 (ZAK 1966, S. 25) und das Postulat Mossdorf vom 14. Dezember 1965 (ZAK 1966, S. 25) behandelt. Diese vier Vorstöße wurden vom Rat ebenfalls angenommen und dem Bundesrat überwiesen. Mit seiner Stellungnahme zu den Postulaten beantwortete Bundesrat Tschudi gleichzeitig die Kleine Anfrage Heil vom 6. Dezember 1965 (ZAK 1966, S. 24). Nähere Ausführungen hiezu finden sich auf Seite 171 dieser Nummer.

**Ergänzungs-
leistungen im
Kanton Basel-Stadt**

Die Referendumsfrist für die Gesetze betreffend «Kantonale Altershilfe» und «Kantonale Invalidenhilfe», welche in ihrem ersten Teil Bestimmungen über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV enthalten, lief am 2. April 1966 unbenützt ab. Die Einkommensgrenzen in den beiden Gesetzen entsprechen den vom Bundesrecht vorgesehenen Höchstansätzen. Der Pauschalabzug vom Erwerbseinkommen und vom Jahresbetrag der Renten und Pensionen wurde im Gesetz betr. Kantonale Invalidenhilfe auf den Maximalbetrag von 480 Franken bzw. 800 Franken festgesetzt, im Gesetz betr. kantonale Altershilfe dagegen auf 240 bzw. 400 Franken belassen. Ferner ist in beiden Gesetzen der Mietzinsabzug gemäß Art. 4, Buchst. c des Bundesgesetzes zugelassen. Der Regierungsrat wird den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetze bestimmen.

**Ergänzungs-
leistungen im
Kanton St. Gallen**

In der Volksabstimmung vom 19. und 20. März 1966 wurde das kantonale Gesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV mit 36 368 Ja gegen 5 269 Nein angenommen. Die Einkommensgrenzen entsprechen den vom Bundesrecht vorgesehenen Höchstansätzen. Zudem ist der Mietzinsabzug gemäß Art. 4, Buchst. c des Bundesgesetzes zugelassen.

Das Gesetz tritt nach der Genehmigung des Bundesrates rückwirkend auf den 1. Januar 1966 in Kraft.

Ergänzungsleistungen im Kanton Graubünden

Am 27. März 1966 wurde das kantonale Gesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV mit 17 466 Ja gegen 2 136 Nein vom Volke angenommen. Der Große Rat des Kantons Graubünden hat am 3. Dezember 1965 in der Vollziehungsverordnung zu diesem Gesetz die Einkommensgrenzen entsprechend den vom Bundesrecht vorgesehenen Höchstansätzen sowie den Pauschalabzug vom Erwerbseinkommen und vom Jahresbetrag der Renten und Pensionen auf den Maximalbetrag von 480 Franken bzw. 800 Franken festgesetzt. Er ließ ferner den Mietzinsabzug gemäß Art. 4, Buchst. c des Bundesgesetzes zu.

Gesetz und Vollziehungsverordnung treten nach Genehmigung durch die zuständigen Bundesbehörden rückwirkend auf den 1. Januar 1966 in Kraft.

Familienzulagen in der Uhrenindustrie

Die Mehrzahl der FAK schweizerischer Berufsverbände gewährt nur Kinderzulagen. Die FAK der Uhrenindustrie nimmt eine Sonderstellung ein, da sie außer Kinderzulagen auch Geburts-, Haushaltungs- und Ausbildungszulagen ausrichtet. Am 21. Dezember 1965 hat der Vorstand der FAK ein neues Ausführungsreglement erlassen, welches am 1. Januar 1966 in Kraft getreten ist. Es sieht folgende Regelung vor:

Familienzulagen

a. Kinderzulagen

Die Zulage beträgt je Kind und Monat 30 Franken. Sie wird bis zur Beendigung des obligatorischen Schulunterrichts ausgerichtet. Für Kinder, die wegen Gebrechlichkeit, Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig sind, beträgt die Altersgrenze 20 Jahre. Ferner besteht Anspruch auf Zulagen für Kinder unter 18 Jahren, die nicht in Ausbildung begriffen sind, sofern ihr Bar- und Naturallohn 260 Franken im Monat oder 120 Franken in 14 Tagen nicht übersteigt.

b. Ausbildungszulagen

Für Kinder, welche nach Beendigung des obligatorischen Schulunterrichts einem Studium obliegen oder eine Berufslehre absolvieren, besteht Anspruch auf eine Ausbildungszulage von 50 Franken im Monat bis zum zurückgelegten 20. Altersjahr. Die Zulage wird ohne Rücksicht auf ein allfälliges Einkommen des Kindes gewährt.

c. Haushaltungszulagen

Die Haushaltungszulage beträgt 60 Franken im Monat.

d. Geburtszulage

Die Geburtszulage beträgt 150 Franken je Kind.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Ausländische Arbeitnehmer | <p>Ausländische Arbeitnehmer, die mit ihrer Familie oder ihren Kindern in der Schweiz wohnen, sind den schweizerischen Arbeitnehmern gleichgestellt. Dasselbe gilt für die Grenzgänger, sofern nicht eine ausländische Kasse bereits Zulagen ausrichtet.</p> <p>Ausländische Arbeitnehmer, deren Kinder nicht in der Schweiz wohnen, haben für ihre ehelichen und Adoptivkinder bis zum erfüllten 15. Altersjahr Anspruch auf eine Zulage von 15 Franken im Monat; hingegen steht ihnen kein Anspruch auf Ausbildungszulagen zu. Ausländische Arbeitnehmer, deren Ehefrau im Ausland wohnt, können ebenfalls Geburtszulagen beanspruchen, sofern nicht eine ausländische Kasse diese Zulage auszurichten hat.</p> |
| Verhältnis zu den kantonalen Gesetzen | <p>Die Kinder-, Ausbildungs- und Geburtszulagen werden nach Maßgabe der Vorschriften der kantonalen Gesetze über Familienzulagen für Arbeitnehmer ausgerichtet. Maßgebend sind jedoch die Bestimmungen des Ausführungsreglementes, wenn diese für den Arbeitnehmer günstiger sind als diejenigen der kantonalen Gesetze. Falls für das gleiche Kind bereits eine Zulage auf Grund einer Regelung des öffentlichen oder privaten Rechts beansprucht werden kann, so besteht kein Anspruch gemäß dem Ausführungsreglement.</p> |
| Finanzierung | <p>Die Aufwendungen für die Zulagen werden durch Beiträge der Arbeitgeber gedeckt. Der Beitrag beträgt 4 Prozent der maßgebenden Lohnsumme im Sinne der AHV, wobei diese aber auf 24 000 Franken im Jahr begrenzt ist.</p> <p>Die Unternehmen in den Kantonen Genf und Neuenburg haben einen zusätzlichen Beitrag zu entrichten.</p> |
| Adressenverzeichnis AHV/IV/EO | <p>Seite 25, IV-Regionalstelle Luzern Neue Adresse: Luzern, Löwengraben 14/Postfach 161, 6000 Luzern 5</p> |
| Personelles | <p>Der Bundesrat nahm am 29. März 1965 vom Rücktritt von Dr. Riccardo Motta, Bern, als Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds der AHV unter Verdankung der geleisteten Dienste Kenntnis. Als neues Mitglied wurde Alexandre Hay, Vizepräsident des Direktoriums der Schweizerischen Nationalbank, Bern, gewählt.</p> |

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Beiträge

Urteil des EVG vom 12. Oktober 1965 i. Sa. K. AG.¹

Art. 5, Abs. 2, AHVG. Maßgebender Lohn ist jede Leistung des Arbeitgebers an den Arbeitnehmer, die ihren Grund im Arbeitsverhältnis hat, und nicht gemäß Art. 6, 8 oder 8 bis AHVV davon ausgenommen ist, unbekümmert darum, ob das Arbeitsverhältnis noch andauere oder aufgelöst sei, und ob die Leistung in Erfüllung einer rechtlichen Pflicht oder freiwilligerweise erbracht werde.

(Erwägung 3)

Art. 5, Abs. 2, AHVG; Art. 8 AHVV. Anteile des Arbeitnehmers am Liquidationsgewinn des Arbeitgebers gehören zum maßgebenden Lohn. Nur allein weil eine Leistung einmalig ist, fällt sie nicht unter Art. 8, Buchst. c, AHVV. (Erwägung 4)

Die Firma K. AG liquidierte einen Teil ihres Betriebes. Einen Teil des dabei erzielten Gewinnes verteilte sie unter ihr Personal. Die Ausgleichskasse forderte davon die Beiträge. Die Firma K. AG legte Beschwerde ein. Die Rekursbehörde hieß diese gut. Die vom BSV dagegen erhobene Berufung wurde vom EVG aus den folgenden Erwägungen gutgeheißen:

1. ...

2. ...

3. Was maßgebender Lohn ist, wird im Gesetz zunächst durch eine Definition erklärt (Art. 5, Abs. 2, AHVG, erster Satz). Alsdann werden verschiedene Einkommenskategorien genannt, die grundsätzlich zum maßgebenden Lohn zu rechnen sind. Hinsichtlich einer dieser Kategorien (d. h. bezüglich der Naturalleistungen) sieht das Gesetz in Art. 5, Abs. 3, AHVG selber Ausnahmen vor. Ferner erteilt es dem Bundesrat in Art. 5, Abs. 4 und 5 die Kompetenz, im Rahmen der dort erwähnten Kategorien weitere Ausnahmen vorzusehen. Aus dieser Systematik ergibt sich, daß begrifflich an sich alle in Art. 5 AHVG genannten Einkommensgruppen — auch die Sozialleistungen — maßgebender Lohn im Sinne des Gesetzes sind. Indessen kann der Bundesrat gewisse Beitragsobjekte privilegieren und vorschreiben, daß von diesen keine Beiträge zu entrichten sind, obwohl sie begrifflich zum maßgebenden Lohn im Sinne von Art. 5 AHVG gehören. Daraus ist abzuleiten, daß grundsätzlich jede Leistung des Arbeitgebers an den Arbeitnehmer, die begrifflich maßgebender Lohn im Sinne von Art. 5 AHVG ist, als Beitragsobjekt erfaßt

¹ Über den gleichen Tatbestand entschied das Gericht mit denselben Erwägungen in dem gleichentags gefällten Urteil i. Sa. M. AG, einer Tochtergesellschaft der K. AG.

werden muß, sofern sie nicht unter eine der in Art. 6, 8 oder 8bis AHVV aufgezählten Kategorien fällt. Beitragsobjekte sind demzufolge nach der Praxis in der Regel alle Bar- und Naturalbezüge des Arbeitnehmers, die wirtschaftlich mit dem Arbeitsverhältnis zusammenhängen, ob dieses noch andauere oder bereits abgelaufen sei und ob die Leistungen geschuldet werden oder freiwillig erfolgen. Eingeschlossen sind selbst die sogenannten Sozialleistungen, sofern sie nicht gemäß Art. 6, Abs. 2, oder Art. 8 AHVV ausgenommen sind (EVGE 1963, S. 172; ZAK 1964, S. 81; EVGE 1964, S. 219; ZAK 1965, S. 431).

4. Es steht fest, daß die umstrittenen Leistungen ihren Grund im Arbeitsverhältnis haben. Nach der Darstellung der Beitragspflichtigen bildeten sie eine nachträgliche freiwillige Belohnung des Personals, das durch seine Mitarbeit die Grundlage für den Liquidationsgewinn geschaffen hatte. Ferner dienten die Zuwendungen als Anreiz, das Arbeitsverhältnis fortzusetzen. Somit gehören die Gewinnanteile begrifflich zum maßgebenden Lohn im Sinne von Art. 5 AHVG. Der Bundesrat hat derartige Leistungen nicht privilegiert. Insbesondere fallen die umstrittenen Bezüge, wie auch die Berufungsbeklagte in ihrem Schreiben vom 29. Dezember 1962 eingeräumt hat, unter keine der in Art. 8, Buchst. c, AHVV erwähnten Kategorien. Nach welchen Gesichtspunkten die Anteile am Liquidationsgewinn auch bemessen worden sein mögen, so können sie weder als Jubiläumsgaben noch als Dienstaltersgeschenke aufgefaßt werden, obwohl sie diesen Ausnahmen verhältnismäßig am nächsten stehen (vgl. zum Begriff des Dienstaltersgeschenkes insbesondere EVGE 1965, S. 5; ZAK 1965, S. 232). Wenn die Vorinstanz annimmt, das Merkmal der Einmaligkeit der Leistungen sei hinreichend für deren Zugehörigkeit zu Art. 8, Buchst. c, AHVV, so ist dem entgegenzuhalten, daß Einmaligkeit oder Seltenheit — abgesehen von den ebenfalls ausgenommenen Bar- und Naturalgeschenken — wohl ein Merkmal der in Art. 8, Buchst. c, aufgezählten Zuwendungen, aber nicht der entscheidende Oberbegriff ist, der es erlauben würde, andere, dieses Merkmal erfüllende Leistungen gleich zu behandeln. Es gibt Zuwendungen, die als Beitragsobjekte erfaßt werden müssen, obschon sie einmalig sind. Erwähnt sei hier nur die einem Arbeitnehmer anlässlich der Verheiratung ausgerichtete Geldleistung, soweit sie den Umfang eines üblichen Hochzeitsgeschenkes überschreitet (EVGE 1964, S. 215; ZAK 1965, S. 433). Abgesehen davon wäre es kaum zugänglich, die Ausnahmen, die auf Gesetzesdelegation beruhen, durch bloße Auslegung nur deshalb zu erweitern, weil andere Tatbestände mit diesen Ausnahmen begrifflich verwandt sind.

Urteil des EVG vom 20. Dezember 1965 i. Sa. H. K.

Art. 9, Abs. 1, AHVG; Art. 36 AHVV. Ein Zwischenmeister ist Selbständigerwerbender, wenn er das Unternehmerrisiko trägt; beachtliche Indizien dafür sind die Unterstellung des Betriebes unter das Fabrikgesetz und damit auch unter die obligatorische Unfallversicherung. (Erwägung 3)

H. K. wurde im Jahre 1954 als unselbständiger Heimarbeiter-Zwischenmeister der Ausgleichskasse angeschlossen. Im Jahre 1964 verfügte die Ausgleichs-

kasse, dieser gelte vom 1. Januar 1964 hinweg als Selbständigerwerbender, weil er ein Konfektionsatelier mit 12 bis 13 Hilfskräften führe. H. K. beschwerte sich und verlangte, weiterhin als unselbständige Mittelsperson behandelt zu werden. Die Rekursbehörde wies die Beschwerde ab, ebenso das EVG, die gegen deren Entscheid eingelegte Berufung. Es stellte dabei die folgenden Erwägungen an:

1. ...

2. ...

3. Das Gericht hat im Fall einer Zwischenmeisterin oder Ferggerin der ostschweizerischen Textilindustrie erkannt, sie sei AHV-rechtlich als Unselbständigerwerbende zu erfassen (EVGE 1959, S. 21; ZAK 1959, S. 206). Damals wurde u. a. festgestellt, daß die Versicherte wohl einige entlohnte Heimarbeiterinnen beschäftigte, aber kein Warenlager besitze, nicht wie ein Unternehmer für den Markt arbeite, und daß Fergger oder Zwischenmeister von der mit den Verhältnissen vertrauten Ausgleichskasse regelmäßig als unselbständige Mittelsperson erfaßt würden. Ferner wurde darauf hingewiesen, daß die Versicherte im Verhältnis zur Arbeitgeberfirma auch arbeitsrechtlich als Arbeitnehmerin behandelt werde und den entsprechenden Arbeiterschutz genieße. Sie gelte als Ferggerin im Sinn von Art. 2, Buchst. c, des Bundesgesetzes über die Heimarbeit vom 12. Dezember 1940, wonach Personen, die selbständig, d. h. ohne angestellt zu sein, Heimarbeit von Arbeitgebern entgegennehmen und sie an Heimarbeiter weiterleiten, bei Fehlen besonderer Vorschriften dem Arbeitgeber gegenüber als Heimarbeiter zu betrachten sind.

Im Gegensatz dazu ist im vorliegenden Fall mit dem BSV zunächst festzustellen, daß die Akten keine Anhaltspunkte enthalten, aus denen sich ergäbe, daß die vom Berufungskläger beschäftigten Personen Heimarbeiter sind, was seinerzeit in dem erwähnten Urteil vorausgesetzt wurde. Jedenfalls liegt das Schwergewicht der Tätigkeit des Berufungsklägers in dessen Konfektionsatelier. In Beschwerde und Berufung wird zugegeben, daß zwischen dem Berufungskläger und den von ihm beschäftigten Hilfskräften ein dienstvertragliches Verhältnis besteht. Dieses ist nicht so gestaltet, daß wie in jenem Urteil «je nach dem Arbeitsanfall 2—4 Heimarbeiterinnen» beschäftigt werden. Vielmehr ist der Berufungskläger, wie die Zweigstelle in der Berufungsantwort übereinstimmend mit den Ausführungen des Berufungsklägers bemerkt, verpflichtet, seinem Personal Arbeit zu beschaffen. Übrigens obliegt es ebenfalls ihm, Arbeitsbewilligungen für die ihm unterstellten ausländischen Arbeitskräfte zu erwirken. Ferner ist er genötigt, erhebliche Investitionen zu machen, um die Konkurrenzfähigkeit seines Ateliers zu erhalten. In diesem Sinn sind seine Bemerkungen im Schreiben an die Zweigstelle vom 16. April 1963 zu verstehen, daß ihm aus der zweimaligen Verlegung seines Betriebes im Jahre 1962 sehr große Unkosten für Installationen erwachsen seien. Der Berufungskläger trägt also ein ausgesprochenes Unternehmerrisiko. Als risikotragender Unternehmer im Sinne der AHV-Praxis kann er deshalb nicht als Unselbständigerwerbender im Sinn von Art. 36 AHVV betrachtet werden, selbst wenn er anscheinend kein Warenlager besitzt und nur für wenige Auftraggeber und bloß mit Stücklohnabrechnungen arbeiten sollte. Die Preisvereinbarungen trifft er als freier Unternehmer, ist er doch nicht verpflichtet, Aufträge zu übernehmen, die ungenügenden Gewinn

abwerfen. Wie das BSV zutreffend ausführt, sind zudem die Unterstellung des Betriebes unter das Fabrikgesetz und der sich daraus ergebende Anschluß an die obligatorische Unfallversicherung beachtliche Indizien dafür, daß der Versicherte als Selbständigerwerbender zu qualifizieren ist. Auch die Fremdenpolizei und das Arbeitsamt behandelt ihn als Selbständigerwerbenden. Endlich ist der Ausgleichskasse darin beizupflichten, daß H. K. aus der Tatsache, daß er hinsichtlich der Lieferfristen und der Art der Materialverarbeitung an die Vorschriften des Fabrikanten gebunden ist, nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag, weil der Unternehmer oft derartige Absprachen treffen muß und zumal, als Fabrikant, Verpflichtungen über Ausführung und Lieferfristen gegenüber seinen Kunden einzugehen hat.

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 3. November 1965 i. Sa. A. L.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Die Korrektur eines Defektzustandes dient nicht direkt der beruflichen Eingliederung, wenn sie in erster Linie einen ausgedehnten pathologischen Zustand betrifft. So stellt das operative Einfügen einer Herzklappenprothese keine berufliche Eingliederungsmaßnahme dar, denn sie dient vor allem der Erhaltung der Gesundheit, d. h. der Lebenserhaltung des Versicherten.

Art. 21 IVG. Eine Herzklappenprothese ist kein Hilfsmittel im Sinne des IVG.

Der Versicherte hat sich am 1. Juni 1964 für Leistungen der IV angemeldet. Gemäß Bericht des Herzspezialisten litt der Versicherte an einer schweren Herzinsuffizienz, die von einem teilweisen Herzklappenschaden infolge eines im Alter von 16 Jahren durchgemachten rheumatischen Leidens herrührte und die eine unmittelbare Gefahr totaler Invalidität verursachte. Der Arzt empfahl die Durchführung einer Operation zur Anbringung einer Herzklappenprothese, die geeignet sei, die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen.

Die IV-Kommission war der Auffassung, diese medizinische Maßnahme gehöre zur Behandlung des Leidens an sich und lehnte die Kostenübernahme zu Lasten der IV ab.

Die vom Versicherten angerufene Rekurskommission hieß die Beschwerde mit Entscheid vom 22. März 1965 gut und verhielt die IV zur Uebernahme der fraglichen Operationskosten.

Das BSV legte Berufung beim EVG ein; es beantragte Aufhebung des kantonalen Entscheides und Wiederherstellung der Kassenverfügung.

In seiner Berufungsantwort machte der Beklagte geltend, daß diese Operation eine Eingliederungsmaßnahme darstelle, die geeignet sei, ihn vor dem Verlust seiner wirtschaftlichen Existenz zu retten. Er stützte sich dabei auf

eine beigelegte Erklärung des Herzspezialisten und beantragte, der erstinstanzliche Entscheid sei zu bestätigen.

Das EVG hat die Berufung des BSV mit folgender Begründung gutgeheißen:

1. Gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG haben «Versicherte Anspruch auf medizinische Maßnahme, 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». Dies Vorschrift dient vor allem dazu, die IV von der Krankenversicherung abzugrenzen.

Zur Feststellung des Anspruches eines Versicherten auf medizinische Maßnahmen muß zunächst geprüft werden, ob diese Maßnahmen in erster Linie der Behandlung des Leidens an sich dienen, die nicht zu Lasten der IV geht oder ob sie direkt für die berufliche Eingliederung notwendig sind. Neben den Maßnahmen, die offensichtlich den Charakter einer Leidensbehandlung tragen und denen, die reine medizinische Eingliederungsmaßnahmen darstellen, gibt es auch solche, die sowohl die Merkmale der Leidensbehandlung als auch solche der Eingliederung tragen.

Gemäß Rechtsprechung muß in solchen Fällen geprüft werden, welcher Gruppe die Maßnahme vornehmlich angehört. Ueberwiegend um Leidensbehandlung geht es in der Regel bei der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens (vgl. z. B. EVGE 1962, S. 308, EVGE 1963, S. 38 und 126; ZAK 1963 S. 128, ZAK 1964, S. 356 und ZAK 1963, S. 447). Sind in dieser Beziehung eindeutige Verhältnisse nicht gegeben, so ist zu untersuchen, ob die vorgesehene Maßnahme die Bedingungen, unter denen eine solche Maßnahme zu Lasten der IV übernommen wird, erfüllt, d. h. ob sie ihrer Natur nach — durch einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte Vorkehren (Art. 2 IVV, vgl. z. B. EVGE 1961, S. 314; ZAK 1962, S. 79) — geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern oder dauernd und wesentlich vor Beeinträchtigung zu bewahren und ob vor dieser Zweckbestimmung die ebenfalls vorhandenen Merkmale der Leidensbehandlung zurücktreten.

2. Im vorliegenden Fall ist streitig, ob die zum Einfügen einer Herzklappenprothese vorgesehene Operation eine medizinische Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG darstellt. Während der Versicherte dies behauptet und der kantonale Richter es bestätigt, wird dies vom berufungsführenden BSV bestritten.

In Verbindung mit dem obenerwähnten Grundsatz, wonach diejenigen Vorkehren keine Eingliederungsmaßnahmen darstellen, welche der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dienen, steht die Regel, daß die IV vornehmlich auf Beseitigung stabiler Defektzustände gerichtete Maßnahmen übernimmt, sofern diese einmaligen oder zeitlich beschränkten Vorkehren von dauernder und wesentlicher Wirkung auf die Erwerbsfähigkeit sind und die Merkmale der Leidensbehandlung überschatten. Darüber hinaus muß aber auch ein direkter Zusammenhang bestehen zwischen der zu treffenden Maßnahme und dem Eingliederungsziel; Art. 12 IVG schreibt dies ausdrücklich vor, indem gesagt wird, daß die Maßnahmen «unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet» sein müssen. Eine lokale Defektkorrektur fällt somit nicht unter den gesetzlichen Begriff der Eingliederungsmaßnahme,

wenn ihr unmittelbares Hauptziel die Beseitigung oder Linderung umfassenderen labilen pathologischen Geschehens ist, und sie keine Wirkung auf die Erwerbsfähigkeit erwarten läßt, es sei denn über den Umweg dieser Heilung oder Linderung (vgl. z. B. EVGE 1965, S. 78; ZAK 1966, S. 39), ausgenommen die Erhaltung der Gesundheit sei im Vergleich zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit nur von sehr sekundärer Bedeutung. Für die Beurteilung, ob eine solche Korrekturoperation zu Lasten der IV gehen kann, muß nicht nur die Art des Eingriffs als solcher und der Zustand des Organes oder seiner Funktion in Betracht gezogen werden, sondern die Gesamtsituation. Wenn die Würdigung der überwiegenden Merkmale einer medizinischen Vorkehrung auch oft sehr heikel ist, so wird sie zum mindestens dort ohne weiteres erfolgen können, wo das Fortschreiten des pathologischen Geschehens eine Gefahr für das Leben des Patienten oder seine Fähigkeit, die täglich notwendigen Verrichtungen vorzunehmen, bieten könnte.

Dies ist der Fall bei dem Herzfehler, an welchem der Versicherte leidet. Ohne Zweifel besteht seit langem ein stabiler Defektzustand, und es ist möglich, daß der Eingriff eine dauerhafte Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bewirkt.

Aber gemäß den Feststellungen, welche das EVG in anderen analogen Fällen gemacht hat (vgl. z. B. EVGE 1965, S. 78; ZAK 1966, S. 39), bewirkt dieser Defektzustand sowohl Herz- als auch sich stark entwickelnde Kreislaufstörungen, die allmählich das klinische Bild beherrschen. Die Indikation zur Operation ist deshalb gegeben zur Beseitigung dieser Störungen, ihr kommt wesentliche Bedeutung zu, während die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit daneben nur eine Folgeerscheinung ist. Daraus ergibt sich, daß zwischen der Beseitigung des lokalen Defektzustandes und der beruflichen Wiedereingliederung kein Zusammenhang besteht, die Bedeutung der Erhaltung der Gesundheit überwiegt gegenüber derjenigen der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit so sehr, daß der chirurgische Eingriff somit nicht als berufliche Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG gelten kann.

3. Das berufungsklägerische Amt hebt überdies hervor, daß die Herzklappenprothesen keinen Hilfsmittelcharakter im Sinne von Art. 21 IVG haben. Obwohl dieser Gesichtspunkt in der angefochtenen Verfügung nicht geprüft worden ist, steht er in unmittelbarem Zusammenhang mit der vorliegenden Frage; aus prozeßökonomischen Gründen und im Hinblick auf die Eindeutigkeit der Rechtslage tritt das Gericht auf diese Frage ein.

Im Zusammenhang mit einer solchen Herzklappenprothese hat das EVG bereits entschieden, daß ein Gegenstand, dessen lindernde Wirkung nur durch Einführung in das Körperinnere mittels eines richtigen chirurgischen Eingriffs erzielt werden kann und dessen Ersetzung wiederum eine solche Operation erfordert, nicht als Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG gelten kann; daß der Hilfsmittelcharakter vielmehr einem Gegenstand abgeht, der als Ersatz eines lebenswichtigen Organs dazu dient, die primären Lebensfunktionen sicherzustellen (ZAK 1966, S. 113).

Art. 12 IVG. Erweist sich bei einem Gesundheitsschaden die Durchführung einer zweiten Operation als notwendig, so können deren Kosten dann zu Lasten der IV übernommen werden, wenn der Eingriff medizinisch indiziert und seit dem ersten Eingriff keine wesentliche, für den Eingliederungserfolg prognostisch ungünstige Änderung der medizinischen Sachlage eingetreten ist und sofern die Übernahme der ersten Operation durch die IV vertretbar war.

Die 1913 geborene Versicherte, die als Hausfrau und Zimmervermieterin tätig war, litt u. a. an rechtsseitiger Coxarthrose, als sie sich im Dezember 1960 bei der IV anmeldete. Wegen dieses Gebrechens mußte sie sich am 26. März 1962 operieren lassen. Die IV übernahm die entsprechenden Kosten gemäß Verfügung vom 9. Januar 1962. In einem Bericht vom 5. November 1963 stellte ein Orthopäde Dr. X. fest, das rechte Hüftgelenk sei trotz des Eingriffes nicht ganz versteift. Ob durch eine nochmalige Operation ein völlig befriedigender Zustand erreichbar wäre, müsse angesichts der Schädigungen des linken Beins — Tendenz zur Subluxation der Patella; hartnäckiger Spitzfuß auf der Basis einer schweren Sprunggelenkarthrose — als fraglich bezeichnet werden. Mit Eingabe vom 19. November 1963 stellte ein Advokat in Basel im Namen der Versicherten u. a. das Begehren, die IV habe eine zweite, unabhängige Untersuchung im Bürgerspital anzuordnen, damit festgestellt werde, ob eine erneute Operation angezeigt sei. In der Verfügung vom 15. April 1964 teilte die Ausgleichskasse der Versicherten mit, die IV-Kommission habe auf Grund des Gutachtens von Dr. X. beschlossen, keine weiteren medizinischen Maßnahmen zu gewähren, weil dadurch keine dauernde und wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit herbeigeführt werden könnte. Eine nochmalige ärztliche Abklärung sei nicht erforderlich.

Im Namen der Versicherten erhob der Advokat Beschwerde. Sein Rechtsbegehren lautete:

«1. Es sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung der Rekurrentin eine zweite Operation am rechten Hüftgelenk im Bürgerspital zu bewilligen.

2. Unter Kostenfolge».

Zur Begründung wurde namentlich vorgebracht, ein Oberarzt und ein Orthopäde hätten der Invaliden bestätigt, «daß eine Beseitigung der Schmerzen im rechten Hüftgelenk durch einen nochmaligen Eingriff zwecks vollständiger Versteifung erreicht werden könnte». Die kantonale Rekurskommission wies die Beschwerde am 30. September 1964 ab, weil die umstrittene Operation vorwiegend der Behandlung des Leidens an sich diene und auch im günstigsten Fall die Erwerbsfähigkeit nicht über 50 Prozent zu heben vermöchte.

Der Anwalt der Versicherten hat Berufung eingelegt. Er wiederholt das Beschwerdebegehren und macht geltend, Prof. Y., Chefarzt eines Kantonsospitals, habe erklärt, daß die vollständige Versteifung des Hüftgelenks unbedingt notwendig sei. Während die Ausgleichskasse und die IV-Kommission auf eine weitere Stellungnahme verzichtet haben, beantragt das BSV Gutheißung der Berufung. Die IV müsse die Kosten der Nachoperation, deren Ziel die seinerzeit nicht erreichte Gelenkversteifung sei, übernehmen. In einem Schreiben vom 17. Mai 1965 hat der Anwalt dem Gericht mitgeteilt, seine Klientin sei am 11. Mai 1965 in einem Kantonsspital operiert worden. Er ersuche, «die

Ausgleichskasse zu einer Kautionsleistung an das Kantonsspital zu veranlassen». Das Gericht hat Prof. Y. am 19. Mai 1965 gebeten, folgende Fragen zu beantworten:

«1. Worin besteht die Operation vom 11. Mai 1965?

2. Welchen Erfolg darf man von dieser Operation erwarten, sei es rein medizinisch, sei es unter dem Gesichtswinkel der Eingliederung (Art. 12 IVG)?»

Der Bericht des Kantonsspitals, auf den in den Erwägungen zurückzukommen sein wird, ist dem Gericht am 24. September 1965 zugestellt worden. Die Parteien und das BSV haben Gelegenheit erhalten, sich dazu zu äußern.

Das EVG hieß die eingereichte Berufung im Sinne folgender Erwägungen gut:

1. Gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG hat der Versicherte Anspruch auf medizinische Maßnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und überdies geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.

Bei sekundären Gesundheitsschäden ist im Rahmen von Art. 12 IVG einzig vom Gesundheitsschaden als solchem auszugehen und zu fragen, ob die beanspruchten medizinischen Vorkehren den vom Gesetz geforderten Eingliederungscharakter haben. Ob derartige Schäden auf einen medizinischen Tatbestand zurückgehen, der früher Anspruch auf medizinische Maßnahmen gab, ist grundsätzlich unerheblich.

Bei medizinischen Vorkehren, die auf die Beseitigung von Unfallfolgen gerichtet sind, gilt folgende Regel: Zieht sich die Heilung eines Unfallschadens — dessen Behandlung zunächst ohne Zweifel spezifische Leidensbehandlung ist — infolge von Komplikationen in die Länge oder tritt die Heilung gar nicht ein, so sind die deswegen notwendigen medizinischen Vorkehren dann, wenn sie mit der primären Behandlung sachlich und zeitlich zusammenhängen, ebenfalls Teil der Behandlung des Leidens an sich (EVGE 1965, S. 38; ZAK 1965, S. 442).

Der streitige Tatbestand gehört keiner der erwähnten Gruppen an. Die IV übernahm die erste (am 26. März 1962 durchgeführte) Coxarthrose-Operation als Eingliederungsmaßnahme. Doch führte die Vorkehr nicht zur gänzlichen Versteifung des rechten Hüftgelenkes. Am 11. Mai 1965 wurde ein zweiter Eingriff vorgenommen. Umstritten ist, ob die IV auch dafür aufzukommen habe.

Man kann sich zunächst fragen, ob die IV in solchen Fällen die zweite Operation nicht schon deswegen übernehmen müsse, weil diese — wie das BSV sich ausdrückt — «der Vervollständigung des zuerst angestrebten und von der IV gutgeheißenen Operationszweckes dient». Es ergäbe sich bei Bejahung der Frage eine gewisse Parallelität zu der oben erwähnten Gruppe der Unfallschäden, wobei allerdings die Rechtsfolge entgegengesetzt wäre. Indessen ist es zweifelhaft, ob der zweite Eingriff zugesprochen werden könnte, falls die ursprüngliche Übernahme ungesetzlich war oder sofern seit der ersten Operation wesentliche neue Tatsachen bekannt wurden, die eine ungünstige Prognose in erwerblicher Hinsicht begründeten oder wenn die zweite Vorkehr für den Versicherten ein Risiko in sich schlösse, das die IV als nicht

tragbar (vgl. Art. 11 IVG) erachten müßte. Andererseits wäre es kaum gerechtfertigt, in jedem einzelnen Fall von Grund auf zu prüfen, ob auch der zweite Eingriff Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG sei, da es bei solchen Tatbeständen noch um den primären Gesundheitsschaden geht und die Beurteilung bis zu einem gewissen Grade Ermessenssache ist. (Vorzubehalten sind die Tatbestände im Sinne von Art. 11 IVG). Diese Fragen brauchen jedoch nicht abschließend entschieden zu werden; denn die zweite Operation ist unter derartigen Umständen jedenfalls dann zu übernehmen, wenn sie medizinisch indiziert ist, wenn seit dem ersten Eingriff keine wesentliche, für den Eingliederungserfolg prognostisch ungünstige Änderung der medizinischen Sachlage eingetreten ist und sofern die Übernahme der ersten Operation vertretbar war. Diese Voraussetzungen sind hier gegeben. Daß der zweite Eingriff medizinisch indiziert war, geht aus dem Bericht des Kantonsospitals vom 13. September 1965 klar hervor. Ferner ist nicht anzunehmen, daß die medizinische Sachlage seit der Vornahme der ersten Operation eine für den Eingliederungserfolg wesentliche, ungünstige Änderung erfahren habe. Die Prognose über die erwerblichen Aussichten ist nach dem Bericht des Kantonsospitals und übrigens auch nach dem Gutachten von Dr. X. vom 5. November 1963 in erster Linie wegen des «Vorzustandes» des linken Beins unsicher. Dieser Zustand besteht indessen seit Jahren. Er war der IV-Kommission bereits bekannt, als sie die erste Operation übernahm. Da der entsprechende Beschluß vertretbar war, sind die oben genannten Bedingungen für die Zusprechung der zweiten Operation erfüllt.

2. Der Übernahme des Eingriffes steht der Umstand, daß der Ehemann der Versicherten (geb. 1897) seit dem 1. Juli 1963 eine Ehepaar-Altersrente bezieht, nicht entgegen. Wenn Art. 10, Abs. 1, IVG anordnet, der Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen erlösche «spätestens mit der Entstehung des Anspruches auf eine Altersrente der AHV», so bezieht sich das bloß auf die Ehepaar-Altersrenten, die Ehemännern, welche das 65. Altersjahr vollendet haben, zustehen, weil die Ehefrau das 60. Altersjahr zurückgelegt hat (EVGE 1963, S. 111; ZAK 1963, S. 375). Wird die Ehepaar-Altersrente hingegen ausgerichtet, weil die Ehefrau — wie dies bei der (1913 geborenen) Versicherten seit dem 1. Juli 1963 zutrifft — mindestens zur Hälfte invalid ist (Art. 22, Abs. 1, AHVG), so fällt der Eingliederungsanspruch der Ehefrau nicht dahin; dieser Anspruch erlischt erst beim Eintritt in das «AHV-rechtliche Rentenalter» (EVGE 1964, S. 175, Erwägung 1; ZAK 1964, S. 553). Dieses beträgt für Männer 65 Jahre, für alleinstehende Frauen 62 Jahre und für Ehefrauen 60 Jahre (EVGE 1961, S. 57; ZAK 1961, S. 318).

3. Somit hat die Versicherte Anspruch auf Übernahme der umstrittenen zweiten Operation und der dadurch entstandenen Kosten. Der Entscheid der Vorinstanz und die angefochtene Verfügung müssen aufgehoben werden. Die kantonale Rekurskommission wird über den Ersatz der Kosten der Prozeßführung und Vertretung im erstinstanzlichen Verfahren neu zu befinden haben (Art. 69 IVG in Verbindung mit Art. 85, Abs. 2, Buchst. f, AHVG). Für das Berufungsverfahren hat die Ausgleichskasse dem Anwalt der Versicherten eine Entschädigung von 100 Franken (inkl. Ersatz der Auslagen) zu entrichten. Die Akten werden an die IV-Kommission zurückgeleitet, damit sie die Leistungen der IV zahlenmäßig bestimme.

Urteil des EVG vom 19. November 1965 i. Sa. I. S.

Art. 12 IVG. Eine verhältnismäßig stationäre Sinusitis (Nebenhöhlenentzündung) stellt keinen eigentlichen Defektzustand dar. Die Behandlung durch einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte Maßnahmen vermag keine dauernde Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zu erzielen, weshalb die IV dafür nicht aufzukommen hat.

Die 1913 geborene Versicherte wurde als Arbeitslehrerin Mitte 1950 gesundheitshalber in den Ruhestand versetzt. Im März 1960 ersuchte sie um Leistungen der IV. Dr. X. nannte in seinem Bericht, den er im Juli 1960 der kantonalen IV-Kommission erstattet hat, folgende Diagnose: Psychose, Angstzustände, Kopfschmerzen, chronische Sinusitis. Den Gesundheitszustand bezeichnete er als stationär. Im Herbst 1960 begab sich die Versicherte auf ärztliche Empfehlung zu einem längeren Kuraufenthalt in ein Nordseebad, wo sie sich heute noch befindet.

Am 9. Februar 1961 verfügte die AHV-Ausgleichskasse auf Grund 70-prozentiger Invalidität die Ausrichtung einer am 1. Januar 1960 beginnenden ganzen einfachen Invalidenrente. Mit Verfügung vom 18. Mai 1962 hob die Ausgleichskasse die Rente auf Ende Mai 1962 auf, weil wegen des ausländischen Aufenthalts der Versicherten die Voraussetzungen für die Weitergewährung nicht überprüft werden könnten. Die AHV-Rekurskommission wies die Beschwerde am 5. Juli 1963 ab.

Im Berufungsverfahren warf das BSV die Frage auf, ob I. S. überhaupt noch versichert ist. Träfe dies zu, so hätte die für Auslandschweizer zuständige IV-Kommission den Invaliditätsgrad zu ermitteln. In seinem Urteil vom 15. Juni 1964 erkannte das EVG, daß keine zwingenden Gründe beständen, welche die Annahme rechtfertigen würden, die Zugehörigkeit zur Versicherung sei unterbrochen worden, nachdem die Versicherte auf den 1. Januar 1964 in die freiwillige Versicherung aufgenommen worden sei. Es beanstandete aber, daß die Versicherte vor der im Frühjahr 1962 verfügten Rentenaufhebung nicht einvernommen worden war. Der Fall wurde zur neuen Beschlüßfassung der IV-Kommission für Versicherte im Ausland überwiesen. Diese beschloß, die ganze einfache Rente auf Grund 80-prozentiger Invalidität vom 1. Juni 1962 weg weiter auszurichten. Die Revision wurde auf den 31. Dezember 1965 vorgesehen. Die entsprechenden Verfügungen der Schweizerischen Ausgleichskasse vom 1. Februar 1965 erwuchsen unangefochten in Rechtskraft.

Im Auftrag der Versicherten ersuchte Dr. Y., Facharzt für innere Medizin, am 10. Februar 1965 die IV um Übernahme der Kosten einer Behandlung durch einen Internisten und einen HNO-Facharzt. Seine Diagnose lautete: Linksseitige Kieferhöhlenaffektion mit neuralgischen Beschwerden, leichter latenter Lungenspasmus, mäßiger Bluthochdruck mit Herzmuskelschaden. Auf Anfrage hin ließ die Versicherte der Kommission mitteilen, daß sie nach durchgeführter ärztlicher Behandlung wieder als Lehrerin tätig sein wolle. Die IV-Kommission beschloß, die Kosten der «HNO-fachärztlichen Behandlung» nicht zu übernehmen, weil diese nicht unmittelbar auf die berufliche Eingliederung, sondern auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sei.

Die Versicherte zog die entsprechende Kassenverfügung vom 28. Mai 1965 beschwerdeweise an die Rekurskommission der Schweizerischen Ausgleichs-

kasse weiter mit dem Begehren um «Übernahme der Kosten für die verordnete ‚HNO-fachärztliche Behandlung‘». Die Beschwerde wurde mit Entscheidung vom 27. Juli 1965 abgewiesen, im wesentlichen weil «die in Aussicht genommenen therapeutischen Maßnahmen offensichtlich auf Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens gerichtet» seien und «die von Dr. Y. vorgeschlagenen Vorkehrungen während längerer Zeit ständig weitergeführt werden müßten».

Mit der gegen diesen Entscheid erhobenen Berufung macht die Versicherte vor allem geltend: sie sei seinerzeit nach dem Nordseebad gereist, weil ihr dies Dr. X. wegen ihres chronischen, erstmals im Jahre 1956 festgestellten Kieferhöhlenleidens empfohlen habe. Ihre Kopfschmerzen hätten 1955 aufgehört. Seit der Untersuchung durch Dr. Y. im November seien auch die Angstzustände gewichen. Die Ausgleichskasse und das BSV beantragen die Abweisung der Berufung.

Das EVG wies die Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

Da die Ausgleichskasse lediglich über die Kosten der HNO-Behandlung verfügt, die Versicherte im Beschwerdeverfahren nur die Übernahme dieser Kosten verlangt und — wie übrigens auch im Berufungsverfahren — mit Recht nicht mehr wie in ihrem ursprünglichen Begehren von der internistischen Therapie gesprochen hat, ist heute bloß noch streitig, ob die IV für die von Dr. X. empfohlene Kieferhöhlenbehandlung aufzukommen habe.

Gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG 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. Diese Vorschrift dient vor allem der Abgrenzung der IV von der Krankenversicherung. Wie in EVGE 1962, S. 308 (ZAK 1963, S. 128) dargetan wurde, zeigt die Erfahrung, daß eine und dieselbe Vorkehrung sehr oft sowohl Merkmale der Behandlung des Leidens an sich als auch solche der Eingliederung aufweist. Zunächst muß geprüft werden, ob eine Vorkehrung der eigentlichen Leidensbehandlung angehört, welche den — möglicherweise ebenfalls vorhandenen — Eingliederungszweck stets überschattet. Dies trifft in der Regel dann zu, wenn die Vorkehrungen überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dienen. Gehören die Vorkehrungen nicht zur eigentlichen Leidensbehandlung, weil sie auf die Beseitigung eines stabilen Defektzustandes gerichtet sind, so ist abzuwägen, ob sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung im erforderlichen zeitlichen und maßlichen Umfang oder andern Zwecken dienen. In diesem Zusammenhang ist auch der vom Gericht als gesetzmäßig bezeichnete Art. 2 IVV zu beachten, nach dessen Abs. 1 als medizinische Maßnahmen einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte Vorkehrungen gewährt werden.

Aus den Akten, insbesondere aus den Arztberichten von Dr. Y. vom 26. Oktober 1964 und 16. März 1965, ist ersichtlich, daß die Berufungsklägerin an chronischer Kieferhöhlenentzündung leidet, die erstmals im Jahre 1957 festgestellt wurde und seither wiederholt behandelt werden mußte. Seit September 1960 befindet sich die Versicherte wegen dieses Leidens zur Kur in einem Nordseebad, wo sie weiterhin in ärztlicher Behandlung steht. Die chronische Sinusitis ist demnach, wenn auch kein eigentlicher Defektzustand, so doch verhältnismäßig stationär, selbst wenn sich der Allgemeinzustand

der Berufungsklägerin etwas gebessert haben sollte. Es besteht nach den bisherigen Erfahrungen keinerlei Aussicht, daß eine einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholt durchgeführte Behandlung der Kieferhöhlenentzündung die Erwerbsfähigkeit der Versicherten dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren vermöchte. Ein einigermaßen erträglicher Gesundheitszustand wird vorderhand nur durch dauernden Aufenthalt im Nordseeklima ermöglicht. Eine gezielte Sinusitisbehandlung wäre nur eine ergänzende Vorkehr dieses langfristigen Kuraufenthaltes, der selber nicht von der IV übernommen werden kann.

Steht somit fest, daß die vorgeschlagene Behandlung die Voraussetzungen von Art. 12, Abs. 1, IVG und Art. 2, Abs. 1, IVV nicht zu erfüllen vermöchte, so kann sie nicht als medizinische Maßnahme im IV-rechtlichen Sinn betrachtet werden. Die Berufung ist deshalb unbegründet.

Bei dieser Gelegenheit mag die Frage aufgeworfen werden, ob es nicht angezeigt wäre, die Berufungsklägerin auf einen geeigneten Zeitpunkt hin auf Kosten der IV in die Schweiz vorzuladen, damit hier ihre versicherungsrechtliche Lage einmal genauer abgeklärt werden könnte.

Urteil des EVG vom 22. November 1965 i. Sa. B. S.

Art. 16 und Art. 17 IVG. Kann einem blinden Versicherten an seinem Wohnort kein seinem Gebrechen und seiner späteren Tätigkeit richtig angepaßter Fremdsprachenunterricht erteilt werden, so stellt ein Aufenthalt von einigen Monaten in anderssprachigem inländischem Gebiet keine über die durchschnittlichen Anforderungen hinausgehende Umschulungsmaßnahme dar.

Die 1918 geborene Versicherte ist seit 19 Jahren blind. Auf Anmeldung vom 3. Mai 1962 hin übernahm die IV die Umschulung der Versicherten (von einer in den Akten nicht genannten Tätigkeit) auf den Beruf der Telephonistin. Im Zuge dieser Umschulung teilte die Ausgleichskasse der Versicherten durch Verfügung vom 31. März 1965 mit, gemäß Beschluß der IV-Kommission würden weitere Leistungen gewährt, so ein Italienischkurs in Bern anstelle eines Aufenthaltes mit Sprachunterricht im Tessin.

Beschwerdeweise verlangte die Versicherte, daß die IV verhalten werde, die Kosten ihres dreimonatigen Aufenthaltes im Tessin (Kost, Logis und Unterricht während 90 Tagen zum Pauschalpreis von 20 Franken täglich) zu übernehmen. Die ihr bereits vermittelte Stelle in der Hauszentrale einer Firma könne sie nur versehen, wenn sie über genügende Italienischkenntnisse verfüge. Der Aufenthalt im Sprachgebiet werde es ihr ermöglichen, innert nützlicher Frist das Italienische gut zu erlernen. Durch Entscheid vom 9. Juli 1965 wies die kantonale Rekursbehörde die Beschwerde ab, im wesentlichen mit folgender Begründung: Das Gesetz beschränke den Anspruch der in erstmaliger beruflicher Ausbildung begriffenen Versicherten auf die invaliditätsbedingten Mehrkosten; demzufolge könne das von der IV mitzufinanzierende Ausbildungsziel nur die Aneignung der normalen Voraussetzungen erwerblicher Tätigkeit in einem Berufe umfassen, der den Fähigkeiten des behinderten Versicherten entspreche. Es gehe nicht an, einem Versicherten wegen seines

Gebrechens auf Kosten des Versicherungswerkes eine Ausbildung zuteil werden zu lassen, die besser sei als jene, über die seine Berufsgenossen im Durchschnitt verfügten. Zwar müsse eine Telephonistin für die Ausübung ihres Berufes über genügende Sprachkenntnisse verfügen. Die Versicherte könne jedoch im vorliegenden Fall diese Kenntnisse durch einen Italienischkurs am Wohnort erwerben. Wenn auch ein Aufenthalt im Sprachgebiet zur gründlichen Erlernung der italienischen Sprache für die Ausübung des Telephonistinnenberufes nützlich wäre, so stelle er doch eine über die durchschnittlichen Anforderungen hinausgehende berufliche Ausbildung dar.

Den kantonalen Rekursentscheid hat die Versicherte durch Berufung an das EVG weitergezogen. Sie erneuert ihre Beschwerdebegehren und bringt vor: Ein Italienischkurs am Wohnort würde niemals zum gewünschten Erfolg führen, da erfahrungsgemäß die für eine Telephonistin besonders wichtige Konversation nicht genügend geübt werde. Zudem vermöge die Spezialstelle keinen Italienischlehrer anzugeben, der über Erfahrung im Unterricht Sehbehinderter verfüge und die Redewendungen für Telephonistinnen kenne. Dagegen erfülle die Lehrerin im Tessin alle diese Voraussetzungen: sie erteile seit Jahren Sehbehinderten während der Telephonkurse Unterricht, beherrsche die Blindenschrift und kenne die Blindenhilfsmittel. Die Ausgleichskasse und das BSV erachten die Berufung als begründet.

Das EVG hieß die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Die Vorinstanz hat zur Begründung ihres Entscheides, daß der Aufenthalt der Versicherten im Tessin zur gründlichen Erlernung der italienischen Sprache von der IV nicht übernommen werden könne, auf die Erwägung in EVGE 1961, S. 177 (ZAK 1961, S. 313) abgestellt, die sich auch in weiteren Urteilen finden. Diese Erwägungen betreffen die erstmalige berufliche Ausbildung gemäß Art. 16 IVG, wo das Gesetz den Anspruch auf die invaliditätsbedingten Mehrkosten beschränkt. Hier geht es hingegen um Umschulungsmaßnahmen, die von der IV voll übernommen werden. Was für den Anwendungsbereich von Art. 16 IVG gilt, läßt sich daher nicht ohne weiteres auf Art. 17 IVG übertragen, wenn auch von der IV im Rahmen der Umschulung — gleich wie im Rahmen der erstmaligen Ausbildung — eine über die durchschnittlichen Anforderungen hinausgehende Ausbildung nicht finanziert werden kann. Soweit Sehbehinderte in Frage stehen, ist vor allem zu beachten, daß für die erstmalige Ausbildung Jugendlicher in der Schweiz gute Sonderschulen bestehen, die namentlich auch den sprachlichen Unterricht dem Gebrechen anpassen; demgegenüber muß sich die berufliche Umschulung Erwachsener weit mehr nach den besonderen Anforderungen des Einzelfalles richten.

2. Es ist unbestritten, daß der 1918 geborenen blinden Versicherten, die als Telephonistin weitgehend ausgebildet ist, gemäß Art. 17 IVG ohne Verzug genügende Kenntnisse der dritten Landessprache zu vermitteln sind, damit sie die ihr bereits offen stehende Stelle versehen kann. Zu prüfen bleibt einzig, ob sie mit einem (nicht näher umschriebenen) Italienischkurs am Wohnort vorlieb nehmen müsse oder ob sie Anspruch auf die Finanzierung eines Aufenthaltes von drei Monaten im Tessin habe. Nach den Berufungsvorbringen kann am Wohnort ein dem Gebrechen und der späteren Tätigkeit der Versicherten richtig angepaßter Sprachunterricht kaum erteilt werden. Dem-

gegenüber ist die Lehrerin im Tessin mit den besonderen Problemen, die der Sprachunterricht einer blinden Telephonistin bietet, vertraut; außerdem könnte die Versicherte mit der italienisch-sprechenden Umgebung die Konversation üben. Hieraus muß geschlossen werden, daß sich die Versicherte ihre zur beruflichen Tätigkeit notwendigen Kenntnisse der italienischen Sprache jedenfalls bedeutend rascher während des Aufenthaltes im Tessin wird aneignen können, als durch den Besuch von Italienischstunden am Wohnort. Schon das allein fällt angesichts des Alters der Versicherten stark ins Gewicht. Von Bedeutung ist auch, daß der Tessinaufenthalt eine der Invalidität der Versicherten weit besser angepaßte Unterrichtsform und die Möglichkeit viel lebensnäherer und intensiverer Übung bietet als ein normaler kollektiver Kurs im deutschen Sprachgebiet. Der Aufenthalt im Tessin stellt daher eine Umschulungsmaßnahme gemäß Art. 17 IVG dar, was zur Gutheiligung der Berufung führt.

Im übrigen läßt sich aus den angestellten Erwägungen keineswegs ableiten, daß blinden Anwärtern auf den Telephonistenberuf im Rahmen von Art. 16 IVG ein Aufenthalt von einigen Monaten in anderssprachigem inländischem Gebiet nicht finanziert werden könnte; vielmehr dürfte ein solcher Aufenthalt zum durchschnittlichen Bildungsgang eines schweizerischen Telephonisten gehören. Dem widersprächen die Erwägungen in EVGE 1961, S. 177 (ZAK 1961, S. 313) nicht; dort wurde es abgelehnt, einen Aufenthalt in England während fast eines Jahres zur gründlichen Erlernung des Englischen zu finanzieren, einer Sprache übrigens, die in schweizerischen Blindenschulen so erlernt werden kann, daß die Ausübung des Telephonistenberufes in der Schweiz im Durchschnitt keinen England-Aufenthalt erfordert.

Urteil des EVG vom 1. Dezember 1965 i. Sa. D. H.

Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 14, Abs. 1, Buchst. h, IVV. Unter «Anpassung» der Arbeitsräume sind geringfügige räumliche Veränderungen zu verstehen. Bauliche Umgestaltungen, welche die Struktur des Gebäudes betreffen, gehen über den üblichen Rahmen der «Anpassung» hinaus. Eine derartige bauliche Maßnahme stellt die Errichtung eines Liftes dar.

Art. 16 IVG. Zusätzliche Aufwendungen übernimmt die IV nur dann, wenn sie ihrer Art nach üblicherweise mit der erstmaligen beruflichen Ausbildung eines Invaliden zusammenhängen. Aufwendungen für den Bau einer Liftanlage gehen eindeutig über den Rahmen solcher Ausbildungskosten hinaus.

Der im Jahre 1946 geborene Versicherte leidet laut Arztbericht vom 7. November 1960 seit Geburt an vollständiger Paraplegie der untern Körperhälfte infolge Spina bifida und Meningomyelozele mit Miktions- und Defäkationsstörungen, Deformation von Wirbelsäule und Thorax sowie Kontrakturen der Gelenke der untern Extremitäten. Zur Fortbewegung ist der Versicherte auf einen Rollstuhl angewiesen. Sein Vater ersuchte erstmals im Frühjahr 1960 um Leistungen der IV. Diese übernahm die Kosten zahlreicher medizinischer Maßnahmen und Hilfsmittel. Mit Schreiben vom 24. Januar 1964 teilte der

Vater, welcher ein in seinem Haus befindliches Sekretariat leitet, der kantonalen IV-Kommission mit, der Versicherte werde im Einverständnis des Lehrlingsamtes bei ihm eine kaufmännische Lehre absolvieren; die Berufsschule könne er in A besuchen. Es bestehe die Möglichkeit, ihn nach Lehrabschluß weiterhin auf dem Sekretariat zu beschäftigen. Letztes Jahr habe er für den Versicherten im Erdgeschoß ein Zimmer einrichten lassen, damit er ohne fremde Hilfe ins Freie gelangen könne. Die Büroräumlichkeiten befänden sich aber im ersten Stock. Es sei schwierig, den Versicherten samt seinem Rollstuhl vom Erdgeschoß in den ersten Stock zu transportieren. Denkbar wäre die Erstellung eines Liftes oder einer ähnlichen Einrichtung. Eine Fürsorgestelle gelangte zum Schluß, daß «als einzige Lösung der Anbau eines Liftes in Frage» komme. Die mit dieser Lösung verbundenen Kosten veranschlagte die Fürsorgestelle für die Dauer der dreijährigen Lehrzeit auf rund 16 000 Franken (Aufwendungen für die Erstellung und den Betrieb des Liftes, ferner für den Schultransport B-A durch Kameraden).

Der Vater ließ den Lift im Sommer 1964 erstellen, nachdem sich erwiesen hatte, daß ein sog. Kletterfahrstuhl aus verschiedenen Gründen nicht in Frage kommen würde. Auf die Stellungnahme des BSV vom 1. Juni und 23. Juli 1964, wonach der Lift weder ein Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG darstelle noch unter dem Titel «Beiträge zur erstmaligen beruflichen Ausbildung» (Art. 16 IVG) von der IV übernommen werden könne, beschloß die IV-Kommission, die Kosten, welche durch den Transport des Versicherten zur Gewerbeschule entstehen, als invaliditätsbedingte Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung der Versicherung zu belasten. Die entsprechende Kassenverfügung vom 6. Oktober 1964 wurde unangefochten rechtskräftig. Mit Verfügung vom 25. November 1964 eröffnete die kantonale Ausgleichskasse dem Versicherten den weitem Kommissionsbeschluß, daß die IV für die Kosten der Erstellung des Liftes nicht aufzukommen habe, weil diese nicht gemäß Art. 16 IVG Aufwendungen für die Ausbildung seien und eine solche Einrichtung kein Hilfsmittel im Sinn von Art. 21 IVG darstelle.

Die vom Vater des Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies die Rekurskommission mit Entscheid vom 3. Mai 1965 ab.

Berufungsweise beantragt der gesetzliche Vertreter, die IV sei zu verpflichten, die Aufwendungen für die Erstellung der Liftanlage zu übernehmen. Zur Begründung bringt er zur Hauptsache vor:

Müßte der Versicherte in einer Eingliederungsstätte ausgebildet werden, so hätte dies nebst den Transportkosten Mehrauslagen von mindestens 35 000 Franken zur Folge. Wegen seiner erheblichen Pflegebedürftigkeit wäre es sogar fraglich, ob der Versicherte überhaupt in einer Eingliederungsstätte aufgenommen würde. Der Lift habe ausschließlich erstellt werden müssen, damit der Berufungskläger eine kaufmännische Lehre absolvieren könne. Da weder das IVG noch die IVV abschließend aufzählen, was unter Mehrkosten für die erstmalige berufliche Ausbildung zu verstehen sei und nach den Gesetzesmaterialien die Übernahme dieser Mehrkosten lediglich davon abhängig sei, daß sie «im Zusammenhang mit der erstmaligen beruflichen Ausbildung infolge des Gebrechens» entstehen, habe die Versicherung die Aufwendungen der Liftinstallation zu übernehmen. Die Leistungspflicht der IV ergebe sich auch aus Art. 14 IVV, weil der Lift ein Hilfsmittel sei.

Die Ausgleichskasse und das BSV tragen auf Abweisung der Berufung an. Die vom Gericht vorgelegte Frage, ob der Lift zwingend notwendig gewesen sei, hat die IV-Regionalstelle mit Schreiben vom 4. November 1965 in bejahendem Sinn beantwortet.

Das EVG wies die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Nach Art. 21, Abs. 1, IVG hat der Versicherte im Rahmen der in Art. 14 IVV aufgeführten Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. Art. 14, Abs. 1, Buchst. h, IVV bezeichnet als Hilfsmittel: «Hilfsgeräte am Arbeitsplatz, wie ... Anpassung der Arbeitsfläche und der maschinellen Einrichtungen sowie räumlichen Veränderungen». Was unter den Begriff der räumlichen Veränderungen fällt, ist aus dem deutschen Text der Verordnung nicht eindeutig ersichtlich. Der französische Wortlaut von Art. 14, Abs. 1, Buchst. h, IVV spricht von: «Installations auxiliaires au poste de travail, tels que ... a m é n a g e m e n t de la surface de travail et des installations mécaniques, ainsi que des locaux de travail». Daraus ist zu schließen, daß sich die räumlichen Veränderungen im Sinne von Buchst. h auf die Anpassung der eigentlichen Arbeitsräume an die besondern Bedürfnisse des Invaliden beschränken. Nach allgemeinem Sprachgebrauch sind unter «Anpassung» der Arbeitsräume geringfügige räumliche Veränderungen zu verstehen. Tiefgreifende bauliche Umgestaltungen, welche die Struktur des Gebäudes betreffen, in dem sich die Arbeitsräume als solche befinden, gehen über den üblichen Rahmen der «Anpassung» hinaus und können deshalb nicht als Hilfsmittel qualifiziert werden. Eine derartige tiefgreifende bauliche Maßnahme stellt die Errichtung eines Lifts dar.

Daraus folgt für den vorliegenden Fall, daß der Lift, welcher im Sommer 1964 für den Berufungskläger errichtet wurde, nicht als Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG und Art. 14, Abs. 1, Buchst. h, IVV gewertet werden kann. Die durch die Erstellung dieser Anlage entstandenen Kosten können deshalb nicht von der IV übernommen werden.

2. Damit fragt es sich lediglich noch, ob die IV diese Aufwendungen allenfalls gestützt auf Art. 16 IVG zu tragen habe. Nach dieser Bestimmung haben Versicherte, die noch nicht erwerbstätig waren und denen infolge Invalidität bei der erstmaligen Ausbildung im wesentlichen Umfang zusätzliche Kosten entstehen, Anspruch auf Ersatz dieser Kosten, sofern die Ausbildung den Fähigkeiten des Versicherten entspricht. Als derartige invaliditätsbedingte Mehrkosten anerkennt die Rechtsprechung neben Auslagen für die eigentliche Ausbildung auch Aufwendungen, die nicht unmittelbar die Ausbildung als solche betreffen, sondern nur indirekt dem Ausbildungsziel dienen. Darunter fallen nach der Praxis beispielsweise zusätzliche Aufwendungen, welche durch den Transport Gehunfähiger an ihre Lehrstelle entstehen. Dabei handelt es sich jedoch nur um Leistungen, die ihrer Art nach üblicherweise mit der erstmaligen Ausbildung solcher Invaliden zusammenhängen. Aufwendungen für den Bau einer Liftanlage gehen eindeutig über den Rahmen solcher üblicher Ausbildungskosten hinaus.

Für den Fall des Berufungsklägers ergibt sich hieraus, daß die Kosten der Erstellung des Liftes auch gestützt auf Art. 16 IVG nicht der IV belastet werden können.

Bei diesen Gegebenheiten muß die Berufung abgewiesen werden. Im übrigen könnte man sich fragen, ob die bauliche Gestaltung der örtlichen Verhältnisse, wie sie sich durch die Einrichtung des Wohnzimmers des Berufungsklägers im Erdgeschoß und die Erstellung der Liftanlage ergeben, wirklich die einzige Lösung war, um dem Versicherten die erstmalige berufliche Ausbildung im Elternhaus zu ermöglichen.

Urteil des EVG vom 16. November 1965 i. Sa. D. K.

Art. 78, Abs. 2, IVV. Art. 78, Abs. 2, IVV bezieht sich nur auf Eingliederungsmaßnahmen, die von der IV angeordnet wurden. Hingegen findet er keine Anwendung auf Eingliederungsmaßnahmen, die sich in der Leistung von Beiträgen erschöpfen. Meldet sich ein Versicherter mehr als sechs Monate nach Entstehung seines Rechtsanspruches, so werden solche Beiträge erst vom Monat der Anmeldung an ausbezahlt (Bestätigung der Praxis).

Der 1945 geborene Versicherte erkrankte 1952/53 an Hirnentzündung mit choreatischen Bewegungsstörungen. In der Folge machte sich bei ihm eine gewisse Verzögerung in der geistigen Entwicklung bemerkbar, ebenso litt er an schweren effektiven Störungen neurotischer Natur. In einem Bericht vom 29. November 1960 führte der behandelnde Arzt aus, der Versicherte sei niemals in der Lage, die öffentliche Schule zu besuchen, ebensowenig werde er eine besondere Ausbildung erfahren können. Nachdem seitens der IV dem Versicherten Sonderschulbeiträge gewährt wurden, besuchte er vorerst die Privatschule A, um anschließend individuellen Unterricht zu erhalten. Im September/Oktober 1962 wurde er durch eine medizinisch-pädagogische Beobachtungsstation geprüft. Der Arzt schlug vor, den Patienten zur Abklärung in eine Eingliederungsstätte einzuweisen, eine Maßnahme, welche die IV-Regionalstelle im Mai 1962 ebenfalls befürwortete. Die IV-Kommission gewährte im Juni 1962 einen dreimonatigen Aufenthalt in einer solchen Ausbildungsstätte. Die Eltern des Versicherten verzichteten jedoch auf die Durchführung dieser Maßnahmen und das Kind trat zu Beginn des Jahres 1963 in das Privatinstitut B ein. Obwohl die IV-Regionalstelle in einem weiteren Bericht festhielt, es wäre für den Versicherten von Vorteil, eine praktische Ausbildung zu absolvieren, gewährte ihm die IV trotzdem erneut Sonderschulbeiträge für den Besuch der Schule B.

Der Versicherte verließ hierauf diese Unterrichtsstätte, um in der Zeit vom 17. September 1963 bis Mitte Juli 1964 dem Unterricht in der Schule C zu folgen. Hierauf begann er am 28. September 1964 eine Ausbildung an einer Schule für Radio-Elektronik. Am 21. September 1964 benachrichtigten die Eltern die Organe der IV hierüber und ersuchten einerseits um Leistungen der IV bezüglich der in Frage stehenden Ausbildung, als auch hinsichtlich des Schulbesuches im Institut C. Die IV-Kommission wies jedoch diese Behauptungen ab; ebenso verneinte die kantonale Rekursbehörde jegliche Leistungspflicht der IV. Das EVG hieß die gegen den kantonalen Entscheid erhobene Berufung bezüglich der erstmaligen beruflichen Ausbildung gut, lehnte jedoch eine Leistungspflicht der IV hinsichtlich des Unterrichts in der Schule C ab.

1. Das EVG hat bereits mehrmals entschieden, daß die Bestimmung von Art. 78, Abs. 2, IVV sich nur auf Eingliederungsmaßnahmen bezieht, die von der IV angeordnet wurden, und nicht auf Eingliederungsmaßnahmen, die sich in der Leistung von Beiträgen erschöpfen. In einem solchen Fall drängt sich vielmehr die analoge Anwendung von Art. 48, Abs. 2, IVG auf, wonach die Rente nur vom Monat der Anmeldung an ausgerichtet wird, falls der Versicherte sich mehr als sechs Monate nach der Entstehung des Rentenanspruches meldet (vgl. u. a. ZAK 1965, S. 557).

2. Man kann sich fragen, ob der Versicherte, welcher für den Besuch der Schule B Leistungen von der IV erhielt, eine neue Anmeldung hätte einreichen sollen, als er jene verließ, um in die Schule C einzutreten. Diese Frage braucht jedoch nicht entschieden zu werden, denn selbst, wenn dies nicht der Fall wäre und somit der Gewährung von Sonderschulbeiträgen zum Schulbesuch im Institut C kein formellrechtliches Hindernis entgegenstände, muß festgehalten werden, daß das Institut C nicht als Sonderschule im Sinne von Art. 19 IVG betrachtet werden kann; die dortige Schulung ist nicht speziell auf die Bedürfnisse körperlich oder geistig Behinderter ausgerichtet. Das vorerwähnte Institut ist denn auch nicht als Sonderschule im Sinne der Verfügung des Eidgenössischen Departementes des Innern über die Zulassung von Sonderschulen in der IV vom 29. September 1961 anerkannt. Wie auch immer die Erfolge des in dieser Schule erteilten Unterrichtes waren, kann die IV aus den eben angeführten Gründen keine Leistungen zusprechen.

Ebenfalls erübrigt sich die Prüfung der Frage, ob die für den Unterricht im Institut B zugesprochenen Sonderschulbeiträge zu Unrecht erfolgten. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Leistungen im guten Glauben bezogen wurden und daß im Hinblick auf die finanzielle Lage der Angehörigen des Versicherten eine Rückerstattung praktisch nicht zugemutet werden kann.

3. Das Gesuch um Leistungen der IV für die Ausbildung an der Schule für Radio-Elektronik wurde am 21. September 1964 eingereicht, also rechtzeitig, denn dieser Kurs begann erst am 29. September. Art. 48, Abs. 2, IVG steht somit einer Auszahlung von Beiträgen für diese Ausbildung nicht entgegen. Zu Recht haben demnach die IV-Kommission, der erstinstanzliche Richter und das BSV den in diesem Institut erhaltenen Unterricht als erstmalige berufliche Ausbildung im Sinne von Art. 16 IVG anerkannt, nach welchem Versicherte, die noch nicht erwerbstätig waren und denen infolge Invalidität bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung in wesentlichem Umfange zusätzliche Kosten entstehen, Anspruch auf Ersatz dieser Kosten haben, sofern die Ausbildung den Fähigkeiten des Versicherten entspricht (vgl. hiezu Art. 5 und 8 IVV sowie ZAK 1962, S. 377).

Gemäß Art. 16 IVG übernimmt die IV bei der erstmaligen Ausbildung nur dann die Mehrkosten, sofern diese Ausbildung den Fähigkeiten des Versicherten entspricht. Wie das BSV in seinem Kreisschreiben über die Eingliederungsmaßnahmen beruflicher Art ausführt (Rz 16 und 17), muß es sich hiebei um eine gezielte und planmäßige Förderung in beruflicher Hinsicht handeln, wobei zudem begründete Aussicht auf wirtschaftliche Verwertbarkeit der künftigen Arbeitsleistung bestehen muß. Wenn auch die von der Berufsberatungsstelle erhaltenen Auskünfte vermuten lassen, die Ausbildung an der Schule für Radio-Elektronik entspreche nicht den Fähigkeiten des Versicherten, so hat immerhin die IV-Regionalstelle diese Ausbildung empfohlen.

Den Akten kann nicht entnommen werden, die Plazierung in diesem Institut sei in Berücksichtigung der gesamten Umstände und in Würdigung der persönlichen Verhältnisse des Versicherten eine ungeeignete Maßnahme gewesen. Man kann sich in der Tat fragen, ob der Versicherte in der Lage wäre, z. B. eine Berufsschule zu besuchen oder eine gewöhnliche Berufslehre zu absolvieren. Wenn auch die von diesem Institut ausgestellten Zeugnisse nicht denjenigen anderer Schulen gleichgestellt oder gar mit einem eigentlichen Lehrabschlusszeugnis verglichen werden können, ist es dennoch für die Absolventen dieses Instituts möglich, unter gewissen Bedingungen bei konzessionierten Radio-Installateuren zu arbeiten.

Es rechtfertigt sich daher, die Akten an die zuständige IV-Kommission zurückzuweisen, damit diese eine erneute berufliche Abklärung im Sinne der vorstehenden Erwägungen durchführe und darauf gestützt eine neue Verfügung erlasse, die gegebenenfalls wiederum Gegenstand einer Beschwerde bilden kann.

Renten

Urteil des EVG vom 25. Oktober 1965 i. Sa. P. Z.

Art. 30 AHVG in Verbindung mit Art. 36, Abs. 2, IVG. Erwirbt der jugendliche Versicherte den Anspruch auf eine ordentliche Rente bevor sein Jahrgang schon während eines vollen Jahres der Beitragspflicht unterstellt war, so wird der durchschnittliche Jahresbeitrag ermittelt, indem alle bis zum Versicherungsfall geleisteten Beiträge durch 1 geteilt werden.

Der 1939 geborene Versicherte ist infolge Unfalles querschnittgelähmt und befand sich deshalb von Herbst 1959 bis Frühjahr 1960 in einer Heil- und Pflegeanstalt. Vom 11. März bis 27. Juli 1960 war er als Bauzeichner erwerbstätig. Die IV-Kommission gewährte dem Versicherten auf Ersuchen seines Vormundes eine am 1. Juli 1960 beginnende ganze einfache Invalidenrente und zusätzlich bis Ende 1962 eine Hilflosenentschädigung. Bei der Rentenberechnung ging die Ausgleichskasse von der Summe sämtlicher vom Versicherten in den Jahren 1954 bis 1960 bezahlten Sozialversicherungsbeiträge von total 159 Franken aus. Die entsprechende Kassenverfügung vom 7. Mai 1962 erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

Mit Verfügung vom 28. Februar 1964 teilte die Ausgleichskasse dem betreffenden Fürsorgeamt mit, daß bei der Bestimmung des maßgebenden durchschnittlichen Jahresbeitrages alle Beiträge berücksichtigt worden seien, welche der Versicherte bis zum Ende des dem Rentenbeginn vorausgegangenen Kalenderjahres entrichtet habe. Gemäß Weisung des BSV würden im vorliegenden Fall aber nur die in den letzten 12 Monaten vor dem Rentenfall entrichteten Beiträge als durchschnittlicher Jahresbeitrag gelten. Dieser belaufe sich nur auf 120 Franken. Gestützt auf Art. 47 AHVG forderte die Ausgleichskasse den Betrag von 2 016 Franken zurück und ersetzte die Verfügung vom 7. Mai 1962 durch eine neue, ebenfalls vom 28. Februar 1964 datierte Renten-

verfügung. Das Fürsorgeamt beschwerte sich bei der kantonalen Rekurskommission AHV gegen beide Kassenverfügungen. Diese vertrat die Auffassung, als maßgebender durchschnittlicher Jahresbeitrag gelte die Summe aller Beiträge, welche der Versicherte bis zum 31. Dezember des der Entstehung des Rentenanspruchs vorangegangenen Kalenderjahres geleistet habe; sie hieß die Beschwerde mit Entscheid vom 9. April 1965 gut und hob die beiden Kassenverfügungen vom 28. Februar 1964 auf.

Das BSV hat diesen Entscheid mit Berufung an das EVG weitergezogen. Es beantragt, den Beschwerdeentscheid aufzuheben und die Akten zur genauen Ermittlung der von Januar bis Juni 1960 geleisteten Beiträge und zur neuen Rentenfestsetzung an die Ausgleichskasse zurückzuweisen. Zur Begründung bringt es im wesentlichen folgendes vor: Die von der Rekurskommission befürwortete Methode zur Ermittlung des durchschnittlichen Jahresbeitrages sei ungeeignet, «weil sie an den äußersten Extremfall des Systems für die Berechnung des durchschnittlichen Jahresbeitrages (Art. 30, Abs. 2, AHVG) anknüpft, in welchem der über 20 Jahre alte Versicherte noch gerade 1 Beitragsjahr wie sein Jahrgang aufweist, weshalb für die nach Skala 20 festgesetzten Renten die Summe aller bis zum 31. Dezember des der Entstehung des Rentenanspruchs vorausgehenden Jahres geleisteten Beiträge als durchschnittlicher Jahresbeitrag gilt». Mit Rücksicht auf die oft besonderen Verhältnisse bei Jugendlichen habe das BSV durch Kreisschreiben vom 26. Dezember 1959 und später durch die Rentenwegleitung (Rz 326) in Sonderfällen wie dem vorliegenden folgende Berechnungsmethode vorgesehen: Der Rentenberechnung seien die im Kalenderjahr vor der Entstehung des Anspruchs tatsächlich geleisteten Beiträge oder, falls dieses Kalenderjahr nicht ein volles Beitragsjahr sei, die in den letzten 12 Monaten vor der Entstehung des Rentenanspruchs, während welcher der Versicherte beitragspflichtig gewesen sei, tatsächlich geleisteten Beiträge als durchschnittlicher Jahresbeitrag zugrunde zu legen. Folglich seien im Fall P. Z. die im 1. Halbjahr 1960 und die in den Monaten Januar bis März und Juni 1959 sowie die im November und Dezember 1958 geleisteten Beiträge zu berücksichtigen.

Das EVG hat die Berufung auf Grund folgender Erwägungen abgewiesen:

1 a. Nach Art. 36, Abs. 1, IVG haben jene rentenberechtigten Versicherten auf ordentliche Renten Anspruch, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres wie ihr Jahrgang Beiträge geleistet haben. Gemäß Art. 30, Abs. 1, AHVG, der im IV-Recht analog anwendbar ist (Art. 36, Abs. 2, IVG), wird die ordentliche Rente nach Maßgabe des durchschnittlichen Jahresbeitrages berechnet. Dieser wird ermittelt, indem man alle Beiträge bis zum 31. Dezember des Jahres, welches der Entstehung des Rentenanspruchs vorangeht, zusammenzählt (= Beitragssumme) und durch die Anzahl Jahre teilt, während welcher der Versicherte seit dem 1. Januar des der Vollendung des 20. Altersjahres folgenden Jahres bis 31. Dezember des Jahres vor Entstehung des Rentenanspruchs Beiträge bezahlt hat (= Beitragsjahre; Art. 30, Abs. 2, AHVG).

Somit umfaßt die Beitragssumme grundsätzlich alle bis zum 31. Dezember vor Entstehung des Rentenanspruchs bezahlten Beiträge, also auch jene, welche für die Zeit vor dem Kalenderjahr bezahlt worden sind, welches der Vollendung des 20. Altersjahres folgt. Dagegen werden die im Jahr der Entstehung des Rentenanspruchs geleisteten Beiträge nicht berücksichtigt. Beim

Versicherten, dessen Rentenanspruch in dem Zeitpunkt entsteht, da er nach Vollendung des 20. Altersjahres wie sein Jahrgang gerade ein Beitragsjahr erfüllt, setzt sich die Beitragssumme demnach von Gesetzes wegen aus sämtlichen bis zum 31. Dezember vor Entstehung des Anspruchs bezahlten Beiträge zusammen. Diese Beitragssumme ist — entsprechend der gesetzlichen Regel — durch 1 (= 1 Beitragsjahr nach Vollendung des 20. Altersjahres) zu dividieren. Tritt der Versicherungsfall später ein, so werden für die Ermittlung der Beitragssumme ebenfalls sämtliche, auch die während der Minderjährigkeit entrichteten Beiträge zusammengezählt.

b. Diese gesetzliche Regelung ist nicht anwendbar, wenn der Rentenanspruch in einem Zeitpunkt entsteht, da der Versicherte zwar die Mindestbeitragsdauer (Art. 50 AHVV, Art. 32 IVV), aber noch nicht das auf die Vollendung des 20. Altersjahres folgende erste Beitragsjahr seines Jahrganges vollständig erfüllt hat. In solchen Fällen will das BSV den durchschnittlichen Jahresbeitrag entsprechend der Rz 326 seiner «Wegleitung über die Renten» vom 1. August 1963 anhand der oben im Tatbestand wiedergegebenen Regelung ermittelt wissen. Dem Antrag des BSV kann indessen nicht beigeplichtet werden.

Das Gericht hatte Gelegenheit, sich auf dem Gebiet der AHV mit einem ähnlichen Fall zu befassen (EVGE 1952, S. 209; ZAK 1952, S. 400): Der Versicherte G. M., geboren im Oktober 1930 und gestorben im März 1951, hatte zwar als Minderjähriger während 3 Jahren, aber vom 1. Tag des der Vollendung des 20. Altersjahres folgenden Kalenderhalbjahres bis zum Beginn des Anspruchs auf Hinterlassenenrente nur während 3 Monaten AHV-Beiträge bezahlt. Nach der gesetzlichen Regelung hatte er im Zeitpunkt des Versicherungsfalles wohl individuell die Mindestbeitragsdauer von mehr als 11 Monaten, als Volljähriger aber noch nicht das erste Beitragsjahr seines Jahrganges erfüllt. Das Gesetz enthält keine Vorschrift, wie der maßgebende durchschnittliche Jahresbeitrag in solchen Fällen zu berechnen ist. In Anlehnung an Art. 30, Abs. 2, AHVG erkannte das Gericht damals, daß die Beitragssumme alle bis zum Eintritt des Versicherungsfalles geleisteten Beiträge zu umfassen habe; die Anzahl der Jahre, durch welche die Beitragssumme zur Ermittlung des maßgebenden durchschnittlichen Jahresbeitrages zu teilen war, wurde auf 1 festgesetzt. Damit ergab sich folgende Berechnungsregel: Summe sämtlicher — auch während der Minderjährigkeit — bis zur Entstehung des Rentenanspruchs bezahlten Beiträge geteilt durch 1.

An dieser Berechnungsmethode, die ursprünglich vom BSV begrüßt wurde, ist festzuhalten. Sie wird auch heute der Systematik des Gesetzes am ehesten gerecht. Gewiß bedeutet sie eine Begünstigung der jüngern Versicherten, die vor Erfüllung des ersten Beitragsjahres ihres Jahrganges rentenberechtigt werden. Sie wird aber wegen der meist bescheidenen Verdienste und deshalb niedern Beiträge dieser jungen Invaliden zur Hauptsache wieder ausgeglichen. Überdies kennt das IVG im Gegensatz zum AHVG immerhin die Rentenberechtigung minderjähriger Versicherter (vgl. Art. 29, Abs. 2, IVG) und begünstigt diese sogar in der Weise, daß es die Einkommensgrenzen von Art. 42, Abs. 1, AHVG bei der Gewährung von außerordentlichen Invalidenrenten an frühzeitig invalid gewordene Personen ausdrücklich als nicht anwendbar erklärt (Art. 39, Abs. 2, IVG); außerdem ordnet es bis zum 50. Altersjahr eine rechnerische Beitragserhöhung an, die in erster Linie den jugendlichen Inva-

liden zugute kommt (Art. 36, Abs. 3, IVG, Art. 33 IVV). Die Bedenken, welche das BSV wegen der Lückenhaftigkeit der Erwerbstätigkeit Minderjähriger äußert, werden mit der Berechnungsformel im Sinne des Urteils M. gegenstandslos. Andererseits würde das vom BSV vorgeschlagene Verfahren zu einer wesentlichen Schlechterstellung jener Versicherten führen, die nur während eines Teils des auf die Vollendung des 20. Altersjahres folgenden Kalenderjahres bis zum Rentenfall Beiträge geleistet haben. Bei diesen Invaliden würden gegebenenfalls mehrere Beitragsjahre einfach nicht berücksichtigt, während bei den andern Versicherten, deren Rentenanspruch gerade bei Erfüllung des ersten Beitragsjahres ihres Jahrganges — also nur wenige Monate später — entsteht (s. Erwägung 1a), sämtliche Beiträge auf mehrere Jahre zurück angerechnet würden. Rentner von der Kategorie des Versicherten Z. würden auch deshalb benachteiligt, weil die nach dem System des BSV maßgebenden letzten 12 Monate vor der Entstehung des Rentenanspruchs gerade wegen der Invalidität des Versicherten allenfalls stark gesunkene Beiträge aufweisen können. Die von der Vorinstanz gebilligte Lösung entspricht daher am besten dem im Urteil M. formulierten Grundsatz einer ausgeglichenen Rentenberechnung.

2. Nach dem Gesagten ermittelt sich im vorliegenden Fall der für die Rentenberechnung maßgebende durchschnittliche Jahresbeitrag in der Weise, daß sämtliche bis zur Entstehung des Rentenanspruchs am 1. Juli 1960 geleisteten Beiträge zusammengezählt und durch 1 geteilt werden; d. h. der durchschnittliche Jahresbeitrag entspricht der Summe aller vom Berufungskläger bezahlten Beiträge. Auf dieser Grundlage hat die Ausgleichskasse in ihrer Verfügung vom 7. Mai 1962 die Rente bestimmt. Die Rekurskommission hat den durchschnittlichen Jahresbeitrag zwar anhand der gleichen Beitragzahlen ermittelt, ist aber davon ausgegangen, daß nur die bis 31. Dezember des der Entstehung des Rentenanspruchs vorangegangenen Jahres bezahlten Beiträge zu berücksichtigen seien. Im Ergebnis ist der angefochtene Entscheid allerdings richtig. Die Berufung erweist sich somit als unbegründet.

Verfahren

Urteil des EVG vom 8. September 1965 i. Sa. M. K.

Art. 60, Abs. 1, Buchst. b, IVG und Art. 78, Abs. 2, IVV. Voraussetzungen für die nachträgliche Übernahme der Kosten bereits durchgeführter Eingliederungsmaßnahmen. Bestätigung der Praxis.

(Erwägung 1)

Art. 78, Abs. 2, IVV. Liegen im Zeitpunkt des Beginns der Eingliederungsmaßnahme wichtige Gründe für die Durchführung vor, so ist außerdem abzuklären, ob der Versicherte den Beschluß der IV-Kommission zumutbarerweise nicht vor dem Beginn der Maßnahme hätte erwirken können. (Erwägung 2)

Der Versicherte, geschäftsführender Teilhaber eines großen Sporthauses, litt seit 1961 an Rückenbeschwerden. Ende Januar 1964 ließ er sich erstmals vom

Arzt untersuchen, der eine beidseitige Coxarthrose diagnostizierte und eine Operation durch den Chirurgen als notwendig erachtete. Vom 6. April bis 5. Mai 1964 war dann der Versicherte im Kantonsspital, wo der Chirurg den Eingriff ausführte.

Am 3. Juni 1964 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. Die IV-Kommission beschloß am 17. August 1964, die Kosten der Nachbehandlung der Coxarthrose-Operation vom Datum des Beschlusses bis zum 31. Dezember 1964 zu übernehmen; dagegen lehnte sie es ab, für die vorangehenden Behandlungen einschließlich Operation und Spitalaufenthalt aufzukommen, weil die Anmeldung zum Leistungsbezug verspätet eingereicht worden sei.

Gegen die Kassenverfügung vom 9. September 1964, durch die diese Beschlüsse eröffnet wurden, beschwerte sich der Versicherte bei der kantonalen Rekurskommission mit dem Begehren, sämtliche seit Januar 1964 durchgeführten Vorkehren, eventualiter die seit der Anmeldung vom 3. Juni 1964 durchgeführten Nachbehandlungen, der IV zu belasten.

Durch Entscheid vom 2. Februar 1965 wies die kantonale Rekurskommission die Beschwerde ab im wesentlichen mit folgender Begründung: Der Versicherte hätte nach der Diagnosestellung genügend Zeit gehabt, noch vor der Durchführung der Operation die Angelegenheit mit der IV zu bereinigen. Da die Anmeldung verspätet eingereicht worden sei, habe es die IV-Kommission mit Recht abgelehnt, die vor ihrer Beschlußfassung durchgeführten Maßnahmen zu übernehmen. Das EVG wies die vom Versicherten eingelegte Berufung ebenfalls ab und zwar aus folgenden Gründen:

1. Wie aus Art. 60, Abs. 1, Buchst. b, IVG hervorgeht, werden Eingliederungsmaßnahmen grundsätzlich nur gewährt, wenn sie die IV-Kommission vor der Durchführung angeordnet hat. Das setzt voraus, daß der Fall bei der IV angemeldet worden ist. Immerhin ist es notwendig, Ausnahmen von diesem gesetzlichen Grundsatz zuzulassen, was der Bundesrat gestützt auf den allgemeinen Vollzugauftrag von Art. 86, Abs. 2, IVG, in Art. 78, Abs. 2, IVV getan hat. Nach dieser Bestimmung übernimmt die IV-Kommission außer den angeordneten Maßnahmen «die Kosten für Maßnahmen, die aus wichtigen Gründen vor der Beschlußfassung der Kommission durchgeführt werden mußten, sofern die Anmeldung innert sechs Monaten seit Beginn der Durchführung eingereicht wurde». («Elle prend en outre à sa charge les mesures qui, pour des motifs valables, ont dû être exécutées avant que la commission se soit prononcée, à condition toutefois que l'assuré ait déposé sa demande au plus tard six mois après le début de leur application»). Im Anschluß daran wird noch folgendes angeordnet: «Die Anmeldefrist läuft nicht, solange der Versicherte vom anspruchsbegründenden Sachverhalt keine Kenntnis hat. Meldet ein Versicherter Kosten, die rückwirkend übernommen werden können, verspätet an, so trägt die Versicherung nur die Kosten der Maßnahmen, die seit der Anmeldung durchgeführt worden sind». Die in Art. 78, Abs. 2, IVV getroffene Ausnahmeregelung ist gesetzmäßig und daher für die mit der Durchführung der IV betrauten Organe in gleicher Weise verbindlich wie das Gesetz selber (EVGE 1962, S. 249; ZAK 1962, S. 479; EVGE 1964, S. 270; ZAK 1965, S. 117).

2. Die wichtigen Gründe von Art. 78, Abs. 2, IVV müssen derart beschaffen sein, daß ihretwegen mit der Maßnahme nicht zugewartet werden konnte

(EVGE 1963, S. 216; ZAK 1964, S. 372). Zu berücksichtigen sind in diesem Zusammenhang nicht nur Gründe medizinischer, sondern auch solche persönlicher, hauptsächlich ökonomischer Natur, sofern sie bei objektiver Wertung im Einzelfall ein Zuwarten mit der Maßnahme als unzumutbar erscheinen lassen (EVGE 1964, S. 117; ZAK 1964, S. 370). Im Anwendungsgebiet von Art. 78, Abs. 2, IVV hat aber der Richter nicht nur darüber zu befinden, weshalb die Maßnahme zu einem bestimmten Zeitpunkt durchgeführt wurde; vielmehr muß er auch prüfen, weshalb die Beschlußfassung der IV-Kommission erst nach Durchführung der Maßnahme erfolgte. So hat das Gericht bereits in EVGE 1964, S. 117 (ZAK 1964, S. 370) untersucht, ob sich der Versicherte nicht zumutbarerweise früher, d. h. so rechtzeitig hätte anmelden sollen, daß der Beschluß vor der Durchführung der Maßnahme hätte erfolgen können. Gleichzeitig wurde damals erklärt, Rechtsunkenntnis vermöchte die nicht rechtzeitige Anmeldung nicht zu entschuldigen.

Grundsätzlich sind daher, wenn der Beginn der Maßnahme vor dem Beschluß der IV-Kommission liegt, folgende Fragen zu prüfen: Zunächst ist festzuhalten, ob der Zeitpunkt des Beginns der Maßnahme an sich aus wichtigen Gründen gewählt wurde. Fehlen solche Gründe, so fällt die Übernahme der vor der Beschlußfassung durch die IV-Kommission durchgeführten Vorkehren von vornherein außer Betracht. Andernfalls ist weiter abzuklären, ob wichtige Gründe dafür bestanden, daß der Beginn der Maßnahme dem Beschluß der IV-Kommission voranging. Muß das verneint werden, so ist die Übernahme der vor der Beschlußfassung der IV-Kommission durchgeführten Maßnahmen ebenfalls abzulehnen. Sind dagegen auch insoweit wichtige Gründe gegeben, dann ist auch noch darnach zu fragen, ob die Anmeldung innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Maßnahme erfolgte. Trifft das zu, so steht der rückwirkenden Übernahme der gesamten Vorkehren nichts entgegen; erweist sich dagegen die Anmeldung als verspätet, so kann die Übernahme der Vorkehren erst vom Zeitpunkt der Anmeldung an erfolgen.

3. Im vorliegenden Fall wurde der Versicherte Ende Januar 1964 anlässlich einer Untersuchung durch den Arzt davon in Kenntnis gesetzt, daß wegen beidseitiger Coxarthrose eine Operation notwendig sei. Nach den Angaben dieses Arztes erwies sich der Eingriff als ziemlich dringend, da bei längerem Zuwarten der destruktive Abnutzungsprozeß zugenommen hätte. Außerdem war der Versicherte als Leiter eines großen Sportgeschäftes auf die baldige Wiederherstellung seiner Arbeitskraft angewiesen. Demzufolge bestanden wichtige Gründe, die Operation im April 1964 durchzuführen.

Wie oben dargetan, ist ferner zu prüfen, ob die Operation aus wichtigen Gründen dem Beschluß der IV-Kommission voranging, d. h. ob der Versicherte zumutbarerweise diesen Beschluß nicht vor dem Eingriff hätte erwirken können. Die IV-Kommission faßte ihren Beschluß am 17. August 1964, d. h. rund zweieinhalb Monate nach der am 3. Juni 1964 erfolgten Anmeldung. Wäre die Anmeldung gestützt auf die Angaben des Arztes bereits anfangs Februar 1964 erfolgt, dann hätte die IV-Kommission aller Wahrscheinlichkeit nach über das Begehren des Versicherten rechtzeitig befinden können, wenn sie auf den in Aussicht genommenen Zeitpunkt der Operation aufmerksam gemacht worden wäre. Zumutbarerweise hätte der Versicherte sich daher so rechtzeitig anmelden können, daß der Beschluß der IV-Kommission vor der Operation hätte gefaßt werden können. Demnach bestanden keine wichtigen

Gründe dafür, die Operation vor dem Beschluß der IV-Kommission durchzuführen. Sollte der Versicherte die Anmeldung wegen Rechtsunkenntnis erst im Juni 1964 eingereicht haben, so wäre das — wie bereits oben ausgeführt — ohne Belang. Die IV hat somit, entsprechend der angefochtenen Verfügung, nur für die seit der Beschlußfassung durch die IV-Kommission durchgeführten Vorkehren aufzukommen, auch wenn die Anmeldung innert sechs Monaten seit Beginn der Maßnahme eingereicht wurde. Ob die im Januar 1964 vom Arzt vorgenommenen abklärenden Untersuchungen an sich in den Rahmen der IV fallen, braucht nicht geprüft zu werden. Denn selbst dann, wenn das zutrifft, teilen diese Untersuchungen das Schicksal der vor der Beschlußfassung der IV-Kommission durchgeführten Operation, die nach dem Gesagten nicht zu Lasten der IV geht.

Urteil des EVG vom 4. November 1965 i. Sa. A. W.

Art. 72 und Art. 78, Abs. 2, IVV. Die Ausnahmebestimmung von Art. 78, Abs. 2, IVV gilt nicht für Abklärungsmaßnahmen gemäß Art. 72 IVV. (Erwägung 3)

Art. 60 IVG; Art. 72 IVV. Die medizinische Abklärung der Operabilität einer angeborenen Herzmißbildung ist keine Eingliederungsmaßnahme, sondern eine Abklärungsmaßnahme. Die Kosten werden von der IV nur übernommen, wenn die Abklärung durch die IV-Kommission angeordnet wurde oder — bei Fehlen einer solchen Anordnung — zur Zusprechung einer medizinischen Maßnahme führte. (Erwägungen 3 und 4)

Die heute 42jährige Versicherte weist eine angeborene Herzmißbildung auf. Eine Untersuchung — mit Herzkatheterismus — im Jahre 1958 ergab, daß die operative Behebung der Anomalie nicht indiziert sei. Der im Mai 1964 konsultierte Spezialarzt für Herzkrankheiten vertrat die Ansicht, jene Abklärung sei nicht vollständig gewesen und es erscheine deshalb — namentlich auch wegen der seitherigen Fortschritte in der Herzchirurgie — als angezeigt, die Frage der Indikation des an sich gebotenen Eingriffes nochmals zu prüfen. Die Versicherte stellte hierauf im Juni 1964 der IV das Gesuch um Übernahme der Spital- und Arztkosten der vorgesehenen Operation. Die vom Arzt vorgeschlagene medizinische Abklärung der Operabilität erfolgte — vor dem Entscheid der administrativen IV-Organen über das Leistungsbegehren — von Juni bis Dezember 1964; dabei wurde erneut ein Herzkatheterismus vorgenommen. Die eingehenden Untersuchungen bestätigten, daß eine Operation nicht indiziert sei. Das Leistungsbegehren, das sich demnach nurmehr auf die Übernahme der Abklärungsmaßnahmen und der notwendigen medikamentösen Dauerbehandlung durch die IV beziehen konnte, wurde von der IV-Kommission im November 1964 abgewiesen. Der Kommissionsbeschluß wurde der Gesuchstellerin von der Ausgleichskasse mit Verfügung vom 23. Januar 1965 eröffnet, die diese mit dem Begehren um Übernahme der Spital- und Arztkosten an die kantonale Rekursbehörde weiterzog.

Durch Entscheid vom 14. Juni 1965 wies die kantonale Rekursbehörde die Beschwerde ab.

Die Versicherte hat das vorinstanzliche Erkenntnis durch Berufung an das EVG weitergezogen. Sie anerkennt zwar, daß die notwendige Dauerbehandlung ihres Herzleidens nicht zu Lasten der IV gehen könne. Sie gibt aber, gestützt auf einen Bericht des Arztes vom 27. Juli 1965 an, die leider zu einem negativen Ergebnis führende Abklärung der Operationsindikation sei dringend gewesen und deshalb, obwohl sie vor dem Entscheid der IV-Kommission erfolgte, von der IV zu übernehmen.

Das EVG wies die Berufung mit folgender Begründung ab:

1. Das BSV begründet seinen Antrag zunächst damit, daß die überzeugenden Ausführungen der Versicherten und des Arztes im Berufungsverfahren — entgegen der vorinstanzlichen Auffassung — zur Annahme führten, die Abklärung der Operabilität der Herzanomalie habe aus wichtigen Gründen vor der Beschlußfassung der IV-Kommission durchgeführt werden müssen. Da die Versicherte die Anmeldung innert sechs Monaten seit Beginn der Durchführung eingereicht habe, seien die beiden formellen Voraussetzungen von Art. 78, Abs. 2, IVV für die Übernahme der Untersuchungskosten durch die IV erfüllt. Daß die Versicherte einen materiellen Rechtsanspruch auf Kostenübernahme habe, ergebe sich aus folgenden Überlegungen: Gemäß Art. 85, Abs. 2, IVG stehe der volljährigen Berufungsklägerin — da sie die übrigen Voraussetzungen für die Anwendung dieser Bestimmung erfülle — zur Behandlung ihres Geburtsgebrechens ein Anspruch auf Leistungen gemäß Art. 13 IVG zu, sofern dieses Gebrechen durch eine zeitlich beschränkte medizinische Maßnahme behoben oder dauernd gemildert werden könne. Der ins Auge gefaßten Herzoperation komme der Charakter einer solchen zeitlich beschränkten Maßnahme zu. Sie habe freilich nicht durchgeführt werden können. Die erfolgten abklärenden Untersuchungen stellten indessen die erste Phase dieser medizinischen Maßnahme und nicht eine Abklärungsmaßnahme im Sinne von Art. 72 IVV dar, welche letztere gemäß Rz 163 des Kreisschreibens über das Verfahren in der IV (gültig ab 1. 4. 64) nur zu übernehmen sind, wenn sie von der IV-Kommission — gegebenenfalls von der IV-Regionalstelle — angeordnet wurden. Als Abklärungsmaßnahmen hätten lediglich diejenigen Maßnahmen zu gelten, die grundsätzlich zur Beurteilung eines allfälligen Anspruchs des Versicherten auf Leistungen der IV dienen (z. B. Abklärung, ob überhaupt ein Geburtsgebrechen vorliege). Nun könnten aber ärztliche Untersuchungen auch andern Zwecken als dieser Abklärung dienen. So wenn sich eine vorausgehende Untersuchung als notwendig erweist, um festzustellen, ob die vorgesehene Operation angezeigt sei, und nicht, ob sie durch die IV übernommen werden könne. Da die umstrittenen ärztlichen Untersuchungen zur Abklärung der Operationsindikation nach dem Gesagten als medizinische Maßnahmen zu werten seien, könne die Berufungsklägerin gemäß Art. 85, Abs. 2 in Verbindung mit Art. 13 IVG deren Übernahme durch die IV beanspruchen.

2. Die Ansicht des BSV, die von Juni — Dezember 1964 durchgeführten ärztlichen Untersuchungen seien nicht Abklärungsmaßnahmen, sondern medizinische Eingliederungsmaßnahmen, kann nicht geteilt werden. Was unter medizinischen Maßnahmen zu verstehen ist, ergibt sich aus Art. 14, Abs. 1, IVG:

- «a. die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen . . . vorgenommen wird;
- b. die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien».

Als Behandlung, die gemäß Art. 13 IVG zu gewähren ist, gelten nach Art. 1, Abs. 3, GgV nur die «Vorkehren, die . . . den therapeutischen Erfolg . . . anstreben».

Im vorliegenden Fall strebten die streitigen Vorkehren noch keinen therapeutischen Erfolg an, sondern lediglich eine bessere diagnostische Abklärung zwecks zuverlässiger Beurteilung der Indikation des vorgesehenen chirurgischen Eingriffs. Sie waren überhaupt nicht dazu geeignet, einen Behandlungserfolg herbeizuführen und stellten deshalb keine medizinischen Maßnahmen im Sinne des Gesetzes, sondern bloße Abklärungsmaßnahmen gemäß Art. 72 IVV dar.

3. Aus Art. 60, Abs. 1, Buchst. b, IVG geht klar hervor, daß Eingliederungsmaßnahmen grundsätzlich nur gewährt werden sollen, wenn sie die IV-Kommission vor der Durchführung angeordnet hat oder hätte anordnen sollen, was voraussetzt, daß der Fall der IV angemeldet worden ist (EVGE 1962, S. 249; ZAK 1962, S. 479). Eine Ausnahme von diesem Grundsatz ist lediglich in Art. 78, Abs. 2, IVV vorgesehen: darnach können — bei Einhaltung der sechsmonatigen Anmeldefrist — die aus wichtigen Gründen vor der Beschlußfassung der IV-Kommission durchgeführten Eingliederungsmaßnahmen von der IV übernommen werden. Eine solche Ausnahmebestimmung besteht für die Abklärungsmaßnahmen gemäß Art. 72 IVV nicht; diese stellen keine Eingliederungsmaßnahmen dar und es wäre deshalb unzulässig, Art. 78, Abs. 2, IVV über seinen Wortlaut hinaus auch auf sie anzuwenden. Entgegen der Ansicht des BSV hat die IV deshalb nur solche Abklärungsmaßnahmen zu übernehmen, die sie angeordnet hat oder hätte anordnen sollen. Etwas anderes läßt sich aus Art. 60, IVG und Art. 72 IVV nicht ableiten. Maßgebendes Kriterium dafür, ob die IV die Abklärung hätte anordnen sollen oder nicht, ist grundsätzlich nur das Resultat dieser Abklärung: Ergibt sie die Indikation einer medizinischen Maßnahme, die gemäß Art. 12 oder 13 IVG zu Lasten der IV geht, so hat diese auch die vorgängige, von ihr nicht angeordnete medizinische Abklärung, soweit sie überwiegend zur Feststellung des bestehenden materiellen Anspruchs notwendig war, zu übernehmen, andernfalls im Prinzip überhaupt nicht. Die Lösung des BSV würde dazu führen, jede einigermaßen dringlich erscheinende Abklärung der Indikation einer Operation, welche möglicherweise von der IV übernommen werden könnte, nachträglich dieser aufzubürden, auch wenn gar kein materieller Anspruch aus Art. 12 oder 13 IVG entsteht. Dies würde freilich die Krankenkassen und die nicht bei einer solchen versicherten Leidenden von ansehnlichen Abklärungskosten entlasten, dafür aber umsomehr die IV belasten, obschon sie im Rahmen der Sozialversicherung hinsichtlich der medizinischen Leistungen eine spezifisch beschränkte, bloß auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtete Funktion zu erfüllen hat.

4. Daß den medizinischen Leistungen der IV im Verhältnis zu denjenigen der Kranken- und Unfallversicherung bloß ein beschränkter, grundsätzlich sekundärer Charakter zukommt und Abklärungsmaßnahmen wie die umstrittene deshalb der umfassenden Leistungspflicht der Krankenversicherung

unterstehen, geht übrigens klar aus Art. 21 V III zur Krankenversicherung hervor: dort ist nämlich u. a. ausdrücklich gesagt, daß zur gesetzlichen Pflichtleistung auch diagnostische Maßnahmen gehören. Und Art. 19 derselben Verordnung bestimmt, daß, wenn die IV einen Fall übernimmt, für welchen eine Krankenkasse bereits Krankenpflegekosten bezahlt hat, sie diese Kosten der Krankenkasse zurückzuerstatten hat. Daraus ergibt sich, daß die Kosten für diagnostische Maßnahmen, die von der IV-Kommission nicht angeordnet wurden, von der IV nur zurückzuerstatten sind, wenn sie den «Fall» übernommen hat.

Darüber, ob die dargelegten Grundsätze auch im Bereiche von Art. 13 IVG, soweit es sich um Minderjährige handelt, uneingeschränkte Anwendung finden, braucht sich das Gericht im vorliegenden Fall nicht auszusprechen.

Erwerbersatzordnung

Urteil des EVG vom 4. November 1965 i. Sa. J. K.

Art. 4, Abs. 1, Buchst. b, EOG. Ein nicht verheirateter Inhaber eines ländlichen Kleintransportunternehmens hat Anspruch auf Haushaltentschädigung, wenn sich eine Trennung von Haushalt und Geschäft aus betriebswirtschaftlichen Gründen nicht verantworten ließe.

Der veritwete Dienstpflichtige ersuchte die Ausgleichskasse um Zuspre- chung einer Haushaltentschädigung, weil er aus betriebswirtschaftlichen Gründen gehalten sei, einen eigenen Haushalt zu führen. Die Ausgleichskasse wies das Begehren ab, die Rekursbehörde hieß es dagegen gut. Die auf Ver- weigerung der Haushaltentschädigung zielende Berufung des BSV wurde vom EVG mit der folgenden Begründung abgewiesen.

1. Gemäß Art. 4, Abs. 1, Buchst. b, EOG haben Anspruch auf Haushalt- entschädigung «die ledigen, veritweten und geschiedenen Wehrpflichtigen, die mit Kindern im Sinne von Art. 6, Abs. 2, zusammenleben oder wegen ihrer beruflichen oder amtlichen Stellung gehalten sind, einen eigenen Haus- halt zu führen». In Art. 4, Abs. 3, EOG wird angeordnet, daß der Anspruch dann, wenn die im ersten Absatz genannten Voraussetzungen (z. B. die Ehe) weggefallen sind, noch solange — aber längstens während eines Jahres — weiterbesteht, als der Wehrpflichtige den Haushalt fortführt.

Macht ein lediger, veritweter oder geschiedener Wehrpflichtiger geltend, er sei wegen seiner beruflichen Stellung gehalten, einen eigenen Haushalt zu haben, so ist nach der Praxis auf Grund der konkreten Umstände zu prüfen, ob der Wehrpflichtige dazu wegen der Natur und der speziellen Anforderungen seines Berufes genötigt sei. An den Nachweis der berufsbedingten Notwendig- keit ist ein strenger Maßstab anzulegen (ZAK 1962, S. 391; EVGE 1961, S. 369).

2. Im vorliegenden Fall ist von der Tatsache auszugehen, daß der Beru- fungsbeklagte seit 1952 ein verhältnismäßig kleines ländliches Transport- unternehmen betreibt, das drei Lastwagen mit Anhängern sowie einen Jeep

umfaßt. Der Betrieb befindet sich im eigens dafür gebauten Haus des Wehrpflichtigen; die Fahrzeuge stehen unten, die Wohnung liegt darüber. Der Dienstpflichtige, für den außer seiner Schwiegermutter zwei Chauffeure und eine Aushilfe tätig sind, hält sich aus geschäftlichen Gründen meist auswärts auf. Deshalb ist er auf eine Hilfskraft angewiesen, die am Geschäftssitz ständig anwesend ist und die zu jeder Tageszeit eingehenden Aufträge entgegennimmt und weiterleitet. Während diese Arbeit früher von der Ehefrau des Wehrpflichtigen besorgt wurde, wird sie nunmehr von dessen Schwiegermutter geleistet, die auch den Haushalt führt. Bei der gegebenen Betriebsstruktur wäre es kaum tragbar, die für diese Tätigkeit notwendige Hilfskraft einzig mit betrieblichen Aufgaben zu betrauen. Alsdann wäre nämlich für die vorwiegend beschäftigungslose Präsenzzeit ein unverhältnismäßig großer Lohn zu bezahlen, und überdies hätte der Berufungsklagte der Hilfskraft die Möglichkeit zu verschaffen, sich im Betrieb zu verpflegen, während er selber die Mahlzeiten in einer Wirtschaft einnehmen müßte. Auf welche Weise bei solcher Betriebsorganisation die Kundschaft die dringlichen Aufträge außerhalb der Präsenzzeit der Hilfskraft und bei Abwesenheit des Betriebsinhabers rechtzeitig erteilen könnte, ist nicht ersichtlich. Hinzu kommt, daß der Berufungsklagte und seine Chauffeure — wie u. a. durch den Hinweis auf die dominierende Rolle der Milchtransporte sowie die am Abend durchzuführenden Viehfuhrten glaubhaft dargetan wird und wie es übrigens bei Lastwagenführern ländlicher Transportunternehmen allgemein zutreffen dürfte — sich nicht selten zu außergewöhnlichen Zeiten verpflegen müssen, selbst wenn die Dorfwirtschaften geschlossen sind. Auch für diesen Zweck war die Fortführung des eigenen Haushaltes unerlässlich. Wenn die Vorinstanz und die Ausgleichskasse, denen die konkreten Verhältnisse besonders vertraut sind, zum Schlusse kamen, der Dienstpflichtige sei aus beruflichen Gründen genötigt, einen eigenen Haushalt zu führen, so erscheint dies somit als sachgemäß.

3. Entgegen der Auffassung des BSV hält sich der angefochtene Entscheid im Rahmen der Praxis.

Das EVG hat die streitige Rechtsfrage schon wiederholt entscheiden müssen. Dreimal sprach das Gericht die Haushaltungsentschädigung zu: einem Landwirt, dessen Hof vom nächsten Dorf weit entfernt war (ZAK 1953, S. 325; EVGE 1953, S. 256), einem praktischen Arzt, der eine ausgedehnte Landpraxis hatte (ZAK 1955, S. 79; EVGE 1954, S. 305) und einem Käsermeister, der seinen Kleinbetrieb nur mit Hilfe seines Bruders besorgte.

In den übrigen Fällen wurde der Anspruch verneint. Es ist jedoch zu beachten, daß in vier Fällen ausschlaggebend oder doch mitentscheidend das Fehlen eines «eigenen Haushaltes» war. Einzig deshalb, weil der Haushalt nicht als betriebsnotwendig gelten konnte, wurde die Entschädigung bloß in fünf Fällen verweigert. Das Begehren des Geschäftsleiters und Mitinhabers einer Druckerei und Papeterie wurde abgewiesen, da sein Geschäft sich leicht ohne eigenen Haushalt hätte betreiben lassen (ZAK 1962, S. 391; EVGE 1961, S. 369). In einem andern Fall sprach das Gericht einem in Zürich wohnenden Ladeninhaber keine Entschädigung zu, weil der Einbezug der Angestellten in die wohn- und hauswirtschaftliche Gemeinschaft nicht unerlässlich war. Ein Augenarzt wurde mit der Begründung abgewiesen, er könnte seine Praxis

auch ohne eigenen Haushalt führen (s. ZAK 1954, S. 178). Der Inhaber einer Sägerei und Holzhandlung erhielt keine Haushaltungsentschädigung, da der Betrieb auch hätte aufrechterhalten werden können, wenn die Arbeiter im nahe gelegenen Dorf gewohnt und gegessen hätten. Und der Anspruch eines geschiedenen Hilfsarbeiters mit Dreischichtenbetrieb wurde mit der Begründung verneint, die unregelmäßige Arbeitszeit zwinge ihn nicht, einen eigenen Haushalt zu haben. Der Fall eines ländlichen Kleintransportunternehmens mußte vom Gericht bis heute nicht entschieden werden. Er unterscheidet sich von den aufgeführten Tatbeständen, bei denen der Anspruch wegen Fehlens der Betriebsnotwendigkeit des Haushaltes verneint werde, wesentlich; denn die Trennung von Haushalt und Geschäft ließe sich unter den geschilderten Verhältnissen aus betriebswirtschaftlichen Gründen nicht verantworten.

VON
MONAT
ZU
MONAT

Vom 13. bis 15. April trat die *Kommission für Altersfragen* unter dem Vorsitz von Dr. Saxer zu ihrer sechsten Plenarsitzung zusammen. Diskutiert wurden die noch ausstehenden Teilberichte über Stellung und Erwerbseinkommen der alten Selbständigerwerbenden des Gewerbes, die Lage der Nichterwerbstätigen im Alter, das Wohnproblem der Alten, Freizeit und Betreuung im Alter. Der Entwurf zum Schlußbericht wird der Kommission voraussichtlich im Spätherbst vorgelegt werden.

*

Unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung tagte am 19. April die *Studiengruppe für technische Fragen*. Sie befaßte sich insbesondere mit der künftigen Gestaltung der Versichertennummer und einer Neuordnung des Verfahrens für die Bildung und Zuteilung derselben. Die Vorschläge für neue Verfahrensvorschriften werden einer aus Vertretern der beiden Kassengruppen gebildeten Spezialkommission unterbreitet.

*

Am 21. April fand unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung die *siebente Jahreskonferenz der IV-Kommissionen* statt. Daran nahmen auch die kantonalen Ausgleichskassen (die u. a. die Kommissionssekretariate führen), die IV-Regionalstellen und eine Vertretung der Verbandsausgleichskassen teil. Im Mittelpunkt der Tagung standen vier Referate über die Planung und Koordination der beruflichen Eingliederung. Die Ausführungen beleuchteten das Thema von verschiedener Seite; sie werden in gekürzter Fassung in der ZAK wiedergegeben werden. Der Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung, Dr. Frauenfelder, dankte den Anwesenden für die im Rahmen der IV geleistete Arbeit.

*

Die *Eidgenössische Kommission für die AHV und IV* tagte am 26. April unter dem Vorsitz von Direktor Frauenfelder sowie im Beisein von Dr. Kaiser vom Bundesamt für Sozialversicherung. Sie befaßte sich insbesondere mit der Anpassung der AHV- und IV-Renten an die Teuerung.

Eine neue AHV-Revision kündigt sich an

Fernsehinterview

Das Schweizer Fernsehen in italienischer Sprache nahm am 14. April 1966 in seiner monatlichen Sendung «PRISMA; Problemi di politica federale» u. a. zur nächsten AHV-Revision Stellung. Der Vertreter des Bundesamtes für Sozialversicherung äusserte sich dazu wie folgt.

Frage:

Auf den 1. Januar 1964 sind die Renten der AHV und IV namhaft erhöht worden. Seither sind auch die Ergänzungsleistungen eingeführt worden. Warum spricht man nun erneut von einer AHV-Revision?

Antwort:

Die Frage ist berechtigt. Mit der sechsten AHV-Revision wurden die Renten um ein Drittel, ja sehr oft noch stärker erhöht. Ferner werden im Laufe dieses Jahres alle Kantone Ergänzungsleistungen für Rentner mit bescheidenem Einkommen einführen und beträchtliche Bundesbeiträge an diese Leistungen erhalten. Das Ziel, das man sich mit der sechsten AHV-Revision gestellt hat, ist also verwirklicht. Die neuen Revisionsbegehren zielen denn auch nicht darauf ab, die sechste AHV-Revision zu korrigieren, sondern sie sind vor allem durch die seitherige wirtschaftliche Entwicklung bedingt. Ich brauche nur zwei Zahlen zu nennen: der Preisindex ist vom 1. Januar 1964 bis Ende Februar dieses Jahres um rund 8 Prozent, der Lohnindex um rund 17 Prozent gestiegen. Das zeigt Ihnen, daß die Renten seit 1964 sowohl im Verhältnis zu den Preisen wie zu den Löhnen an Wert eingebüßt haben.

Frage:

In welcher Form wurden die Revisionsbegehren angemeldet?

Antwort:

Es geschah vor allem durch parlamentarische Vorstöße. In der vergangenen März-Session hat Bundesrat Tschudi nicht weniger als 4 Postulate und eine Kleine Anfrage beantwortet. Diese Vorstöße wurden von Parlamentariern der verschiedensten Parteien unternommen. Daneben ist vom Christlich-Nationalen Gewerkschaftsbund eine recht weittragende Verfassungsinitiative lanciert worden.

Frage:

Verlangen diese Vorstöße lediglich die Anpassung der AHV- und IV-Renten an die Teuerung:

Antwort:

Nein. Sie gehen etwas weiter. Wohl steht die Frage des Teuerungsausgleichs im Vordergrund. Daneben werden aber allgemeine Probleme erstmals oder erneut zur Diskussion gestellt. Vor allem wird von verschiedener Seite die Indexierung der Rente postuliert, weil man hofft, damit die ständigen Gesetzesanpassungen zu vermeiden. Ferner taucht hier und dort wieder die ganz allgemeine Frage auf, ob unsere Renten für die Sicherung der Bevölkerung im Alter und im Falle der Invalidität genügen.

Frage:

Wie werden nun die Bundesbehörden vorgehen?

Antwort:

Es besteht die Absicht, die Frage des Teuerungsausgleichs vorweg zu behandeln. Die Eidgenössische Kommission für die AHV und IV, die bekanntlich alle AHV-Probleme zu begutachten hat, wird Ende April zusammentreten und sich vor allem mit dieser Frage zu befassen haben. Stimmt sie einer Teuerungsanpassung der Renten zu, so wird den Räten noch auf die Juni-Session hin eine Gesetzesvorlage unterbreitet werden, die das Parlament dann in der Herbst- und Wintersession behandeln kann, so daß ein allfälliger Teuerungsausgleich zu Beginn des kommenden Jahres wirksam würde.

Frage:

Und die weiteren Revisionspostulate?

Antwort:

Die weiteren Fragen, namentlich jene der Indexierung der Renten, sind schwieriger und erheischen umfassende Abklärung. Die AHV und IV mit ihrer Rentensumme von heute schon über 1,8 Milliarden Franken im Jahr sind zu einem volkswirtschaftlich wichtigen Faktor geworden; die Auswirkungen von automatischen Leistungsveränderungen müssen daher sorgfältig geprüft werden. Für eine Revision, die entscheidend in das heutige Rentensystem eingreift, bedarf es also einer längeren Abklärungszeit. Wir rechnen nicht damit, daß zu diesen Fragen konkrete Resultate vor Ende 1968 vorliegen.

Frage:

Wir haben also noch einige AHV-Revisionen zu erwarten?

Antwort:

Zweifellos. Bisher gab es ungefähr alle 3 Jahre eine AHV-Revision. Zwar hoffte man mit der sechsten Revision eine gewisse Beruhigung erreichen und vor allem die Strapazierung der Verwaltung durch die ständigen Revisionen — vergessen Sie nicht, daß der Rentnerbestand heute nahezu 900 000 erreicht — auf ein vernünftiges Maß reduzieren zu können. Es scheint aber, daß der bisherige Revisionsrhythmus nicht wesentlich verändert werden kann, solange die gesamte Wirtschaftslage unseres Landes nicht ihrerseits eine gewisse Beruhigung erfahren hat.

Der Begriff der Bildungsfähigkeit in der Invalidenversicherung

Die ZAK hat sich kürzlich im Nachgang an ein Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes zur «Behandlung von Geburtsgebrechen und Bildungsunfähigkeit» geäußert (S. 70 des laufenden Jahrganges). Nun ist der Begriff der *Bildungsfähigkeit* im Rahmen der IV von so zentraler Bedeutung, daß es sich rechtfertigt die sachgemäße Auslegung noch umfassender auf ihre praktischen Auswirkungen hin zu untersuchen.

Gemäß Artikel 19, Absatz 1, IVG gewährt die IV Beiträge an die Sonderschulung bildungsfähiger Minderjähriger, denen infolge Invalidität der Besuch der Volksschule nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Während somit nach «oben» die Grenze bei der Tauglichkeit zum Besuch des Volksschulunterrichts liegt, *wird die «untere» Grenze durch die Trennung zwischen Bildungsfähigkeit und Bildungsunfähigkeit gezogen.* In diesem Zusammenhang bedeutet Bildungsfähigkeit das Vermögen, bestimmte Kenntnisse und Fertigkeiten zu erlernen. Die Frage, welche Kenntnisse und Fertigkeiten einzubeziehen sind, ist somit von zentraler Bedeutung. Noch vor relativ kurzer Zeit galt nur derjenige als bildungsfähig, welcher in den kulturtechnischen Disziplinen, wie Schreiben, Lesen, Rechnen, in wesentlichem Ausmaß gefördert werden konnte. Wer diese Fähigkeit nicht besaß wurde zuhause belassen oder in einer Pflegeanstalt untergebracht, wo die Bemühungen sich weitgehend auf Pflege und Wartung beschränkten. Einzelne Heime — vorwiegend antroposophischer Richtung — bemühten sich jedoch bereits um die Förderung der hoch-

gradig geistig behinderten Minderjährigen. Ihre Erfolge bewiesen, daß auch in sehr schweren Fällen mindestens in den Belangen des täglichen Lebens beachtliche Fortschritte erzielt werden können. Wohl ist es nicht möglich, in allen Fällen ein Niveau zu erreichen, das für eine spätere berufliche Eingliederung genügt. Wenn man aber bedenkt, welch großer Unterschied besteht zwischen einem geistig Behinderten, der in einer Anstalt versorgt, ständig überwacht und gepflegt werden muß, und einem, der eine gewisse Selbständigkeit in den täglichen Verrichtungen erreicht, so wird augenfällig, daß die betreffenden Bemühungen nicht nur rein menschlich, sondern auch volkswirtschaftlich von Bedeutung sind.

Gestützt auf diese Erwägungen hat die Verwaltung den Begriff der Bildungsfähigkeit sehr weitherzig ausgelegt. Als bildungsfähig im Sinne von Artikel 19, Absatz 1, IVG gelten daher nicht nur Minderjährige, die fähig sind, in den eigentlichen Schuldisziplinen wesentliche Erfolge zu erzielen, sondern auch jene, welche infolge Minderbegabung nur noch in manueller Hinsicht (Handfertigkeit) gefördert oder auch nur in den lebenspraktischen Belangen angewöhnt werden können. Diese Interpretation erlaubt es, auch die heilpädagogischen Bemühungen zur Förderung sehr hochgradig geistig Behinderter als Sonderschulung zu werten und in den betreffenden Fällen die Schul- und Kostgeldbeiträge der IV auszurichten.

Wie zahlreiche Beispiele beweisen, darf die Bildungsfähigkeit nicht zu voreilig abgesprochen werden. Auch bei schwerster geistiger Behinderung gelingt es in der Regel, mit dem Behinderten Kontakt herzustellen und darauf aufbauend namhafte pädagogische Erfolge zu erzielen. Die durch einen geistigen Gesundheitsschaden verursachte Verzögerung in der Entwicklung bringt es mit sich, daß in Grenzfällen über die Bildungsfähigkeit erst relativ spät endgültig entschieden werden kann. Gerechterweise sollten daher während einer längeren Zeit gezielte Förderungsversuche unternommen werden. Erst dann, wenn diese Versuche eindeutig scheitern, ergeben sich Fakten, die zur Verneinung der Bildungsfähigkeit berechtigen. Diese Erfahrung lehrt, daß in der Regel in den fünf ersten Lebensjahren die Bildungsfähigkeit nicht endgültig abgesprochen werden darf. Bei rechtzeitiger und richtiger heilpädagogischer Erfassung ist Bildungsunfähigkeit im Sinne der IV äußerst selten. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, daß die Bildungsfähigkeit eine pädagogische Qualifikation bedeutet und daher nicht primär ein medizinisches Problem darstellt.

Die Interpretation des Begriffs der Bildungsfähigkeit im vorstehenden Sinne wirkt sich auch auf den Anspruch medizinischer Maßnahmen

zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) aus. Da einerseits medizinische Maßnahmen nicht wegen Bildungsunfähigkeit abgelehnt werden können, bevor letztere eindeutig fest steht, und andererseits die Bildungsunfähigkeit sich vor dem fünften Altersjahr kaum definitiv beurteilen läßt, scheidet eine Ablehnung medizinischer Maßnahmen wegen Bildungsunfähigkeit während den ersten fünf Lebensjahren praktisch aus.¹

Die Tatsache, daß die Grenze zwischen Bildungsfähigkeit und Bildungsunfähigkeit tief angesetzt wurde, ist nicht ohne Einfluß auf die Gewährung von Beiträgen an die Mehrkosten der Pflege und Wartung anstaltsbedürftiger bildungsunfähiger Minderjähriger (Art. 20 IVG). Wohl ist es nach Verwaltungs- und Gerichtspraxis möglich, Beiträge gemäß Artikel 20 IVG auch dann auszurichten, wenn die Bildungsunfähigkeit noch nicht definitiv feststeht (vgl. ZAK 1964, S. 45), doch können nicht gleichzeitig Sonderschulbeiträge und Beiträge an bildungsunfähige Minderjährige gewährt werden. Es ist daher darauf zu achten, daß nicht wegen Leistungen nach Artikel 20 IVG die pädagogische Förderung vernachlässigt wird. Dabei liegt es nicht nur im Interesse der IV, sondern — langfristig gesehen — vielmehr auch im Interesse der Angehörigen, dafür zu sorgen, daß durch heilpädagogische Maßnahmen jede Möglichkeit zur Förderung der Selbständigkeit in den täglichen Verrichtungen ausgeschöpft wird. Ohne Zweifel ist es in jeder Beziehung günstiger, den Aufwand für Pflege und Wartung auf diese Weise zu reduzieren, als die Mehrkosten durch Geldleistungen auszugleichen.

Ergänzungsleistungen der Kantone

Abweichungen in der Ausgestaltung der kantonalen Erlasse

Das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV vom 19. März 1965 (ELG) enthält als Voraussetzung für die Gewährung der Bundesbeiträge verschiedene Vorschriften über Voraussetzungen und Mindestumfang des Leistungsanspruches.

¹ Erfahrungsgemäß sind die Geburtsgebrechen vorwiegend in den ersten Lebensjahren behandlungsbedürftig. Die extensive Interpretation des Begriffs der Bildungsfähigkeit hat daher zur Folge, daß Ablehnungen von medizinischen Maßnahmen wegen Bildungsunfähigkeit ausgesprochen selten notwendig werden.

Im übrigen aber läßt es den Kantonen bei der Wahl der Rechtsform der Erlasse, der Ausgestaltung gewisser materieller Vorschriften sowie vor allem auf dem Gebiete der Finanzierung, des Verfahrens und der Organisation große Freiheit. In den bereits in Kraft getretenen oder von den gesetzgebenden kantonalen Behörden verabschiedeten Erlassen sowie in den erlassenen Vollziehungsverordnungen und Ausführungsbestimmungen (die folgenden Ausführungen beschränken sich auf die definitiven Erlasse) finden sich denn auch beträchtliche Abweichungen. Die wichtigsten seien hier erwähnt. Dabei sei ausdrücklich darauf hingewiesen, daß von den Kantonen Zürich, Uri, Zug, Aargau und Thurgau im Zeitpunkt der Drucklegung noch keine definitiven Erlasse vorliegen. *In der Übersicht werden sie daher nicht berücksichtigt.*

1. Die Rechtsform der kantonalen Erlasse über Ergänzungsleistungen

Die meisten Kantone, die ihre gesetzgeberischen Arbeiten bereits abgeschlossen haben, erließen die betreffenden Bestimmungen in Form eines «Gesetzes über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV». Appenzell I. Rh. hat die Ergänzungsleistungen durch eine Verordnung des Großen Rates, Wallis durch ein Dekret des Großen Rates eingeführt. Basel-Stadt hat — wohl als Folge der Zweiteilung der bisherigen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenfürsorge — ein Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur AHV und Altersbeihilfen sowie ein solches über Ergänzungsleistungen zur IV und Invalidenbeihilfen erlassen. Verschiedene Kantone haben in ihre Gesetze nur die wichtigsten Vorschriften — vor allem Bestimmungen über Finanzierung und Organisation — aufgenommen (z. B. Schwyz, Obwalden, Nidwalden, Solothurn, Appenzell A. Rh., St. Gallen, Graubünden) und andere — auch materielle — Vorschriften in Vollzugserlassen niedergelegt oder auf das ELG verwiesen.

2. Weitergehende kantonale Leistungen

Mehrere Kantone sehen in ihren Erlassen über Ergänzungsleistungen die Ausrichtung zusätzlicher, nicht vom Bund subventionierter Leistungen vor, die sich z. T. allerdings nur auf eine Besitzstandsgarantie (Garantie bisher bezogener Leistungen) beschränken (Bern, Schwyz, Glarus, Solothurn, Basel-Stadt, Basel-Land, Schaffhausen, St. Gallen, Waadt, Neuenburg, Genf).

3. Leistungen der Gemeinden im Rahmen des Bundesrechts

Von der Möglichkeit, die Gemeinden zu ermächtigen, im Rahmen des Bundesrechts höhere Ergänzungsleistungen zu erbringen, hat bisher nur

der Kanton Wallis Gebrauch gemacht. Seine Gemeinden können die festen Abzüge vom Erwerbs- und Renteneinkommen gemäß Artikel 4, Buchstabe b, ELG erhöhen und den Mietzinsabzug nach Artikel 4, Buchstabe c, ELG einführen. Das bedeutet nicht, daß in andern Kantonen kommunale Leistungen nicht außerhalb der Ergänzungsleistungen erbracht werden.

4. Einkommensgrenzen

Von der in Artikel 4, Buchstabe a, ELG vorgesehenen Möglichkeit, die Einkommensgrenzen um höchstens ein Fünftel herabzusetzen, hat bisher kein Kanton Gebrauch gemacht.

5. Feste Abzüge vom Erwerbs- und Renteneinkommen

In Artikel 3, Absatz 2, ELG ist vorgesehen, daß vom jährlichen Erwerbseinkommen und vom Jahresbetrag der Renten und Pensionen, mit Ausnahme der Renten der AHV und IV, 240 Franken bei Alleinstehenden und 400 Franken bei Ehepaaren und Personen mit rentenberechtigten oder an der Rente beteiligten Kindern außer Rechnung zu lassen und vom Rest nur zwei Drittel anzurechnen sind. Dadurch wird das Erwerbs- und Renteneinkommen vor den andern anrechenbaren Einkommensbestandteilen privilegiert. Die Kantone können überdies die genannten festen Abzüge vom Erwerbs- und Renteneinkommen nach Artikel 4, Buchstabe b, ELG auf höchstens 480 Franken bei Alleinstehenden und 800 Franken bei Ehepaaren und Personen mit rentenberechtigten oder an der Rente beteiligten Kindern erhöhen. Dies ist bei folgenden Kantonen der Fall: Bern, Luzern, Obwalden, Solothurn, Basel-Stadt (nur im Gesetz betr. «Kantonale Invalidenhilfe»), Basel-Land, Schaffhausen, Appenzell I. Rh., Graubünden, Waadt, Neuenburg, Genf.

6. Mietzinsabzug

Nach Artikel 4, Buchstabe c, ELG können die Kantone vom Einkommen einen Abzug von jährlich höchstens 750 Franken bei Alleinstehenden und 1 200 Franken bei Ehepaaren und Personen mit rentenberechtigten oder an der Rente beteiligten Kindern für den ein Fünftel der Einkommensgrenze übersteigenden Mietzins zulassen. Folgende Kantone haben bis jetzt einen solchen Abzug vorgesehen: Bern, Luzern, Obwalden, Solothurn, Basel-Stadt, Basel-Land, Schaffhausen, Appenzell I. Rh., St. Gallen, Graubünden, Tessin, Waadt, Neuenburg.

7. Befreiung der Ergänzungsleistungen von kantonalen und kommunalen Steuern

Das ELG sieht keine Steuerbefreiung der Ergänzungsleistungen vor. Es steht den Kantonen jedoch frei, die Ergänzungsleistungen von Kan-

tons- und Gemeindesteuern zu befreien. In ihren kantonalen Erlassen über Ergänzungsleistungen haben entsprechende Bestimmungen bis jetzt nur die Kantone Basel-Land, Schaffhausen und Wallis aufgenommen. Daraus darf aber nicht geschlossen werden, daß die Ergänzungsleistungen in allen übrigen Kantonen besteuert würden. Vorschriften über die Befreiung solcher Bedarfsrenten können sich auch in den Steuergesetzen finden. Ferner sind in verschiedenen Kantonen die Grenzen für die nicht der Steuerpflicht unterliegenden Einkommen so hoch, und die Sozialabzüge so bemessen, daß die Ergänzungsleistungen nicht mehr besteuert werden.

Zur Verhütung von Geistesschwäche

Der Medizinische Pressedienst Zürich, welcher der Verbindung der Schweizer Ärzte nahesteht, veröffentlichte nachfolgenden Artikel über die frühzeitige Erfassung einer selteneren, jedoch äußerst folgenschweren, angeborenen Stoffwechselstörung. Für die IV ist dieses Problem von hoher Bedeutung. Wenn es auch nicht ganz neu ist, so verdient es die Aufmerksamkeit weiter Kreise und insbesondere der Behörden, welche für die Gesundheitsprophylaxe verantwortlich sind.

Drei kleine Blutstropfen haben dieser Tage eine junge Zürcher Erdenbürgerin und ihre Familie vor namenlosem Leid bewahrt. Seit Jahresbeginn werden alle in Spitälern des Kantons Zürich geborenen Säuglinge einem einfachen Bluttest unterzogen, um einer gefährlichen, aber vermeidbaren Form des Schwachsinn auf die Spur zu kommen. Wird diese Krankheit nicht in den ersten Lebenswochen erkannt und hierauf richtig behandelt, ist das Kind unweigerlich dem Schwachsinn verfallen und bringt seinen Angehörigen unendliche Sorgen und dem Staat enorme Kosten durch eine lebenslange Anstaltsbehandlung. Die Reihenuntersuchung lohnt sich, denn letztlich ist der menschliche Gewinn, jährlich mehrere Neugeborene vor Schwachsinn retten zu können, gar nicht mit Geld aufzuwiegen.

Die Ursache dieser Form des Schwachsinn ist die sogenannte Phenylketonurie, eine seltene, vererbare Stoffwechselstörung, die 1934 vom Norweger Fölling erstmals erkannt und beschrieben wurde. Sie ist heute die am besten bekannte und erforschte Art der zu Schwachsinn führenden angeborenen Stoffwechselstörungen.

Die betroffenen Kinder sind bei der Geburt durchaus normal, weisen dann aber in den ersten Lebensmonaten eine zunehmende Verspätung der geistigen und körperlichen Entwicklung auf. Sie lernen später sitzen, später gehen und wesentlich später sprechen als ihre gesunden Ge-

schwister. Mit dem Alter werden verstärkt sich der Schwachsinn. Die Kinder können die normale Schule nicht besuchen und müssen häufig in einem Heim untergebracht werden. Kinder mit einer Phenylketonurie sind meist blond, blauäugig und haben eine helle Haut, die oft ekzemartige Veränderungen aufweist. Sie zeigen eine eigenartige Unruhe oder Krampfanfälle. Häufig stellt man im Urin, in den Haaren und an der Haut einen unangenehmen, süßlich-scharfen Geruch fest.

Die Tücke dieser Krankheit liegt darin, daß sie in den ersten Lebensmonaten nicht bemerkt wird und die Kinder erst nach Monaten oder Jahren wegen ihres Entwicklungsrückstandes zum Arzt gebracht werden. Der Arzt kann mit einer einfachen Urinuntersuchung die Krankheit sofort erkennen, aber das Gehirn ist dann bereits unheilbar geschädigt. Trotz nachfolgender Behandlung bleiben die geistigen Fähigkeiten lebenslanglich beeinträchtigt. Mit einer komplizierten und teuren Diät unter genauer ärztlicher Kontrolle bis etwa zum 12. bis 13. Altersjahr kann die Verschlimmerung des Schwachsinnes verhindert und gelegentlich eine Verbesserung der Intelligenz erreicht werden.

Eine normale geistige Entwicklung ist jedoch nur gewährleistet, wenn die Behandlung in den ersten Lebenswochen und -monaten einsetzt, zu einem Zeitpunkt, in dem keine eigentlichen Krankheitserscheinungen sichtbar sind.

Daraus ergibt sich mit aller Deutlichkeit, daß alle Neugeborenen auf das Vorliegen dieser Stoffwechselkrankheit untersucht werden sollten. Nur so kann es gelingen, die kranken Kinder rechtzeitig zu erfassen, folgerichtig und erfolgreich zu behandeln und das Auftreten des Schwachsinnens zu verhindern. Vor fünf Jahren hat der amerikanische Arzt Robert Guthrie in Buffalo eine einfache Untersuchungsmethode entwickelt, die es erlaubt, die Diagnose bereits am 5.—7. Lebenstag zu stellen, lange bevor die sonst übliche Urinuntersuchung ein positives Ergebnis zeigt. Der Test eignet sich für Reihenuntersuchungen besonders, denn drei Blutstropfen werden auf ein Filterpapier gebracht und dann zur Untersuchung in ein Speziallabor gesandt.

Der Guthrie-Test wurde letztes Jahr in Zürich versuchsweise von der kantonalen Gesundheitsdirektion und vom Kinderspital eingeführt und zu Jahresbeginn auf alle Spitäler ausgedehnt. Jährlich werden so etwa 19 000 Säuglinge erfaßt. Nach den Erfahrungen im Ausland erwartet man auf 10 000 Neugeborene die Entdeckung eines kranken Kindes. Doch bereits Ende Februar wurde nach 7002 negativen Tests ein gefährdeter Säugling festgestellt, dem nun dank der frühzeitigen Behandlung eine normale Entwicklung wartet.

Es ist sehr zu begrüßen, daß Ärzteschaft und Behörden des Kantons Zürich diese bedeutsame Aufgabe der Verhütung des Schwachsinnns energisch und zielstrebig an die Hand genommen haben. Es ist übrigens vorgesehen, diese Untersuchungsmethode bald bei allen Neugeborenen der ganzen Schweiz anzuwenden. Vermutlich wird es in absehbarer Zukunft auch gelingen, ähnliche Methoden zur Entdeckung anderer zu Schwachsinn führender Stoffwechselkrankheiten zu entwickeln und einzuführen.

Die Werkstätten für die Dauerbeschäftigung Invaliden in der Sicht der Invalidenversicherung

Eine der vornehmsten Aufgaben der IV besteht darin, den Invaliden durch Maßnahmen medizinischer, schulischer und beruflicher Art die Eingliederung in das Erwerbsleben zu ermöglichen, damit sie — gegebenenfalls zusammen mit einer IV-Rente — ihren Unterhalt bestreiten können. Es wird indessen nie zu erreichen sein, daß alle Behinderten in den normalen Arbeitsprozeß eingegliedert werden können, obwohl die IV-Regionalstellen beispielsweise im Jahre 1965 ungefähr 2 000 Arbeitsplätze in der freien Wirtschaft zuweisen konnten. Wenn sich auch die vollständige Eingliederung nicht in jedem Falle verwirklichen läßt, darf das kein Grund sein, in den Bemühungen nachzulassen. Es zeigt sich immer deutlicher, daß die noch vorhandene Arbeitsfähigkeit in Werkstätten für die Dauerbeschäftigung Invaliden durchaus verwertbar ist. In diesen Werkstätten vermögen die Behinderten, betreut von verständigen, geduldigen und sachkundigen Werkmeistern, deren menschliche Qualitäten ebenso wichtig sind wie ihre technischen Kenntnisse, oft erstaunliche Leistungen zu vollbringen. Die IV fördert daher solche Institutionen, indem sie ihnen einerseits Bau- und Einrichtungsbeiträge gewährt und andererseits Beiträge an die durch die Beschäftigung Invaliden entstehenden zusätzlichen Kosten ausrichtet. Die hierfür geltenden Grundsätze und die Berechnungsmethode wurden bereits in der ZAK 1964, auf Seite 12 erläutert.

Von den rund 60 Dauerwerkstätten unseres Landes gelangen ungefähr 30 in den Genuß von Beiträgen aus Mitteln der IV. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, daß verhältnismäßig viele Institutionen nicht alle für die Beitragsgewährung erforderlichen Voraussetzungen erfüllen. Dazu gehören insbesondere jene Werkstätten, die auf

Grund anderer eidgenössischer Gesetze höhere Beiträge erhalten, wie z. B. Werkstätten für die Beschäftigung Tuberkulöser oder für Jugendliche, bei denen nicht eine nach streng wirtschaftlichen Grundsätzen organisierte Produktion, sondern die Beschäftigung als solche der Hauptzweck ist.

Die Dauerwerkstätten, denen IV-Beiträge ausgerichtet werden konnten, verteilen sich über die ganze Schweiz. Immerhin bestehen mehr Institutionen in Gebieten mit größerer Bevölkerungsdichte: Mehr als die Hälfte der Werkstätten, in denen rund 600 der 900 erfaßten Invaliden beschäftigt werden, befinden sich in den Agglomerationen von Zürich, Basel und Lausanne. Es ist daher zu begrüßen, wenn die meisten von den rund 15 in Ausführung begriffenen oder geplanten Bauvorhaben in andern Gebieten errichtet werden. Durch diese Dezentralisation wird es einer immer größeren Zahl von Invaliden möglich sein, in geschützten Werkstätten zu arbeiten, ohne deswegen den gewohnten Lebensraum verlassen zu müssen.

Grundsätzlich können den Dauerwerkstätten Beiträge aus Mitteln der IV ausgerichtet werden, sofern sie vorwiegend Invalide beschäftigen, die nicht in der Lage sind, anderweitig eine Erwerbstätigkeit auszuüben. Von den 900 im Jahre 1964 erfaßten Behinderten bezogen denn auch mehr als 700 eine ganze Rente der IV. Es ergibt sich daraus, daß ihr Arbeitseinkommen sehr bescheiden war. Die Art der Entlohnung ist übrigens von Institution zu Institution verschieden: Entweder wird ein Stücklohn oder ein Stundenlohn bezahlt. Gewährt eine Werkstätte auch Verpflegung und Unterkunft, so besteht das Arbeitsentgelt ferner oft darin, daß ein herabgesetzter Pensionspreis erhoben wird. Die Löhne sind im Verhältnis der Behinderung zur Leistungsfähigkeit und der Art der Arbeit abgestuft. Stundenlöhne von 10 Rappen kommen neben solchen von 2 Franken vor. Gelegentlich wird das Arbeitseinkommen besonders benachteiligter Invaliden sogar durch freiwillige Zuschüsse ergänzt. Die in solchen Werkstätten ebenfalls beschäftigten nicht behinderten Arbeitnehmer werden entsprechend ihrer beruflichen Ausbildung entlohnt.

Die Fabrikationsprogramme der Dauerwerkstätten sind recht verschieden. Während den herkömmlichen Betrieben der Bürstenmacherei, Korberei, Sesselflechterei und Weberei als Produktionsarten bei zweckmäßiger Arbeitsplatzgestaltung weiterhin große Bedeutung zukommt, haben die in den letzten Jahren eröffneten Werkstätten oft mit Erfolg versucht, Arbeiten für die Metallindustrie (Bohren, Fräsen, Drehen, Federnfabrikation), für die Holz-, Karton- und Kunststoffbranche sowie für Hersteller von Elektroapparaten zu übernehmen. Diese nach neu-

zeitlichen Erkenntnissen aufgebauten Dauerwerkstätten haben danach getrachtet, die Vorteile der Arbeitsteilung auszunützen. Mit Hilfe von Maschinen, die den begrenzten Fähigkeiten der Invaliden oft geschickt angepaßt worden sind, ist es möglich, die Aufgabe der Behinderten auf einige wenige, ihnen zumutbare Handgriffe zu beschränken. So können auch Invalide — einschließlich der Geistesschwachen — in den Arbeitsprozeß eingeschaltet werden, die sonst nie eine angemessene Arbeit in einem Handwerksbetrieb verrichten könnten. Eine weitere Entwicklung zeichnete sich in den letzten Jahren insofern ab, als versucht wird, Dauerwerkstätten als Betriebszweige von Fabrikationsunternehmen aufzubauen und sie so direkt in den industriellen Produktionsprozeß einzureihen. Dadurch kann zudem die Errichtung einer meist kostspieligen eigenen Verkaufsorganisation vermieden werden.

Auch das wirtschaftlichste Fabrikationsprogramm und die rationellste, den Bedürfnissen der Invaliden angepaßte Arbeitsorganisation können kaum verhindern, daß die in den Dauerwerkstätten hergestellten Produkte teurer sind als die unter den üblichen Bedingungen fabrizierten Erzeugnisse. Die invaliditätsbedingten Mehraufwendungen erhöhen die Gestehungskosten und wirken sich somit auf die Preisgestaltung nachteilig aus. Bei einer Produktionsleistung, die unter dem Normalmaß liegt, verteilen sich die festen Kosten für Amortisation und Unterhalt der Liegenschaften, Maschinen und Installationen zwangsläufig auf eine kleinere Warenmenge. Überdies verlangt die Beschäftigung von Invaliden vermehrtes Aufsichtspersonal, um die Produktion in Fluß zu halten, die Maschinen einzurichten, die Arbeit zu überwachen und die hergestellten Waren zu kontrollieren. Aus Konkurrenzgründen ist es in der Regel nicht möglich, die entsprechenden Mehrkosten in die Verkaufspreise einzukalkulieren. Infolgedessen verbleiben sie zu Lasten der Dauerwerkstätten, die den Mehraufwand ihrerseits durch freiwillige Beiträge der Kantone und Gemeinden oder von Dritten sowie durch Entnahmen aus besonderen Fonds zu decken versuchen müssen.

Diesen besonderen Umständen trägt die IV dadurch Rechnung, daß sie an die Mehrkosten, die den Dauerwerkstätten aus der Beschäftigung Invaliden erwachsen, Beiträge in der Höhe eines Drittels gewährt. Als solche hat sie denn auch im Jahre 1965 insgesamt 377 820 Franken ausbezahlt. Bei den Subventionen handelt es sich übrigens nicht um pauschale Beträge, sondern um Betreffnisse, die in jedem Fall auf Grund der maßgebenden Betriebskosten ermittelt wurden.

Der bis anhin unverändert gebliebene Berechnungsmodus entspricht den Bedürfnissen und hat sich bewährt. Er ermöglicht es, jenen Dauer-

werkstätten eine wirkungsvollere Hilfe zu gewähren, die im Bestreben, ihre Produktion zu verstärken, bedeutende Summen in Liegenschaften, Maschinen und Installationen investiert und sich die Mitarbeit einer ausreichenden Zahl von qualifizierten Werk- und Lehrmeistern gesichert haben.

Der Anspruch auf Waisen- und Zusatzrenten während der Leistung von Militärdienst

Die Zusatzrenten oder Waisenrenten der AHV oder IV werden nach den Bestimmungen der sechsten AHV-Revision an in Ausbildung stehende Versicherte bis zum 25. Altersjahr gewährt. Es kommt nun öfters vor, daß in die Ausbildungszeit eines jungen Mannes ein Militärdienst von kürzerer oder längerer Dauer fällt. Im Unterschied zur früheren Regelung handelt es sich dabei nicht mehr ausschließlich um die Rekrutenschule, sondern um verschiedene Dienstleistungen, vor allem um die Leistung von Beförderungsdiensten.

Unter diesen Umständen fragt es sich, ob es noch mit Wortlaut und Sinn der einschlägigen Gesetzesbestimmungen vereinbar ist, die Rente in jedem Fall von Dienstleistung weiter zu gewähren. In Anlehnung an die Erwägungen, auf Grund derer das Eidgenössische Versicherungsgericht sich seinerzeit gegen eine Unterbrechung der Rentenberechtigung wegen einer vor Abschluß der Ausbildung absolvierten Rekrutenschule ausgesprochen hat (ZAK 1953, S. 466), ist diese Frage folgendermaßen zu beantworten.

Das Gericht hat damals festgestellt, daß der Zweck der Waisenrente, um die es im betreffenden Falle ging, darin besteht, Ersatz für mangelnden väterlichen und — wegen fortdauernder Ausbildung — noch ungenügenden eigenen Unterhalt zu bieten. Während der Dauer des Militärdienstes bleibe die Zweckbestimmung der Rente erhalten, indem der Bezüger die Ausbildung nicht aufgebe. Tatsächlich läßt sich allgemein eine Weiterausrichtung der Rente nur rechtfertigen, wenn eine Fortführung der Ausbildung nach dem Militärdienst entweder unmittelbar gegeben ist oder doch nach kurzem Unterbruch feststeht.

Die obige Argumentation ist jedoch nicht mehr unbedingt vertretbar bei einem über 20jährigen Rentenbezüger, der zwar eine sonst rentenbegründende Ausbildung begonnen hat, aber in einem bestimmten Zeitpunkt sich anschickt, verschiedene militärische Schulen und Kurse zu bestehen, bevor er das gewählte Studium zu Ende führt oder das ange-

strebte Lehrziel erreicht hat. Wegen der Dauer solcher Dienstleistungen läßt sich in solchen Fällen die Fortsetzung der Ausbildung nach Abschluß des Militärdienstes keineswegs mit Sicherheit voraussagen. Allein schon aus diesem Grunde drängt es sich daher auf, eine Unterscheidung zu treffen zwischen erstmaligen oder kurzfristigen Dienstleistungen, welche den Gang der Ausbildung kaum zu hemmen vermögen, und Dienstleistungen langfristiger Art, welche wohl geeignet sind, eigentliche Unterbrechungen in der geplanten Ausbildung, wenn nicht sogar eine berufliche Umorientierung zu bewirken.

Zu diesen Überlegungen gesellt sich noch eine weitere Tatsache. In dem erwähnten Entscheid erachtete das Gericht die Gefahr als gering, daß bei gleichzeitigem Bezug von Erwerbsausfallentschädigung und Waisenrente diese letztere mißbräuchlich beansprucht werden könnte. Angesichts des niedrigen festen Ansatzes der EO für die Rekruten — und nur um diesen handelte es sich nach den vor der sechsten AHV-Revision geltenden Bestimmungen — liegt dies auf der Hand. Da nun aber während des hier zur Diskussion stehenden Zeitabschnittes andere Arten von Dienstleistungen dominieren und für einen Teil davon, nämlich für die Beförderungsdienste, durch die zweite EO-Revision stark erhöhte Minimalansätze eingeführt wurden, muß auch diese Situation neu überdacht werden. Wenn für Dienstleistungen, die als Beförderungsdienste gelten, nach Artikel 11 EOV eine Entschädigung ausgerichtet wird, die ungefähr derjenigen eines durchschnittlich entlohnten Erwerbstätigen entspricht, so ist dies eine Begünstigung speziell der Studierenden, welche ihr diesbezügliches Begehren damit begründeten, «daß durch länger dauernde Militärdienstleistungen der Studienabschluß und damit der Eintritt ins Erwerbsleben hinausgeschoben» werde (vgl. Botschaft zum Entwurf eines Bundesgesetzes betr. Änderung des EOG vom 31. 5. 1963, S. 9). Damit entfällt aber die Notwendigkeit eines zusätzlichen Ausgleichs durch die Rente; durch diese EO-Entschädigung und die höhere Besoldung sollte nicht nur der volle Unterhalt des Dienstpflichtigen gewährleistet, sondern auch ein infolge Absolvierung von Beförderungsdiensten bedingter späterer Eintritt ins Erwerbsleben leistungsmäßig abgegolten sein. Zusammenfassend ergibt sich aus diesen Ausführungen, daß — vorbehaltlich einer anderslautenden Rechtsprechung — Beförderungsdienste nicht mehr zur Ausbildung zählen und andererseits Rekrutenschule und Wiederholungskurse sowie andere kurzfristige Militärdienste die Weiterausrichtung der Rente immer dann rechtfertigen, wenn sie gefolgt werden durch eine möglichst unmittelbare Wiederaufnahme der Ausbildung.

Die Auswirkungen der sechsten AHV-Revision in statistischer Sicht

Die 1964 in Kraft getretene sechste AHV-Revision umfaßte gleichzeitig wesentliche quantitative und erhebliche strukturelle Verbesserungen. Die ZAK hat die neuen Leistungen statistisch einläßlich festgehalten.¹ Die Auswirkungen der Gesetzesänderung kommen aber noch besser zur Geltung, wenn man die 1964 ausgerichteten Renten den im Vorjahr erfolgten Zahlungen gegenüberstellt. Die nachstehenden Ausführungen teilen die Ergebnisse der beiden Jahre nach Rentenkategorien und Rentenarten der AHV und IV auf und vergleichen sie zahlenmäßig miteinander. Weil die Revision — wie oben angedeutet — außer einer generellen Drittelserhöhung noch weitere Punkte umfaßte, haben die Rentensummen unterschiedlich zugenommen.

Die statistischen Ergebnisse sind in vier Tabellen festgehalten. In den Tabellen 1 bis 3 sind die in der Schweiz gesamthaft ausbezahlten AHV- und IV-Rentensummen Gegenstand der Untersuchung; Tabelle 4 nimmt auf die durchschnittlich pro Bezüger ausgerichteten Renten Bezug.

Gesamtübersicht; Tabelle 1

Die im Jahre 1964 ausgerichtete Rentensumme war in der AHV um 535,4 Mio Franken, in der IV um 42,0 Mio Franken höher als im Vorjahr. Die prozentuale Zunahme ist in der AHV mit 54,1 Prozent wesentlich größer als in der IV mit 39,8 Prozent. Dieser Unterschied ist auf die Zusatzrenten zurückzuführen, die in der IV von Anfang an, in der AHV aber erst seit 1964 ausgerichtet werden, sowie auf die Umwandlung der generationsbedingten Teilrenten in Vollrenten, indem durch diese Maßnahme in erster Linie die Altersrentner begünstigt wurden. Aus Tabelle 1 ist auch ersichtlich, daß die Altersrenten relativ stärker zugenommen haben als die Hinterlassenenrenten. Dasselbe gilt für die ordentlichen im Vergleich zu den außerordentlichen Renten.

Bei der AHV sind die auf die Zusatzrenten entfallenden Rentensummen — mit Ausnahme der nicht nach Rentenarten im engern Sinn aufteilbaren Doppel-Kinderrenten — in den Altersrenten eingeschlossen. Bei der IV erstreckt sich der Vergleich auf die gesamthaft ausgerichteten Zusatzrenten, also mit Doppel-Kinderrenten, weil die Zusatzrenten noch für sich allein betrachtet werden, obwohl sie seit 1964 den Charakter selbständiger Renten verloren haben.

¹ ZAK 1966, S. 12: Statistik der AHV-Renten 1964; S. 82: Statistik der IV-Renten 1964.

| Rentenkategorie/Rentenart | Rentensumme in Mio Franken | | Zunahme 1964/1963 | |
|---|--|---------|-------------------|------------|
| | 1963 | 1964 | in Mio Franken | in Prozent |
| | Alters- und Hinterlassenenversicherung | | | |
| Ordentliche Renten | 833,1 | 1 318,3 | 485,2 | 58,2 |
| Außerordentliche Renten | 156,7 | 206,9 | 50,2 | 32,0 |
| Altersrenten | 867,0 | 1 365,7 | 498,7 | 57,5 |
| Hinterlassenenrenten | 122,8 | 159,5 | 36,7 | 29,8 |
| Gesamttotal | 989,8 | 1 525,2 | 535,4 | 54,1 |
| | Invalidenversicherung | | | |
| Ordentliche Renten | 93,5 | 131,8 | 38,3 | 41,0 |
| Außerordentliche Renten | 12,1 | 15,8 | 3,7 | 30,5 |
| Altersrenten Altersrenten | 87,5 | 122,3 | 34,8 | 39,8 |
| Hinterlassenenrenten Hinterlassenenrenten | 18,1 | 25,3 | 7,2 | 39,5 |
| Gesamttotal | 105,6 | 147,6 | 42,0 | 39,8 |

AHV-Renten; Tabelle 2

Aus Tabelle 2 ist ersichtlich, wie die Gegenüberstellung innerhalb der AHV-Renten für die Rentenarten im engern Sinn ausfällt, und zwar im obern Tabellenteil für die ordentlichen und im untern für die außerordentlichen Renten.

a. *Ordentliche Renten.* Die stärkere Zunahme bei den Altersrenten ist nicht nur der Aufhebung der generationsbedingten Teilrenten bzw. der Einführung von Zusatzrenten zuzuschreiben, sondern auch auf die Verlegung des Rentenalters für Frauen¹ zurückzuführen, womit eine Zunahme der Bezügerinnen einfacher Altersrenten verbunden war. Während der erste Tatbestand bei beiden Arten von Altersrenten höhere Rentensummen bewirkte, beeinflussten die beiden andern Maßnahmen ausschließlich die einfachen Altersrenten. Deshalb ist die Zunahme bei den auf die einfachen Altersrenten entfallenden Rentensummen (69,5

¹ Beginn des Anspruchs auf einfache Altersrenten seit 1964 ab 62. Altersjahr statt wie früher ab 63. Altersjahr.

Summen ausbezahlter AHV-Renten in den Jahren 1963 und 1964

Tabelle 2

| Rentenart | Rentensumme in Mio Franken | | | |
|---|----------------------------|---------|-----------------------|------------|
| | 1963 | 1964 | Veränderung 1964/1963 | |
| | | | in Mio Franken | in Prozent |
| Ordentliche Renten | | | | |
| Einfache Altersrenten | 382,8 | 648,9 | 266,1 | 69,5 |
| Ehepaar-Altersrenten | 340,7 | 524,0 | 183,3 | 53,8 |
| Altersrenten | 723,5 | 1 172,9 | 449,4 | 62,1 |
| Witwenrenten | 78,0 | 100,9 | 22,9 | 29,3 |
| Einfache Waisenrenten | 30,0 | 42,3 | 12,3 | 40,8 |
| Vollwaisenrenten | 1,6 | 2,2 | 0,6 | 39,0 |
| Hinterlassenenrenten | 109,6 | 145,4 | 35,8 | 32,6 |
| Gesamttotal | 833,1 | 1 318,3 | 485,2 | 58,2 |
| Außerordentliche Renten | | | | |
| Einfache Altersrenten | 125,4 | 172,3 | 46,9 | 37,5 |
| Ehepaar-Altersrenten | 18,2 | 20,5 | 2,3 | 12,6 |
| Altersrenten | 143,6 | 192,8 | 49,2 | 34,3 |
| Witwenrenten ¹ | 9,6 | 9,6 | 0,0 | — 0,4 |
| Einfache Waisenrenten | 3,4 | 4,4 | 1,0 | 26,8 |
| Vollwaisenrenten ² | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 12,3 |
| Hinterlassenenrenten | 13,1 | 14,1 | 1,0 | 6,8 |
| Gesamttotal | 156,7 | 206,9 | 50,2 | 32,0 |
| ¹ Genaue Werte: 9 638 544 Franken für 1963 und 9 599 576 Franken für 1964, was einer Abnahme von 38 968 Franken entspricht. ² Genaue Werte: 73 656 Franken für 1963 und 82 725 Franken für 1964, was einer Zunahme von 9 069 Franken entspricht. | | | | |

Prozent) wesentlich höher als die entsprechende Verbesserung bei den Ehepaar-Renten (53,8 Prozent).

Der Umstand, daß die Frauen seit 1964 bereits vom 62. Altersjahr an Anspruch auf einfache Altersrenten haben, wirkte sich auch auf die Hinterlassenenrenten aus, indem der Übertritt von den Witwenrenten zu den einfachen Altersrenten ein Jahr früher erfolgt. Im Jahre 1964

wurden von der Rentenumwandlung somit 2 Jahrgänge gleichzeitig betroffen, weshalb die Summe der ausbezahlten Witwenrenten mit 29,3 Prozent schwächer zunahm als jene der Waisenrenten.

b. *Außerordentliche Renten.* Die Ausführungen für die ordentlichen Renten gelten sinngemäß auch hier, wobei die Ablösung der generationsbedingten Teilrenten durch Vollrenten als rentenerhöhender Faktor natürlich entfällt. Außerdem hat die den außerordentlichen Renten eigene rückläufige Tendenz zur Folge, daß die Verbesserungen weniger augenfällig sind. Die Zahl der Witwenrenten ist 1964 fühlbar kleiner geworden, so daß auch die zugehörige Rentensumme um 0,4 Prozent niedriger ausfiel als 1963.

Summen ausbezahlter IV-Renten in den Jahren 1963 und 1964

Tabelle 3

| Rentenart | Rentensumme in Mio Franken | | Zunahme 1964/1963 | |
|----------------------------|-------------------------------|-------|-------------------|------------|
| | 1963 | 1964 | in Mio Franken | in Prozent |
| | Ordentliche Renten | | | |
| Einfache IV-Renten | 61,2 | 86,3 | 25,1 | 41,0 |
| Ehepaar-IV-Renten | 15,8 | 22,4 | 6,6 | 41,8 |
| Invalidenrenten | 77,0 | 108,7 | 31,7 | 41,2 |
| Zusatzrenten für Ehefrauen | 7,6 | 10,3 | 2,7 | 36,0 |
| Einfache Kinderrenten | 8,1 | 11,4 | 3,3 | 40,3 |
| Doppelkinderrenten | 0,8 | 1,4 | 0,6 | 72,9 |
| Zusatzrenten | 16,5 | 23,1 | 6,6 | 39,9 |
| Gesamttotal | 93,5 | 131,8 | 38,3 | 41,0 |
| | Außerordentliche Renten | | | |
| Einfache IV-Renten | 10,27 | 13,39 | 3,12 | 30,4 |
| Ehepaar-IV-Renten | 0,25 | 0,26 | 0,01 | 6,1 |
| Invalidenrenten | 10,52 | 13,65 | 3,13 | 29,8 |
| Zusatzrenten für Ehefrauen | 0,13 | 0,15 | 0,02 | 13,4 |
| Einfache Kinderrenten | 1,37 | 1,87 | 0,50 | 36,6 |
| Doppelkinderrenten | 0,05 | 0,08 | 0,03 | 48,1 |
| Zusatzrenten | 1,55 | 2,10 | 0,55 | 35,0 |
| Gesamttotal | 12,07 | 15,75 | 3,68 | 30,5 |

IV-Renten; Tabelle 3

a. *Ordentliche Renten.* Aus Tabelle 3, die sich mit den IV-Renten befaßt, geht hervor, daß die auf die verschiedenen Rentenarten entfallenden Zunahmen — ausgedrückt in Prozent — von der durchschnittlichen Zunahme aller IV-Renten (41,0 Prozent) nur wenig abweichen. Sie betragen nur wenig mehr als ein Drittel, weil in der IV hauptsächlich die generelle Drittelserhöhung zu höheren Rentensummen führte. Daß auf die Doppel-Kinderrenten eine relativ hohe Zunahme (72,8 Prozent) entfiel, dürfte eher zufällig sein, handelt es sich doch um niedrige Rentensummen.

b. *Außerordentliche Renten.* Sie zeichnen sich gegenüber den ordentlichen Renten durch stärkere Abweichungen vom allgemeinen Mittelwert (30,5 Prozent) aus. Die geringe Zunahme der auch absolut niedrigen an Ehepaare ausgerichteten Rentensummen — sowohl Ehepaar-Renten wie Zusatzrenten für Ehefrauen — weist darauf hin, daß die Zahl der Bezüger, die schon immer klein war, noch weiter zurückgegangen ist.

Durchschnittlich pro Bezüger ausbezahlte Renten; Tabelle 4

Daß die im Jahre 1964 ausbezahlten Rentensummen höher ausfielen als 1963, ist teilweise darauf zurückzuführen, daß die Bezügerbestände bedeutsamen Änderungen unterworfen waren. Festgehalten sei hier außer-

*Durchschnittlich pro Bezüger ausbezahlte AHV- und IV-Renten
in den Jahren 1963 und 1964*

Tabelle 4

| Rentenkategorie/Rentenart | Durchschnittliche Rente pro Bezüger in Franken | | Zunahme 1964/1963 in Prozent |
|---|---|-------|------------------------------------|
| | 1963 | 1964 | |
| | AHV | | |
| Ordentliche Renten | 1 578 | 2 335 | 48,0 |
| Außerordentliche Renten | 958 | 1 345 | 39,5 |
| Invalidenrenten Aller's Invalidenrenten | 1 529 | 2 275 | 48,8 |
| Hinterlassenenrenten | 985 | 1 351 | 37,2 |
| Gesamttotal | 1 431 | 2 123 | 48,4 |
| | IV | | |
| Außerordentliche Renten A. Ordentliche Renten | 1 526 | 2 098 | 37,5 |
| Ordentliche Renten | 1 060 | 1 474 | 39,1 |
| Gesamttotal | 1 453 | 2 007 | 38,1 |

dem, daß auch ohne revisionsbedingte Maßnahmen die Rentensummen eine Tendenz nach oben aufweisen, weil die neu anfallenden Renten höher bemessen sind als die wegfallenden. Es ist daher naheliegend, den Vergleich auf die durchschnittlich pro Bezüger ausgerichteten Renten auszudehnen. Dabei ist allerdings in Betracht zu ziehen, daß sich die Durchschnittsrenten von Tabelle 4 nicht auf die mittlere Zahl von Bezüger beziehen, sondern auf alle diejenigen Bezüger, die im Laufe des Jahres jemals eine Leistung erhalten hatten (Mehrfachzahlungen). Werden die prozentualen Zunahmen in Tabelle 4 mit jenen in Tabelle 1 verglichen, wobei sich in der IV der Vergleich auf die beiden Rentenkategorien beschränkt, läßt sich feststellen, daß auf die ordentlichen Renten jetzt niedrigere Werte, auf die außerordentlichen Renten dagegen höhere Werte entfallen. Hatte im Jahre 1963 ein AHV-Rentenbezüger pro Jahr durchschnittlich 1 431 Franken erhalten, stieg die Durchschnittsrente im Jahre 1964 auf 2 123 Franken an, was immer noch einer Verbesserung von fast 50 Prozent entspricht. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der IV.

Neuerungen bei den Zweigstellenrevisionen

Die Zweigstellen, die nicht alle Aufgaben einer AHV-Ausgleichskasse durchführen, jedoch mehr als die in Artikel 116, Absatz 1, AHVV, genannten Mindestfunktionen ausüben, müssen gemäß Artikel 161, Absatz 2, AHVV, jährlich mindestens einmal an Ort und Stelle revidiert werden. Die Revision hat durch eine vom Bundesamt für Sozialversicherung zugelassene externe oder interne Revisionsstelle zu erfolgen.

Gemäß diesen Bestimmungen wurden in den vergangenen Jahren nahezu 250 Zweigstellen, die mehr als die Mindestfunktionen ausüben, jährlich revidiert. Art und Umfang der Revision richtete sich nach den einzelnen Zweigstellen übertragenen Aufgaben, wobei bei Zweigstellen mit Bargeldverkehr und (oder) nicht gesperrtem Postcheckkonto der Prüfung des Abrechnungs- und Zahlungsverkehrs sowie der Bestände per Revisionstag besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Die Verarbeitung der Revisionsberichte führte bei allen Beteiligten, insbesondere aber beim Bundesamt für Sozialversicherung, zu beachtlichen Umtrieben, was die Suche nach einer vereinfachten Regelung erforderte. Der ganze Fragenkreis wurde deshalb im Zusammenhang mit dem Erlaß der neuen Revisionsweisungen einer eingehenden Prüfung unterzogen. Dabei ergab sich, daß die meisten bisher revidierten Zweigstellen wohl Aufgaben er-

füllen, die — rein formell gesehen — über die in Artikel 116, Absatz 1, AHVV, genannten Mindestfunktionen hinausgehen. Vom revisionstechnischen Standpunkt aus betrachtet, liegen jedoch die gleichen Verhältnisse vor, wie bei Zweigstellen mit Mindestfunktionen gemäß Artikel 116, Absatz 1, AHVV. Da die Zweigstellen die nicht benötigten Geldmittel laufend sowie die Abrechnungsunterlagen periodisch der AHV-Ausgleichskasse abzuliefern haben und diese die bei ihr eingehenden Unterlagen umgehend einer gründlichen Kontrolle unterziehen, ist eine Revision an Ort und Stelle in der Regel nicht erforderlich. Vielmehr kann die externe Revisionsstelle Prüfungen im Rahmen der ordentlichen Revisionen beim Kassenhauptsitz durchführen, weil sich alle erforderlichen Unterlagen bei der AHV-Ausgleichskasse befinden.

Diese Erkenntnisse führten zu einer differenzierten Auslegung von Artikel 161, Absatz 2, AHVV. Der Einsatz von Revisionsstellen in den Zweigstellen ist zweckentsprechend nur sinnvoll, wenn dort eigentliche Revisionsaufgaben zu erfüllen sind. Ist dies zu verneinen, können die betreffenden Zweigstellen bezüglich der Revisionen wie Zweigstellen mit Mindestaufgaben behandelt werden. Es genügen in diesen Fällen Kontrollbesuche in den Zweigstellen, die durch geeignete Kassenfunktionäre oder eine interne Revisionsstelle vorgenommen werden können.

Allerdings müssen die Kontrollbesuche auf die besonderen Verhältnisse zugeschnitten werden. Es ist möglich, daß im Zeitpunkt der Revision nicht alle Belege im Besitze der AHV-Ausgleichskasse sind. Daher sind im Rahmen der Kontrollbesuche bei den Zweigstellen jährlich unangemeldet Bestandesprüfungen vorzunehmen. Es handelt sich hierbei um eine Kontrollmaßnahme, die am besten zusammen mit den übrigen Überwachungsaufgaben der AHV-Ausgleichskasse durch letztere erfolgt, da für diese einfachen Prüfungen nicht der Einsatz eines ausgebildeten Revisors notwendig ist. Das Revisionsorgan der AHV-Ausgleichskasse hat hingegen gemäß Rz 51 der Revisionsweisungen zu prüfen, ob diese Kontrollen ordnungsgemäß erfolgt sind. Es kann zudem in Ausnahmefällen eine Nachprüfung in der Zweigstelle vornehmen, wenn außerordentliche Verhältnisse eine solche Maßnahme nötig machen.

Das Bundesamt für Sozialversicherung wird über diese Neuregelung gemäß Ingreß sowie Rz 51 der Revisionsweisungen den Revisionsstellen und den AHV-Ausgleichskassen im Einzelfall die erforderlichen Weisungen erteilen.

Durchführungsfragen der IV

Medizinische Maßnahmen; Psychotherapie bei jugendlichen Stotterern¹

Nach der neuesten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes stellt eine neben dem Sprachheilunterricht notwendige psychotherapeutische Behandlung bei jugendlichen Stotterern eine medizinische Maßnahme im Sinne von Artikel 12 IVG dar, wenn ohne diese — während begrenzter Zeit zu wiederholenden Vorkehren — in absehbarer Zeit ein stabilisierter Zustand einträte, welcher den Schulbesuch und damit die Berufsbildung und die Erwerbsfähigkeit erheblich beeinträchtigen würde. Dabei ist zu beachten, daß eine derartige psychotherapeutische Behandlung nur vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung hin durch eine medizinische Hilfsperson vorgenommen werden darf (Art. 14, Abs. 1, IVG).

Abgabe von Hörgeräten; Hörtraining¹

Schwerhörige, die erstmals ein Hörgerät tragen, benötigen in der Regel ein spezielles Hörtraining. Sofern dieses Training mit der Abgabe eines Hörgerätes zu Lasten der IV in Zusammenhang steht, gilt es als besondere Schulung im Gebrauch eines Hilfsmittels im Sinne von Artikel 16, Absatz 1, IVV (vgl. Rz 20 des Kreisschreibens betreffend die Abgabe von Hörgeräten vom 20. Januar 1964). Dabei ist folgendes zu beachten:

- a. Das Hörtraining für *Kinder, die noch keine Schule besuchen*, dient in erster Linie der funktionellen Angewöhnung und der Aktivierung der Hörreste. Diese Maßnahme gilt ebenfalls als Schulung im Gebrauch eines Hilfsmittels und geht gestützt auf Artikel 16, Absatz 1, IVV voll zu Lasten der IV (vgl. IV-Mitteilungen 63, Rz 532).
- b. Beim *Besuch einer Sonderschule* ist das Hörtraining Teil des Unterrichtes, so daß die Leistung der IV mit der Gewährung des Schulgeldbeitrages abgegolten ist.
- c. Abgesehen vom eigentlichen Hörtraining als Einführung in den Gebrauch eines Hilfsmittels und von periodischen Kontrollen sind bei schweren Hörschädigungen besondere pädagogische Maßnahmen notwendig, *damit der Versicherte dem Unterricht in der Volksschule*

¹ Aus IV-Mitteilungen Nr. 72

folgen kann. Hiefür gewährt die IV gemäß Artikel 10, Absatz 2, IVV Beiträge bis zu 30 Franken im Monat.

- d. *Erwachsenen Versicherten* stehen die vom Bund Schweizerischer Schwerhörigen-Vereine (BSSV) und der Société romande pour la lutte contre les effets de la surdité (SRLS) organisierten Einführungskurse für Hörapparateträger offen. Versicherte, die die ambulanten Veranstaltungen nicht besuchen können, haben Gelegenheit, an einem dreieinhalbtägigen Zentralkurs teilzunehmen. Soweit es sich um einen angeordneten Einführungskurs handelt, gehen die entsprechenden Kosten zu Lasten der IV. Das Kursgeld für die zentralen Einführungskurse beträgt zur Zeit einschließlich Unterkunft und Verpflegung 100 Franken.

Ausstellung von Arztberichten ¹

Gemäß Artikel 70 IVV wird durch die IV ein Arztbericht auf amtlichem Formular eingeholt, sofern die Anmeldung nicht von vornherein aussichtslos erscheint. Die Einzelheiten sind in den Rz 114 ff. des Kreis-schreibens über das Verfahren geregelt. Daraus ergibt sich eindeutig, daß als Ärzte nur die eidgenössisch diplomierten Ärzte im Sinne von Artikel 26, Absatz 1, IVG sowie die ihnen gemäß Absatz 2 dieser Vorschrift gleichgestellten Personen, denen ein Kanton auf Grund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Ausübung des ärztlichen Berufes erteilt hat, zu verstehen sind.

Nicht unter den Begriff des Arztes fallen somit u. a. die Chiropraktoren, die in der IV — im Gegensatz zur Krankenversicherung, wo sie den eidgenössisch diplomierten Ärzten unter bestimmten Voraussetzungen gleichgestellt sind — zu den medizinischen Hilfspersonen gezählt werden. Das schließt aus, daß der vorgeschriebene Arztbericht (Fragebogen für den Arzt, Formular 318.536) bei einem Chiropraktor eingeholt wird.

Kostenvergütung für ärztliche Zwischenberichte ²

Das Formular «Ärztlicher Zwischenbericht» dient in erster Linie der Überwachung verfügbarer medizinischer Maßnahmen (inkl. Taggeld). Die vorgedruckten Fragen sind denn auch auf diese Verhältnisse abgestimmt

¹ Aus IV-Mitteilungen Nr. 73

² Aus IV-Mitteilungen Nr. 72

und für Fälle von Rentenrevisionen in der Regel nicht geeignet. Die Entschädigung für das Ausfüllen des Formulars geht davon aus, daß der Versicherte zu Lasten der IV beim betreffenden Arzt bereits in Behandlung steht. Aus diesem Grunde enthält das Formular den Vermerk, das Honorar sei auf der nächsten Rechnung an die IV-Kommission aufzuführen. Ist für die Beantwortung der Fragen eine zusätzliche Konsultation notwendig, so kann diese mit den übrigen Leistungen in Rechnung gestellt werden.

Wird das Formular «Ärztlicher Zwischenbericht» für Versicherte verwendet, die beim betreffenden Arzt nicht, bzw. nicht auf Kosten der IV in Behandlung stehen, ist über das Honorar speziell abzurechnen. Dabei können für Konsultationen, die zur Beantwortung der Fragen notwendig sind, die tarifmäßigen Vergütungen beansprucht werden. In solchen Fällen dürfte es in der Regel allerdings zweckmäßiger sein, die erwünschten Auskünfte konkret zu umschreiben und den Arzt einzuladen, sich in einem kurzen gutachtlichen Bericht zu äußern, oder aber vom Arzt nochmals den Fragebogen (Form. 318.536) ausfüllen zu lassen. Für einen besonderen gutachtlichen Bericht kann gemäß Position 51 des SUVA-Tarifes (inkl. Untersuchung) 10 Franken bis 15 Franken plus Teuerungszuschlag in Rechnung gestellt werden.

Beiträge zur Aus- und Weiterbildung von Fach-, Lehr- und Hilfspersonal der Invalidenhilfe¹

Die Kursbeiträge im Sinne von Artikel 74, Buchstabe d, IVG gehen an den Kursveranstalter und gestatten ihm, von den Kursteilnehmern kein oder ein reduziertes Kursgeld zu erheben. Hingegen fehlen die gesetzlichen Grundlagen, um Einzelpersonen für die Teilnahme an Kursen zu entschädigen. Das gilt auch Institutionen gegenüber, die ihr Personal an einen von Dritten veranstalteten Aus- oder Weiterbildungskurs schicken.

L I T E R A T U R H I N W E I S E

Fentes labio — maxillo — palatines. In «L'Information au Service du Travail social», Jg. 33, Nr. 1—2, S. 3—16, Lausanne, 1964.

L'enfance handicapée. Artikelfolge über das behinderte Kind, erschienen in «Esprit», Nr. 343, S. 577—1003, Paris, 1965.

¹ Aus IV-Mitteilungen Nr. 72

**Neue
parlamentarische
Vorstöße**

Kleine Anfrage
Wanner
vom 8. März 1966

Nationalrat Wanner hat am 8. März 1966 folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«Die Zahl der Versicherten in der Arbeitslosenversicherung wie auch die Gesamtsumme der ausbezahlten Entschädigungen nimmt in den letzten Jahren ständig ab. Die ausbezahlten Entschädigungen betragen im Jahre 1964 nur noch 1,75 Mio Franken. Demgegenüber weisen die Verwaltungskosten eine steigende Tendenz auf. Sie beliefen sich 1964 auf insgesamt 5 093 000 Franken. Auch wenn die Verwaltungskosten nicht unbesehen zu den ausbezahlten Entschädigungen in Relation gesetzt werden dürfen, besteht doch ein arges Mißverhältnis zwischen Aufwand und Leistung. Die Kantone hätten zwar rechtlich die Möglichkeit, das Versicherungsobligatorium aufzuheben, doch ist dies praktisch kaum durchführbar, weil eine solche Maßnahme als sozialer Rückschritt empfunden würde.

Unsere Konzeption von der Arbeitslosenversicherung ist noch stark von der Krisenzeit her geprägt und sollte wohl im Hinblick auf die andauernde Vollbeschäftigung eine grundsätzliche Änderung erfahren. Die jetzige Regelung der Arbeitslosenversicherung ist rechtlich und praktisch zu kompliziert. Das Bestehen von 185 vom Bund anerkannten Arbeitslosenkassen läßt auf eine Überorganisation schließen.

Wäre es nicht zweckmäßig, die Arbeitslosenversicherung in unser gut funktionierendes Gefüge der AHV/IV/EO einzubauen? Was sieht der Bundesrat sonst noch für Verbesserungsmöglichkeiten? Vielleicht wäre es sogar möglich, die Arbeitslosenversicherung vorläufig beitragsfrei aus den angesammelten Kapitalien zu finanzieren, die 1964 einen Zinsertrag von etwas mehr als 11 Mio Franken abgeworfen haben.

Falls die Arbeitslosenversicherung in das System der AHV/IV/EO eingebaut würde, könnten wohl die Arbeitsämter die Ausrichtung der Unterstützung nebst der Stellenvermittlung ohne Mehrpersonal übernehmen. Eine Eingliederung in das System der Sozialversicherungen hätte auch den Vorteil, daß alle Arbeitenden versichert wären, was dem guteidgenössischen Grundsatz ‚Einer für alle, alle für Einen‘ entspräche. Heute helfen sich in der Arbeitslosenversicherung leider nur die untersten Einkommensempfänger».

Kleine Anfrage Heil
vom 10. März 1966

Nationalrat Heil hat am 10. März 1966 folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«Nach den geltenden Bestimmungen dürfen die Beiträge der IV an die Errichtung sowie den Ausbau von Eingliederungsstätten, von Anstalten, von Werkstätten und von Wohnheimen für Invalide im Einzelfall ein Drittel der anrechenbaren Kosten nicht übersteigen. Besteht jedoch ein ‚besonderes Interesse‘ am vorgeschlagenen Projekt, so dürfen Beiträge bis zur Hälfte der anrechenbaren Kosten gewährt werden. Leider ist die Praxis der Verwaltung in der Anwendung dieser Bestimmungen äußerst restriktiv, obwohl dies weder durch die Vorschriften verlangt, noch sachlich angezeigt ist.

Ist der Bundesrat nicht auch der Meinung, daß dadurch zum Nachteil der Invaliden ein unerläßlicher Nachholbedarf auf dem Sektor der Anstalten und Werkstätten nicht befriedigt werden kann und zudem die Eingliederung in unzulässiger Weise verzögert wird, insbesondere in Fällen von Kindern und Jugendlichen? Ist der Bundesrat bereit, die Verwaltung anzuweisen, das Vorliegen eines ‚besonderen Interesses‘ nicht nur in Ausnahmefällen zu anerkennen, sondern generell, solange noch Wartezeiten für die Aufnahme Invaliden in die entsprechenden Anstalten und Institutionen bestehen?»

Postulat Welter
vom 16. März 1966

Nationalrat Welter hat am 16. März 1966 folgendes Postulat eingereicht:

«Den schweren Folgen, wie sie die Blindheit mit sich bringt, wird im heutigen IVG entschieden zu wenig Rechnung getragen.

Der Bundesrat wird deshalb gebeten, dem Parlament Bericht und Antrag zu unterbreiten über die Einführung eines ‚Blindengeldes‘, welches allen blinden Personen in unserem Lande zu gewähren wäre».

Ergänzungs-
leistungen:
Stand der kantonalen
Gesetzgebungs-
arbeiten
am 1. Mai 1966

Nachstehend wird der Etat über die kantonalen Gesetzgebungsarbeiten (vgl. ZAK 1966, S. 27 und 143) auf den neuesten Stand gebracht:

1. In 18 Kantonen (Bern, Luzern, Schwyz, Nidwalden, Glarus, Freiburg, Solothurn, Basel-Stadt, Schaffhausen, Appenzell A. Rh., Appenzell I. Rh., St. Gallen, Graubünden, Tessin, Waadt, Wallis, Neuenburg, Genf) haben die Stimmbürger den kantonalen Grunderlassen über Ergänzungsleistungen zugestimmt, oder die Referendumsfrist ist, soweit die Erlasse dem Referendum unterstanden, unbenützt verstrichen.

2. In 3 Kantonen (Uri, Obwalden, Basel-Land) haben die gesetzgebenden Behörden den Erlaß gutgeheißen; die Volksabstimmung hat jedoch am Stichtag noch nicht stattgefunden.

3. In 4 Kantonen (Zürich, Zug, Aargau, Thurgau) liegt der Entwurf bei den gesetzgebenden Behörden. Diese haben die Beratung noch nicht beendet.

Die Stände der ersten Gruppe sowie Obwalden und Uri mit Ausnahme von Bern, Nidwalden, Glarus, Basel-Stadt haben den Erlaß auf 1. Januar 1966 in Kraft gesetzt oder sehen diesen Zeitpunkt vor. Nidwalden und Basel-Stadt wählen vermutlich einen späteren Termin. In Bern und Glarus tritt das Gesetz am 1. Juli 1966 in Kraft. In Zürich, Zug, Basel-Land, Aargau, Thurgau steht die Frage noch offen.

Ergänzungsleistungen im Kanton Bern

In der Volksabstimmung vom 16. und 17. April 1966 wurde das kantonale Gesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV mit 65 950 Ja gegen 5 608 Nein angenommen. Die Einkommensgrenzen entsprechen den vom Bundesrecht vorgesehenen Höchstansätzen. Der Pauschalabzug vom Erwerbseinkommen und vom Jahresbetrag der Renten und Pensionen wurde auf den Maximalbetrag von 480 Franken bzw. 800 Franken festgesetzt. Ferner ist der Mietzinsabzug gemäß Art. 4, Buchst. c, des Bundesgesetzes zugelassen. Das Gesetz tritt am 1. Juli 1966 in Kraft.

Ergänzungsleistungen im Kanton Nidwalden

An der Landsgemeinde vom 24. April 1966 wurde das kantonale Gesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV mit großem Mehr angenommen. Dieses sieht vor, daß der Landrat die Einkommensgrenzen bestimmt und die wirtschaftlichen Voraussetzungen für den Bezug einer Ergänzungsleistung im Rahmen der Bundesgesetzgebung festsetzt.

Der Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes wird durch den Regierungsrat bestimmt.

Ergänzungsleistungen im Kanton Glarus

In der Landsgemeinde vom 1. Mai 1966 wurde das kantonale Gesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV mit großem Mehr angenommen.

Die Einkommensgrenzen entsprechen den vom Bundesrecht vorgesehenen Höchstansätzen. Der Pauschalabzug vom Erwerbseinkommen und vom Jahresbetrag der Renten und Pensionen wurde auf 240 bzw. 400 Franken festgesetzt.

Das Gesetz tritt auf den 1. Juli 1966 in Kraft.

Ergänzungsleistungen im Kanton Appenzell A. Rh.

An der Landsgemeinde vom 24. April 1966 wurde das kantonale Gesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV mit großem Mehr angenommen. Die Einkommensgrenzen entsprechen den vom Bundesrecht vorgesehenen Höchstansätzen. Das Gesetz, welches nur die wichtigsten Vorschriften — so über die Finanzierung und Organisation — enthält, tritt nach Genehmigung durch den Bundesrat rückwirkend auf 1. Januar 1966 in Kraft und ersetzt die am 6. Dezember 1965 vom Kantonsrat erlassene Übergangsordnung.

Familienzulagen im Kanton Bern

In der Volksabstimmung vom 17. April 1966 wurde mit 58 625 Ja gegen 12 261 Nein eine Revision des Kinderzulagengesetzes gutgeheißen, die folgende Neuerungen vorsieht:

1. Der gesetzliche Mindestansatz der Kinderzulagen wird von 15 auf 25 Franken je Kind im Monat erhöht.
2. Der Anspruch auf Zulagen für außereheliche Kinder sowie für Kinder aus geschiedener und getrennter Ehe steht nunmehr jenem Elternteil zu, dem die Obhut des Kindes anvertraut ist, sonst demjenigen, der in überwiegenderem Maße für den Unterhalt des Kindes aufkommt. Bisher war das Unterhaltsprinzip maßgebend. Überdies wurde eine neue Bestimmung in das Gesetz aufgenommen, wonach Zulageberechtigte, die gerichtlich zur Zahlung von Unterhaltsbeiträgen für Kinder verpflichtet sind, die Kinderzulagen in gesetzlicher Höhe zusätzlich zu den gerichtlichen Unterhaltsbeiträgen zu entrichten haben, sofern der Richter keine anderweitige Verfügung trifft.
3. Die neuen Bestimmungen sind am 1. April 1966 in Kraft getreten.

Familienzulagen im Kanton Glarus

Die Landsgemeinde vom 1. Mai 1966 hat einen Antrag, den Ansatz der Kinderzulagen, die Schweizerbürgern und Ausländern für ihre in der Schweiz lebenden Kinder zustehen, von 20 auf 25 Franken je Kind im Monat zu erhöhen, gutgeheißen. Ausländische Arbeitnehmer haben für ihre im Ausland lebenden Kinder nach wie vor für jedes Kind Anspruch auf eine monatliche Zulage von 10 Franken.

Der Beschluß der Landsgemeinde tritt am 1. Juli 1966 in Kraft.

**Familienzulagen
im
Kanton Freiburg**

Der Kanton Freiburg hat auf den 1. Januar 1963 Ausbildungszulagen eingeführt, wobei aber der Begriff der Ausbildung nicht näher umschrieben wurde. Diese Lücke wurde durch den Staatsratsbeschluß vom 25. März 1966 geschlossen, der den erwähnten Begriff im Interesse einer einheitlichen Anwendung durch die Familienausgleichskassen genau definiert und auch festlegt, daß die berufliche Ausbildung durch die üblichen Ferien, durch den Militärdienst oder durch Krankheit nicht unterbrochen wird.

Die neuen Bestimmungen sind auf den 1. April 1966 in Kraft getreten.

Personelles

Der Vorstand der Ausgleichskasse «Tabak» hat anstelle des verstorbenen Eugène Bertrand kürzlich Frau H e d i O c h s n e r - Weibel zur Kassenleiterin gewählt.

Aus dem Nebelspalter

Unsere Nachbarin hat zum ersten Mal die AHV-Rente bekommen. Strahlend erzählt sie mir das «freudige Ereignis» über den Gartenhag und sagt zum Schluß: «Soo, jez bin i wieder mee wärt».

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Beiträge

Urteil des EVG vom 20. Dezember 1965 i. Sa. L.

Art. 85 AHVG. Der Prozeßgegenstand wird durch die Verfügung bestimmt. Anträge, die darüber hinausgehen, sind nicht zu beurteilen. (Erwägung 1)

Art. 9 AHVV. Gesondert vergütete Unkosten gehören auch dann nicht zum maßgebenden Lohn, wenn sie weniger als 10 Prozent des maßgebenden Lohnes betragen. (Erwägung 2)

Art. 9 AHVV. Eine an sich für den Ersatz von Unkosten bestimmte Vergütung des Arbeitgebers (hier: sog. Kantinen-Entschädigung) ist nur dann und nur soweit Unkostenersatz, als dem Arbeitnehmer tatsächlich berufsbedingte Mehrauslagen erwachsen. Das trifft im allgemeinen nicht zu für Gastarbeiter, die in der Schweiz kein anderes Domizil als den Arbeitsort haben, oder für Arbeitnehmer, deren Wohnsitz sich am Arbeitsort befindet. (Erwägung 2)

Art. 16, Abs. 1, AHVG. Wird die Beitragsforderung rechtzeitig durch eine Verfügung geltend gemacht, so ist der Eintritt der Feststellungsverjährung ein für allemal ausgeschlossen, unbekümmert darum, ob die Verfügung in Rechtskraft erwachse oder nachträglich vom Richter oder von der Ausgleichskasse aufgehoben werde. (Erwägung 3)

Die Ausgleichskasse verhielt die Firma L., für die Jahre 1959 und 1960 Beiträge von sogenannten Kantinen-Entschädigungen nachzuzahlen. Diese Vergütungen von 30 Rappen je Arbeitsstunde beruhen auf einem Gesamtarbeitsvertrag. Sie sind dazu bestimmt, den Arbeitern, die ihre Mahlzeiten der Entfernung des Wohn- vom Arbeitsort wegen nicht zu Hause einnehmen können, die Mehrauslagen zu ersetzen. Die Firma L. beschwerte sich, indem sie geltend machte, die Kantinen-Entschädigungen bildeten Unkostenersatz. Die Rekursbehörde hob die Verfügung der Ausgleichskasse auf und wies diese an, abzuklären, ob und wie weit die fraglichen Vergütungen dem Ersatz tatsächlich entstandener Unkosten dienten. Die Ausgleichskasse legte Berufung ein. Es sei Sache der Rekursbehörde, den ihr notwendig erscheinenden Beweis zu erheben; auch hätte die Aufhebung der Verfügung zur Folge, daß die für das Jahr 1959 geschuldeten Beiträge verjährten. — Das EVG wies die Beschwerde aus folgenden Erwägungen ab:

1. Umstritten ist, ob die Arbeitgeberin von den sogenannten Kantinen-Entschädigungen, die sie während der Jahre 1959/60 an rund 100 Arbeitnehmer ausbezahlte, paritätische Beiträge entrichten müsse.

Da die streitige Nachforderung sich bloß auf die Jahre 1959/60 erstreckt, ist Ziffer 2 des Rechtsbegehrens der Berufungsbeklagten nicht Gegenstand dieses Verfahrens; denn jener Antrag bezieht sich auf die Jahre 1961/62 (EVGE 1964, S. 125; ZAK 1964, S. 438).

Die Ausgleichskasse stellte die Verfügung vom 30. Dezember 1964 nur der Arbeitgeberin zu. Deren Arbeitnehmer erhielten keine entsprechenden Verfügungen, obschon auch sie von der Nachforderung betroffen waren (Art. 5, Abs. 1, und Art. 14, Abs. 1, AHVG). Zwar wurde diese Frage im bisherigen Verfahren nicht aufgeworfen; indessen ist hier festzuhalten, daß Verfügungen, womit paritätische Beiträge gefordert werden, grundsätzlich auch den Arbeitnehmern zu eröffnen sind. Für diese läuft die Beschwerdefrist erst vom Zeitpunkt der Zustellung der an sie gerichteten Verfügung an. Das gilt selbst dann, wenn einer Ausgleichskasse — beispielsweise wegen der großen Zahl der Arbeitnehmer — nicht zugemutet werden könnte, jedem einzelnen Arbeitnehmer eine Verfügung auszuhändigen (vgl. z. B. den Tatbestand in EVGE 1960, S. 219; ZAK 1961, S. 266). Wird die Verfügung lediglich dem Arbeitgeber eröffnet, so entsteht aus den genannten Gründen ein Schwebezustand. Im Interesse der Rechtssicherheit darf dieser Zustand nicht endlos dauern, und man hätte deshalb, wenn diese Frage einmal zu entscheiden wäre, wohl die in Art. 16 AHVG enthaltene Regelung über die Verjährung heranzuziehen (ZAK 1966, S. 146).

2. Die paritätischen Beiträge sind vom maßgebenden Lohn zu entrichten (Art. 5, Abs. 1, und Art. 13 AHVG). Dieser umfaßt nach der Praxis in der Regel alle Bar- und Naturalbezüge des Arbeitnehmers, die wirtschaftlich mit dem Arbeitsverhältnis zusammenhängen, ob dieses noch andauert oder bereits abgelaufen sei und ob die Leistungen geschuldet werden oder freiwillig erfolgen. Eingeschlossen sind selbst die sogenannten Sozialleistungen, sofern sie nicht gemäß Art. 6, Abs. 2, oder Art. 8 AHVV ausdrücklich ausgenommen sind (EVGE 1964, S. 219; ZAK 1965, S. 431).

Bei Arbeitnehmern, welche die bei der Ausführung ihrer Arbeiten entstehenden **Unkosten** ganz oder teilweise selber tragen — so insbesondere bei Handelsreisenden, Versicherungsvertretern und Heimarbeitern —, können die Unkosten vom Lohn abgezogen werden, sofern nachgewiesen ist, daß sie mindestens 10 Prozent des ausbezahlten Lohnes betragen (Art. 9, Abs. 1, AHVV). Nach der Verwaltungspraxis gilt diese Regelung für jene Unkosten, die dem Arbeitnehmer zusammen mit dem Lohn vergütet werden. Ersetzt der Arbeitgeber die Unkosten hingegen getrennt vom Lohn, so sind sie selbst dann zu berücksichtigen, wenn sie weniger als 10 Prozent des ausbezahlten Lohnes ausmachen (vgl. Rz 96 f. des seit dem 1. Januar 1962 gültigen Kreis-schreibens des BSV über den maßgebenden Lohn).

Die Aufwendungen des Arbeitnehmers für seinen normalen Unterhalt sind grundsätzlich **Lohnverwendung**. Sie gehören ebensowenig zu den Unkosten (bzw. zum Spesenersatz im Sinne des Ingresses von Art. 7 AHVV) wie die Naturalleistungen des Arbeitgebers oder dessen Beiträge an Kost und Logis. Unkosten im Sinne von Art. 9 AHVV entstehen erst dann, wenn der Arbeitnehmer infolge seiner beruflichen Tätigkeit zu vermehrten Ausgaben **gezwungen** wird. Die Tatsache allein, daß ein Arbeiter die sog. Kantinen-Entschädigung bezieht, genügt daher nicht für die Annahme, es handle sich um abzugsfähige Unkosten. Auch die entsprechende Bezeichnung in einem Gesamtarbeitsvertrag vermag an sich diesen Schluß nicht zu rechtfertigen. Entscheidend ist vielmehr, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmaß die Kantinen-Entschädigung als Ersatz für **berufsbedingte Mehr-**

auslagen betrachtet werden muß. Diese Frage ist für den ausländischen Arbeiter nicht in der Weise zu beantworten, daß der Kostenvergleich zwischen dem ausländischen Domizil und dem schweizerischen Arbeitsort durchgeführt wird. Hat der Gastarbeiter in der Schweiz kein anderes Domizil als den Arbeitsort, so sind die Auslagen für Kost und Logis in Kantine und Wohnbaracke des Arbeitgebers Lohnverwendung. Dies gilt unter Umständen auch für den schweizerischen Arbeiter, dessen Wohnsitz mit dem Arbeitsort zusammenfällt. Wird der Arbeitnehmer dagegen durch seine Tätigkeit — z. B. durch den Einsatz im Gebirge — gezwungen, fern von seinem in der Schweiz liegenden Domizil zu essen oder zu übernachten, so ist die entsprechende Entschädigung Spesenersatz und grundsätzlich abzugsfähig, sofern und insoweit durch den auswärtigen Aufenthalt überhaupt Mehrkosten entstehen.

Auf Grund der Akten läßt sich nicht entscheiden, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang die der angefochtenen Verfügung zugrundeliegenden Lohnsummen als abzugsfähige Unkosten zu betrachten seien. Daß die Vorinstanz die Verfügung der Ausgleichskasse aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Kasse zurückgewiesen hat, kann unter diesen Umständen nicht beanstandet werden, zumal Art. 10, Abs. 2 der Vollzugsverordnung über das Verfahren des kantonalen Versicherungsgerichts als Rekursbehörde in AHV-Sachen vom 18. November 1961 vorschreibt:

«Das Gericht entscheidet selber oder weist die Sache zu neuem Entscheid an die Kasse zurück».

Ob bei der großen Zahl der Entschädigungsempfänger die Streitfrage in tatsächlicher Hinsicht restlos abgeklärt werden kann, bleibt offen. Gegebenenfalls wird eine auf hinreichenden Tatsachen ruhende ermessensweise Schätzung nicht zu umgehen sein (vgl. Rz 95 des Kreisschreibens über den maßgebenden Lohn).

3. An diesem Ergebnis vermag der Einwand der Ausgleichskasse, das Urteil der Vorinstanz führe zur Verjährung der Beiträge für 1959, schon deshalb nichts zu ändern, weil die entsprechende Beitragsforderung — jedenfalls gegenüber der Berufungsbeklagten — durch die Zustellung der Verfügung vom 30. Dezember 1964 ein für allemal rechtzeitig geltend gemacht worden ist, so daß die von der Kasse befürchtete Folge trotz der richterlichen Aufhebung dieser Verfügung nicht eintreten wird.

Der erste Satz von Art. 16, Abs. 1, AHVG lautet gemäß deutscher und französischer Fassung der Novelle vom 30. September 1953 wie folgt:

«Werden Beiträge nicht innert 5 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, für welches sie geschuldet sind, durch Verfügung geltend gemacht, so können sie nicht mehr eingefordert oder entrichtet werden».

«Les cotisations dont le montant n'a pas été fixé par décision notifiée dans un délai de cinq ans à compter de la fin de l'année civile pour laquelle elles sont dues, ne peuvent plus être exigées ni payées».

Nach dieser Regelung läuft für alle Beiträge eine fünfjährige Verwirkungsfrist. Werden Beiträge nicht innert dieser Frist «durch Verfügung» geltend gemacht, so können sie weder von der Ausgleichskasse eingefordert noch vom Beitragspflichtigen entrichtet werden (vgl. dazu namentlich EVGE 1963, S. 179; ZAK 1964, S. 30; ZAK 1964, S. 84; Zweifel, Zeitablauf als Untergangsgrund öffentlichrechtlicher Ansprüche, Basler Studien zur Rechtswissen-

schaft, Heft 59, insbesondere S. 81). Würde man nun der Auffassung der Ausgleichskasse folgen, so behielte eine Verfügung ihre die Verwirkung ausschließende Kraft nur solange, als sie nicht aufgehoben würde. Daß Art. 16 AHVG, rein dem Wortlaut nach, auch in diesem Sinne ausgelegt werden könnte, soll nicht in Abrede gestellt werden (vgl. z. B. § 212 und § 213 des Bürgerlichen Gesetzbuches und die entsprechende Anmerkung 29 bei von Tuhr/Siegwart, Allgemeiner Teil des Obligationenrechts, S. 671). Das Gericht hat jedoch diese Betrachtungsweise als «sehr formalistisch» bezeichnet und entschieden, eine Verfügung, die berichtigt werde, behalte ihre die Verwirkung ausschließende Kraft selbst dann, wenn die berichtigende zweite Verfügung erst nach Ablauf der Verwirkungsfrist von Art. 16, Abs. 1, AHVG erlassen werde (EVGE 1958, S. 97; ZAK 1958, S. 368). Die erneute Prüfung dieser Frage führt wiederum zur Ablehnung der formalen These und, ganz generell, zum Ergebnis, daß die Zustellung einer nicht nichtigen und den Anforderungen von Art. 16, Abs. 1, AHVG auch im übrigen entsprechenden Verfügung ein für allemal die Feststellungs-Verjährung ausschließt, gleichgültig, ob diese Verfügung in Rechtskraft erwächst oder vom Richter oder von der Verwaltung nachträglich aufgehoben wird. Bei der Begründung dieser Auffassung ist davon auszugehen, daß eine Verfügung verschiedene Funktionen hat. In erster Linie dient sie zur Festlegung eines materiellen Anspruches. Ferner ist sie Substrat des Rechtsmittelverfahrens (Art. 84 AHVG; EVGE 1962, S. 80; ZAK 1962, S. 389). Und schließlich kann sie den Ausschluß der in Art. 16, Abs. 1, AHVG genannten Verwirkungsfolgen herbeiführen. In der Regel genügt ein und dieselbe Verfügung für die Erfüllung aller drei Funktionen. Ausnahmsweise tritt jedoch der Fall ein, daß der Erlaß einer zweiten Verfügung notwendig wird, damit die Beitragsforderung — und um diese geht es letzten Endes — durchgesetzt werden kann, so z. B. bei der bereits erwähnten «Berichtigung», sofern nämlich der materielle Anspruch durch die erste Verfügung nicht zutreffend verurkundet wurde, oder ferner dann, wenn die erste Verfügung zwar Objekt einer Beschwerde zu sein vermag, aber den Anforderungen von Art. 16, Abs. 1, AHVG hinsichtlich der Umschreibung der Pflicht nicht genügt (vgl. dazu den in EVGE 1963, S. 180; ZAK 1964, S. 30, beurteilten Tatbestand). Im ersten Beispiel muß die berichtigende Verfügung nachfolgen, damit Gesetz und Verfügung hinsichtlich des materiellen Anspruches übereinstimmen, und im zweiten Beispiel ist die zweite Verfügung notwendig, damit dem materiellen Anspruch nicht die Verwirkung entgegensteht. Ein drittes Beispiel ist im vorliegenden Fall gegeben: Der erstinstanzliche Richter wies die Sache zur besseren Abklärung und neuen Beurteilung an die Ausgleichskasse zurück, wozu er die angefochtene Verfügung aufhob, damit so Raum für die neue Verfügung entstehe. Dadurch, daß die angefochtene Verfügung, die den streitigen Anspruch rechtzeitig im Sinne von Art. 16, Abs. 1, AHVG geltend machte, vom Richter kassiert wurde, konnte jedoch — und dies ist entscheidend — die Tatsache der Geltendmachung nicht aus der Welt geschafft werden. Weil diese Geltendmachung durch eine vorerst gültige Verfügung erfolgt war, blieb mit dieser Tatsache, von Gesetzes wegen, ein für allemal die Rechtswirkung verknüpft, daß die Verwirkung im Sinne von Art. 16, Abs. 1, AHVG bis zur Höhe des nachgeforderten Betrages nicht mehr eintreten konnte, gleichgültig, welches rechtliche Schicksal der Verfügung später beschieden war.

Zu einer ähnlichen Lösung ist das Schweizerische Bundesgericht hinsichtlich der verjährungsunterbrechenden Wirkung von Betreibungsbegehren gelangt. Nach der Rechtssprechung des Bundesgerichts haben nichtige Betreibungen bzw. solche Betreibungsbegehren, die das Betreibungsamt wegen Nichterfüllung wesentlicher gesetzlicher Anforderungen zurückweisen muß, keine verjährungsunterbrechende Wirkung im Sinne von Art. 135 und 137, Abs. 1, OR (BGE 69 II 175, 71 II 155 und die dort zitierte Judikatur). Dagegen unterbrechen formgerechte und beim zuständigen Betreibungsamt eingereichte Betreibungsbegehren den Lauf der Verjährungsfrist ebenso wie Klagen, die bei der zuständigen Behörde und in gültiger Form erhoben werden (BGE 85 II 509). Das Bundesgericht hat in diesem Zusammenhang entschieden, daß die verjährungsunterbrechende Wirkung eines wegen Formfehlers anfechtbaren (jedoch nicht nichtigen) Zahlungsbefehls selbst dann bestehen bliebe, wenn der Zahlungsbefehl wegen des Mangels nachträglich aufgehoben würde (BGE 74 II S. 195, Erwägung 1; vgl. ferner den Kommentar Oser/Schönenberger, N 5 zu Art. 135 OR, wonach zur Unterbrechung der Beginn der Handlung [z. B. ein mißlungener Sühneversuch] genügt). Obwohl Art. 16, Abs. 1, AHVG nicht analog zur zivilrechtlichen Verjährung konzipiert wurde, ist nicht einzusehen, weshalb zwar gewisse gültige Rechtshandlungen — ohne Rücksicht auf deren weiteres rechtliches Schicksal — den Lauf der zivilrechtlichen Verjährungsfrist unterbrechen, während im Rahmen von Art. 16, Abs. 1, AHVG die nachträgliche Aufhebung einer an sich gültigen Kassenverfügung die bereits eingetretene Wirkung des Verjährungsausschlusses dahinfallen ließe. Mit dem Zweck von Art. 16, Abs. 1, AHVG kann dies jedenfalls nicht begründet werden. Diese Bestimmung will die Kassen lediglich zwingen, die Beitragsverfügungen innert angemessener Frist zu erlassen (EVGE 1958, S. 97; ZAK 1958, S. 368). Im Interesse der Rechtssicherheit und aus verwaltungstechnischen Erwägungen soll hinsichtlich einer bestimmten Beitragsforderung nach Ablauf eines bestimmten Zeitraums zwischen AHV und Beitragspflichtigem «Ruhe eintreten» (Botschaft des Bundesrates vom 5. Mai 1953 [Bundesblatt 1953 II, S. 119]). Dagegen sollen die Ausgleichskassen nicht gezwungen werden, zur Wahrung ihrer Rechte, für einen noch nicht feststehenden Eventualfall, mehrere Verfügungen zu erlassen (EVGE 1958, S. 97; ZAK 1958, S. 368). Würde man aber die verwirkungsausschließende Kraft einer nicht nichtigen Verfügung von ihrem späteren rechtlichen Schicksal abhängig machen, so müßten die Kassen, um der Verwirkung zu begegnen, vorsorglich oft bloße Eventualverfügungen erlassen. Ein solcher Zustand ist nicht erstrebenswert und kann auch nicht mit dem Hinweis auf die Interessen der Beitragspflichtigen gerechtfertigt werden. Diese Interessen werden nämlich durch die beschriebene Ordnung hinreichend sichergestellt, zumal neben der Feststellungsverjährung von Art. 16, Abs. 1, AHVG noch die Bezugsverjährung von Art. 16, Abs. 2, AHVG besteht.

4. Somit muß es beim vorinstanzlichen Urteil sein Bewenden haben. Es wird Sache der Ausgleichskasse sein, die vom kantonalen Versicherungsgericht angeordnete weitere Abklärung zu besorgen und alsdann eine neue Verfügung zu erlassen.

5. Angesichts des Ausgangs des Verfahrens hat die Berufungsbeklagte keinen Anspruch auf eine Prozeßentschädigung (Art. 8, Abs. 2, OV).

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 1. Dezember 1965 i. Sa. V. A.

Art. 12 IVG. Zirkulationsstörungen als Folge poliomyelitischer Lähmungen stellen diesen gegenüber rechtlich ein neues, selbständiges labiles pathologisches Geschehen dar, dessen Behandlung durch Sympathektomie (operativer Eingriff am neurovegetativen Nervensystem) keine Eingliederungsmaßnahme darstellt.

Die 1948 geborene Versicherte erkrankte im zweiten Lebensjahr an Poliomyelitis, die u. a. schwere Lähmungen im linken Bein zurückließ. Gestützt auf eine Anmeldung zum Leistungsbezug vom April 1960 wurden ihr von der IV wegen der Lähmungen wiederholt medizinische Maßnahmen gewährt und Hilfsmittel abgegeben. In einem Bericht vom 26. April 1963 wies der Arzt Dr. X. erstmals darauf hin, daß im linken Bein der Versicherten schwere Zirkulationsstörungen beständen. Am 8. Dezember 1964 teilte er der IV-Kommission weiter mit, die Zirkulationsstörungen seien nun im Vordergrund; es würden zunächst paravertebrale Anaesthesien vorgenommen. Einen Monat später führte er ergänzend aus, die paravertebralen Anaesthesien hätten eine genügende vorübergehende Besserung gebracht, weshalb sich eine Sympathektomie rechtfertige, die als Eingliederungsmaßnahme von der IV übernommen werden sollte. Durch Verfügungen vom 13. Januar und vom 19. Februar 1965 teilte die Ausgleichskasse dem Vater der Versicherten mit, die IV-Kommission habe es abgelehnt, für die medizinischen Vorkehrungen im Zusammenhang mit den Zirkulationsstörungen (paravertebrale Anaesthesien, Sympathektomie) aufzukommen, da es sich nicht um Eingliederungsmaßnahmen der IV handle.

Gegen die beiden Verfügungen beschwerte sich der Vater der Versicherten bei der kantonalen Rekurskommission. Diese kam in ihrem Entscheid vom 13. Juli 1965 auf Grund eines Berichtes von Dr. X. zum Schluß, die Sympathektomie stelle zusammen mit den vorangegangenen paravertebralen Anaesthesien eine medizinische Eingliederungsmaßnahme dar, die zu Lasten der IV gehe. Die Sache wurde daher in Gutheißung der Beschwerde an die IV-Kommission zurückgewiesen, damit sie über die medizinischen Leistungen Beschluß fasse.

Den kantonalen Rekursentscheid hat das BSV durch Berufung an das EVG weitergezogen mit dem Antrag, den vorinstanzlichen Entscheid aufzuheben. Der Berufungsbegründung läßt sich entnehmen: Besonders dann, wenn die Poliomyelitis im frühen Kindesalter auftritt, entstanden trophische Wachstumsstörungen, die nicht nur die Knochen, sondern auch alle übrigen Gewebe, wie Muskeln, Fettgewebe, Blutgefäße und Haut, betreffen. Wegen der verminderten Durchblutung der atrophischen Teile der Extremität könnten sich wiederum schwere krankhafte Zustände, sogar Gewebenekrosen entwickeln. Gegenüber der Lähmung, die einem Dauerzustand entspreche, stelle die Beeinträchtigung der Durchblutung ein neues, selbständiges Leiden dar. Von einem stabilen Zustand könne weder vor noch nach der Operation gesprochen werden; es handle sich um ein pathologisches Geschehen, weshalb die damit in Zusammenhang stehenden medizinischen Vorkehrungen zur Heilbehandlung

gehörten, die die IV nicht übernehmen könne. Dr. X. beantragt im Namen der Versicherten die Abweisung der Berufung und führt u. a. aus: bei den poliomyelitischen Zirkulationsstörungen handle es sich von einem gewissen Moment an um einen ausgesprochenen stabilisierten Zustand; diese Störungen pflegten sich in den folgenden Jahren und Jahrzehnten im Prinzip nicht mehr zu ändern. Durch eine Sympathektomie könnten sie aber in der Regel günstig beeinflußt werden. Es handle sich um eine einmalige beschränkte Maßnahme, durch die dem Leiden eine neue Richtung gegeben werde, indem die Zirkulationsverhältnisse am schwer gelähmten Bein dauernd gebessert würden.

Das EVG hieß die vom BSV eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. ... (Erwägungen über die Tragweite von Art. 12 IVG bei Minderjährigen; vgl. ZAK 1965, S. 444, Erwägung 3).

2. Die dargelegten Kriterien gelten im ureigenen Anwendungsbereich der IV, d. h. innerhalb der prinzipiellen Schranken, die sie von den andern sozialen Personenversicherungen abgrenzen. Wie aus dem Bericht der Expertenkommission (S. 57) und der bundesrätlichen Botschaft zum IVG (S. 41) hervorgeht, setzt die IV insbesondere in Art. 12 des Gesetzes, die soziale Kranken- und Unfallversicherung voraus und will ihren Bereich grundsätzlich nicht einschränken. Medizinische Vorkehren, die von vorneherein in den Aufgabenkreis dieser beiden Versicherungszweige fallen, können daher schon deshalb nicht zu Lasten der IV gehen. Ob im Einzelfall der Schutz der Kranken- und Unfallversicherung tatsächlich bestehe, kann in diesem Zusammenhang nicht erheblich sein. Bei der prinzipiellen Abgrenzung der IV von den andern sozialen Personenversicherungen (die in Art. 44 IVG bruchstückweise normiert wird), kommt u. a. den pathogenetischen Verhältnissen entscheidende Bedeutung zu. (Innerhalb des dem Art. 12 IVG allgemein zugewiesenen Anwendungsbereiches ist allerdings die Ursache der Invalidität an sich grundsätzlich nicht ausschlaggebend).

Was die Grenze zur Krankenversicherung betrifft, so gehört z. B. die Behandlung von Infektionskrankheiten in den Bereich dieses Sozialversicherungszweiges. Das EVG hat wiederholt erklärt, daß medizinische Vorkehren zur Therapie infektiöser Prozesse von der IV nicht zu übernehmen sind. Die Natur der Infektionskrankheiten ist übrigens derart, daß oft nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit damit gerechnet werden kann, es werde ohne Behandlung ein invalidierender Defektzustand zurückbleiben.

Des weiteren hat die Abgrenzung der IV von der Unfallversicherung zur Folge, daß die Behandlung der unfallmäßigen Verletzungen jedenfalls im ersten Stadium nicht Sache der IV sein kann, auch wenn eine Defektheilung zu erwarten ist. Die Behandlung solcher Verletzungen gehört in den Aufgabenbereich der Unfallversicherung. In diesem Sinne hat das Gericht schon mehrmals entschieden, zuletzt in EVGE 1965, S. 38 (ZAK 1965, S. 442).

3. Im vorliegenden Fall ist streitig, ob medizinische Vorkehren gegen Zirkulationsstörungen in einem wegen Poliomyelitis gelähmten Bein bei einer minderjährigen Versicherten Eingliederungsmaßnahmen gemäß Art. 12 IVG darstellen. Ob die Therapie derartiger Leiden grundsätzlich in den Bereich der Krankenversicherung falle, mithin von vorneherein aus dem Bereich von Art. 12 IVG ausscheide, braucht hier nicht weiter geprüft zu werden; denn

selbst wenn diese Frage verneint werden müßte, wäre die Berufung gleichwohl zu schützen aus folgenden Gründen:

Nach den in Ziffer 1 dieser Erwägungen genannten Kriterien setzt eine Leistungspflicht der IV gemäß Art. 12 IVG u. a. voraus, daß die medizinischen Vorkehrungen zur Beeinflussung einer stabilen Defektheilung dienen oder — da die Versicherte noch minderjährig ist — geeignet sind, einem sonst in absehbarer Zeit eintretenden Defektzustand zuvorzukommen. Zwar wird es zutreffen, daß die Zirkulationsstörungen der Versicherten — entsprechend den Darlegungen von Dr. X. — von einem gewissen Moment an weitgehend stabilisiert sind. Das BSV weist aber mit Recht darauf hin, daß sich aus den Zirkulationsstörungen, die gegenüber der Lähmung rechtlich ein neues selbständiges Leiden darstellen, weitere krankhafte Zustände entwickeln oder zu entwickeln drohen. Wenn daher die medizinischen Vorkehrungen auch einen lokalen Defekt zu beeinflussen vermögen, so ist doch ihr unmittelbares Hauptziel die Beseitigung oder Linderung umfassenderer labilen pathologischen Geschehens. Unter solchen Verhältnissen kann nach den Darlegungen in EVGE 1965, S. 78; ZAK 1966, S. 39, nicht angenommen werden, der notwendig gewordene Eingriff (Sympathektomie) ziele im wesentlichen darauf hin, einen Defektzustand zu beseitigen oder zu verhindern; vielmehr steht die Behandlung labilen pathologischen Geschehens im Vordergrund. Der Entscheid darüber, ob die Beeinflussung eines Defektzustandes Sache der IV sei, hängt vom Gesamtzweck der Vorkehr ab, nicht allein von deren Art bzw. vom Zustand des dadurch unmittelbar berührten Körperteils (vgl. auch EVGE 1962, S. 308; ZAK 1963, S. 128, wo bereits entschieden wurde, die Behandlung von Zirkulationsstörungen in einem wegen Poliomyelitis gelähmten Bein sei keine Eingliederungsmaßnahme).

Die angefochtenen Verfügungen, in denen es die IV-Kommission ablehnte, für medizinische Vorkehrungen im Zusammenhang mit Zirkulationsstörungen im linken Bein der Versicherten aufzukommen, sind somit in Gutheißung der Berufung wieder herzustellen.

Urteil des EVG vom 13. Dezember 1965 i. Sa. G. Z.

Art. 12 IVG. Bei einem 59jährigen bereits an einem Auge erblindeten Hilfspacker ist eine Staroperation geeignet, die berufliche Existenz zu retten. Sie dient daher vorwiegend der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit im Sinne von Art. 12 IVG. (Erwägung 3)

Der am 16. September 1905 geborene Versicherte erlernte den Beruf eines Maurers. Mit 23 Jahren wanderte er aus. Er trat der freiwilligen Versicherung bei. Nachdem er im Januar 1962 das vom grauen Star befallene rechte Auge hatte operieren lassen müssen, meldete er sich im März 1962 durch Vermittlung des Schweizerischen Generalkonsulates bei der IV an. Im Juni 1962 kehrte er aus gesundheitlichen Gründen in die Schweiz zurück. Dr. X., Augenarzt in A, teilte der IV-Kommission am 2. Februar 1963 mit, der Visus des rechten Auges betrage seit der Operation 0; links sei eine Linsentrübung festzustellen, die sich verschlimmern werde. Obwohl die Sehkraft des linken Auges stark abnahm, war der Versicherte bis Mai 1963 auf Baustellen tätig, zunächst als Hilfsarbeiter, dann als Maurerpolier. Ende Januar 1964 meldete

ein Fürsorgedienst der IV-Kommission, der Versicherte sei wegen seines Leidens vom 17. bis 21. September 1963 hospitalisiert gewesen. Er werde die Augenklinik erneut aufsuchen müssen, um das rechte Auge enukleieren und den Star des linken Auges operieren zu lassen. Es werde angefragt, ob die IV die Kosten für die Spitalaufenthalte, die Kontrolluntersuchungen sowie die Anschaffung einer Augenprothese übernehme. — Dem Versicherten wurde — gemäß Verfügung vom 3. Juni 1964 — vom 1. Februar 1964 an eine ganze einfache Invalidenrente nebst den gesetzlichen Zusatzrenten gewährt. Hingegen teilte die Ausgleichskasse dem Invaliden am 16. Oktober 1964 mit, die IV-Kommission habe es abgelehnt, medizinische Maßnahmen zuzusprechen.

Im Namen des Versicherten erhob der Fürsorgedienst Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. Oktober 1964 und ersuchte um Übernahme der Staroperation. Die Vorinstanz ging davon aus, daß der Versicherte im Herbst 1964, als er am linken Auge operiert wurde, 59jährig war. Gemäß IVG habe er somit eine Aktivitätsperiode von ungefähr 6 Jahren vor sich gehabt. Angesichts dieser verhältnismäßig kurzen Zeitspanne sowie der Tatsache, daß er mit dem rechten Auge nicht mehr sehen könne, müsse der Operation der Charakter einer Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12, Abs. 1, IVG abgesprochen werden. Die Verfügung entspreche deshalb dem Gesetz.

Der Fürsorgedienst hat Berufung eingelegt. Er teilt mit, der Versicherte habe seit dem 1. Januar 1965 — praktisch ohne Absenzen — bei der alten Arbeitgeberin als Hilfspacker gearbeitet und einen Monatslohn von 800 Franken erzielt. Dieser Erfolg sei einzig auf die geglückte Operation zurückzuführen, die überwiegend der beruflichen Eingliederung gedient habe.

Während die Ausgleichskasse von einer Stellungnahme absieht, beantragt das BSV, die Berufung sei abzuweisen.

Das EVG hieß die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. ... (Erwägungen über die Tragweite von Art. 12 IVG bei Versicherten, die bald am Ende der rechtserheblichen Aktivitätsperiode stehen; vgl. hiezu ZAK 1964, S. 542).

2. Wie das EVG in einem Urteil (ZAK 1966, S. 260) ausgeführt hat, gelten diese Kriterien im spezifischen Anwendungsbereich der IV, d. h. innerhalb der prinzipiellen Schranken, die sie von den anderen sozialen Personenversicherungen abgrenzen. Aus dem Bericht der Expertenkommission (S. 57) und der bundesrätlichen Botschaft zum IVG (S. 41) geht hervor, daß die IV, insbesondere in Art. 12 IVG, die soziale Kranken- und Unfallversicherung voraussetzt und deren Bereich grundsätzlich nicht einschränken will. Medizinische Vorkehren, die von vorneherein in den Aufgabenkreis jener beiden Versicherungszweige fallen, können daher schon aus diesem Grunde nicht zu Lasten der IV gehen, wobei unbeachtlich ist, ob der Schutz der Kranken- und Unfallversicherung im Einzelfall tatsächlich bestehe oder nicht. Bei der prinzipiellen Abgrenzung der IV von den anderen sozialen Personenversicherungen — wie sie in Art. 44 IVG bruchstückweise normiert ist — kommt u. a. den pathogenetischen Verhältnissen entscheidende Bedeutung zu, dies im Unterschied zum spezifischen Anwendungsbereich von Art. 12 IVG.

Hinsichtlich der Abgrenzung der IV von der Krankenversicherung gilt u. a. der Grundsatz, daß medizinische Vorkehren, die der Therapie infektiöser Prozesse dienen, von der IV nicht übernommen werden können. Wegen der

besonderen Natur der Infektionskrankheiten kann übrigens oft nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit damit gerechnet werden, es werde dann, wenn keine Behandlung erfolgt, ein invalidierender Defektzustand zurückbleiben.

Bezüglich der Abgrenzung der IV von der Unfallversicherung ist wiederholt entschieden worden, daß die Behandlung von Verletzungen, die auf Unfälle zurückgehen, jedenfalls im ersten Stadium nicht von der IV übernommen werden kann (EVGE 1965, S. 38; ZAK 1965, S. 442).

3. Nach der Praxis steht fest, daß die operative Behebung des grauen Stars nicht zur spezifischen Leidensbehandlung gehört; denn die entsprechenden Eingriffe sind nicht auf die Heilung labilen pathologischen Geschehens, sondern einzig darauf gerichtet, das sonst sicher spontan zur Ruhe gelangende und alsdann stabile Leiden durch Entfernung der trüb und daher funktionsuntüchtig gewordenen Linse zu beseitigen (EVGE 1962, S. 208, Erwägung 3; ZAK 1963, S. 126). Das Gericht sprach die Operation bei einem 44jährigen Zahnarzt zu, weil die Vernichtung der beruflichen Existenz «sehr lange vor Ablauf der normalen Aktivitätserwartung» drohte (EVGE 1962, S. 205; ZAK 1963, S. 126). Andererseits verweigerte es die Zuspreehung des Eingriffes bei einem bereits 62jährigen Versicherten mit der Begründung, die Erwerbsfähigkeit werde nur teilweise und bloß für einen relativ kleinen Teil der Aktivitätsperiode wiederhergestellt und bei einer 55jährigen Hausfrau im wesentlichen aus der Erwägung, sie hätte selbst bei Verzicht auf die Operation noch zahlreiche Hausarbeiten bewältigen können (vgl. hierzu u. a. ZAK 1963, S. 78). Im streitigen Fall wäre ohne Operation die gänzliche Erblindung eingetreten; denn mit dem rechten Auge vermochte der Versicherte schon seit der im Auslande durchgeführten ersten Operation nicht mehr zu sehen. Die wahrscheinliche Folge wäre die volle Erwerbsunfähigkeit gewesen. Dank dem im Herbst 1964 am linken Auge vorgenommenen Eingriff konnte der Berufungskläger vom 1. Januar 1965 an als Hilfspacker arbeiten, und zwar praktisch ohne Absenzen. Im Zeitpunkt der Operation hatte er noch ungefähr 6 AHV-rechtliche Aktivitätsjahre vor sich. Es kann dahingestellt bleiben, wie zu entscheiden wäre, wenn in diesem Alter eine Coxarthrose-Operation beansprucht würde. Jedenfalls wäre es unter solchen Umständen mit dem Erfordernis der Dauer im Sinne von Art. 12, Abs. 1 IVG streng zu nehmen, weil bei Hüftgelenkarthrosen oft noch nach der Operation eine Verschlimmerung zu beobachten ist (EVGE 1963, S. 262, Erwägung 3; ZAK 1964, S. 166). Zudem ist das Operationsrisiko bei der Staroperation in der Regel weniger groß als dasjenige bei der Coxarthrose-Operation; denn das vom Star betroffene Auge erblindet in einem Fall wie dem vorliegenden bei Verzicht auf den Eingriff ohnehin, so daß selbst die mißlungene Operation nur einen Zustand schafft, der auch sonst eingetreten wäre. Dagegen besteht bei der Coxarthrose-Operation ein reales, erhebliches Risiko, das von der IV mit zu berücksichtigen ist. Schließlich ist die Dauer von Heilung und Angewöhnung, wie gerade auch der umstrittene Fall lehrt, bei der Staroperation im Durchschnitt sehr viel kürzer als bei der Coxarthrose-Operation. Angesichts dieser wesentlichen Unterschiede rechtfertigt es sich grundsätzlich, eine Staroperation in einem Alter zu übernehmen, in dem die Gewährung einer Coxarthrose-Operation nicht mehr in Frage käme. Eine Ausnahme gilt nach dem bereits zitierten

EVG-Urteil (ZAK 1963, S. 78) für den Fall, daß die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, im bisherigen Aufgabenkreis (Art. 5, Abs. 1, IVG) tätig zu sein, auch ohne Vornahme des Eingriffes in beachtlichem Ausmaß erhalten bliebe.

Berücksichtigt man das Gesagte und ferner den Umstand, daß der Berufungskläger, abgesehen von seinem Leiden, noch rüstig war und daß ferner keine medizinischen Gründe gegen die Durchführung des Eingriffes aktenkundig sind — das Mißlingen der ersten im Ausland vorgenommenen Operation ist schon deshalb unbeachtlich, weil über die näheren Umstände und die Gründe des Mißerfolges nichts bekannt ist — so kommt man zum Schluß, daß die Gutheißung der Berufung im Sinne eines Grenzfalles verantwortet werden kann. Der Versicherte hat deshalb Anspruch auf Übernahme der Kosten, die infolge des Eingriffes am linken Auge entstanden sind.

Renten und Taggelder

Urteil des EVG vom 20. Oktober 1965 i. Sa. F. H.

Art. 24, Abs. 1, IVG in Verbindung mit Art. 2, Abs. 2, EOV. Das Taggeld eines Versicherten, der glaubhaft macht, daß er während der Eingliederungszeit wesentlich mehr als zuvor verdient hätte, bemißt sich nach diesem mutmaßlichen Lohn.

Art. 6, Abs. 2, IVV. Ein Versicherter wohnt und verköstigt sich nicht «auswärts» im Sinne der erwähnten Bestimmung, wenn er bei den Großeltern lebt, denen er dafür einen bescheidenen Beitrag an seine Unterhaltskosten leisten muß.

Der im Jahre 1942 geborene Versicherte hat den Beruf eines Damen- und Herrencoiffeurs erlernt. Von Mitte Mai bis 21. Juni 1963 arbeitete er als Lagerist bei der Firma A zu einem Monatslohn von 700 Franken. Ein am 24. Juni 1963 erlittener Unfall — an diesem Tage hätte er eine neue Stelle als Coiffeur antreten sollen — erforderte die Amputation des Endgliedes des Ring- und Zeigfingers und eines kleinen Teils des Mittelfingerendgliedes der rechten Hand. Arbeitsversuche ergaben, daß er seinen erlernten Beruf nicht mehr würde ausüben können. Die kantonale IV-Kommission bewilligte ihm daher den Besuch eines einhalbjährigen Kurses der Sekretärschule X ab 20. April 1964. Sie beschloß, dem Versicherten keine Beiträge im Sinne von Art. 6, Abs. 2, IVV an das Mittagessen in X zu gewähren, weil dieses aus dem Taggeld bestritten werden könne; die übrige Verpflegung nehme er bei seinen in G wohnenden Großeltern ein, wo sich auch seine Unterkunft befinde. Mit Verfügung vom 27. Juni 1964 setzte die Ausgleichskasse das Taggeld in Form der Entschädigung für Alleinstehende auf 6 Franken mit einem Eingliederungszuschlag von 30 Prozent fest, so daß sich das gesamte Taggeld auf 7,80 Franken belief.

Der Versicherte zog diese Verfügung an die kantonale Rekurskommission weiter und beantragte die Ausrichtung eines Beitrages an die auswärtige Verpflegung und Unterkunft während der ganzen Dauer der Umschulung. Während des Verfahrens wurde der Rekurskommission gemeldet, daß der Versicherte inzwischen nach X übersiedelt sei und sich dort verpflege. Die Kom-

mission wies die Beschwerde am 11. Juni 1965 im wesentlichen mit der Begründung ab, der Versicherte sei nicht wegen der Umschulung gezwungen, sich auswärts zu verpflegen, denn er habe schon vor dem Unfall an seinem auswärtigen Arbeitsort logieren und sich verpflegen müssen. Außerdem würden die Auslagen für das Mittagessen durch das Taggeld gedeckt.

Das EVG hieß die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen teilweise gut:

Die Frage, welche Leistungen an den Unterhalt des Berufungsklägers zu erbringen seien, beurteilt sich nach den Verhältnissen, die im Zeitpunkt gegeben waren, als die Ausgleichskasse die angefochtene Verfügung erließ.

1. ...

2. Was nun die Taggelder betrifft, die einem in Umschulung begriffenen Versicherten zu gewähren sind, so gelten für sie die gleichen Bemessungsregeln wie für die entsprechenden Entschädigungen und Zulagen gemäß EOG, mit dem Vorbehalt, daß in der IV die Taggelder Erwerbstätiger nach jenem Erwerbseinkommen zu bemessen sind, welches der Versicherte durch die zuletzt voll ausgeübte Tätigkeit erzielt hat (Art. 24, Abs. 1 und 2, IVG). Art. 2, Abs. 2, EOV bestimmt, daß «die Entschädigung für Wehrpflichtige, die glaubhaft machen, daß sie während der Zeit des Militärdienstes . . . wesentlich mehr als vor dem Einrücken verdient hätten», sich nach dem Lohn bemißt, den sie verdient hätten. Als wesentlich im Sinne dieser Vorschrift, welche nach der zutreffenden Auffassung des BSV auf die nach IVG auszurichtenden Taggelder analog anwendbar ist, erachtet das Gericht in Anlehnung an die Praxis zu Art. 23, Buchst. b, AHVV eine Lohnerhöhung von mindestens 25 Prozent.

Im vorliegenden Fall hat die Ausgleichskasse das Taggeld auf Grund des Monatslohnes von 700 Franken errechnet, welchen der Berufungskläger unmittelbar vor der Invalidierung bei der Firma A erzielt hatte. Aus der Bestätigung des Coiffeursalons B ergibt sich aber, daß der Versicherte im Zeitpunkt des Unfalles bereits einen neuen Arbeitsvertrag abgeschlossen hatte, wonach er am Unfalltag eine Coiffeurstelle hätte antreten sollen. Nach der erwähnten Bescheinigung war ein Wochenlohn von 170 Franken vereinbart. Außerdem ist anzunehmen, daß er wöchentlich Bedienungsgelder von mindestens 50 Franken eingenommen hätte. Dies ergibt einen Vier-Wochen-Lohn von 880 Franken, was einem Monatslohn von rund 950 Franken entspricht. Ohne Invalidität hätte der Berufungskläger somit ein um mehr als 25 Prozent höheres Erwerbseinkommen zu erzielen vermocht. Gestützt auf Art. 2, Abs. 2, EOV ist darum das Taggeld nach diesem Einkommen zu berechnen und nicht nach dem Lohn, der ihm bei der Firma A ausbezahlt worden ist. Der maßgebende Lohn berechtigt zu einer Entschädigung für Alleinstehende von 7,60 Franken. Dazu kommt der unbestrittene Eingliederungszuschlag von 30 Prozent. Das gesamte Taggeld beträgt somit 9,90 Franken.

3. Der Berufungskläger vertritt die Auffassung, daß ihm neben dem Anspruch auf Taggeld ein solcher auf Beiträge gemäß Art. 6, Abs. 2, IVV zustehe. Nach dieser Bestimmung erhalten in Umschulung begriffene Versicherte, die weder in der Ausbildungsstätte verpflegt werden noch dort ihre Unterkunft haben, «Beiträge an eine andere durch die Ausbildung bedingte auswärtige Verpflegung und Unterkunft, sofern deren Kosten nicht aus dem

für den persönlichen Unterhalt des Versicherten verfügbaren Taggeld und Lohn der Umschulungszeit gedeckt werden können». Mit dieser Bestimmung soll jenen Versicherten ein besonderer Beitrag gewährt werden, die während der Zeit ihrer Umschulung zum Essen und Schlafen nicht nach Hause zurückkehren können und deshalb größere Auslagen haben als die andern Versicherten, welche die Möglichkeit haben, daheim zu leben. Diese befinden sich in einer bedeutend günstigeren Lage als jene Versicherten, die sich an eine auswärtige Umschulungsstätte begeben müssen und genötigt sind, Kost und Logis bei Dritten zu nehmen, oder die beispielsweise wegen ihres Gebrechens nicht regelmäßig nach Hause zurückkehren können, weil sich ihre Arbeitsstätte zwar in der gleichen Ortschaft, aber weit entfernt von ihrer Wohnung befindet. Die in Art. 6, Abs. 2, IVV vorgesehenen zusätzlichen Beiträge sollen diese Versicherten für die durch die Umschulung bedingten größeren Kosten entschädigen. — Der Umstand, daß ein lediger Versicherter seinen Eltern ein monatliches Pensionsgeld für seine Verpflegung und Unterkunft entrichtet, vermag die Gewährung eines Sonderbeitrages im Sinne von Art. 6, Abs. 2, IVV nicht zu rechtfertigen. Wenn er die Möglichkeit hat, während der Umschulung mit seinen Eltern im gleichen Haushalt zu leben, so deshalb, weil dies für ihn die günstigste und meistens auch am wenigsten kostspielige Lösung ist. Er bezahlt regelmäßig ein geringeres Pensionsgeld und genießt größere Vorteile, als wenn er in einer von Drittpersonen geführten Pension leben würde (EVGE 1962, S. 332; ZAK 1963, S. 234).

a. Der Berufungskläger war im maßgebenden Zeitpunkt bei seinen Großeltern in G zu Hause, bei denen er, abgesehen von einem mehrmonatigen Unterbruch während des Besuchs der Coiffeur-Fachschule, schon früher gewohnt hatte, nachdem die Ehe seiner Eltern geschieden worden war. Unterkunft und Verpflegung hatte er also bei den Großeltern, denen er nur einen bescheidenen Beitrag an seine Unterhaltskosten leisten mußte. Insofern wohnte und verköstigte er sich nicht im Sinne von Art. 6, Abs. 2, IVV «auswärts». Er konnte deshalb nicht als Versicherter betrachtet werden, dem infolge der Ausbildung besondere Kosten für auswärtige Verpflegung und Logis erwachsen. Nur das Mittagessen nahm er auswärts ein. Nach den Belegen dürfte er dafür rund 4,30 Franken (inkl. Service) bezahlt haben, einen Betrag also, welcher durch das Taggeld von 9,90 Franken weitaus gedeckt war. Zur Gewährung eines zusätzlichen Beitrages für die Zeit, da der Berufungskläger in X wohnte, besteht somit kein Anlaß.

b. Am 10. Januar 1965 hat der Berufungskläger in X ein Zimmer bezogen. Seither nimmt er sämtliche Mahlzeiten in einem Restaurant an seinem neuen Wohnort ein. Seine Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind damit erheblich gestiegen. Es liegt ein neuer Sachverhalt vor. Da im Berufungsverfahren die Ansprüche nur auf Grund jener Verhältnisse zu beurteilen sind, die bei Erlaß der streitigen Kassenverfügung vorgelegen haben (vgl. Erwägung 1), stellt das klägerische Begehren, soweit es auf die Gewährung eines Beitrages im Sinne von Art. 6, Abs. 2, IVV für die Zeit nach dem 9. Januar 1965 gerichtet ist, eine neue Anmeldung dar, über die vorerst die Verwaltung zu befinden hat, welcher die Akten zu überweisen sind. Gegebenenfalls mag diese gestützt auf Art. 24, Abs. 1, IVG und Art. 21, Abs. 1, IVV in Verbindung

mit Art. 2, Abs. 2, EOV auch prüfen, ob nicht das Taggeld neu zu bemessen sei auf Grund des Coiffeurlöhnes, welchen der Berufungskläger unter Berücksichtigung allfälliger Lohnerhöhung seit Beginn der Umschulung ohne Invaliddität heute wahrscheinlich erzielen würde.

Urteil des EVG vom 30. November 1965 i. Sa. R. T.

Art. 29, Abs. 1, IVG. Aendert der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers, so sind die Regeln über den Rentenbeginn grundsätzlich auch für die Festlegung des Zeitpunktes, ab welchem die maßgebende Aenderung einen neuen Rentenanspruch entstehen läßt oder das Erlöschen der laufenden Rente bewirkt, analog anwendbar.

Die Versicherte, geboren 1919, verheiratet und Mutter von 5 unmündigen Kindern, meldete sich im März 1964 zum Bezuge von Leistungen der IV an. Sie machte geltend, daß sie seit einigen Jahren an Verengung der Mitralklappe des Herzens (Mitralstenose) und an Herzinsuffizienz leide; die Verschlimmerung dieser Leiden hindere sie seit anfangs 1963 daran, gewisse Arbeiten im Haushalt auszuführen und im landwirtschaftlichen Betrieb ihres Mannes mitzuarbeiten.

Die IV-Kommission nahm an, daß die Versicherte seit Januar 1963 von einer bleibenden Invalidität betroffen sei und sie, da die Anmeldung verspätet erfolgte, seit März 1964 Anspruch auf eine halbe einfache Invalidenrente sowie auf Zusatzrenten für ihre Kinder habe.

Die Versicherte beschwerte sich gegen die entsprechende Kassenverfügung und machte geltend, sie sei seit März 1964 arbeitsunfähig gewesen und habe zeitweise sogar das Bett hüten müssen. Die erste Hälfte des Monats Juli und dann wieder ab 18. September 1964 sei sie im Spital gewesen; am 28. September habe sie sich einer Herzoperation unterzogen und habe sich nach diesem Eingriff während wenigstens 6 Monaten schonen müssen. Sie beantragte die Zuspache einer ganzen Rente, und zwar mindestens vom März 1964 bis Ende Februar 1965. Die erste Instanz hieß die Beschwerde teilweise gut, indem sie der Versicherten für die Zeit vom 1. Juli 1964 bis 30. Juni 1965 den Anspruch auf eine ganze Invalidenrente unter Vorbehalt einer alsdann stattfindenden Revision zuerkannte.

Das EVG hieß die Berufung des BSV aus folgenden Gründen gut:

1. ...

2. Ist der Anspruch auf eine Invalidenrente einmal entstanden, so vermag in der Folge eine Aenderung des Invaliditätsgrades die laufende Rente zu beeinflussen. So kann die Zunahme der Invalidität zur Ablösung der halben durch die ganze Rente führen; umgekehrt kann wegen Verminderung des Invaliditätsgrades die ganze durch die halbe Rente ersetzt werden oder der Anspruch auf Rente untergehn. Es stellt sich nun die Frage, von welchem Zeitpunkt an eine solche Aenderung des Invaliditätsgrades zur abgeänderten Rente oder zum Wegfall der Rente führt.

Die Lösung liegt auf der Hand, wenn der veränderte Zustand so stabil ist (diese Forderung der Stabilität hängt vom Gesundheitszustand und nicht

von wirtschaftlichen Voraussetzungen ab; vgl. z. B. EVGE 1964, S. 173; ZAK 1964, S. 553), daß er als bleibend betrachtet werden kann: Der Anspruch auf eine abgeänderte Rente entsteht sofort oder geht sofort unter. Anders verhält es sich aber, wenn kein stabilisierter Zustand vorliegt, da sich sonst offenbare Ungleichheiten und unhaltbare Folgen ergäben. Es genügt, auf das Beispiel von zwei Versicherten zu verweisen, die seit kurzem teilweise bleibend invalid sind und wegen eines weitem Gesundheitsschadens mehr als zu zwei Dritteln nicht bleibend invalid werden. Der erste Versicherte, der nicht zur Hälfte invalid war und daher keine Rente bezog, muß den Ablauf der Frist abwarten, die gemäß Art. 29, Abs. 1, IVG den Anspruch auf eine Rente entstehen läßt. Der zweite Versicherte, der wegen häftiger Invalidität bereits Anspruch auf eine Rente hatte, erhält sofort eine ganze Rente, obwohl die Lage in beiden Fällen dieselbe ist und die Voraussetzungen für die Entstehung eines solchen Anspruches gemäß Art. 29, Abs. 1, IVG noch nicht erfüllt wären. Demzufolge ist es zur Gleichbehandlung und in logischer Anwendung des gesetzlichen Systems notwendig, die Entstehung des Rentenanspruches gemäß Art. 29, Abs. 1, IVG mit der späteren Veränderung dieses Anspruches zu koordinieren. So zeigt es sich, daß grundsätzlich die Regeln über die Entstehung des Rentenanspruches analog anwendbar erklärt werden müssen, um den Zeitpunkt zu bestimmen, ab welchem eine Aenderung des Invaliditätsgrades Anspruch auf eine neue Rente oder die Aufhebung einer frühern Rente bewirkt.

Mit andern Worten, der Anspruch auf eine neue Rente könnte, abgesehen von der bereits laufenden Rente, grundsätzlich erst in dem Augenblick entstehen, da die Voraussetzungen des Rentenbeginns gemäß Art. 29, Abs. 1, IVG erfüllt sind. Dabei ist hervorzuheben, daß die Aenderung nicht notwendig auf Grund der gleichen Variante stattfinden muß: Auf eine Rente wegen bleibender Erwerbsunfähigkeit kann sehr wohl eine solche wegen langandauernder Erwerbsunfähigkeit folgen und umgekehrt. Der Bezüger einer halben Rente, dessen Invaliditätsgrad sich erhöht, kann erst von dem Zeitpunkt an eine ganze Rente beanspruchen, in welchem er

- a. mindestens zu zwei Dritteln bleibend erwerbsunfähig ist (Variante I); oder
- b. nach ununterbrochener voller Arbeitsunfähigkeit während 360 Tagen und weiterhin zu mindestens zwei Dritteln erwerbsunfähig ist (Variante II); oder
- c. nach einer durchschnittlichen Erwerbsunfähigkeit ohne beachtliche Unterbrüche von mindestens zwei Dritteln während 450 Tagen in diesem Grade weiterhin erwerbsunfähig ist (Variante IIIa), unter dem Vorbehalt der bevorstehenden Wiedererlangung einer Erwerbsfähigkeit, die den Anspruch auf die ganze Rente ausschließt.

Vermindert sich der Grad der Invalidität, sieht umgekehrt der Bezüger einer ganzen Rente seinen Anspruch auf die halbe Rente herabgesetzt und der Bezüger einer halben Rente sieht seinen Anspruch untergehen, wenn die bleibende Erwerbsunfähigkeit auf weniger als zwei Drittel zurückfällt oder weniger als die Hälfte beträgt (Variante I); oder wenn die durchschnittliche Erwerbsunfähigkeit während 450 oder 540 Tagen nicht mehr als zwei Drittel oder nicht mehr als die Hälfte beträgt (Variante IIIa oder IIIb), unter Vorbehalt einer bevorstehenden Zunahme der Invalidität. — Die Variante II, die

schon beim Uebergang von der halben zur ganzen Rente kaum eine praktische Rolle spielt, da in den meisten Fällen die Variante III Anwendung findet, dürfte in diesen umgekehrten Fällen außer Betracht fallen.

3. Es erübrigt sich, die Einschränkungen, die dem oben erwähnten Grundsatz angebracht werden müssen, hier näher zu prüfen und die Begriffe beachtliche Unterbrüche und bevorstehende Aenderung der Erwerbsunfähigkeit einzeln zu präzisieren. Erwähnt sei immerhin, daß die Anwendung dieses Grundsatzes gewisse Grenzen und Abweichungen zuläßt:

a. Inbezug auf die Rentenrevision bestimmt Art. 41, Abs. 1, IVG, daß die Rente «für die Zukunft» erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben wird (vgl. z. B. EVGE 1964, S. 183; ZAK 1965, S. 51). Dies führt dazu, daß die Entstehung der neuen Rente und ihr tatsächlicher Beginn auf Grund dieser gesetzlichen Regel oft auseinanderfallen.

Ein solches Auseinanderfallen ist dagegen völlig ausgeschlossen in den Ausnahmefällen, in denen die erste Rentenverfügung spät und rückwirkend erfolgt und sich während dieser rückwirkenden Periode eine Aenderung des Invaliditätsgrades ergibt, der eine neue Rente entstehen läßt oder die Aufhebung der Rente nach dem oben erwähnten Grundsatz bewirkt.

b. Wenn auch die Rente während der der ersten Rentenverfügung folgenden 3 Jahre jederzeit revidiert werden kann (vgl. z. B. ZAK 1966, S. 55 und ZAK 1966, S. 158), schreibt Art. 41, Abs. 2, IVG vor, daß sie in der Folge nur noch auf das Ende jedes dritten Jahres revidiert werden kann, ausgenommen bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Rentenberechtigten oder wenn Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt werden (vgl. z. B. ZAK 1966, S. 165). Der oben erwähnte Grundsatz, der während der ersten Dreijahresperiode, in welcher die Revision jederzeit stattfinden kann, durchwegs anwendbar ist, erfordert nun aber für die späteren Perioden mindestens verschiedene Anpassungen.

4. Im vorliegenden Fall nahmen die Versicherungsorgane an, daß die Versicherte seit 1. Januar 1963 von einer bleibenden Invalidität betroffen sei und sprachen ihr vom Monat der Anmeldung, d. h. ab 1. März 1964, eine halbe Rente zu (Art. 48, Abs. 2, IVG) . . . Das EVG hat keinen zwingenden Grund, einen keineswegs umstrittenen Punkt erneut zu überprüfen. Die einzige strittige Frage im vorliegenden Verfahren lautet demnach, ob und seit wann die halbe laufende Rente durch eine ganze Invalidenrente ersetzt werden muß.

Nach dem unter Erwägung 2 ausgeführten Grundsatz kann die Berufungsklägerin einen Anspruch auf eine ganze Rente erst von jenem Zeitpunkt an erwerben, da sie eine bleibende Erwerbsunfähigkeit (die Unmöglichkeit gewohnte Arbeiten zu verrichten ist ihr gleichgestellt) von mindestens zwei Dritteln aufweist, oder nach Ablauf von 360 Tagen voller Arbeitsunfähigkeit oder nach Ablauf von 450 Tagen durchschnittlicher Erwerbsunfähigkeit von mindestens zwei Dritteln. — Außerdem ist hervorzuheben, daß der Richter, der die Uebereinstimmung der strittigen Verfügungsverfügung mit dem Gesetz zu untersuchen hat, die zur Zeit des Erlasses dieser Verfügung bestehenden Verhältnisse prüfen muß (vgl. z. B. das bereits erwähnte Urteil in ZAK 1966, S. 158), hier also jene vom 20. November 1964.

Nun geht aber aus den ärztlichen Gutachten und aus der Tatsache der ausgeführten Operation selbst klar hervor, daß weder in diesem noch in einem früheren Zeitpunkt eine Vorhersage für eine bleibende Invalidität — verbunden mit dem Erfordernis der Stabilität und Irreversibilität des Gesundheitszustandes — von zwei Dritteln oder mehr gemacht werden konnte. Die Versicherte selbst hat dies übrigens nie behauptet; sie versicherte nur, daß sie sich während noch mindestens 6 Monaten nach der im September 1964 ausgeführten Operation schonen mußte. Andererseits war eine Frist von 360 Tagen totaler Arbeitsunfähigkeit offenbar noch lange nicht erfüllt. Was die letzte Möglichkeit, Ablauf einer Frist von 450 Tagen durchschnittlicher Erwerbsunfähigkeit von zwei Dritteln, anbelangt, war sie bei Erlaß der strittigen Verfügung auch nicht gegeben, wenn man die im Dossier erwähnten Invaliditätsgrade betrachtet: 450 Tage vor diesem Zeitpunkt bestand nämlich vom 27. August 1963 bis zum 30. Juni 1964 (307 Tage) eine Erwerbsunfähigkeit von 50 Prozent, eine solche von 100 Prozent während der ersten Hälfte Juli und dann wieder ab 18. September 1964 (77 Tage), von Mitte Juli bis Mitte September 1964 (66 Tage) lag sie zwischen $66 \frac{2}{3}$ und 100 Prozent, was im Durchschnitt weniger als zwei Drittel ergibt.

Der kantonale Entscheid ist daher aufzuheben und die Verfügung vom 20. November 1964 wieder herzustellen. Diese Wiederherstellung der administrativen Verfügung erfordert indessen eine Einschränkung: Die Versicherte hat erklärt, daß sie während den Monaten März bis Juni 1964 eine weit mehr als 50prozentige Erwerbsunfähigkeit erlitten habe; wenn sich diese Aussage als wahr erweist, wäre es nicht unbedingt ausgeschlossen, daß die Frist von 450 Tagen durchschnittlicher Erwerbsunfähigkeit von zwei Dritteln etwas vor dem 20. November 1964 bereits abgelaufen wäre, und die Verfügung folglich angepaßt werden müßte. — Das EVG hält es für angebracht, diese Ueberprüfungen nicht selbst vorzunehmen, noch die Vorinstanz damit zu beauftragen (wie in Art. 7, Abs. 2, OV vorgesehen ist), sondern diese Aufgabe den Versicherungsorganen zu überlassen. Denn in Anbetracht der Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit November 1964 müssen die Akten auf jeden Fall der kantonalen IV-Kommission zurückgegeben werden, um festzustellen, ob die Versicherte auf Grund von Art. 41, Abs. 1, IVG den Anspruch auf eine ganze Rente in einem späteren Zeitpunkt erworben habe. Dabei wird die Kommission unter anderem nämlich auch die in Frage stehenden Ueberprüfungen notwendigerweise vornehmen müssen.

Urteil des EVG vom 20. Dezember 1965 i. Sa. P. H.

Art. 29, Abs. 1, IVG. Auch bei älteren Versicherten muß der Gesundheitsschaden bis zum Ende der IV-rechtlichen Aktivitätsperiode (Beginn des AHV-rechtlichen Rentenalters) weitgehend stabilisiert und irreversibel sein, damit eine bleibende Erwerbsunfähigkeit vorliegt.

Der am 24. Januar 1900 geborene, an Coxarthrose links leidende Versicherte mußte wegen seines Leidens am 12. März 1964 die Arbeit einstellen. Die Arbeitgeberfirma bescheinigte, daß dem Versicherten zuletzt ein Stundenlohn von 4,70 Franken bezahlt worden sei, wobei seine Lohneinbuße wegen der Be-

hinderung mindestens einen Franken in der Stunde betragen habe. Am 16. Juli 1964 wurde beim Versicherten eine Coxarthrose-Operation (varisierende Verschiebungsosteotomie) durchgeführt. Bis zur Erreichung des AHV-rechtlichen Rentenalters am 1. Februar 1965 blieb dieser arbeitsunfähig. — Im März 1964 hatte sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet. Die Verfügung vom 8. September 1964, worin ihm die Ausgleichskasse mitteilte, daß die IV-Kommission für die Kosten der Operation nicht aufkomme, da keine Eingliederungsmaßnahme in Frage stehe, zog der Versicherte mit dem Begehren weiter, die IV habe eine Rente zu gewähren, eventualiter für die Operation aufzukommen. Nach Sistierung der Beschwerde durch die Rekursbehörde erließ die Ausgleichskasse eine weitere Verfügung am 13. Februar 1965, worin sie einen Rentenanspruch des Versicherten abwies, weil dieser nicht während 360 Tagen ununterbrochen voll arbeitsunfähig gewesen sei. Gegen diese Verfügung beschwerte sich der Versicherte wiederum unter Erneuerung der bereits gestellten Begehren. In ihrem Entscheid vom 15. Juni 1965 lehnte die erste Instanz die Gewährung von medizinischen Maßnahmen ab, sprach jedoch dem Versicherten mit folgender Begründung ab 1. März 1964 die ganze Invalidenrente zu: Nachdem die IV eine fortgeschrittene Coxarthrose als einen zur Hauptsache stabilisierten Zustand bewerte, sei in diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch wegen bleibender Invalidität entstanden. Wenn auch der Versicherte nach Erreichung des AHV-rechtlichen Rentenalters am 1. Februar 1965 vielleicht wieder arbeiten könne, so genüge es doch, daß der Gesundheitsschaden bis zu diesem Zeitpunkt irreversibel sei.

Das EVG hieß die Berufung des BSV mit dem Antrag, den angefochtenen Rentenentscheid aufzuheben und die Kassenverfügung vom 13. Februar 1965 wiederherzustellen, auf Grund folgender Erwägungen gut:

1. . . .

2. Gemäß Art. 29, Abs. 1, IVG entsteht ein Anspruch auf Rente, sobald der Versicherte mindestens zur Hälfte (in Härtefällen mindestens zu zwei Fünfteln) bleibend erwerbsunfähig geworden ist (Variante I), oder während 360 Tagen ununterbrochen voll arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte (bzw. zu zwei Fünfteln) erwerbsunfähig ist (Variante II). Wie das EVG näher dargetan hat (ZAK 1966, S. 115 und 117), entsteht ein Anspruch auf Rente überdies auch dann,

- a. wenn der Versicherte während 450 Tagen ohne beachtliche Unterbrüche mindestens zu zwei Dritteln erwerbsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte (bzw. zu zwei Fünfteln) erwerbsunfähig ist (Variante III a);
- b. wenn der Versicherte während 540 Tagen ohne beachtliche Unterbrüche durchschnittlich mindestens zur Hälfte (in Härtefällen zu zwei Fünfteln), aber weniger als zu zwei Dritteln erwerbsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte (bzw. zu zwei Fünfteln), erwerbsunfähig ist (Variante III b).

Hinsichtlich der Varianten III a und b hat das Gericht noch die Frage offen gelassen, ob nach Ablauf der Frist die Rente auch dann zu gewähren sei, wenn die Wiedererlangung der einen Rentenanspruch ausschließenden Erwerbsfähigkeit bevorstehe.

3. In der Verfügung vom 13. Februar 1965 wurde dem Versicherten, der am 1. Februar 1965 das AHV-rechtliche Rentenalter erreicht hatte, für die

vorangegangene Zeit eine Rente verweigert. Die Verwaltung ging davon aus, daß der Versicherte nicht bleibend erwerbsunfähig gewesen sei (Variante I) und daß auch keine Erwerbsunfähigkeit nach 360-tägiger voller Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (Variante II). Demgegenüber kam die Vorinstanz zum Schluß, der Versicherte habe vom 1. März 1964 an wegen bleibender Erwerbsunfähigkeit Anspruch auf eine Rente.

Daß der Versicherte bis zur Erreichung des AHV-rechtlichen Rentenalters am 1. Februar 1965 nicht ununterbrochen während 360 Tagen voll arbeitsunfähig war und daher ein Rentenanspruch nach der zweiten Variante nicht entstehen konnte, ist unbestritten. Entgegen der Ansicht der Vorinstanz fehlte es auch an einer bleibenden Erwerbsunfähigkeit im Sinne der ersten Variante. Ein Rentenanspruch wegen bleibender Erwerbsunfähigkeit entsteht nicht, ehe überwiegend wahrscheinlich geworden ist, daß ein weitgehend stabilisierter, im wesentlichen irreversibler Gesundheitsschaden vorliegt, der die Erwerbsunfähigkeit des Versicherten in rentenbegründendem Ausmaß dauernd beeinträchtigen wird (EVGE 1964, S. 174/5; ZAK 1964, S. 553). Zwar kann eine fortgeschrittene Coxarthrose unter Umständen einen im wesentlichen stabilisierten Zustand darstellen und damit eine bleibende Erwerbsunfähigkeit verursachen. Im vorliegenden Fall kam jedoch der Arzt auf Grund einer Untersuchung vom 6. März 1964 zum Schluß, daß eine Coxarthrose-Operation notwendig sei, die im Juli 1964 durchgeführt wurde. Unter solchen Verhältnissen war beim Versicherten (der am 12. März 1964 seine Erwerbstätigkeit einstellen mußte) bis zum Beginn des AHV-rechtlichen Rentenalters am 1. Februar 1965 kein stabiler, irreversibler Gesundheitsschaden gegeben. Diese Frage kann einzig und allein auf Grund der bestehenden Tatsachen und der zu erwartenden Verhältnisse beurteilt werden; es ist daher in diesem Zusammenhang ohne Belang, daß die Operation von der IV nicht übernommen wurde. Das fortgeschrittene Alter des Versicherten führt zu keinem andern Ergebnis. Auch bei älteren Versicherten muß der Gesundheitsschaden bis zum Ende der IV-rechtlichen Aktivitätsperiode (Beginn des AHV-rechtlichen Rentenalters) weitgehend stabilisiert und irreversibel sein, damit eine bleibende Erwerbsunfähigkeit gegeben ist (EVGE 1965, S. 135; ZAK 1965, S. 565). Das trifft nicht zu, wenn eine medizinisch indizierte Operation durchgeführt wird, durch die der Schaden voraussichtlich behoben werden kann. In der Verweigerung einer Rente liegt kein Rechtsmißbrauch, wenn es nach tatsächlichen Verhältnissen an einem stabilen und irreversiblen Gesundheitsschaden fehlt.

Ferner lassen die heutigen Akten den Schluß nicht zu, daß ein Rentenanspruch gemäß den Varianten III a und b entstanden wäre. Zwar hat der Versicherte nach der Bescheinigung der Firma X. im Zeitpunkt der Arbeitseinstellung am 12. März 1964 nicht mehr den vollen Lohn bezogen, was die Annahme nahegelegt, er sei bereits vorher in einem gewissen Grad erwerbsunfähig gewesen. Doch läßt sich der Grad dieser Erwerbsunfähigkeit auf Grund der Bescheinigung nicht zuverlässig abschätzen. Auf jeden Fall erscheint es als ausgeschlossen, daß der Versicherte vor dem 1. Februar 1965 (Erreichung des AHV-rechtlichen Rentenalters) während 450 Tagen durchschnittlich zu mindestens zwei Dritteln erwerbsunfähig war (Variante III a). Sollte er aber der Auffassung sein, es habe vor diesem Zeitpunkt während 540 Tagen eine mindestens hälftige durchschnittliche Erwerbsunfähigkeit bestanden (Variante III b), so bleibt ihm das Recht gewahrt, insoweit von der

IV-Kommission eine erneute Überprüfung des Rentenanspruches zu verlangen. (Die Verwaltung hat den Anspruch nur nach den Varianten I und II beurteilt). In diesem Zusammenhang wird der Versicherte darauf aufmerksam gemacht, daß der Verwaltung bei der Schätzung der durchschnittlichen Erwerbsunfähigkeit ein verhältnismäßig weiter Ermessensraum zustehen muß.

Urteil des EVG vom 2. Dezember 1965 i. Sa. L. L.

Art. 41, Abs. 2, IVG. Die Revision der Rente ist im Verlaufe der zweiten und einer darauf folgenden Dreijahresperiode bei wesentlicher und andauernder Verschlechterung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten zulässig ohne Rücksicht auf eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes.

Der im Jahre 1914 geborene, den Beruf eines selbständigen Schuhmachers ausübende Versicherte leidet an den Folgen eines 1935 erlittenen Hirnschlages mit Halbseitenlähmung rechts. Die kantonale Steuerbehörde veranschlagte sein jährliches Erwerbseinkommen für 1959/60 auf 4 750 Franken und für 1961/62 auf 5 000 Franken.

Dem Versicherten wurde durch Verfügung der Ausgleichskasse vom 28. Dezember 1960 auf Grund eines Beschlusses der IV-Kommission vom 28. Oktober ab 1. Januar 1960 eine halbe Invalidenrente zugesprochen. Die Ausgleichskasse verfügte am 7. Dezember 1962 die Aufhebung der Rente ab 31. Oktober 1962, worauf der Versicherte beim kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde einreichte. Dieses sprach sich in seinem Urteil vom 13. April 1964 für die Beibehaltung der Rente aus.

Im Oktober 1964 reichte der Versicherte ein Revisionsbegehren ein. Die IV-Kommission war der Ansicht, daß sich der Invaliditätsgrad nicht verändert habe und lehnte das Gesuch ab. Das kantonale Gericht wies die vom Versicherten gegen die betreffende Kassenverfügung vom 4. Dezember 1964 eingereichte Beschwerde seinerseits ebenfalls ab.

Das EVG hat die Berufung des Versicherten aus folgenden Gründen abgewiesen:

1. Gemäß Art. 28, Abs. 1, IVG hat der Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn er mindestens zur Hälfte invalid ist; in Härtefällen kann eine Rente schon bei einer Invalidität von mindestens zwei Fünfteln ausgerichtet werden. Ist er weniger als zu zwei Dritteln invalid, so wird nur die Hälfte der zutreffenden Rente gewährt. Nach Art. 28, Abs. 2, IVG wird der Invaliditätsgrad durch Vergleich zwischen dem Erwerbseinkommen, das der Versicherte «nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte» und dem «Erwerbseinkommen, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre», bemessen. Grundsätzlich handelt es sich darum, zwei hypothetische Einkommen in Beziehung zu setzen.

Art. 41 IVG bestimmt andererseits, daß wenn sich «der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers in einer für den Anspruch erheblichen Weise» ändert, «die Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben» ist (Abs. 1). «Die Bemessung der Invalidität kann während der

ersten 3 Jahre nach Festsetzung der Rente jederzeit, in der Folge nur noch auf das Ende jedes dritten Jahres überprüft werden. Weist jedoch der Rentenberechtigte nach, daß sich sein Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert hat, oder werden Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt, so wird die Ueberprüfung auch innerhalb der dreijährigen Frist vorgenommen» (Abs. 2). Das EVG hat bereits erklärt (ZAK 1966, S. 55), daß die erste dreijährige Revisionsperiode mit dem Datum der erstmaligen Rentenverfügung zu laufen beginne. Ferner hat es ausdrücklich präzisiert (ZAK 1966, S. 158), daß dieses Datum auch die späteren Revisionsperioden bestimme.

2. Die halbe Rente wurde dem Versicherten erstmals am 28. September 1960 zugesprochen. Das Revisionsbegehren wurde im vorliegenden Fall während der zweiten von Art. 41, Abs. 2, IVG vorgesehenen dreijährigen Revisionsperiode gestellt. Da der Berufungskläger keine Eingliederungsmaßnahmen erhielt und sich sein Gesundheitszustand seit dem Zeitpunkt der Rentenfestsetzung nicht in erheblicher Weise verschlechtert hat (nach den sich im Dossier befindlichen ärztlichen Zeugnissen zu schließen), ist als erste Frage zu prüfen, ob die Aenderung der wirtschaftlichen Verhältnisse allein genügt, um eine Revision im Verlaufe der jener folgenden Perioden, während welcher der Rentenanspruch jederzeit überprüft werden kann, zu rechtfertigen. Die kantonale Behörde ist im vorliegenden Fall vom Wortlaut von Art. 41, Abs. 2, IVG abgewichen und hat ein auf einer solchen Begründung fußendes Gesuch implicite als zulässig betrachtet. Das BSV seinerseits ist ohne weiteres auf die Begründung des Berufungsklägers eingetreten, und auch es scheint die Revision einer Invalidenrente aus wirtschaftlichen Gründen im Verlaufe der zweiten und späterer Revisionsperioden anzunehmen.

Das EVG hat in extensiver Auslegung von Art. 26, Abs. 1, MVG, wonach eine neue Rente festgesetzt wird, wenn «in der Folge der körperliche oder psychische Nachteil des Versicherten erheblich größer oder erheblich geringer wird, als bei der Festsetzung der Rente angenommen wurde», zugelassen, daß bei erheblicher Aenderung der Erwerbsfähigkeit die Rente der MV revidiert werden könne, sofern diese Aenderung auf medizinische oder wirtschaftliche Tatsachen zurückgehe (EVGE 1964, S. 136). Art. 80, Abs. 1, KUVG ist etwas weiter gefaßt als Art. 41, Abs. 2, IVG und Art. 26, Abs. 1, MVG: er spricht von «erheblich größerer oder geringerer Erwerbsunfähigkeit», und es scheint, daß sich die Rechtsprechung einer der MV analogen Lösung zuneigt (vgl. Maurer, Recht und Praxis, 2. Auflage, S. 243).

3. Nach einem allgemein anerkannten Auslegungsgrundsatz, ist nur dann vom klaren Text einer Bestimmung abzuweichen, wenn triftige Gründe den Schluß zulassen, daß die Redaktion der Bestimmung nicht den wahren Sinn wiedergibt (vgl. z. B. BGE 88 I 112 und die dort zitierte Rechtsprechung). Art. 1, Abs. 1, ZGB präzisiert übrigens: «Das Gesetz findet auf alle Rechtsfragen Anwendung, für die es nach Wortlaut oder Auslegung eine Bestimmung enthält». Aus dieser Regel folgert die Rechtslehre, daß der Richter den latenten Sinn des Gesetzes zu entdecken hat, indem er nötigenfalls über seinen Wortlaut hinausgeht oder umgekehrt diesseits desselben bleibt (vgl. z. B. Tuor, Das Schweizerische Zivilgesetzbuch, S. 29; Meier-Hayoz in Schweizerische Juristische Kartothek, Nr. 1094, Germann, Probleme und Methoden der Rechtsfindung, 1965, S. 47 und S. 377).

Im vorliegenden Fall gibt es genügend Gründe, um vom Wortlaut von Art. 41, Abs. 2, IVG abzuweichen. In seiner Botschaft vom 24. Oktober 1958 (S. 69, Buchst. F, Ziffer V) erklärte der Bundesrat bezüglich der festen Revisionszeiten von 6, 9, 12 Jahren usw. nach der Rentenfestsetzung, daß diese Einschränkung die Interessen des Versicherten berücksichtigt ohne jedoch näher zu erläutern, warum der Gesetzestext nur für den Fall, daß sich sein «Gesundheitszustand» erheblich verschlechtert Ausnahmen der Beschränkung — immerhin zu Gunsten des Invaliden — vorsieht. Wenn sich der Invalide aber nur auf die Verschlechterung seines Gesundheitszustandes während der zweiten und der folgenden Dreijahresperioden berufen könnte, würde sich die Errichtung der festen Revisionszeiten gegen ihn wenden. Die Redaktion der Norm achtet also nicht auf die ratio legis. Der Bericht der Expertenkommission vom 30. November 1956 (S. 142) äußert sich auch nicht über diesen Widerspruch. Anlässlich der parlamentarischen Beratungen hat man nur auf der Zweckmäßigkeit bestanden, die Revisionsregeln im Rahmen des Möglichen in den 3 Sozialinstitutionen, die gegen Invalidität versichern, zu vereinheitlichen (Sten. Bulletin 1959, Nationalrat, S. 134; Ständerat, S. 143). Man kann sich deshalb des Eindrucks nicht erwehren, daß die Redaktoren des IVG als sie Art. 41, Abs. 2, IVG aufstellten, es übersehen haben, daß das ganze Gesetz auf einem Invaliditätsbegriff beruht, dessen Grundlage, in Art. 4 IVG als «Erwerbsunfähigkeit» definiert, wesentlich wirtschaftlicher Ordnung ist. Art. 41, Abs. 1, IVG formuliert übrigens den wesentlichen Revisionsgrundsatz unzweideutig: Die Erhöhung, die Herabsetzung oder die Aufhebung der Rente sind der den Rentenanspruch beeinflussenden Aenderung der Invalidität des Rentenbezügers untergeordnet. Der zweite Fall von Revision innerhalb der in Art. 41, Abs. 2, IVG vorgesehenen festen Zeiten von 6, 9, 12 Jahren usw., betrifft andererseits den Versicherten, der sich Eingliederungsmaßnahmen unterziehen muß, die darauf abzielen, seine Erwerbsfähigkeit zu ändern. Es ist deshalb angebracht, zu Gunsten der ratio legis vom Buchstaben des Gesetzes abzuweichen, und anzuerkennen, daß die Revision der Rente im Verlauf der zweiten Dreijahresperiode — und der folgenden — bei Aenderung der wirtschaftlichen Verhältnisse, unabhängig von jeder Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten, zulässig ist.

Zweifelsohne könnte man annehmen, daß der Ausdruck «Gesundheitszustand» in Art. 41, Abs. 2, IVG absichtlich verwendet worden sei, um die Revisionsfälle einzuschränken. Wenn dem aber so gewesen wäre, wäre diese Absicht wahrscheinlich aus den Vorarbeiten zum Gesetz hervorgegangen. Auch ist, wenn man richtig überlegt, einer einheitlichen Praxis der MV, der obligatorischen Unfallversicherung und der IV — übrigens machen die Gesetzesmaterialien auf diese Praxis, wie weiter oben angeführt wurde, aufmerksam — der Vorzug zu geben. Das heißt allerdings nicht, daß jede Aenderung der Erwerbsfähigkeit des Rentenbezügers — unabhängig von der Entwicklung seines Gesundheitszustandes — eine Revision innerhalb der Perioden die jener ersten folgen, während welcher die Rente jederzeit geändert werden kann, rechtfertigen würde. Will man eine gewisse Rechtssicherheit bewahren, so kann nur eine wesentliche und dauerhafte Verschlechterung der Invalidität eine Revision nach sich ziehen: Es muß nämlich verhütet werden, daß der Versicherte auf geringfügige Abweichungen in Ermessens-

fragen, die immer möglich sind, oder auf eine vorübergehende Aenderung seiner Erwerbsfähigkeit spekulieren kann, um dadurch eine höhere Rente zu erhalten.

4. Wenn feststehen würde, daß das effektive Einkommen des Berufungsklägers seit 1959 nie 5 000 Franken pro Jahr überschritten hat, würde der heutige Invaliditätsgrad 71,99 Prozent betragen. Verglichen mit den 60 Prozent, welche die erste Instanz feststellte, würde dies ohne Zweifel eine Rentenrevision gemäß den oben angeführten Grundsätzen rechtfertigen. Die Bewertung des gegenwärtigen Einkommens des Versicherten, der einen selbständigen Beruf ausübt und keine Buchhaltung führt, beruht jedoch vorwiegend auf einer Schätzung, welche die kantonale Behörde besser im Stande war vorzunehmen als das EVG. Im übrigen geht es nach der Praxis des EVG nicht an, ein kantonales Urteil einer einfachen Ermessensfrage wegen zu revidieren, vorausgesetzt daß die erste Instanz jedoch gewisse zulässige Grenzen nicht überschritten hat. Obwohl die Steuereinschätzung etwas tiefer ist, ist es zulässig, das Realeinkommen des Versicherten auf 6 000 Franken zu bewerten, was einen Invaliditätsgrad von etwas weniger als zwei Dritteln ergibt.

Urteil des EVG vom 15. Dezember 1965 i. Sa. A. B.

Art. 41 IVG und Art. 87, Abs. 4, IVV. Ergibt sich nach früherer Rentenverweigerung trotz gleichbleibendem Gesundheitsschaden auf Grund der während einer beträchtlichen Zeit gemachten Erfahrungen ein neues Bild über die Eingliederungsfähigkeit einer Versicherten, so ist auf die Neuanschuldung einzutreten.

Die im Jahre 1912 geborene Versicherte hat seit 1925 verschiedene Krankheiten durchgemacht und sich mehreren Operationen unterziehen müssen. Am 18. Februar 1960 ersuchte sie erstmals um IV-Leistungen. Die Versicherte, die keinen Beruf erlernt hatte, war damals als Vorführdame und Hausiererin tätig. Dr. X bezeichnete im Arztbericht vom 12. Juli 1960 ihren Gesundheitszustand als stationär. Seit 1950 bedürfe die Versicherte dauernd ärztlicher Behandlung; sie sei zeitweise 100prozentig arbeitsunfähig, nachher wieder vollständig arbeitsfähig. Zur Eingliederung bedürfe sie psychotherapeutischer Maßnahmen. In ihrem Abklärungsbericht vom 18. Oktober 1960 gelangte die IV-Regionalstelle für berufliche Eingliederung zum Schluß, daß die Versicherte eingegliedert und fähig sei, zu mehr als 50 Prozent erwerbstätig zu sein.

Mit Kassenverfügung vom 4. Januar 1961 wurde der Versicherten der Beschluß der IV-Kommission, ihr wegen zu niedrigen Invaliditätsgrades keine Rente zu gewähren, eröffnet. Diese Verfügung wurde unangefochten rechtskräftig.

Im Juni 1961 reichte die Versicherte ein sog. Wiedererwägungsgesuch ein, auf das die Verwaltung gemäß Kassenverfügung vom 5. September 1961 nicht eingetreten ist. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies die Rekurskommission am 16. April 1963 ab, weil sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der frühern Beurteilung durch die Verwaltung nicht in

einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert habe. Auch dieser Beschwerdeentscheid wurde unangefochten rechtskräftig.

Am 15. Juli 1963 reichte die Versicherte der IV-Kommission eine neue Anmeldung ein. Die Ärzte Y und Z meldeten der Kommission im Dezember 1963 bzw. 1964 übereinstimmend, der Gesundheitszustand sei stationär und die Annahme einer hälftigen Invalidität gerechtfertigt. Die IV-Regionalstelle ließ sich am 29. Juni/16. September 1964 dahin vernehmen, daß die Versicherte im März 1963 ihre unregelmäßige Tätigkeit aufgegeben und seit November eine feste Stelle als Mittagsablösung in einem Warenhaus angetreten habe, wo sie wöchentlich 20—24 Stunden bei einer normalen Arbeitszeit von 48 Stunden arbeite. Es werde «wohl kaum mehr gelingen, die körperlich geschwächte und psychisch sehr labile Patientin einer geregelten Ganztagsstätigkeit zuzuführen». Trotz Druckes des Fürsorgeamtes auf die seit 1960 unterstützte Versicherte sei sie nicht imstande gewesen, während längerer Zeit einer ganztägigen Arbeit nachzugehen. Es sei am besten, wenn sie regelmäßig einer Halbtagsarbeit nachgehen könne. Die IV-Kommission behandelte die Anmeldung vom 15. Juli 1963 als Wiedererwägungsgesuch und stellte fest, daß weder neue Tatsachen noch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der ersten Beurteilung dargetan seien, weshalb auf das Gesuch nicht eingetreten werde.

Die Versicherte beschwerte sich gegen die entsprechende Kassenverfügung vom 8. Februar 1965 bei der kantonalen Rekurskommission mit dem Begehren um Gewährung einer Rente spätestens ab 15. Juli 1963, eventuell ab 1. Januar 1960 bzw. von der ersten Anmeldung weg. Die Rekurskommission wies die Beschwerde am 5. August 1965 ab, indem sie ausführte, daß auf die Verfügung vom 4. Januar 1961 und den Beschwerdeentscheid vom 16. April 1963 mangels Revisionsgrund nicht wieder eingetreten werden könne und eine Rente vom 15. Juli 1963 weg eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse seit der frühern Anmeldung voraussetzen würde, die jedoch nicht eingetreten sei. Im übrigen könne die Versicherte nicht nachträglich mit Hilfe eines Wiedererwägungsgesuches die versäumte Rechtsmittelfrist umgehen.

Die Versicherte hat diesen Entscheid mit Berufung an das EVG weitergezogen, das sie mit folgender Begründung teilweise guthieß:

Aus der Beschwerdefrist erhellt, daß die Anmeldung vom 15. Juli 1963 die Erlangung einer Rente vom Januar/Februar 1960, spätestens jedoch vom Zeitpunkt dieser zweiten Anmeldung weg bezweckt. Einerseits werden also erneut Rentenleistungen für einen Zeitraum beansprucht, für den eine Rente bereits rechtskräftig verweigert worden ist (Verfügung vom 4. Januar 1961; Nichteintretensverfügung vom 5. September 1963, bestätigt durch Beschwerdeentscheid vom 16. April 1963). Andererseits wird behauptet, daß jedenfalls zu einem spätern Zeitpunkt ein Anspruch auf Rente entstanden sei. Die Anmeldung vom 15. Juli 1963 kann somit nicht nur als sog. Wiedererwägungsgesuch behandelt werden. Dies ist sie nur, soweit sie sich auf den Zeitraum bis zum Erlaß der Nichteintretensverfügung vom 5. September 1961 bezieht. Für die Folgezeit stellt sie eine neue Anmeldung im Sinn von Art. 87, Abs. 4, IVV dar.

a. Vorab ist zu prüfen, ob die Verwaltung nachträglich verhalten werden kann, die Verfügung vom 4. Januar 1961 und die Nichteintretensverfügung vom 5. September 1961, die beide rechtskräftig sind, abzuändern.

Wie in EVGE 1963, S. 85/86 (ZAK 1963, S. 295) näher dargetan wird, ist die Verwaltung auf Gesuch des Versicherten hin verpflichtet, ihre Verfügungen wegen Entdeckung neuer Tatsachen oder Beweismittel zurückzunehmen und eine neue beschwerdefähige Verfügung zu erlassen. Die Rekurskommission hat zutreffend festgestellt, daß im vorliegenden Fall keine erheblichen Tatsachen geltend gemacht wurden, die nicht schon bei den frühern Beurteilungen des Rentenanspruchs vorgebracht werden konnten. Auch von der Entdeckung neuer entscheidender Beweismittel kann keine Rede sein. Folglich war die Verwaltung berechtigt, das Leistungsgesuch vom 15. Juli 1963, soweit es darauf gerichtet war, daß sie die Kassenverfügungen vom 4. Januar und 5. September 1961 zurücknehme und eine im Januar/Februar 1960 beginnende Rente zuspreche, durch Nichteintreten zu erledigen. Die dagegen erhobene Beschwerde mußte abgewiesen werden. Die Berufung erweist sich deshalb in diesem Punkt als unbegründet.

b. Soweit das Leistungsbegehren vom 15. Juli 1963 eine neue Anmeldung darstellt, ist Art. 87, Abs. 4 (in Verbindung mit Abs. 3) IVV beachtlich. Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach diesen Bestimmungen eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht wird, daß sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die Ausgleichskasse ist alsdann verpflichtet, eine neue beschwerdefähige Verfügung zu erlassen (EVGE 1963, S. 213; ZAK 1964, S. 129). Nach der Gesetzessystematik ist Art. 87 IVV eine Ausführungsvorschrift zu Art. 41 IVG, der seinerseits lediglich die Revision bereits laufender Renten zum Gegenstand hat. Wie das Gericht in einem Urteil ausgeführt hat (ZAK 1966, S. 165), gehört die neue Anmeldung nach Verweigerung einer Rente im Sinn von Art. 87, Abs. 4, IVV nicht in das Rechtsschema der eigentlichen Revision. Art. 87, Abs. 4 (in Verbindung mit Abs. 3), IVV kann deshalb nur bedeuten, daß eine in zeitlich beachtlicher Nähe auf die frühere Ablehnung folgende Neuanschuldung ohne Grundangabe nicht genügt, um die IV-Kommission zur Abklärung von Amtes wegen zu verpflichten, ob und wie sich die Verhältnisse seit der frühern Rentenverweigerung möglicherweise geändert haben könnten. Erforderlich ist vielmehr, daß der Versicherte Tatsachen geltend mache, die genügend beachtlich sind, um jene Pflicht zur Abklärung wirksam werden zu lassen.

Nachdem im vorliegenden Fall die Ärzte Y und Z die Invalidität der Berufungsklägerin im Dezember 1963 bzw. 1964 übereinstimmend auf 50 Prozent schätzten und den Gesundheitszustand als stationär bezeichneten, nachdem die IV-Regionalstelle im Juni 1964 sich im gleichen Sinn vernehmen ließ und die Gewährung einer halben Rente beantragte, ist jedenfalls die Pflicht der IV-Kommission zur Abklärung der Verhältnisse von Amtes wegen genügend begründet. Wohl ist es richtig, daß sich der Gesundheitszustand der Berufungsklägerin seit der früheren Rentenablehnung kaum wesentlich geändert hat. Die Frage, ob sich der Invaliditätsgrad in rentenbegründendem Ausmaße verändert habe, ist jedoch damit allein noch nicht beantwortet, weil ja nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern dessen Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit versichert ist. Hierin ist nun eine Änderung der Auffassungen festzustellen. Während nämlich früher angenommen wurde, die Berufungsklägerin könnte zumutbarer Weise mehr als zur Hälfte erwerbstätig sein, scheinen heute die Ärzte und

die IV-Regionalstelle davon abzurücken. Für die Beurteilung des Rentenanspruchs ist demnach entscheidend, ob diese neue Beurteilung begründet sei oder nicht. Ohne Zweifel kann die während eines beträchtlichen Zeitraumes nach der frühern Rentenverweigerung mit der Eingliederungsfähigkeit gemachte Erfahrung trotz gleichgebliebenen Gesundheitsschadens einen neuen Sachverhalt ergeben. Es wird Sache der IV-Kommission sein, die Rentenberechtigung der Berufungsklägerin unter diesem bisher kaum beachteten Gesichtspunkt näher abzuklären. Dabei wird vor allem zu berücksichtigen sein, daß die Arztzeugnisse vom Dezember 1963 und 1964 anders als der Arztbericht aus dem Jahre 1960 die Beeinflussung der Leistungsfähigkeit durch die psychische Komponente anscheinend nicht berücksichtigen. Wenn allein nach dem körperlichen Zustand vermehrte Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, so müßte insbesondere geprüft werden, ob der psychische Faktor bei der Bemessung der Invalidität nach der geltenden Praxis überhaupt erheblich wäre (vgl. Art. 4 IVG).

VON
MONAT
ZU
MONAT

Der Bundesrat beschloß am 17. Mai die in Artikel 10, Absatz 1, IVV festgesetzten Beiträge an die *Sonderschulung invalider Minderjähriger* zu erhöhen. Ueber die Einzelheiten orientieren die Ausführungen auf S. 282 dieser Nummer.

*

Am 24. Mai hat der Bundesrat den *Jahresbericht 1964* des Bundesamtes für Sozialversicherung über die AHV/IV/EO genehmigt.

*

Die *Vereinigung der Verbandsausgleichskassen* trat am 26./27. Mai unter dem Vorsitz ihres Präsidenten, F. Rütli, Bern, und im Beisein von Vertretern des Bundesamtes für Sozialversicherung in Stans zu ihrer diesjährigen Generalversammlung zusammen. Sie hörte sich bei diesem Anlaß einen Vortrag von Professor Billeter, Universität Freiburg, über das Thema «Grenzen, Möglichkeiten und Entwicklungen der elektronischen Datenverarbeitung» an.

*

Die Ratifikationsurkunden zum *Abkommen mit dem Fürstentum Liechtenstein über die AHV und IV* vom 3. September 1965 sind am 27. Mai in Bern ausgetauscht worden. Damit tritt der neue Vertrag in Anwendung seines Artikels 21 am *1. Juli 1966 in Kraft*; gleichzeitig wird das bis dahin geltende Abkommen aus dem Jahre 1954 aufgehoben. Wie üblich werden die Ausgleichskassen über die Durchführungsmodalitäten näher orientiert werden.

*

Am 2./3. Juni hielten die *kantonalen Ausgleichskassen* in Glarus unter dem Vorsitz von Dr. Weiss, Basel, und im Beisein von Vertretern des Bundesamtes für Sozialversicherung ihre Jahreskonferenz ab. Bei diesem Anlaß sprach E. Schlageter, Oberregierungsrat im Arbeitsministerium Baden-Württemberg, über die Grundzüge und Leistungsarten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung, und Dr. Kaiser, Berater für mathematische Fragen der Sozialversicherung, stellte allgemeine Betrachtungen zum Problem Indexrente/dynamische Rente an.

*

Der Bundesrat beschloß am 10. Juni, der Bundesversammlung *Botenschaft und Entwurf zu einem Bundesgesetz über eine Erhöhung der Renten der AHV und IV* zu unterbreiten (s. Seite 282).

Der Teuerungsausgleich der AHV nimmt Gestalt an

Der Bundesrat hat der Bundesversammlung am 10. Juni 1966 Botschaft und Entwurf zum Bundesgesetz über eine Erhöhung der AHV- und IV-Renten unterbreitet. Darin beantragt er, Renten und Hilflosenentschädigungen auf 1. Januar 1967 um zehn Prozent heraufzusetzen. Das gilt für die laufenden und die künftigen Leistungen. Die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber sowie die Zuwendungen von Bund und Kantonen an die AHV bleiben dabei unverändert.

Für die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV soll die zehnpromzentige Erhöhung nicht als Einkommen angerechnet werden. Sie können somit ungeschmälert ausgerichtet werden, ohne daß Bund und Kantone ihre betreffenden Gesetze anzupassen brauchen.

Die von verschiedener Seite angeregte automatische Anpassung der AHV- und IV-Renten an die Entwicklung von Löhnen und Preisen wirft Fragen von großer Tragweite auf. Sie werden daher nicht in der vorliegenden Botschaft behandelt. Ihre Prüfung, die erhebliche Zeit erfordern wird, ist indessen in die Wege geleitet.

Erhöhung der Beiträge an die Sonderschulung invalider Minderjähriger

Während die IV ihre Vergütungen an die Kosten anderer Eingliederungsmaßnahmen gestützt auf Tarifvereinbarungen (mit Spitälern, Eingliederungsstätten, Berufsverbänden usw.) periodisch der Teuerung anpaßte, blieben die in Artikel 10 IVV festgelegten Beiträge an die Sonderschulung bisher unverändert. Im Zusammenhang mit den Vorarbeiten für eine Revision des IVG und der IVV wurden die Aufwendungen der Sonderschulen überprüft, wobei es sich zeigte, daß die Schul- und Kostgeldbeiträge den betreffenden Institutionen nicht die erwartete finanzielle Entlastung zu bringen vermochten. Gestützt auf diesen Umstand hat der Bundesrat mit Beschluß vom 17. Mai 1966 durch Aenderung von Artikel 10, Absatz 1, IVV die Beiträge der IV an die Sonderschulung wie folgt erhöht.

Der Beitrag an den Sonderschulunterricht wurde von zwei auf sechs Franken pro Schul- bzw. Aufenthaltstag erhöht. Der Beitrag an die durch die Sonderschulung bedingte auswärtige Unterbringung und Verpflegung wurde von drei auf vier Franken pro Aufenthaltstag heraufgesetzt. Ist lediglich auswärtige Verpflegung erforderlich, so gewährt die IV hierfür

einen Beitrag von zwei Franken (bisher ein Franken) für jede Hauptmahlzeit.

Die Anpassung erfolgte aus schulorganisatorischen Gründen rückwirkend auf den 1. April 1966, so daß für die auf den Zeitraum nach dem 31. März 1966 entfallenden Schul- bzw. Aufenthaltstage die erhöhten Beträge in Rechnung gestellt werden können.

Diese Verbesserung der Leistungen ist für die IV mit einem Mehraufwand von rund zehn Millionen Franken verbunden. Sie bedeutet somit die Vorwegnahme eines wesentlichen Revisionspunktes vor Abschluß der Vorarbeiten für die Revision der IV. Die Anpassung der Schul- und Kostgeldbeiträge wurde jedoch als dermaßen dringlich betrachtet, daß ein weiteres Zuwarten nicht verantwortet werden konnte. Diesem Vorgehen haben denn auch die Eidgenössische Kommission für die Revision der IV sowie die Eidgenössische Kommission für die AHV und IV einhellig zugestimmt. Die Beiträge an Maßnahmen zur Ermöglichung der Teilnahme am Unterricht in der Volksschule (Art. 10, Abs. 2, IVV) sowie an die Pflege bildungsunfähiger Minderjähriger (Art. 13 IVV) bleiben dagegen vorläufig unverändert; diese Leistungen werden im Zusammenhang mit den übrigen Revisionspunkten überprüft.

Planung und Koordination der beruflichen Eingliederung in der Invalidenversicherung

Die IV bemüht sich primär um die Eingliederung der Invaliden in das Erwerbsleben. In diesem Rahmen kommt den beruflichen Maßnahmen eine große Bedeutung zu. Hatte die Expertenkommission, die zur Einführung der IV bestellt worden war, seinerzeit der Umschulung von invalid gewordenen Erwerbstätigen mehr Gewicht beigemessen als der erstmaligen beruflichen Ausbildung, so haben sich die Verhältnisse in der Praxis gerade umgekehrt entwickelt. So wurden im Jahre 1964 in der IV 2 500 Fälle von erstmaliger beruflicher Ausbildung und 600 solche von Um- und Wiedereinschulung gezählt. Hinter jedem dieser Fälle steht ein menschliches Schicksal. Umso mehr müssen die Kräfte, die für die Begutachtung der Eingliederungsfähigkeit und für die Durchführung und Überwachung der beschlossenen Maßnahmen zur Verfügung stehen, möglichst zweckmäßig eingesetzt werden.

In diesem Sinne stellte die siebente Jahreskonferenz der IV-Kommissionen vom 21. April 1966 (ZAK 1966, S. 225) «die Planung und Koordination der beruflichen Eingliederung» in den Mittelpunkt ihrer Tagung. Die damit verbundenen Fragen wurden von berufener Seite

aus allgemeiner Sicht, aus der Sicht einer IV-Kommission sowie vom Standpunkt einer IV-Regionalstelle und einer Eingliederungsstätte sachkundig beleuchtet. Die Referate werden nachstehend leicht gekürzt wiedergegeben. Die Redner haben ihre persönliche Meinung vertreten; soweit nötig wird sich das Bundesamt für Sozialversicherung an dieser Stelle später hiezu äußern.

I. Planung und Koordination aus allgemeiner Sicht

(von W. Schweingruber, früherer Leiter der Eingliederungsstätte
«Milchsuppe» in Basel)

Beim schweizerischen Vorgehen in der Eingliederung unserer Invaliden in das Wirtschaftsleben kommt der Planung eine besondere Bedeutung zu. Wir sehen das deutlich, wenn wir einen Blick werfen auf andere Eingliederungsmethoden, so wie sie vielfach im Ausland üblich sind. Wir wollen uns daher zuerst in internationaler Sicht mit den wichtigsten Methoden der Eingliederung und ihren Schwerpunkten befassen.

Die Reservierung von passenden Berufsgruppen durch den Staat

Überall, wo bestimmte Invaliditätsformen einheitliche Voraussetzungen zu bieten schienen, lag der Gedanke nahe, für sie auch einen einheitlichen Eingliederungsweg vorzuschlagen. Das war vor allem der Fall bei den *Blinden* und bei den *Einhändern*. Von jeher gab es die «klassischen Blindenberufe» — Bürstenbinden, Körbe- und Stuhlrohrflechten — die sich für alle Blinden einigermaßen eigneten. Dazu kamen dann später noch die Berufe des Masseurs und des Telefonisten. In einigen Ländern wurden ihnen darum diese Stellen reserviert, als es sich zeigte, daß diese den Blinden auch einen normalen Verdienst sichern konnten. Für ihre entsprechende *Ausbildung* sorgte ebenfalls der Staat. Das war vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg der Fall (wie ja überhaupt dieses Weltunglück überall intensive Eingliederungsbemühungen nötig machte und auslöste).

In der Rüstungsindustrie wurden auch schon bald *Einhänder* zur Bedienung von Apparaten und halbautomatischen Werkzeugmaschinen eingesetzt. Eine Hand führte das Werkstück, während mit einem Pedal die Bewegung des Werkzeuges zu seiner Bearbeitung ausgelöst wurde. Auch diese Methode bewährte sich und führte daher vielerorts zur Reservierung derartiger Arbeitsplätze.

Die Eingliederung durch die Arbeitsämter

Voraussetzung für diese Eingliederungsmethode ist der *Eingliederungszwang*. Ihm unterstehen beide Partner, der Arbeitgeber sowohl wie der Arbeitnehmer. Dem ersten schreibt das Gesetz in der Regel den Prozentsatz von Invaliden vor, den er einhalten muß bei der Zusammensetzung seiner Belegschaft. Dem zweiten mutet er die Übernahme einer Tätigkeit zu, ohne daß auf die persönlichen Neigungen Rücksicht genommen werden kann. Beide Partner werden mit Strafen bedroht, wenn sie den Anordnungen nicht nachkommen. Der eine durch Verhängung von Bußen, der andere durch Entzug der Hilfe.

Wo liegen bei diesem Vorgehen *die Schwerpunkte*? Zuerst bei der *Gesetzgebung*. Ein Grundgesetz schafft den Eingliederungszwang. Immer aber besteht die Tendenz, dem Zwang auszuweichen. In der Praxis zeigen sich allerlei Wege. Gesetzesnovellen müssen daher laufend geschaffen werden, um Auswege zu verunmöglichen. Ich denke an Kündigungsschutz, Verbot der Lohnauszahlung ohne Beschäftigung, Verpflichtung, geeignete Arbeitsplätze frei zu machen für den Invaliden und häufig Verschärfung der Strafbestimmungen.

Der zweite Schwerpunkt liegt bei der *Berufsförderung oder Umschulung*. Dem Arbeitgeber müssen die Schwierigkeiten der Anlernung abgenommen werden. Darüber kann auch der Eingliederungszwang nicht weghelfen. Wenn sich schon gemeinsame Schulungswerkstätten unter normalen Verhältnissen aufdrängen, wieviel nötiger sind solche bei handikapierten Menschen. Berufsförderungswerke sind daher in diesen Ländern häufig zu finden.

Der dritte Schwerpunkt liegt auf dem *Berufskataster*. Welche Berufe eignen sich für bestimmte Invaliditätsformen? Der Beamte des Arbeitsamtes ist normalerweise nicht berufskundlich ausgebildet. Er vermittelt administrativ und nicht berufsberaterisch. Ein Berufskataster hilft ihm aber, schwere Fehlschläge zu vermeiden und darum finden wir in diesen Ländern immer wieder entsprechende amtliche Veröffentlichungen. Sie haben gewöhnlich großen berufskundlichen Wert.

Die Eingliederung durch die Ärzte

In der Behandlung des Kranken unterscheidet der Arzt heute vielfach vier Phasen, nämlich

— *Die Rettung*, also der Eingriff, der die unmittelbare Lebensbedrohung beseitigen muß, so etwa bei Körperverletzungen die Blutstillung und

die Replazierung gebrochener Knochen, bei inneren Krankheiten der medikamentöse oder chirurgische Eingriff.

- *Die Heilung*, also die Schließung von Wunden und die Beseitigung krankhafter Prozesse und die Bildung neuer Knochensubstanz.
- *Die Erholung*, das heißt, die Sammlung neuer Kräfte, wie sie für die Bewältigung der Alltagsaufgaben nötig sind.
- *Die Wiedereingliederung*, also die Rückführung in den Arbeitsprozeß, der dem Genesenen wieder den Lebensunterhalt sichern soll.

Die Ärzte können keinen berufskundlichen Gesamtüberblick über das Wirtschaftsleben mit seiner großen Zahl von Einzeltätigkeiten haben. Daraus ergibt sich von selbst die Tendenz, den Patienten wieder *für seinen alten Beruf tauglich* zu machen und ihn in sein altes Arbeitsmilieu zurückzuführen. Es entstehen darum folgende Schwerpunkte.

Der erste Schwerpunkt liegt bei der Orthopädie. Vor allem sollen die Gliedmassen wieder richtig funktionieren. Das ist zunächst ausschlaggebend für die Bewältigung des Verkehrs unter Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel. Der Verkehrstest spielt darum in diesen Ländern eine entscheidende Rolle. Weiter ist die Beweglichkeit aller Gliedmassen aber auch für den Arbeitseinsatz wichtig, besonders dort, wo die Arbeitsteilung noch nicht entwickelt ist, wie etwa im Bergbau, in der Landwirtschaft, in der Seefahrt, im Waffendienst, in der Waldwirtschaft, in der Seefischerei usw.

Die Orthopädie hat denn auch in diesen Ländern bedeutende Fortschritte gemacht, wirksame neue Behandlungs- und Trainingsmethoden entwickelt und den Bau von Kunstgliedern und Apparaten stark gefördert. Bereits sind solche mit motorischem Antrieb entstanden.

Der zweite Schwerpunkt liegt auf der Adaptation. Die Rückführung an die alte Arbeit kann oft erleichtert werden durch spezifische Hilfsmittel und durch Umgestaltung des Arbeitsplatzes. Das hat sich besonders bewährt in der Automobilindustrie, weil dort der Invalidegenommene Maschinen bedienen kann und weil das Konstruieren von Spezialeinrichtungen dem Automobilbauer nicht schwer fällt. Die Adaptation bedeutet enge Zusammenarbeit zwischen Arzt und Maschineningenieur. Sie hat zum Teil sehr erfreuliche Früchte gebracht.

Bei den Ärzten besteht — wohl stärker als in andern Berufsgruppen — die stete *Tendenz zur Spezialisierung*; auch in der Eingliederung; auch in der Auswahl der Berufe, deren Arbeitsanforderungen studiert werden. Darum sind in solchen Ländern die Ärzte oft auf bestimmte Berufsgruppen spezialisiert. Gelingt ihnen aber die Eingliederung inner-

halb einer solchen nicht, dann weichen sie meist aus und schlagen dann Pensionierung statt Wiederbeschäftigung vor.

Das Wort «*Rehabilitation*» hat seinen Ursprung in diesen Ländern. Es bedeutete ursprünglich: «Rückführung in den alten Beruf». Heute aber wollen wir es verstehen als «Eingliederung ins Wirtschaftsleben» ganz allgemein.

Die Eingliederung unter Beziehung der Berufsberater

Unsere schweizerische Lösung möchte die Vorteile aller vorerwähnten Methoden ausnützen. Sie lehnt aber den Eingliederungszwang ab. Für den Invaliden besteht so etwas wie ein Eingliederungsrecht. Die Arbeitsvermittlung muß also so erfolgen, daß sie einleuchtend ist und nicht erzwungen werden muß. Das bringt mit sich, daß jeder Fall sehr individuell gelöst werden muß, wobei Fähigkeiten und Berufsanforderungen möglichst einander entsprechen müssen. Es ist selbstverständlich, daß sich dabei alle die Fragen der anderen Eingliederungssysteme auch stellen:

- Läßt sich eine ganze Berufsgruppe reservieren?
- Kann die Eingliederungsvoraussetzung gesetzlich gefördert werden?
- Lassen sich durch Spezialmaßnahmen ärztlicher und erzieherischer Art Erleichterungen schaffen?
- Welche Hilfe bringt die technische Kompensation?

Keiner dieser Gesichtspunkte darf außer acht gelassen werden. Darum ist in der schweizerischen Lösung *die Beratung und nicht die Rekrutierung* im Vordergrund. Die Beratung ist eine primär fürsorgliche Maßnahme. Sie geht aus von den persönlichen Bedürfnissen, Notständen und Möglichkeiten des Einzelnen. Die Rekrutierung dagegen ist primär volkswirtschaftlich und geht von der Frage aus: wie können den verschiedenen Berufsgruppen genügend viele und genügend geeignete Kräfte zugewiesen werden?

Wo liegt der *Schwerpunkt bei dieser schweizerischen Lösung*? Das ist die *Planung*. Jeder Fall ist individuell. Jeder Vorschlag hat eine gewisse Anzahl von Einzelstationen. Immer sind mehrere Instanzen eingespannt. Sie alle müssen nach einheitlichem Programm arbeiten. Sie alle müssen sich gleichsam einem Oberbefehl unterordnen. Tun sie es nicht, dann entstehen persönliche Verärgerungen und volkswirtschaftliche Verluste. Die IV erleidet dadurch eine Vertrauenseinbuße.



Wer ist befähigt, den Eingliederungsplan zu machen?

Es muß jemand sein, der einen möglichst großen Überblick hat über die persönlichen Verhältnisse und deren Verbesserungsmöglichkeiten einerseits und über die beruflichen Möglichkeiten und deren Auswertung andererseits. Dafür ist heute der *Berufsberater in der IV-Regionalstelle* zuständig. Wir sind uns dabei bewußt, daß er für dieses Amt keine spezifische und zielgerichtete Ausbildung erhalten konnte, weil diese Berufssparte früher gar nicht existierte. Der Berufsberater erhielt wohl berufskundliche Ausbildung und lernte Eignungsuntersuchungen machen. Der Arzt lernte wohl die körperliche Leistungsfähigkeit *und* deren Steigerungsmöglichkeit zu beurteilen.

Beide Wissensgebiete müssen aber beisammen sein, damit ein Eingliederungsplan entstehen kann. In einer Person waren sie bis dahin nicht vereinigt. Diese Lage ist für den Berufsberater eine Mahnung zu größter Gewissenhaftigkeit. Glücklicherweise steht er nicht allein. Hinter ihm ist die *IV-Kommission*, in der Fachleute aus verschiedenen Gebieten sitzen und die vielseitig mitraten können.

Wie entsteht der Eingliederungsplan?

Nun, doch offenbar aus der Gegenüberstellung der persönlichen Leistungsfähigkeit des Invaliden und der entsprechenden Beschäftigungsmöglichkeiten in der Gesamtwirtschaft. Der Planer sollte also von beidem möglichst gründliche Kenntnisse haben. Da müssen wir aber klar sehen: Er hat nie genügend Zeit zur Verfügung, um dieser Forderung nachzukommen. Er muß sich daher immer auf eine kleine Auswahl von Untersuchungen — in beiden Richtungen — beschränken und muß sich erst noch die drei Grundfragen vor Augen halten:

- Was wollen wir untersuchen?
- Was können wir untersuchen?
- Was müssen wir untersuchen?

Wir können nämlich heute noch lange nicht alles untersuchen, was wir gerne wollten (auch wenn wir dafür unbegrenzt viel Zeit hätten). Darum wird die Frage umso wichtiger: Was müssen wir unbedingt wissen, um einen Eingliederungsplan zu machen? Halten wir uns immer vor Augen, daß davon das Glück eines oder mehrerer Leben abhängt.

Zuerst suchen wir das *Eingliederungsziel*. Der wichtigere Teil des Planes ist aber *der Weg zu diesem Ziel*. Welches sind seine Etappen? Welche Instanzen sind zuständig? Welches sind die Kosten und wie werden sie gedeckt?

Wer führt den Eingliederungsplan durch?

Es kann der große Vorteil der schweizerischen Lösung sein, es kann auch ihr großer Nachteil sein, daß immer verschiedene Instanzen eingespannt werden zur Durchführung des Eingliederungsplanes. Denn die Fälle, die von den IV-Regionalstellen behandelt werden müssen, sind immer so schwer, daß sie nicht auf einfache Art gelöst werden können. Solche einfachen Fälle erledigt ja unsere Bevölkerung oder die private Fürsorge von selbst.

Wo viele Instanzen zusammenwirken müssen, braucht es eine *Disziplin*, die noch lange nicht selbstverständlich ist. Die Unterstellung unter den Gesamtplan muß gewährt sein. Was nützt sonst die Planung? Aber es darf kein Kadavergehorsam gefordert werden. Denn der Plan muß von allen begutachtet werden können. Das gerade macht ihn besonders wertvoll. Die verschiedenen Instanzen sollen also ein Team bilden, das nicht nur geregelt, sondern begeistert zusammenarbeitet. Welch hohe Ausbildungsaufgabe entsteht doch daraus für das Bundesamt für Sozialversicherung! Wie groß werden doch die Anforderungen an die Gewissenhaftigkeit der Planer!

Wer kontrolliert die Durchführung des Eingliederungsplanes?

Die Instanz, die ihn aufstellt, muß ihn auch kontrollieren, das ist selbstverständlicher Grundsatz aller Organisationen. Es ist also die IV-Regionalstelle. Das geht aber nicht in der Weise, daß sie sich laufend Rapporte und Zwischenberichte anfordert und diese in ihrem Büro zu einem wohlgeordneten, lückenlosen und imponierenden Dossier zusammenstellt. So macht sie nämlich die Männer an der Front, in den Eingliederungsstätten, Spitälern, Spezialschulen und Heimen zu Schreiberknechten, denen die Zeit geraubt wird für die unmittelbare Arbeit am Invaliden. Der Funktionär der IV-Regionalstelle soll persönlich an der Front erscheinen und sich die Angaben für seinen Bericht mündlich sammeln.

*

Zum Schluß möchte ich nur noch kurz auf einige *Schwierigkeiten* in der Durchführung des Eingliederungsplanes aufmerksam machen, die etwas außerhalb unserer Beeinflussung liegen. Ich denke an die Veränderung der Verhältnisse, die entstehen können, wenn die Eingliederungsbemühungen mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Wir leben in einer sehr schnelllebigem Zeit. Die wirtschaftlichen Verhältnisse verändern

sich unter Umständen allzu rasch. Eine Verdienstmöglichkeit von heute existiert unter Umständen in zwei Jahren nicht mehr. Das kann zur Versuchung führen, die heutige Gelegenheit am Schopf zu packen, sowohl beim Invaliden wie beim Eingliederer. Daraus entstehen oft allzu kurzlebige Lösungen.

Es können sich aber auch die Begabungsvoraussetzungen beim Invaliden verändern. Die Begabungsforschung im allgemeinen hat ja bis heute die Forschung nach der Konstanz der Begabung etwas vernachlässigt. Wir wissen noch nicht sicher, welche Faktoren im Laufe der Zeit zunehmen und welche abnehmen. Sicher wissen wir, daß das Interesse für eine Sache und vielleicht sogar tiefergehende Neigungen veränderlich sein können und daß deshalb ein Eingliederungsplan nach Jahren nicht mehr so einleuchtend ist, wie am Anfang. Trotzdem behält er seine Bedeutung.

*

Zusammenfassung

1. Der Eingliederungsplan hat für die schweizerischen Verhältnisse eine zentrale Bedeutung.
2. Die Instanz, die ihn aufstellt, muß besonders gewissenhaft arbeiten, um genügend Autorität zu haben.
3. Die Instanzen, die ihn durchführen, haben volle Disziplin zu üben, auch wenn Schwierigkeiten kommen; denn es ist ja so, daß heute diese Schwierigkeiten zum größten Teil von der IV beseitigt werden.

II. Planung und Koordination von den IV-Kommissionen aus gesehen

(von Dr. K. Detmers, Präsident der IV-Kommission des Kantons Waadt)

Die Rolle der IV-Regionalstelle

Vor Zuspreehung einer IV-Rente sind die IV-Kommissionen von Amtes wegen verpflichtet, alle Eingliederungsmöglichkeiten zu prüfen. Ist daher eine berufliche Eingliederung nicht von vornherein ausgeschlossen, so wird die *IV-Regionalstelle* um Stellungnahme ersucht, damit bei der Festsetzung des Rentenanspruchs Gewißheit besteht, daß tatsächlich alle Eingliederungsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sind. Die Be-

handlung eines Falles, bei dem sich die Frage der beruflichen Eingliederung stellt, setzt deshalb von allem Anfang an die Mitarbeit der IV-Regionalstelle voraus. Hervorzuheben ist, daß diese, als Versicherungsorgan, über den Versicherten — insbesondere auch über die ihn betreffenden medizinischen Befunde — genau Bescheid wissen muß, während bei der Orientierung der Eingliederungsstätte, die später die Eingliederungsmaßnahme durchzuführen hat, größere Zurückhaltung am Platze ist.

Ab und zu meldet eine *Fürsorgestelle* einen Versicherten für die Gewährung von beruflichen Eingliederungsmaßnahmen an. Dabei wird grundsätzlich auf gleiche Weise vorgegangen wie eben erwähnt, wozu aber noch die Notwendigkeit einer eingehenden Orientierung der anmeldenden Stelle kommt. Auch kann es von Nutzen sein, diese insofern für die berufliche Eingliederung heranzuziehen, als dabei soziale Belange (wie die familiären und pekuniären Verhältnisse) berührt werden.

Auch Auskünfte von Ärzten, Erziehern und andern Personen, die den Invaliden gut kennen, können bei der Aufstellung eines Eingliederungsplanes dienlich sein. Leider geschieht es hin und wieder, daß zwischen dem Sekretariat der IV-Kommission, der IV-Regionalstelle und der beauftragten Fürsorgestelle die Verbindung fehlt, sei es aus Versehen oder wegen mangelnder Koordination. Dies kann ernsthafte Folgen haben und zwar nicht nur auf interner und administrativer Ebene, wo unnötige Kosten und Zeitverluste entstehen, sondern vor allem für den Invaliden, der von den einzelnen Stellen manchmal widersprüchlich behandelt wird. Oft vermag nur eine enge Zusammenarbeit von IV-Regionalstelle und beauftragter Fürsorgestelle ein volles Gelingen der Eingliederung zu gewährleisten und den Invaliden zu veranlassen, gewisse Änderungen seiner Lebens- und Arbeitsgewohnheiten in Kauf zu nehmen. Fehlt ein solches Zusammenwirken, so besteht die Gefahr, daß Fehldispositionen getroffen werden und die Eingliederung mißlingt. Daher ist unbedingt erforderlich, daß sich die Versicherungsorgane gegenseitig orientieren und die weiteren an der Eingliederung mitwirkenden Stellen auf dem laufenden halten. Vorteilhaft kann sich insbesondere die Zustellung von Verfügungsdoppeln an die beteiligten Fürsorgeinstitutionen bzw. Ärzte auswirken.

Die Beschlußfassung der IV-Kommission

Bei der Behandlung von Fällen beruflicher Eingliederung müssen die Mitglieder der IV-Kommission und vor allem die Spezialisten für Ein-

gliederungsfragen erfahrungsgemäß äußerst sorgfältig ans Werk gehen. Es sollte daher — besondere Dringlichkeit vorbehalten — vermieden werden, über Fälle, die von der IV-Regionalstelle zurückkommen, ohne eingehendes vorgängiges Aktenstudium Beschluß zu fassen.

Mir scheint es richtig, wenn bei den Beratungen die Kommissionsmitglieder stets in der Reihenfolge zu Wort kommen, wie sie im Gesetz für die Zusammensetzung der IV-Kommission vorgesehen ist, d. h., zuerst der Mediziner, dann der Eingliederungsspezialist, der Fachmann für berufliche Eingliederung, der Fürsorger und schließlich der Jurist. Da unsere Kommissionsmitglieder jeweils vor der Diskussion ihre Stellungnahme schriftlich festlegen müssen, erübrigen sich oft weitere Diskussionen und es ist praktisch nie nötig abzustimmen. Eine Beratung findet nur dann statt, wenn gegenteilige Ansichten vertreten werden. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, daß jeder einzelne für seine Vorschläge einstehen muß. Bei Mißerfolgen, Rekursen und in Fällen von Wiedererwägung ergibt sich auf diese Weise ein klares Bild der Verantwortlichkeit. Nach außen werden allerdings die individuellen Meinungen nicht preisgegeben, insbesondere nicht gegenüber der Rekursbehörde.

Verursacht ein Fall spezielle Schwierigkeiten, kann es nützlich sein, einen Vertreter der IV-Regionalstelle zur Sitzung beizuziehen, um mit ihm die Streitfragen zu besprechen und nach Möglichkeit die Meinungsverschiedenheiten zu beheben. Nicht selten hat unsere IV-Kommission oder umgekehrt auch die IV-Regionalstelle nach einer solchen mündlichen Aussprache ihre vorgefaßte Betrachtungsweise geändert. Hingegen liegt es meines Erachtens nicht im Interesse der Eingliederung, sowohl die IV-Regionalstelle als auch den Invaliden in einer Kommissions-sitzung einander gegenüberzustellen, wenn die Parteien gegenteilige Auffassungen geltend machen.

Hält es die IV-Kommission für notwendig, sowohl die IV-Regionalstelle als auch den Invaliden anzuhören, dann soll sie die Besprechungen getrennt anordnen: umso mehr als die Erfahrung zeigt, daß die meisten Behinderten sich schon durch die Anwesenheit von fünf Kommissionsmitgliedern und deren Sekretär stark beeindruckten lassen.

Die Eingliederungsverfügung

Diese sollte so rasch als möglich ergehen, da der Invalide in der Regel darauf wartet. Vor einem überstürzten Erlaß ist jedoch zu warnen. Besser ist, zuviel Vorsicht walten zu lassen, als unrechtmäßig Leistungen zuzusprechen oder das Vertrauen des Behinderten zur IV zu schmälern.

lern. In dringenden Fällen kann jedoch die Eingliederung sofort nach der Beschlußfassung der IV-Kommission beginnen. Dabei wird die IV-Regionalstelle telefonisch orientiert und beauftragt, die notwendigen Schritte zu unternehmen. Die vom Sekretariat der IV-Kommission redigierte und von der Ausgleichskasse eröffnete schriftliche Verfügung folgt baldmöglichst. Erfahrungsgemäß ist es für die Durchführung wichtig, jeden telefonischen Auftrag schriftlich zu bestätigen, und sei es auch nur, um sich im Hinblick auf einen möglichen Rekursfall die nötigen Beweise zu sichern.

Die Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen

Auf diesem Gebiet können, wie ich glaube, noch Fortschritte erzielt werden; denn sehr oft werden der IV-Kommission die positiven oder negativen Resultate der Eingliederung erst dann gemeldet, wenn die Maßnahmen bereits seit mehreren Wochen oder sogar Monaten unterbrochen oder abgeändert wurden. Solche Vorkommnisse sind ärgerlich und verursachen zusätzliche Kosten.

Bei der Behandlung der Geschäfte sollte die IV-Kommission, bzw. ihr Sekretariat, dafür sorgen, daß zuallererst diejenigen Fälle an die Reihe kommen, bei denen die berufliche Eingliederung bereits im Gange ist. Die entsprechenden Berichte der IV-Regionalstelle sollten spätestens zehn Tage nach Eingang geprüft werden. Zudem hat die IV-Regionalstelle von den Durchführungsstellen regelmäßig kurze Berichte einzufordern, damit sie über die Fortschritte bei der Eingliederung stets auf dem laufenden ist und auch die IV-Kommission orientieren kann. Vielleicht könnte eine raschere Erledigung dadurch erzielt werden, daß die Durchführungsstellen ihren Bericht auch der zuständigen IV-Kommission übermitteln würden. Die IV-Regionalstelle wäre so von einer allfälligen Berichterstattung an die IV-Kommission weitgehend entlastet.

Werden während der Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen zusätzliche Beschlüsse notwendig, so kann man sich fragen, ob hiefür tatsächlich sämtliche Kommissionsmitglieder mitwirken müssen. In gewissen Fällen sollte auch das Sekretariat der IV-Kommission selbständig handeln können, vor allem dann, wenn der Grundentscheid keine Änderung erfährt.

Verweigerung der Leistung

Die Fälle gemäß Artikel 10, Absatz 2, und Artikel 31 IVG, bei denen das Bundesamt für Sozialversicherung eine direkte Kontrolle ausübt, sind

relativ selten, stellen aber meistens schwerwiegende und heikle Fragen. Will sich ein Invaliden den vorgeschlagenen beruflichen Eingliederungsmaßnahmen nicht unterziehen, dann muß meines Erachtens gründlich überlegt werden, ob die Leistung gänzlich verweigert werden soll. Vor der Anwendung solcher Sanktionen ist auf jeden Fall in Zusammenarbeit mit den maßgebenden Stellen gewissenhaft abzuklären, aus welchen Gründen sich ein Invaliden der Eingliederung widersetzt.

Soziale und familiäre Probleme der Eingliederung

Die fürsorgliche Tätigkeit wie die Hilfe bei der Wohnungssuche, bei Umzugsvorbereitungen, bei Abschluß von Mietverträgen oder die Begleitung des Invaliden zu ambulanter ärztlicher Behandlung usw. ist in erster Linie Sache der Fürsorgestellen. Dabei sollten die einzelnen Aufgabenbereiche klar voneinander abgegrenzt werden, um Kollisionen oder Lücken zu vermeiden.

Ähnliche Probleme zeigen sich bei der Platzierung des Invaliden und bei der Überwachung seiner Tätigkeit nach der Arbeitsaufnahme. Die große Belastung der IV-Regionalstelle kann meiner Meinung nach nur durch vermehrte Inanspruchnahme geeigneter Spezialstellen verringert werden. Überdies sollten die Aufträge aus Gründen der Zeit- und Kostenersparnis vermehrt nach geographischen Gesichtspunkten erteilt werden.

Verzögerungen und Mißerfolge bei der Eingliederung

Als mögliche Ursachen fallen vorab die besondere physische und psychische Verfassung des Versicherten, die ungenügende psychologische Vorbereitung des Invaliden und seiner Familie, das Tauziehen unter einzelnen Stellen, die sich mit dem Invaliden befassen, sowie verfahrensmäßige Gründe bei den IV-Regionalstellen und IV-Kommissionen in Betracht.

An Mißerfolgen ist ferner nicht selten ein Mangel an Koordination zwischen medizinischer und beruflicher Seite der Eingliederung schuld. Die IV-Regionalstelle sollte daher auf medizinischem Gebiet besser informiert werden, und zwar entweder durch Vermittlung der IV-Kommission oder durch direkte Fühlungnahme mit dem behandelnden Arzt. Solche Kontakte fehlen oft auch zwischen der IV-Regionalstelle und der Fürsorgestelle, die sich vorher mit dem Fall befaßt hatte, so daß jener gewisse Eigenheiten und Fehler des Invaliden gar nicht bekannt sind. Durch eine bessere Aufklärung der Regionalstelle über die soziale Einstellung des Invaliden, ließen sich verschiedentlich Mißerfolge vermeiden.

Kritik ist bereits an der Art und Weise geübt worden, in der sich verschiedene Stellen mit der Eingliederung befassen. Es genügt aber nicht, die gegenseitigen Beziehungen zu verbessern, sondern es wäre notwendig, daß einzelne Stellen auch auf die Befriedigung eines gewissen Geltungsbedürfnisses verzichteten. Ferner könnte eine bessere Koordination auf Verwaltungsebene dazu beitragen, die Behandlung gewisser Fälle zu erleichtern. Zu denken ist besonders an eine Vereinfachung des Geschäftsverkehrs zwischen IV-Regionalstelle und dem Sekretariat der IV-Kommission, wie sie durch die Praxis bereits weitgehend verwirklicht worden ist.

Nach Möglichkeit soll schließlich eine Verfügung so abgefaßt sein, daß der Empfänger von ihrer Richtigkeit überzeugt ist. Kommt es trotzdem zu einer Beschwerde, so muß alles daran gesetzt werden, daß der an das Gericht gelangende Versicherte keine Versicherungspsychose entwickelt.

Eine gute Beziehung zur erstinstanzlichen Rekursbehörde kann meines Erachtens das Risiko, daß eine berufliche Eingliederung wegen eines hängigen Rekurses fehlschlägt, erheblich herabsetzen.

III. Überprüfung, Durchführung und Koordination von der IV-Regionalstelle aus betrachtet

(von Dr. A. Stalder, Leiter der IV-Regionalstelle Lausanne)

Vorarbeiten

Dem Fachmann für berufliche Eingliederung fällt die interessante Aufgabe zu, den geeigneten Weg zu finden, um die Erwerbsfähigkeit eingliederungsfähiger Behinderter wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern. Eine gute Lösung des Problems hängt einerseits von den verbleibenden Fähigkeiten des Versicherten ab; andererseits aber auch von den Diagnosen und Prognosen des behandelnden Arztes und von der IV-Kommission. Diagnose und Prognose werden mehr oder weniger genau auf dem «Fragebogen für den Arzt» eingetragen. Diese Fragen sollten nach folgenden Gesichtspunkten aufgestellt werden:

- Korrektes und fundiertes Studium der persönlichen und familiären Vorgeschichte des Versicherten
- Biometrische Untersuchung

- Prüfung der Sinnesorgane (zumindest Augen und Gehör)
- Körperliche Untersuchung

Erst wenn diese Punkte abgeklärt sind, kann eine berufliche Eingliederung vorbereitet werden. Die Notwendigkeit einer objektiven und relativ ausführlichen medizinischen Berichterstattung drängt sich einerseits wegen der Gesetzesvorschriften hinsichtlich der beruflichen Eingliederung auf, andererseits aber auch aus folgenden Gründen:

1. Der Mediziner, der das Zeugnis ausstellt, kennt die Verhältnisse in der Industrie und die Arbeitsbedingungen in den verschiedenen Berufen oft ungenügend. Es ist daher verständlich, wenn bei der Bewertung immer wieder das Leitmotiv «Leichte Arbeit» auftaucht.

2. In der Schweiz gibt es praktisch keine Arbeitsärzte. Der Mediziner, der den Fragebogen ausfüllt, drückt sich nicht mit den Worten eines Arbeitsarztes aus, sondern in der Sprache des Therapeuten. Das heißt also, daß bei Arztzeugnissen sozusagen nie die bei Funktionsausfällen oder medizinischer Gegenindikation üblichen Fachausdrücke im Hinblick auf eine berufliche Eingliederung angewendet werden.

3. Auch der Arzt der IV-Kommission ist fast immer ein Therapeut und nicht ein Arbeitsarzt. Seine Stellung ist, wie mir scheint, recht heikel, da er meistens keine Gelegenheit hat, den Versicherten zu sehen.

4. Der Fachmann für die berufliche Eingliederung ist kein Mediziner; dennoch fällt ihm die schwierige Aufgabe zu, das Arztzeugnis auszuwerten. Wie kann aus dem unvollkommenen System doch noch das Beste herausgeholt werden? Die IV-Regionalstelle bemüht sich, das Problem in der Praxis auf zwei Arten anzupacken,

- erstens, indem sie dem Fachpersonal die notwendigen medizinischen Auskünfte zukommen läßt;
- zweitens, indem sie bei den IV-Kommissionen zusätzliche, für die Abklärung notwendige, medizinische Auskünfte einholt.

*

Insbesondere für Kinder, die ganz oder teilweise in einem Heim aufgewachsen sind, wäre ein *medizinisch-sozialer Fragebogen* von Nutzen. Ich denke dabei an ein Dokument, das alle wichtigen Auskünfte enthalten würde und zwar über die familiäre Situation, über die Gründe, die zur Aufnahme in ein Heim geführt haben, über den Gesundheits-

zustand, über die ärztlichen Untersuchungen und Kontrollen, über die schulmäßige und die seelische Entwicklung usw.

Es sei mir erlaubt, hier zu wiederholen, daß die berufliche Eingliederung ein Ganzes darstellt und nicht in einzelne, voneinander unabhängige Sektoren aufgeteilt werden kann. Das geltende System schafft aber eine solche Aufspaltung. Mir scheint, daß die IV-Regionalstelle obligatorisch von derjenigen Stelle konsultiert werden sollte, die unmittelbar vorher den Fall behandelt, sofern es um den Unterricht und die Schulprogramme sowie die Zusprechung von Hilfsmitteln im Rahmen der medizinischen Eingliederungsmaßnahmen geht.

Die Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen

Es liegt mir daran, insbesondere auf zwei schwierige Punkte hinzuweisen: auf die *Einhaltung des Berufs- und Arztgeheimnisses* einerseits und auf das fast vollständige Fehlen von angemessenen *Eingliederungsprogrammen* andererseits.

Sobald ein Eingliederungsplan von der IV-Kommission genehmigt worden ist, fällt es der IV-Regionalstelle zu, die praktische Durchführung desselben sicherzustellen. Wenn die IV-Organen ihre Entscheidungen unter den besten Bedingungen treffen sollen, dann müssen sie unbedingt über die Persönlichkeit des Versicherten, seine Gewohnheiten, seine Fähigkeit, sich der gegebenen Situation anzupassen, seine eventuellen Reaktionen, die medizinischen Gegenindikationen, die Funktionsausfälle usw., Auskunft haben. Dadurch wird der Schleier des Berufs- und Arztgeheimnisses mehr oder weniger gelüftet, will man doch, daß sich die Eingliederung in einer für den Versicherten günstigen Weise durchführen läßt. Schwierig wird es, wenn man wissen will, wem eigentlich die vertraulichen Auskünfte mitgeteilt werden müssen, da bekanntlich der größte Teil der Eingliederungszentren über keinen ärztlichen Dienst verfügt. Es bleibt praktisch nur eine einzige Möglichkeit: man informiert den Vorsteher des Eingliederungszentrums, oder, falls es sich um ein öffentliches Unternehmen handelt, den Personalchef. In unserer IV-Regionalstelle halten wir es so, daß wir den Versicherten um eine schriftliche Vollmacht bitten, die uns erlaubt, Auskünfte zu vermitteln, die unseres Erachtens für eine gute Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen unerlässlich sind.

*

Leider haben viele Institutionen, die berufliche Eingliederungsmaßnahmen durchführen, ihre Struktur, ihre Konzeption und die Methoden

auf dem Gebiete der beruflichen Ausbildung auch sechs Jahre nach der Einführung der IV kaum geändert. Oft fehlen eigentliche Programme für die Aus- und Weiterbildung, die den Behinderten angepaßt sind; so mangelt es z. B. an Arbeitsplätzen, die eine Durchführung in klar abgegrenzten Etappen gewährleisten. Diese Lücke ist besonders bei solchen Institutionen spürbar, die Geistesschwache aufnehmen. Hier wird das Programm zum großen Teil durch die Aufträge der Privatfirmen geformt, statt daß umgekehrt die Aufträge nach den Gesichtspunkten des Programmes ausgesucht werden, wie es in Berufsschulen und bei ganz wenigen Eingliederungszentren der Fall ist. Erwähnen wir nebenbei noch, daß die eine oder andere dieser Institutionen ihre Leiter auf Grund der Geschäftsbilanz entlönnen oder entschädigen. Das sind überholte Zustände.

Wird das Fehlen von beruflichen Ausbildungsprogrammen festgestellt, so meint man damit auch das Fehlen besonderer pädagogischer und erzieherischer Methoden.

Die Koordination der beruflichen Eingliederung

Artikel 63 IVG sieht vor, daß der IV-Regionalstelle die Koordination der beruflichen Eingliederungsmaßnahmen obliegt. Ich will mich hiezu wie folgt äußern:

1. Ich meine, es falle in die Kompetenz der IV-Regionalstelle, im Auftrag der zuständigen IV-Kommission und selbstverständlich unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften, alle Maßnahmen, die die berufliche Eingliederung der Invaliden sicherstellen, zu studieren.

2. Oft wird eine gute Koordination der Eingliederungsmaßnahmen durch die skeptische, wenn nicht negative Haltung einiger Fürsorgestellen der öffentlichen oder privaten Invalidenhilfe erschwert. Das Ausarbeiten von Zukunftsplänen mit dem Invaliden zusammen oder mit seinen Eltern, bevor die IV-Regionalstelle eine vollständige Untersuchung über die wirklichen und wahrscheinlichen Möglichkeiten anstellen konnte, trägt nicht nur zur Bildung zusätzlicher Schwierigkeiten für die die IV-Regionalstelle bei, sondern belastet auch den Invaliden und seine Familie.

3. Die Koordination der beruflichen Eingliederungsmaßnahmen ist insoweit erschwert, als in beruflichen Eingliederungszentren und bei Arbeitgebern, die auf eigene Rechnung Versicherte ausbilden und anwerben, fast durchwegs keine ärztliche Kontrolle besteht.

Schlußfolgerungen

Wenn das IV-System im Hinblick auf eine Leistungsverbesserung ausgebaut werden soll, müssen meines Erachtens insbesondere folgende Punkte beachtet werden:

1. Der Fragebogen für den Arzt müßte überprüft werden, damit eine Gewähr dafür besteht, daß die ärztliche Untersuchung gründlich und zweckmäßig ausgeführt wird.

2. Von den Institutionen, die Sonderschulmaßnahmen durchführen, müßte verlangt werden, daß sie für jeden Versicherten ein medizinisch-soziales Dossier anlegen, das die IV-Regionalstelle bei der Prüfung, die im Rahmen der Berufsberatung stattfindet, sehen könnte. Die gleichen Institutionen sollten mit der IV-Regionalstelle ins Gespräch kommen und eine enge und andauernde Zusammenarbeit fördern helfen.

3. Das Bundesamt für Sozialversicherung sollte den Eingliederungszentren vollständige und genaue Weisungen geben, damit diese in der Lage sind, Programme für die berufliche Ausbildung auszuarbeiten. Dadurch würde den Eingliederungszentren auch die Möglichkeit geboten, qualifiziertes Personal beizuziehen.

4. Im Interesse des Versicherten und der IV sollte zwischen IV-Kommission und IV-Regionalstellen der Kontakt gepflegt und gefördert werden. Eine solche Kontaktnahme würde erlauben, die Probleme unter verschiedenen Gesichtspunkten zu erörtern, die Grundlagen in gemeinsamer Tätigkeit wirksam herauszuarbeiten und dadurch die Mittel, die der beruflichen Eingliederung dienen, zu vervollkommen.

IV. Erfahrungen einer Eingliederungsstätte aus der Zusammenarbeit mit der IV

(von R. Haller, Leiter des Arbeitszentrums für Behinderte, Strengelbach AG)

Standort

Das Arbeitszentrum in Strengelbach, aus dessen Sicht hier gesprochen wird, ist eine private Stiftung, wurde im August 1962 eröffnet und führt sechs verschiedene Ausbildungskurse für körperlich und geistig Behinderte, sowie eine Dauerwerkstätte. Es ist ganz auf Industriearbeit ausgerichtet und arbeitet eng mit der Industrie zusammen. Zur Zeit sind

64 Behinderte in den verschiedenen Kursen und 38 in der Dauerwerkstätte; 60 davon wohnen intern. Ein Wohnheim für Schwerbehinderte ist erst im Bau. Es können nur Leute aufgenommen werden, die keine intensive ärztliche Betreuung mehr brauchen, da kein ständiger Arzt da ist. Die berufliche Ausbildung und Arbeit steht ganz im Mittelpunkt. Ausgebildet werden: Mechaniker und Hilfsmechaniker, Zeichner und Hilfszeichner, Industriehilfsarbeiter und Arbeiterinnen für einfache Serienarbeit. Fast alle in Ausbildung Stehenden sind IV-Fälle. Nur etwa ein Viertel derselben ist normalbegabt, alle übrigen sind minderbegabt bis hinunter zu IQ (Intelligenz-Quotient) von etwa 25. Sie kommen aus fast allen Kantonen. 138 Behinderte konnten bis heute eingegliedert werden.

Die Berührungspunkte mit den Organen der IV

Im Zusammenhang mit Bausubventionen, Betriebsbeiträgen und Tarifvereinbarungen haben wir mit dem Bundesamt für Sozialversicherung, selten mit IV-Sekretariaten und Ausgleichskassen, aber sehr häufig und intensiv mit den IV-Regionalstellen zu verkehren.

Von der Anmeldung bis zum Eintritt von Kursteilnehmern

In der Regel erhalten wir die erste Anmeldung von der zuständigen IV-Regionalstelle, am einfachsten in der Weise, daß sie uns eine Kopie ihres Berichtes an die IV-Kommission zustellt. So geht keine Zeit verloren. Während die IV-Kommission den Fall behandelt, können auch wir zu einer allfälligen Aufnahme Stellung nehmen. Im allgemeinen sind die Berichte der IV-Regionalstellen ausführlich und enthalten die Angaben, die wir haben sollten. Gelegentlich müssen Arzzeugnisse zu Händen unseres Kursarztes, der alle Anmeldungen prüft, oder andere zusätzliche Angaben nachverlangt werden. Was aus den Berichten weniger deutlich hervorgeht und sicher auch schwerer zu ermitteln ist, sind die Charaktereigenschaften ganz allgemein und in bezug auf die Arbeit im besonderen.

Oft wünschen Behinderte oder deren Eltern einen vorgängigen Besuch, oft schlagen wir einen Probetag zu einer ersten Abklärung vor. Mindestens zwei Monate, meist aber noch länger vor dem möglichen definitiven Eintritt führen wir mit den meisten Kandidaten eine Probewoche durch. Diese soll zeigen, ob die vorgesehene Ausbildungsart richtig ist. Sie gibt aber vor allem auch Aufschluß über das Verhalten bei der Arbeit und in der Gemeinschaft. Nur in seltenen Fällen erweist sich diese Woche als zu kurz. Dem Behinderten selber aber vermittelt sie einen

guten Einblick in die vorgesehene Ausbildung und das ganze Leben der Ausbildungsstätte, lange bevor er für längere Zeit darin leben soll. Auf Grund der Probewoche entscheiden wir von uns aus endgültig über die Aufnahme und die Ausbildungsrichtung und geben der IV-Regionalstelle unseren Bericht mit einem entsprechenden Vorschlag.

Die IV-Organen haben unsere Probewochen erfreulicherweise stets ohne weiteres akzeptiert. Ganz vereinzelt haben uns auch Eltern ihre Söhne auf eigene Kosten in eine Probewoche gegeben, weil die IV eine Ausbildung abgelehnt hatte.

Die Ausbildung

Auf Grund der Probewoche erfolgt die Einreihung in einen der sechs verschiedenen Kurse. Die drei anspruchsvolleren Kurse für Zeichner, Mechaniker und Hilfsmechaniker beginnen jeweils im Frühjahr und Herbst, in die drei übrigen werden Neuaufnahmen vollzogen, sobald Plätze frei werden. Die Ausbildungsdauer schwankt zwischen wenigen Monaten und zwei Jahren, ist aber in der Regel ein Jahr. Wir nutzen die von der IV-Kommission bewilligte Zeit nicht aus, wenn sich eine frühere Eingliederung als möglich und richtig erweist. Wir schlagen andererseits Verlängerungen vor, wenn wir eine solche als nötig und im Blick auf die Eingliederung als erfolgversprechend betrachten. Da wir für alle Kurse denselben Tarif haben, können Versetzungen ohne administrative Folgen während der Ausbildung vorgenommen werden. Das hat sich besonders in schwierigen Grenzfällen schon mehrfach als sehr hilfreich erwiesen. Überhaupt bietet die Vielfalt der Kurse und die Bereitschaft, uns zusätzlich in hohem Maße nach den Voraussetzungen bei den Behinderten zu richten, die Möglichkeit, auch mit sehr komplizierten und undurchsichtigen Fällen zu Rande zu kommen.

Die Überwachung der Ausbildung ist Sache der IV-Regionalstellen. Die Mitarbeiter der Regionalstellen haben aber selten Zeit, regelmäßige Besuche zu machen und kommen meist nur, wenn etwas Besonderes vorliegt.

Koordinationschwierigkeiten ergeben sich eigentlich nur, wenn die Eltern oder Vormünder mit irgend etwas nicht einverstanden sind, wenn Behinderte sich nicht mit der allgemeinen Ordnung im Hause abfinden wollen und dann Angehörige oder Behörden einspannen, oder wenn sie den Anstrengungen der Schulung ausweichen wollen. Von uns aus suchen wir möglichst viele Kontakte und fördern diese durch Einladungen an Eltern, Vormünder, Fürsorgestellen, Vorgesetzte, Unternehmer und andere.

Sehr viel Gewicht legen wir während der Ausbildung auf die Erziehung zur Gemeinschaft und zur Selbständigkeit. Wir beherbergen körperlich und geistig Behinderte beiderlei Geschlechtes und jeglichen Alters von 16 Jahren aufwärts. Das bringt gewisse Belastungen und manchmal Schwierigkeiten, nimmt aber manches erweg, was bei der Eingliederung ohnehin kommen wird. Im ganzen ergeben sich aber daraus mehr positive als negative Erscheinungen.

Über das Wochenende fahren die allermeisten nach Hause. Wir sehen im regelmäßigen Rhythmus von fünf Arbeitstagen und Wochenende zu Hause eine wesentliche Hilfe. Die gute Stimmung wird dadurch gefördert und außerdem kann Personal eingespart werden.

Die Eingliederung

Das Hauptziel der ganzen Anstrengung, nämlich die Eingliederung nicht nur in beruflicher, sondern auch in sozialer Hinsicht, muß von Anfang an ins Auge gefaßt werden. Hier ist am meisten Planung, Voraussicht und Koordination nötig, vor allem bei älteren Behinderten, die umgeschult werden, die aber festen Wohnsitz haben und so an eine bestimmte Gegend gebunden sind. Wir haben von Anfang an die Arbeitsplätze zusammen mit den IV-Regionalstellen sehr sorgfältig gesucht und die Erfahrung hat uns gelehrt, keine Mühe zu scheuen, um beim Entscheid über einen Arbeitsplatz möglichst sicher zu gehen. Es hat sich bald folgende Praxis herausgebildet: Die Regionalstelle sucht auf Grund unseres mündlichen oder schriftlichen Berichtes geeignete Arbeitgeber, die zur Prüfung des Stellensuchenden bereit sind. Anschließend besucht der zuständige Kursleiter der Eingliederungsstätte häufig gemeinsam mit dem Mitarbeiter der IV-Regionalstelle diese Firmen, stellt den Kandidaten vor und beurteilt die vorgesehene Arbeit, wie auch die Umgebung, die Arbeitsbedingungen und andere Begleitumstände. Er klärt auch den zukünftigen Vorgesetzten genau über den Behinderten auf, macht wenn möglich gleich einen Arbeitsversuch oder nimmt die vorgesehene Arbeit, wenn das geht, zum Einüben mit. Diese Praxis hat sich in den meisten Fällen als erfolgreich erwiesen. Regelmäßige Nachfragen, eventuell Besuche, können oft auftretende Schwierigkeiten am Arbeitsplatz beheben. Wo eine Eingliederung nachträglich in die Brüche ging, war in fast allen Fällen das allgemeine Verhalten, der Charakter und nicht das Arbeitsvermögen des Behinderten, hin und wieder die unverständige Umgebung schuld.

Wir werden daher noch mehr Gewicht auf die Bildung des Charakters bei der Arbeit und im allgemeinen Verhalten legen müssen.

Wir werden auch weiterhin jede Gelegenheit benutzen, um Werkmeister und Arbeiterschaft, wie auch die ganze Öffentlichkeit über unsere Arbeit aufzuklären und für die Eingliederung Behinderter, vor allem auch Geistesschwacher zu gewinnen. Erfreulicherweise stößt man immer wieder und überall auf Leute, die großes Verständnis und große Bereitschaft zeigen, natürlich neben unbelehrbar Überheblichen, die offenbar befürchten, die Geistesschwäche könnte abfärben.

Allgemeine Erfahrungen

Bei normaler Intelligenz und genügendem Willen sind Umschulungen innert anderthalb bis zwei Jahren mit Lehrabschluß möglich. Minderbegabte, die niemals eine Lehre machen könnten, können doch eine gute Ausbildung als Hilfsmechaniker erhalten und sind, sofern ihr Charakter in Ordnung ist, leicht plazierbar. Geistesschwache bis hinunter zu Mongoloiden sind unter bestimmten Voraussetzungen für einfache Seriearbeit schulungs- und eingliederungsfähig. Dabei haben sich einfache Seriearbeiten aus der Industrie für die Schulung der Geistesschwachen als am günstigsten erwiesen.

Seit der Eröffnung des Arbeitszentrums wurden 75 Geistesschwache eingegliedert. Diesen gegenüber stehen 10, die noch in der Dauerwerkstätte sind und weitere 8, bei denen die Ausbildung abgebrochen wurde. Dabei haben lange nicht alle vorher eine zweckmäßige Sonderschulung erhalten.

Die einlaufenden Anmeldungen zeigen, daß kaum zusätzliche Bedürfnisse zur Ausbildung Normalbegabter bestehen, daß aber viel zu wenig Ausbildungsplätze für Geistesschwache zur Verfügung stehen. Und wenn alle IV-Organen ihre Möglichkeiten in bezug auf die Geistesschwachen voll ausnutzen würden, würde sich der Mangel an solchen Plätzen noch viel deutlicher zeigen. Wir warten sehr darauf, daß auch in anderen Landesgegenden ähnliche Ausbildungsmöglichkeiten für Geistesschwache geschaffen werden. Es ist doch wenig sinnvoll, wenn Walliser, Bündner, Appenzeller, um nur die Extreme zu nennen, zu uns nach Strengelbach kommen, während wir nicht in der Lage sind, alle Kandidaten des näheren Einzugsgebietes aufzunehmen.

Die Kombination von Schulungszentrum und Dauerwerkstätte erwies sich als sehr günstig. Es können ohne Schwierigkeiten größere Aufträge übernommen und auf die verschiedenen Gruppen verteilt, zum Teil auch in Heimarbeit gegeben werden. Behinderte, bei denen das Ausbildungsziel vorläufig nicht erreicht wurde, können versuchsweise bei den ver-

schiedensten Arbeiten eingesetzt werden. Andere, deren Ausbildung zwar abgeschlossen, aber der Arbeitsplatz noch nicht gefunden ist, können vorübergehend in der Dauerwerkstätte arbeiten und müssen so nicht einfach warten. Die Belegschaft der Dauerwerkstätte ist anders, als ursprünglich erwartet wurde. Nur etwa ein Viertel stammt aus den Kursen und fast die Hälfte aus der näheren Umgebung. Das sind Leute, die wegen Gebrechen nicht mehr Industriearbeit finden konnten und zum Teil vorzeitig in ein Altersheim kamen. Jetzt verdienen sie im Mittel 1,80 Franken pro Stunde.

Die Möglichkeiten der IV bedeuten für viele Behinderte eine unschätzbare Hilfe. Eine Ausbildungsarbeit, wie wir sie betreiben, wäre ohne die Mittel der IV kaum denkbar. Die Erfahrung zeigt aber auch sehr deutlich, daß mit Geldleistungen allein selten ganz geholfen werden kann. Ohne echtes Interesse und Hingabe an die Aufgabe einer Eingliederungsstätte geht es nicht. Ebenso wichtig sind aber fundierte Fachkenntnisse und Erfahrung aus der Industriepraxis. Der direkte Kontakt mit den Behinderten selber macht die Arbeit interessant und schön, aber oft auch schwer. Die Nöte müssen mitgetragen werden und sie sind besonders schmerzlich, wenn Behinderte lange warten müssen, sei es auf eine Schulungsmaßnahme oder auf die Taggelder, nur weil irgendwo ein Papier liegen geblieben ist. Zum Glück sind das Ausnahmen und werden hoffentlich immer seltener.

Wir selber bemühen uns ständig, die menschlichen Belange über die administrativen zu stellen und uns von immer neuen Anforderungen und Umstellungen nicht abschrecken zu lassen. Wir sehen gerade auch darin einen Reiz, denn immer neue Aufgaben erhalten lebendig, machen einem guten Mitarbeiterstab Freude und bewahren vor Erstarrung.

Verhältnis zwischen Invalidenversicherung und Krankenversicherung

Wiederholt stellte sich die Frage, ob die in Artikel 78, Absatz 2, IVV festgesetzte Frist nur durch die Anmeldung bei einem Organ der IV eingehalten wird oder ob auch die irrtümliche Anmeldung bei einer Krankenkasse rechtsgültig sein kann. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat seinerzeit im Kreisschreiben über die Vergütung der Kosten von Eingliederungsmaßnahmen der IV vom 28. Mai 1962 die Regelung getroffen, daß die Anmeldefrist bei der IV als eingehalten gelte, wenn der Versicherte seinen Anspruch infolge unverschuldeter Unkenntnis statt bei

der IV innerhalb von drei Monaten (alte Regelung) seit Beginn der Durchführung bei der SUVA, der Militärversicherung, einer Krankenkasse oder einer Privatversicherung angemeldet habe. Es wollte damit durch eine extensive Auslegung von Artikel 78, Absatz 2, IVV offensichtlichen Härten in Nachzahlungsfällen begegnen. Die Gerichtspraxis ist jedoch andere Wege gegangen. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat bereits entschieden, daß die dreimonatige Frist nach dem Sinn von Artikel 78, Absatz 2, IVV nur durch die Anmeldung bei einem Organ der IV eingehalten werde (ZAK 1962, S. 479). Die erwähnte Weisung des Bundesamtes war damit als gesetzwidrig erklärt und mußte durch eine mit der Rechtsprechung in Einklang stehende Regelung ersetzt werden. Durch die am 10. Juni 1963 erfolgte Neufassung von Artikel 78, Absatz 2, IVV, die insbesondere die Verlängerung der Anmeldefrist von drei auf sechs Monate brachte, wurde eine etwas weitmaschigere Regelung getroffen. Auch die Verordnung III vom 15. Januar 1965 über die Krankenversicherung betreffend die Leistungen der vom Bunde anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände trug zur Klärstellung des Verhältnisses IV/Krankenversicherung bei. Eine umfassende Lösung des Problems war jedoch nicht möglich, da hiezu in der IV eine Gesetzesänderung notwendig ist.

Daher zeigen sich weiterhin Fälle, wo sich die Krankenversicherung von der Pflicht zur Übernahme der Krankenpflegeleistungen als entbunden betrachtet, der Versicherte jedoch seinen Anspruch wegen Fristablaufes bei der IV nicht mehr geltend machen kann. Dies führte das Bundesamt für Sozialversicherung dazu, die Angelegenheit in einem neueren Fall, der durch das Eidgenössische Versicherungsgericht zu entscheiden war, im Schriftenwechsel nochmals zur Sprache zu bringen. Es hat darauf hingewiesen, daß Krankenversicherung und IV — soweit medizinische Maßnahmen auf dem Spiele stehen — im Grunde genommen das gleiche sozialpolitische Ziel verfolgen, nämlich den Versicherten von den Kosten zu entlasten, die ihm durch die Behandlung eines Gesundheitsschadens erwachsen. Daher stelle sich die Frage, ob es bei irrtümlicher Anmeldung bei einer Krankenkasse nicht angezeigt wäre, daß die IV die Kosten bereits durchgeführter medizinischer Maßnahmen unabhängig vom Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Artikel 78, Absatz 2, IVV übernehme.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Frage (vgl. ZAK 1966, S. 341) verneint. Es gibt somit auch in Fällen, wo sich der Versicherte zunächst an seine Krankenkasse wendet, keine Ausnahmen von Artikel 78, Absatz 2, IVV. Das Eidgenössische Versicherungsgericht ver-

tritt in der Urteilsbegründung die Auffassung, daß der Schutz des Versicherten vor stoßenden Abweisungen beider Sozialversicherungsträger in den Vorschriften der Krankenversicherung (Verordnung III) gesucht werden müsse. Die Krankenkassen dürften — nach der Auslegung, die das Eidgenössische Versicherungsgericht den einschlägigen Vorschriften gibt — ihre statutarischen Leistungen nur verweigern, wenn der Versicherte der Aufforderung zur Anmeldung bei der IV nicht Folge leiste. Fordere die Krankenkasse den Versicherten nicht rechtzeitig zur Anmeldung bei der IV auf, und werde die Leistung wegen verspäterer Anmeldung von der IV abgelehnt, so sei die Krankenkasse leistungspflichtig. Überdies seien die Krankenkassen vorleistungspflichtig und hätten, wenn der Versicherte der Aufforderung zur Anmeldung bei der IV nachkomme, so lange zu leisten, bis die Leistungspflicht der IV feststehe.

Damit hat die Rechtsprechung eine bestimmte Richtung gewiesen, wobei allerdings zu beachten ist, daß die Verpflichtung der Krankenkasse im konkreten Fall nicht zur Entscheidung stand, sondern sich das Eidgenössische Versicherungsgericht nur zu erklärenden Äußerungen veranlaßt sah. Der aufgezeigte Weg schützt die Rechte der Versicherten; andererseits müssen die Krankenkassen bestrebt sein, rechtzeitig eine Anmeldung bei der IV zu veranlassen, die den geltenden Vorschriften genügt. Für die nächste Gesetzesrevision wird sich die Frage stellen, inwieweit die Vorschriften der IV und der Krankenversicherung noch zu verbessern und zu ergänzen sind.

Die Wegleitung über den Bezug der Beiträge

Die Verwaltungsweisungen materieller Natur über die Beiträge sind seit langem in zwei Broschüren zusammengefaßt, im Kreisschreiben über den maßgebenden Lohn und in der Wegleitung über die Beiträge der Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen.

Die andern Verwaltungsweisungen, die die Beiträge betreffen, waren bisher in einer großen Zahl von Kreisschreiben verstreut. Diese Kreisschreiben wiesen vielfach ein erhebliches Alter auf — das Kreisschreiben Nr. 10 stammte aus dem Jahre 1948 — und entsprachen der durch Verwaltungs- und Gerichtspraxis geschaffenen Rechtslage nur noch in beschränktem Maße.

An die Stelle dieser Kreisschreiben tritt am 1. Juli 1966 die neu geschaffene Wegleitung über den Bezug der Beiträge. Sie faßt grundsätzlich alle Weisungen zusammen, die nicht schon in den beiden be-

stehenden Sammlungen enthalten sind, systematisch geordnet und dem heutigen Stand von Gesetz und Praxis angepaßt. Damit ist auch schon gesagt, daß die neue Wegleitung nicht nur Weisungen über den Beitragsbezug im engen, verfahrensmäßigen Sinn enthält, sondern auch Bestimmungen, die nur mittelbar mit dem eigentlichen Bezug der Beiträge zusammenhängen, wie etwa den Abschnitt über die Beitragsschuldner und über die Verjährung. Es ergibt sich daraus ferner, daß die neue Wegleitung nicht die gleiche Geschlossenheit aufweist wie die beiden andern Zusammenfassungen von Verwaltungsweisungen. Vielmehr reicht ihr Stoffgebiet von technischen, verfahrensmäßigen und matriellrechtlichen Bestimmungen des AHV-Rechtes zu privat- und betriebsrechtlichen Vorschriften. So gliedert sich die Wegleitung in die Abschnitte über die Beitragsschuldner, das Bezugsverfahren, die Nachforderung, den Erlaß der Nachzahlung und die Rückerstattung von Beiträgen, die Verjährung der Beitragsforderung und des Anspruches auf Beitragsrückerstattung, die Vollstreckung der Beitragsforderung und die Arbeitgeberhaftung.

Der erste Abschnitt über *die Beitragsschuldner* handelt zunächst vom Arbeitgeber. Der Begriff des Arbeitgebers (bisher im Kreisschreiben über den maßgebenden Lohn erläutert) wird, in Anlehnung an die Rechtsprechung, als der übergeordnete Partner des Arbeitnehmers im Arbeitsverhältnis definiert, wobei die Umschreibung in Artikel 12, Absatz 1, AHVG — Arbeitgeber ist, wer den Lohn auszahlt — lediglich als der Regelfall bezeichnet wird (Rz 1 und 2). Das erlaubt es, auch in den Tatbeständen, da ein Dritter dem Arbeitnehmer Leistungen erbringt, die von diesem aus gesehen maßgebenden Lohn bilden, die Person als Arbeitgeber zu bestimmen, der diese Stellung richtigerweise zukommt (Rz 3 und 4). Dem gleichen Zweck dient die anschließende Aufzählung einzelner, für die Praxis bedeutsamer Tatbestände (Rz 7 ff.). Es folgen die Weisungen über die Bestimmung des Arbeitgebers im mehrstufigen Arbeitsverhältnis; dieser Gegenstand war bisher in rudimentärer Form im Kreisschreiben über den maßgebenden Lohn geregelt.

Das Wiener Übereinkommen vom 18. April 1961 über diplomatische Beziehungen und die im Zusammenhang damit stehende Änderung der völkerrechtlichen Übung in der Schweiz haben dazu geführt, daß diplomatische Missionen und diplomatisches Personal unter gewissen Voraussetzungen gehalten sind, beitragsrechtliche Pflichten als Arbeitgeber zu erfüllen. Diese Pflicht obliegt ihnen für gewisse Kategorien von Arbeitnehmern, die auf Grund dieser neuen völkerrechtlichen Ordnung fürderhin in der Schweiz als obligatorisch versichert gelten. Die deshalb not-

wendig werdenden neuen Weisungen sind in die Wegleitung nicht aufgenommen worden, sondern werden Gegenstand eines besonderen Kreis-schreibens bilden.

In weiteren Kapiteln sind Weisungen über den Arbeitnehmer (Rz 37 ff.), namentlich über dessen Beitragspflicht und die Stellung des Arbeitnehmers nicht beitragspflichtiger Arbeitgeber, zusammengefaßt sowie über eine bisher nicht geordnete Materie, den Wechsel des Beitrags-schuldners durch vertragliche Schuldübernahme und erbrechtlichen Übergang der Beitragsschuld (Rz 54 ff.).

Der zweite Abschnitt regelt *das Verfahren des Beitragsbezuges*, wobei naturgemäß das Schwergewicht auf den Lohnbeiträgen liegt. Zunächst wird die Erhebung des Arbeitnehmerbeitrages durch den Arbeitgeber (Rz 67 ff.) mit Einschluß der Nettolohnvereinbarung behandelt und anschließend die Pflicht zur Entrichtung der Beiträge an die Ausgleichskasse (Rz 77 ff.). Die Wegleitung folgt dabei der in ständiger Rechtsprechung vom Eidgenössischen Versicherungsgericht vertretenen Auffassung. Darnach schuldet der Arbeitnehmer zwar seinen Beitrag; doch ist er — in der Regel — nicht verpflichtet, diesen der Ausgleichskasse zu entrichten (Rz 68). Der Ausgleichskasse gegenüber ist grundsätzlich der Arbeitgeber Schuldner nicht nur seines Beitrages, sondern auch desjenigen des Arbeitnehmers (Rz 78).

Die Vorschriften der AHVV über das Abrechnungswesen erwiesen sich als durch die Entwicklung überholt. Anlässlich der letzten Revision wurden daher die Artikel 34 und 35 neu gefaßt und die Artikel 8^{bis} Absatz 3, und 143 entsprechend abgeändert; Artikel 137 konnte aufgehoben werden. Durch die neuen Vorschriften wurden die Begriffe geklärt und die rechtliche Grundlage für die heute gehandhabten und in der Praxis bewährten Abrechnungssysteme geschaffen. — Die Wegleitung führt im Kapitel über das ordentliche Zahlungs- und Abrechnungsverfahren (Rz 83 ff.) diese Ordnung näher aus. Die Begriffe der Beitragszahlung, der Beitragsabrechnung, der Zahlungs- und der Abrechnungsperioden, die Abrechnungsarten und Abrechnungsformen werden genau umschrieben. Hervorgehoben sei, daß nunmehr klar gesagt wird, was unter Beitragsabrechnung zu verstehen ist. Die Abrechnung umfaßt zweierlei: die sog. Zahlungsangaben, nämlich die Angaben, deren die Ausgleichskasse bedarf, um eine Zahlung ordnungsgemäß zu verbuchen (Rz 93) und ferner die Angaben, die erforderlich sind, um die Beiträge ins IBK des einzelnen Arbeitnehmers einzutragen (Rz 94). — Anschließend werden die Besonderheiten des Zahlungs- und Abrechnungsverfahrens bei mehrstufigen Arbeitsverhältnissen dargestellt (Rz

110 ff.), namentlich in den Fällen von Artikel 36 AHVV, da nicht dem Arbeitgeber, sondern der Mittelsperson die Abrechnung wie einem Arbeitgeber obliegt, und es wird der Kreis der Tatbestände umschrieben, da dieses Sonderverfahren anwendbar ist.

Beim Kapitel über den Verzicht auf die Erhebung der Beiträge von gelegentlichen geringfügigen Entgelten aus Nebenerwerb (Rz 139 ff.) ist eine Neuerung zu erwähnen. Bisher konnten geringfügige Entgelte, wenn sie das einzige Einkommen einer Hausfrau bildeten, von der Beitragserhebung nicht ausgenommen werden. Die neuen Weisungen lassen den Verzicht auf die Beitragserhebung nun auch in diesem Fall zu, gleich wie dies gemäß Artikel 8, Absatz 2, AHVG für das Einkommen der Hausfrau aus selbständiger nebenberuflicher Erwerbstätigkeit gilt, das 600 Franken im Jahr nicht erreicht.

Der dritte Abschnitt behandelt die *Nachforderung, den Erlaß der Nachzahlung und die Rückerstattung von Beiträgen*. Geschuldete, aber nicht bezahlte Beiträge müssen von der Ausgleichskasse nachgefordert werden. Ob diese Voraussetzung, die fehlende Zahlung geschuldeter Beiträge, gegeben sei, hängt für Lohnbeiträge einzig davon ab, daß eine bestimmte Leistung zum maßgebenden Lohn gehöre. Weniger einfach liegen die Verhältnisse bei den Beiträgen von Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit. Denn diese werden auf Grund der Steuerveranlagung festgesetzt, und die Meldung der Steuerbehörde ist für die Ausgleichskasse verbindlich. Stellt die Ausgleichskasse fest, daß höhere Beiträge geschuldet wären als nach der Meldung der Steuerbehörde festgesetzt wurden, so kann die Ausgleichskasse nur unter bestimmten Voraussetzungen nachfordern. Die Nachforderung hat durch die Revision der Artikel 22 bis 26 AHVV an Bedeutung gewonnen, indem nach dem neuen Artikel 25, Absatz 3, die Ausgleichskassen grundsätzlich verpflichtet sind, ihre eigenen Einschätzungen nachträglich der Steuerveranlagung anzupassen und zu wenig festgesetzte Beiträge nachzufordern. Die Voraussetzungen der Nachforderung finden sich in der — revidierten — Wegleitung über die Beiträge der Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen; diese tritt am 1. Juli 1966 in Kraft.

Neben der erwähnten materiellrechtlichen Beschränkung der Nachforderung der Beiträge von Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit kann der Nachforderung allgemein ein weiteres Hindernis entgegenstehen, eine in formelle Rechtskraft erwachsene Verfügung. Die Nachforderung hängt in diesem Fall davon ab, daß die Voraussetzungen erfüllt sind, unter denen die Ausgleichskassen auf ihre rechtskräftigen Verfügungen zurückzukommen haben. Die Wegleitung verweist dafür

auf das Kreisschreiben über die Rechtspflege, gültig ab 1. Oktober 1964 (Rz 164).

Die Wegleitung behandelt nach den allgemeinen Regeln über die Nachforderung den Sonderfall der Nachforderung beim Wechsel des Beitragsstatuts (Rz 179 ff.), also den Fall, da sich nachträglich zeigt, daß ein Erwerbseinkommen unrichtig gewertet oder das ein Versicherter zu Unrecht als Nichterwerbstätiger behandelt wurde, und umgekehrt. Diese Ordnung beruht auf der Rechtsprechung. Sie sieht von der Nachforderung ab, wenn keine ins Gewicht fallende Beiträge auf dem Spiel stehen (Rz 187). Dabei nimmt sie in Kauf, daß der Versicherte — als Selbständigerwerbender — den vollen Beitrag bezahlt hat, während er richtigerweise nur den Arbeitnehmerbeitrag hätte erbringen müssen (Rz 188). Allerdings hatte der Versicherte es in der Hand, sich durch Beschwerde gegen die Beitragsverfügung zur Wehr zu setzen.

Im Anschluß an die Nachforderung wird der Erlaß der Nachzahlung geregelt (Rz 196 ff.). Diese Ordnung gilt einzig für Lohnbeiträge; ihr entspricht für die andern Beiträge die Herabsetzung. Sie ist indessen praktisch kaum noch von Bedeutung; denn die Fälle dürften äußerst selten sein, da der Arbeitgeber in gutem Glauben annehmen könnte, die Beiträge nicht zu schulden — eine der Voraussetzungen des Erlasses —, wenn man die strengen Anforderungen bedenkt, die das Gericht an dieses Erfordernis stellt.

Aus dem Kapitel über die Rückerstattung der Beiträge (Rz 219 ff.) sei erwähnt, daß zuviel bezahlte Beiträge nicht nur auf Begehren des Beitragspflichtigen hin, sondern auch von Amtes wegen zu erstatten sind. Das hat jedoch nur zu geschehen, wenn für die Ausgleichskasse offensichtlich und ohne weiteres feststellbar ist, daß nicht geschuldete Beiträge bezahlt wurden (Rz 220, 229).

Der vierte Abschnitt ist der *Verjährung der Beitragsforderung und des Anspruches auf Rückerstattung* gewidmet. Einleitend wird die rechtliche Natur der Verjährung im Sinne des AHV-Rechtes geschildert: diese äußert die Folgen der Verwirkung (Rz 233). Anschließend werden die einzelnen Arten der Verjährung dargestellt, wobei zunächst zwischen der Verjährung der Beitragsforderung (Rz 239) und der Verjährung des Anspruches auf Beitragsrückerstattung (Rz 287 ff.) zu unterscheiden ist, und bei der Verjährung der Beitragsforderung Festsetzungs- und Vollstreckungsverjährung auseinanderzuhalten sind. Eingehend wird der Fristenlauf und werden namentlich die Tatbestände dargestellt, da das Gesetz von der Regel abweicht, indem bei der Festsetzungsverjährung die Verjährungsfrist später beginnt (Rz 243) oder mehr als fünf Jahre

betragen kann (Rz 244 ff.), und bei der Vollstreckungsverjährung die Verjährungsfrist ruht (Rz 270 ff.). Erwähnt sei ferner die durch die Rechtsprechung zugelassene Möglichkeit, eine Verfügung nach Ablauf der Frist der Festsetzungsverjährung im Sinne der Beitragsminderung zu berichtigen (Rz 257 ff.).

Der fünfte Abschnitt über *die Vollstreckung der Beitragsforderung* erläutert die AHV-, straf- und betreibungsrechtlichen Bestimmungen, die für den Beitragsbezug im eigentlichen Sinn maßgebend sind. Das erste Kapitel behandelt die betreffenden AHV-rechtlichen Institutionen — Mahnung, Veranlagung, Zahlungsaufschub, Ordnungsbußen (Rz 296 ff.) —, das zweite den mittelbaren Zwang, die Strafen (Rz 373 ff.). Im dritten Kapitel wird die Zwangsvollstreckung für auf Geld gerichtete Ansprüche der Ausgleichskassen besprochen (Rz 393 ff.) und im vierten die AHV-rechtlichen Folgen der fruchtlosen Zwangsvollstreckung, die Abschreibung uneinbringlicher Beiträge (Rz 462 ff.).

Nach Artikel 38 AHVV hat die Veranlagung nicht nur Platz zu greifen, wenn der Arbeitgeber die Beiträge nicht bezahlt, sondern auch wenn er sie zwar bezahlt, aber — trotz Mahnung — nicht darüber abrechnet (Rz 342 ff.). Die Ausgleichskasse hat durch Prüfung an Ort und Stelle die Angaben zu erheben, die für die Abrechnung erforderlich sind (Rz 93 ff.). Da die geschuldeten Beiträge bezahlt sind, ist keine Veranlagungsverfügung zu erlassen (Rz 323), sondern dem Arbeitgeber lediglich das Ergebnis der Prüfung mitzuteilen. Damit ist die bisher in der Praxis bestehende Unsicherheit, wie bei fehlender Abrechnung vorzugehen sei, beseitigt: es ist gemäß Artikel 37, Absatz 2, AHVV — und nicht gemäß Artikel 205 AHVV — zu mahnen und die besondere Veranlagung vorzunehmen.

Klarheit wurde auch geschaffen über die Ermittlung der zu veranlagenden Beiträge (Rz 326 ff.). Zu veranlagern sind grundsätzlich die Beiträge, die den ausgerichteten Löhnen entsprechen. Der säumige Arbeitgeber soll nicht durch die Bezahlung zu hoher Beiträge bestraft, und dem Arbeitnehmer sollen nur die Beiträge gutgeschrieben werden, die seinem Lohn entsprechen. Wo die Beiträge nicht genau ermittelt werden können, haben die Ausgleichskassen die erforderlichen Erhebungen anzustellen, um eine den wirklich geschuldeten Beiträgen möglichst nahe kommende Schätzung zu erzielen. Deshalb wird auch in Rz 339 noch ausdrücklich bestimmt, daß die Ausgleichskassen selbst auf formell rechtskräftige Veranlagungsverfügungen, die sich nachträglich als unrichtig erweisen, zurückzukommen haben.

Bei der Ausarbeitung des Kapitels über die Zwangsvollstreckung

stellte sich die Frage, wie weit das Schuldbetreibungs- und Konkursrecht selbst dargestellt werden sollte. Eine Beschränkung war notwendig. Die Wegleitung geht in der Weise vor, daß sie die Grundzüge der Verfahren in knapper Form umschreibt und die Verfahrensteile, die für die Vollstreckung der AHV/IV/EO-Beiträge praktisch bedeutsam sind, näher behandelt. Gegliedert ist das Kapitel über die Zwangsvollstreckung in fünf Unterabschnitte, Allgemeines, die Schuldbetreibung, der Konkurs, der Nachlaßvertrag und der Verlustschein.

Im sechsten Abschnitt endlich wird *die Arbeitgeberhaftung* behandelt, ein Gebiet, das in der Praxis keine große Rolle spielt und über das daher eine zwar grundsätzliche, aber auf zwei Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes beschränkte Rechtsprechung besteht. Hervorgehoben sei die neue Bestimmung von Artikel 138, Absatz 2, AHVV, wonach die Beiträge, die dem vom Arbeitgeber bezahlten Schadenersatz entsprechen, in das IBK des Arbeitnehmers einzutragen sind (Rz 487). Auf diesem Wege können mithin verjährte Beiträge dem Versicherten gutgeschrieben werden.

Aus dem siebenten und letzten Abschnitt über *das Inkrafttreten* ergibt sich, daß durch die Wegleitung zwölf Kreisschreiben aufgehoben werden.

Ergänzungsleistungen der Kantone

Der für den Anspruch maßgebende Wohnsitzbegriff ¹

I. Der zivilrechtliche Wohnsitz

1. Der Wohnsitz ist in der Gesetzgebung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV nicht nur Anspruchsvoraussetzung, sondern zugleich auch Kriterium für die Abgrenzung der Leistungspflicht unter den Kantonen. Alle kantonalen Erlasse machen denn auch den Anspruch auf Ergänzungsleistungen davon abhängig, daß der Bezüger einer Ergänzungsleistung im Kanton «wohnhaft» sei. Es liegt im Interesse der Sache, daß alle Kantone den Wohnsitzbegriff in gleicher Weise auslegen, wenigstens soweit der Wohnsitz zwischen zwei verschiedenen Kantonen in Frage steht.
2. Grundsätzlich ist auf den *zivilrechtlichen Wohnsitz* (Art. 23—26 ZGB) abzustellen. Dieser befindet sich an dem Orte, wo sich die Person

¹ Aus EL-Mitteilungen Nr. 1. Weitere Mitteilungen erscheinen in zwangsloser Folge in der Rubrik «Durchführungsfragen».

mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält und setzt also zwei wesentliche Bedingungen voraus: den tatsächlichen Aufenthalt und die Absicht dauernden Verbleibens. Als Indizien — aber nur als solche — können für den Wohnsitz einer selbständigen Person betrachtet werden: die Erwirkung der Niederlassungsbewilligung, die unangefochtene Inanspruchnahme durch die Steuerhoheit, die Registrierung in der Einwohnerkontrolle, die tatsächliche Aufgabe der bisherigen Wohnung, der Abschluß eines Wohnmietsvertrages, die polizeiliche Anmeldung, die Hinterlage der Schriften und die Zuteilung einer **Telefonnummer**.

3. Wesentlich ist, daß eine Person nur an *einem* Orte zugleich Wohnsitz haben kann. Die Begründung eines neuen Wohnsitzes hebt den alten auf; bis ein neuer Wohnsitz begründet wird, bleibt der alte bestehen.
4. Bei *Personen unselbständigen Rechts* (Ehefrauen, unter elterlicher Gewalt stehende Kinder und Bevormundete) ist zu beachten:

— Für *Ehefrauen* wird auf den nachstehenden Abschnitt über «Getrennt lebende Ehegatten» verwiesen.

— Das *unter der elterlichen Gewalt stehende Kind* hat seinen gesetzlichen Wohnsitz am Wohnsitz seiner Eltern (Art. 25, Abs. 1, ZGB). Sind die Eltern geschieden oder leben sie getrennt, so ist der gesetzliche Wohnsitz des Kindes am Wohnsitz desjenigen Elternteils, dem der Richter die elterliche Gewalt zugesprochen hat. Das Kind behält auch dann seinen Wohnsitz am Wohnsitz des Inhabers der elterlichen Gewalt, wenn es den Eltern weggenommen wurde, jedoch nicht, wenn die elterliche Gewalt entzogen worden ist. Das minderjährige Kind hat im übrigen nur dann einen vom Wohnsitz seiner Eltern getrennten Wohnsitz, wenn es durch seine Arbeit außerhalb der Familie oder durch die Art seines Berufs oder Geschäfts eine eigene wirtschaftliche Existenz begründet.

— *Bevormundete Personen* — gleichgültig ob volljährig oder minderjährig — haben ihren gesetzlichen Wohnsitz am Sitz der Vormundschaftsbehörde (Art. 25, Abs. 1, ZGB). Diese Regel ist indessen nicht anwendbar auf Personen, denen ein Beirat oder ein Beistand bestellt wurde.

II. *Abweichende innerkantonale Regelungen*

Verschiedene kantonale Gesetze stellen beispielsweise für Anstaltsinsassen oder für getrennt lebende Ehegatten und Familienglieder eigene

Vorschriften über die Zuständigkeit der Gemeinden zur Beteiligung an der Finanzierung der Ergänzungsleistungen auf, die vom Begriff des zivilrechtlichen Wohnsitzes abweichen. So kann durch den Kanton bestimmt werden, daß Ansprecher auf Ergänzungsleistungen, die in eine Anstalt im Kanton eingetreten sind und schon vor Anstaltseintritt im Kanton wohnhaft waren, als Wohnsitzgemeinde nach wie vor die Gemeinde gelte, in der der Bezüger vor seinem Eintritt in die Anstalt Wohnsitz hatte.

Solche vom Begriff des zivilrechtlichen Wohnsitzes abweichende Bestimmungen sind indessen nicht anwendbar, sobald zwei oder mehr Kantone für den Wohnsitz in Frage kommen.

III. Vorgehen in Zweifelsfällen

Meistens wird der zivilrechtliche Wohnsitz eindeutig feststellbar sein. In Zweifelsfällen, besonders wenn die angerufene Durchführungsstelle die Verpflichtung zur Leistung wegen mangelndem Wohnsitz im Kanton ablehnt, werden letztlich die rechtsprechenden Behörden die Wohnsitzfrage zu entscheiden haben.

Ist der zivilrechtliche Wohnsitz eines Leistungsansprechers unter zwei oder mehreren Kantonen zweifelhaft, so ist es in erster Linie Sache der beteiligten kantonalen Verwaltungen, sich zu einigen. Ist dies nicht möglich, so kann eine der beteiligten Verwaltungen oder der Anwärter das Bundesamt für Sozialversicherung anrufen, damit es gemäß Artikel 24, Absatz 1, ELV den mutmaßlichen Wohnsitzkanton anweist, die nach seiner Gesetzgebung dem Anwärter zukommende Ergänzungsleistung festzusetzen und auszuzahlen.

IV. Getrennt lebende Ehegatten

1. Von Bedeutung ist der Wohnsitz getrennter Ehegatten in verschiedenen Kantonen nur, wenn *beide* Ehegatten Anspruch auf eine Rente haben. Dies ist in der Regel nur der Fall, wenn Anspruch auf eine Ehepaarsrente besteht oder beiden Ehegatten der Anspruch auf eine einfache Alters- oder Invalidenrente (dem einen eine ordentliche, dem andern eine außerordentliche) zusteht. Steht nur dem einen Ehegatten eine Rente der AHV oder IV (mit oder ohne Zusatzrente für den andern Ehegatten) oder eine Hilflosenentschädigung zu, so ist für die Berechnung und Ausrichtung der Ergänzungsleistung nur derjenige Kanton zuständig, in dem der rentenberechtigte Ehegatte seinen Wohnsitz hat, auch wenn für die Berechnung der Ergänzungs-

leistung die Einkommensgrenzen für Ehepaare und das anrechenbare Einkommen beider Ehegatten berücksichtigt werden.

Dabei schließt die gemeinsame Berechnung der Ergänzungsleistung die getrennte Auszahlung keineswegs aus. Mit Recht hält sich in dieser Beziehung die Mehrheit der Kantone an die Regeln, die in der AHV für die Auszahlung der Renten gelten.

2. Bei *Ehegatten* ist davon auszugehen, daß von Gesetzes wegen (Art. 25, Abs. 1, ZGB) der *Wohnsitz des Ehemannes grundsätzlich auch derjenige der Ehefrau* ist, auch wenn sie sich nicht an diesem Orte aufhält. Von diesem Grundsatz bestehen allerdings bestimmte Ausnahmen (Art. 25, Abs. 2, ZGB):

— Ist der *Wohnsitz des Ehemannes nicht bekannt*, so ist die Ehefrau berechtigt, einen selbständigen Wohnsitz zu führen. Da in einem solchen Fall auch die wirtschaftlichen Verhältnisse des andern Ehegatten unbekannt sind, findet für die Berechnung der Ergänzungsleistung die für Alleinstehende vorgesehene Einkommensgrenze Anwendung.

— Berechtigt, einen *selbständigen Wohnsitz* zu gründen, ist ferner die Ehefrau, die kraft eines Urteils durch vorsorgliche Verfügung des Richters im Scheidungs- oder Trennungsprozeß (Art. 145 ZGB) oder als Schutzmaßnahme (Art. 169 ZGB) die richterliche Bewilligung erhalten hat, getrennt zu leben.

Nach Einreichung einer Klage auf Scheidung oder Trennung kann jeder Ehegatte für die Dauer des Rechtsstreits den gemeinsamen Haushalt aufgeben und ohne richterliche Bewilligung einen eigenen Wohnsitz begründen (Art. 170, Abs. 2, ZGB).

In diesen Fällen darf — immer vorbehältlich der Rechtsprechung — der selbständige Wohnsitz der Ehegatten angenommen werden, wenn er von diesen geltend gemacht wird.

— Der Ehegatte ist ferner berechtigt, getrennt zu leben und kann einen eigenen Wohnsitz begründen, wenn die Gesundheit, der gute Ruf oder das wirtschaftliche Auskommen durch das Zusammenleben ernstlich gefährdet wird (Art. 170, Abs. 1, ZGB). Hat die faktische Trennung mindestens ein Jahr ununterbrochen gedauert, wird sie voraussichtlich weiter bestehen und werden einer oder mehrere der genannten Gründe für die Trennung und die Begründung eines eigenen Wohnsitzes der Ehefrau geltend gemacht, so kann vorbehältlich der Rechtsprechung auf getrennten Wohnsitz der Ehegatten geschlossen werden.