

Verzeichnis der gesetzlichen Erlasse, der zwischenstaatlichen Vereinbarungen sowie der Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung auf den Gebieten der AHV, der IV und der EO¹

Stand: 1. Juli 1965

I. Die Gesetzgebung des Bundes

1. Bundesgesetze und Bundesbeschlüsse

Bundesgesetz über die AHV, vom 20. Dezember 1946 (BS 8, 447), abgeändert durch Bundesgesetze vom 21. Dezember 1950 (AS 1951, 391), 30. September 1953 (AS 1954, 211), 22. Dezember 1955 (AS 1956, 651), 21. Dezember 1956 (AS 1957, 262), 19. Juni 1959 (AS 1959, 854), 23. März 1961 (AS 1961, 491) und 19. Dezember 1963 (AS 1964, 285), sowie durch das Bundesgesetz über besondere Sparmaßnahmen, vom 23. Dezember 1953 (Ziff. I, 10) (AS 1954, 559), und das Bundesgesetz über die IV, vom 19. Juni 1959 (Art. 82) (AS 1959, 827).²

Bundesbeschuß über die Verwendung der der AHV aus den Überschüssen der Lohn- und Verdienstersatzordnung zugewiesenen Mittel (Alters- und Hinterlassenenfürsorge), vom 8. Oktober 1948 (AS 1949, 77), verlängert und abgeändert durch Bundesbeschlüsse vom 5. Oktober 1950 (AS 1951, 33), 30. September 1955 (AS 1956, 122) und 3. Oktober 1958 (AS 1959, 77) sowie durch das Bundesgesetz über besondere Sparmaßnahmen, vom 23. Dezember 1953 (Ziff. I, 11) (AS 1954, 559).

Bundesgesetz über die Erwerbsausfallentschädigungen an Wehrpflichtige (EO), vom 25. September 1952 (AS 1952, 1021), abgeändert durch Bun-

- ¹ Die in diesem Verzeichnis aufgeführten Texte sind wie folgt erhältlich:
— Texte gemäß Ziffer I und II: beim Drucksachenbüro der Bundeskanzlei, Bern 3;
— gedruckte Texte gemäß Ziffer III (bei allen gedruckten Texten ist in Klammern die Bestellnummer angegeben): bei der Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale, Bern 3;
— übrige Texte gemäß Ziffer III: beim Bundesamt für Sozialversicherung, Bern 3 (Lieferungen nur nach Maßgabe der Vorräte möglich).
— Das vorliegende Verzeichnis kann unter Nr. 318.120.01 d als Separatdruck bei der Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale bezogen werden.

² Enthalten in Textausgabe AHVG/AHV, Stand 1. Juli 1963 mit Klebtekturen 1964.

desgesetzes vom 6. März 1959 (AS 1959, 567) und 19. Dezember 1963 (AS 1964, 294) sowie durch das Bundesgesetz über den Zivilschutz, vom 23. März 1962 (Art. 93) (AS 1962, 1111).³

Bundesgesetz über die IV, vom 19. Juni 1959 (AS 1959, 827), abgeändert durch das Bundesgesetz über die Änderung des AHVG, vom 19. Dezember 1963 (AS 1964, 285) und durch das Bundesgesetz betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Militärversicherung, vom 19. Dezember 1963 (AS 1964, 253).⁴

Bundesbeschluß über die Rechtsstellung der Flüchtlinge in der AHV und IV, vom 4. Oktober 1962 (AS 1963, 37).

Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, vom 19. März 1965 (wird noch in AS publiziert).

2. Erlasse des Bundesrates

Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über die AHV, vom 31. Oktober 1947 (BS 8, 504), abgeändert durch Bundesratsbeschlüsse vom 20. April 1951 (AS 1951, 394), 30. Dezember 1953 (AS 1954, 219), 10. Mai 1957 (AS 1957, 406), 5. Februar 1960 (AS 1960, 235), 4. Juli 1961 (AS 1961, 495) und 3. April 1964 (AS 1964, 332) sowie durch den Bundesratsbeschluß betreffend Aufhebung der Zuständigkeiten der Verwaltungsabteilungen zum Erlaß allgemein verpflichtender Vorschriften, vom 13. Oktober 1951 (Art. 8) (AS 1951, 968), und durch den Bundesbeschluß über die Zuteilung des Bundesamtes für Sozialversicherung an das Eidgenössische Departement des Innern, vom 20. Dezember 1954 (AS 1954, 1328).²

Reglement für das Schiedsgericht der AHV-Kommission, vom 12. Dezember 1947 (BS 8, 576).

Vollzugsverordnung zum Bundesbeschluß über die Verwendung der der AHV aus den Überschüssen der Lohn- und Verdienstersatzordnung zugewiesenen Mittel, vom 28. Januar 1949 (AS 1949, 84).

² Enthalten in Textausgabe AHVG/AHVV, Stand 1. Juli 1963 mit Klebtekturen 1964.

³ Enthalten in Textausgabe EOG/EOV, Stand 1. Juni 1960 mit Klebtekturen 1962 und 1964.

⁴ Enthalten in Textausgabe IVG/IVV/GgV, Stand 1. Januar 1965 mit BRB vom 19. Februar 1965.

Verordnung über die Rückvergütung der von Ausländern und Staatenlosen an die AHV bezahlten Beiträge, vom *14. März 1952* (AS 1952, 281), abgeändert durch Bundesratsbeschluß vom *10. Mai 1957* (AS 1957, 414).

Reglement für die Verwaltung des Ausgleichsfonds der AHV, vom *7. Januar 1953* (AS 1953, 16), abgeändert durch Bundesratsbeschlüsse vom *22. Januar 1960* (AS 1960, 79) und *27. September 1963* (AS 1964, 640).

Verordnung über Organisation und Verfahren des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in AHV-Sachen, vom *16. Januar 1953* (AS 1953, 32), abgeändert durch Bundesratsbeschluß vom *3. Mai 1960* (AS 1960, 438).

Bundesratsbeschluß über die Einführung der IV, vom *13. Oktober 1959*, aufgehoben durch die Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die IV mit Ausnahme von Artikel 24 und 25 (AS 1959, 921).⁴

Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Erwerbsausfallentschädigungen an Wehrpflichtige (EO), vom *24. Dezember 1959* (AS 1959, 2143), abgeändert durch Bundesratsbeschluß vom *3. April 1964* (AS 1964, 337)³

Verordnung über Geburtsgebrechen, vom *5. Januar 1961* (AS 1961, 61).⁴

Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die IV, vom *17. Januar 1961* (AS 1961, 29), abgeändert durch Bundesratsbeschlüsse vom *10. Juni 1963* (AS 1963, 422), *3. April 1964* (AS 1964, 337) und *19. Februar 1965* (AS 1965, 109).⁴

Verordnung über die freiwillige AHV und IV für Auslandschweizer, vom *26. Mai 1961* (AS 1961, 419), abgeändert durch Bundesratsbeschluß vom *3. April 1964* (AS 1964, 340).

Bundesratsbeschluß über die Beiträge der Kantone an die AHV für die Jahre 1964—1969, vom *7. Juli 1964* (AS 1964, 626).

Bundesratsbeschluß über die Beiträge der Kantone an die IV für die Jahre 1963—1969, vom *7. Juli 1964* (AS 1964, 627).

³ Enthalten in Textausgabe EOG/EOV, Stand 1. Juni 1960 mit Klebetektoren 1962 und 1964.

⁴ Enthalten in Textausgabe IVG/IVV/GgV, Stand 1. Januar 1965 mit BRB vom 19. Februar 1965.

3. Erlasse eidgenössischer Departemente und anderer eidgenössischer Behörden

Reglement für die Eidgenössische Ausgleichskasse, vom 30. Dezember 1948, erlassen vom Eidgenössischen Finanz- und Zolldepartement (AS 1949, 66).

Verfügung des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartementes betr. die Beitrags- und Abrechnungspflicht der in der Stickerei-Industrie tätigen Personen im Rahmen der AHV, vom 21. Juni 1949 (AS 1949, 560), abgeändert durch den Bundesratsbeschluß betreffend Aufhebung der Zuständigkeiten der Verwaltungsabteilungen zum Erlaß allgemein verpflichtender Vorschriften, vom 13. Oktober 1951 (Art. 8) (AS 1951, 968).

Reglement für die Schweizerische Ausgleichskasse, vom 15. Oktober 1951, erlassen vom Eidgenössischen Finanz- und Zolldepartement (AS 1951, 994).

Regulativ über die Anlagen des Ausgleichsfonds der AHV, vom 19. Januar 1953, erlassen vom Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds der AHV (BBl 1953 I 85), abgeändert durch Beschluß vom 18. März 1960 (BBl 1960 II 8).

Verfügung des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartementes über die Berechnung des für die AHV maßgebenden Lohnes von Angehörigen bestimmter Berufe, vom 31. Dezember 1953 (AS 1954, 225).

Verfügung des Eidgenössischen Departementes des Innern über Verwaltungskosten in der AHV (Höchstansätze der Verwaltungskostenbeiträge), vom 19. Januar 1955 (AS 1955, 102).

Reglement für den Spezialfonds «Vermächtnisse Isler und von Smolenski zur Behebung besonderer Notlagen von Alten und Hinterlassenen», vom 9. März 1956, erlassen vom Bundesamt für Sozialversicherung (AS 1956, 582), ergänzt durch Bundesratsbeschluß vom 8. August 1962 (nicht veröffentlicht).⁵

Verfügung des Eidgenössischen Departementes des Innern über die Gewährung von Übergangsrenten der AHV an Schweizer im Ausland (Anpassung der Einkommensgrenzen), vom 24. Juni 1957 (AS 1957, 579).

⁵ Bereinigter Text beim BSV erhältlich.

Verfügung des Eidgenössischen Departementes des Innern über Errichtung und Umwandlung von Ausgleichskassen in der AHV, vom 19. Februar 1960 (AS 1960, 282).

Reglement der IV-Kommission für Versicherte im Ausland, erlassen vom Eidgenössischen Finanz- und Zolldepartement am 22. März 1960 (nicht in der AS, jedoch in der Wegleitung zur freiwilligen Versicherung, 318.101).

Reglement der Rekurskommission der Schweizerischen Ausgleichskasse, vom 19. November 1960 (AS 1961, 114).

Verfügung des Eidgenössischen Departementes des Innern über die Zulassung von Sonderschulen in der IV, vom 29. September 1961 (AS 1961, 859).

Verfügung des Eidgenössischen Departementes des Innern über Verwaltungskosten in der AHV (Zuschüsse an die kantonalen Ausgleichskassen), vom 17. November 1961 (AS 1961, 1016).

Geschäftsreglement der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, von der genannten Kommission erlassen am 23. Februar 1965 (nicht veröffentlicht).⁶

Verfügung des Eidgenössischen Militärdepartements betreffend den Vollzug der EO bei der Truppe, vom 1. April 1964 (Militäramtsblatt 1964, 89).

II. Die zwischenstaatlichen Vereinbarungen

Frankreich

Abkommen über die AHV, vom 9. Juli 1949, mit Generalprotokoll und Protokoll Nr. 1 (AS 1950, 1133).

Verwaltungsvereinbarung, vom 30. Mai 1950 (AS 1950, 1145).

Zusatz zum Generalprotokoll, vom 5. Februar 1953 (AS 1953, 99).

Protokoll Nr. 2, vom 1. Juni 1957 (AS 1957, 629).

Protokoll Nr. 3, vom 15. April 1958 (AS 1958, 322).

Zusatz zum Abkommen über die AHV, vom 14. April 1961 (AS 1961, 656).

Zusatz zum Protokoll Nr. 3, vom 14. April 1961 (AS 1961, 375).

⁶ Beim BSV erhältlich.

Österreich

Abkommen über Sozialversicherung, vom 15. Juli 1950 (AS 1951, 787).
Verwaltungsvereinbarung, vom 10. Mai 1951 (AS 1951, 798).

Rheinschiffer

Internationales Abkommen über die soziale Sicherheit der Rheinschiffer,
vom 27. Juli 1950 (AS 1953, 518).
Verwaltungsvereinbarung, vom 23. Mai 1953 (AS 1953, 533).

Bundesrepublik Deutschland

Abkommen über Sozialversicherung, vom 24. Oktober 1950 (AS 1951,
935).
Verwaltungsvereinbarung, vom 21. September 1951 (AS 1951, 951).
Notenwechsel vom 14. September 1955 (AS 1955, 837).
Notenwechsel vom 3. Oktober 1955 / 11. Januar 1957 (AS 1957, 67).
Zusatzabkommen vom 24. Dezember 1962 (AS 1963, 949).

Belgien

Abkommen über Sozialversicherung, vom 17. Juni 1952 (AS 1953, 928).
Verwaltungsvereinbarung, vom 24. Juli 1953 (AS 1953, 938).

Großbritannien

Abkommen über Sozialversicherung, vom 16. Januar 1953 (AS 1954, 999).
Verwaltungsvereinbarung, vom 1. September 1954 (AS 1954, 1014).
Zusatzabkommen, vom 12. November 1959 (AS 1960, 867).
Verwaltungsvereinbarung zum Zusatzabkommen, vom 15. März 1962
(AS 1962, 465).

Dänemark

Abkommen über Sozialversicherung, vom 21. Mai 1954 (AS 1955, 283).
Verwaltungsvereinbarung, vom 23. Juni 1955 (AS 1955, 769).
Zusatzvereinbarung, vom 15. November 1962 (AS 1962, 1429).

Liechtenstein

Abkommen über die AHV, vom 10. Dezember 1954 (AS 1955, 519).
Verwaltungsvereinbarung, vom 6. April 1955 (AS 1955, 528).

Schweden

Abkommen über Sozialversicherung, vom 17. Dezember 1954 (AS 1955, 758).

Luxemburg

Abkommen über Sozialversicherung, vom 14. November 1955 (AS 1957, 283).

Verwaltungsvereinbarung, vom 27. Februar 1957 (AS 1957, 295).

Niederlande

Abkommen über Sozialversicherung, vom 28. März 1958 (AS 1958, 1019).

Verwaltungsvereinbarung, vom 28. März und 3. Juni 1958 (AS 1958, 1031).

Zusatzvereinbarung vom 14. Oktober 1960 (AS 1960, 1237).

Tschechoslowakei

Abkommen über soziale Sicherheit, vom 4. Juni 1959 (AS 1959, 1709).

Verwaltungsvereinbarung vom 10. September 1959 (AS 1959, 1720).

Spanien

Abkommen über Soziale Sicherheit, vom 21. September 1959 (AS 1960, 795).

Verwaltungsvereinbarung vom 25. Januar 1960 (AS 1960, 806).

Jugoslawien

Abkommen über Sozialversicherung, vom 8. Juni 1962 (AS 1964, 161)

Verwaltungsvereinbarung vom 5. Juli 1963 (AS 1964, 175).

Italien

Abkommen über Soziale Sicherheit, vom 14. Dezember 1962 (AS 1964, 727).

Verwaltungsvereinbarung, vom 18. Dezember 1963 (AS 1964, 747).

III. Die Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung ⁷

1. Weisungen, Wegleitungen und unnummerierte Kreisschreiben

Kreisschreiben über die Beitragspflicht der römisch-katholischen Weltgeistlichen, vom *12. März 1948*.

Kreisschreiben über Beitrags- und Abrechnungspflicht der in der Sticke-
reiindustrie tätigen Personen, vom *5. August 1949*.

Kreisschreiben an die Ausgleichskassen, denen die Durchführung über-
tragener Aufgaben bewilligt wurde, über die teilweise Abschreibung
uneinbringlicher Beiträge, vom *25. Juni 1951*.

Kreisschreiben über die Erfassung und die Kassenzugehörigkeit betrieb-
licher Fürsorgeeinrichtungen, vom *12. Mai 1952*.

Weisungen an die Revisionsstellen über die Durchführung der Arbeit-
geberkontrollen gemäß AHVG Art. 68, Abs. 2, vom *1. September 1954*.

Kreisschreiben an die kantonalen Ausgleichskassen über verschiedene
Fragen im Zusammenhang mit der Durchführung der Unfallversiche-
rung in der Landwirtschaft als übertragene Aufgabe, vom *21. Februar
1956*.

Kreisschreiben zum Reglement für den Spezialfonds «Vermächtnis
A. Isler sel.» (nunmehr «Vermächtnisse Isler und von Smolenski zur Be-
hebung besonderer Notlagen von Alten und Hinterlassenen»), vom
19. September 1956.

Kreisschreiben über die Beiträge von Entschädigungen der Milchkontrol-
leure der Viehzuchtverbände, vom *31. Oktober 1956*.

Kreisschreiben über die Aushändigung von Verlustscheinchen für ver-
jäherte Beitragsforderungen, vom *23. Mai 1957*.

⁷ Kreisschreiben und Mitteilungen von vorübergehender Geltung sind hier
nicht aufgeführt. Dies gilt insbesondere für die Weisungen zur IV, deren Ab-
lösung durch besondere Kreisschreiben oder Wegleitungen vorgesehen ist.
Nicht aufgeführt sind ferner jene Weisungen, auf die nur in Nachzahlungs-
oder Nachforderungsfällen zurückgegriffen werden muß, die aber für die Be-
handlung neuer Fälle nicht mehr maßgebend sind. Die vorliegende Liste ist
somit nicht abschließend.

Weisungen an die Revisionsstellen für die Revision der Ausgleichskassen, vom 15. Juli 1957, ergänzt durch Nachträge vom 31. Oktober 1960 und 28. Februar 1964.

Kreisschreiben an die zuständigen Departemente der Kantone und an die Kassenvorstände der Verbandsausgleichskassen über das Verwaltungs- und Finanzvermögen der Ausgleichskassen, vom 28. November 1957.

Richtlinien für die Sicherheitsleistung der Gründerverbände von AHV-Ausgleichskassen, vom 31. Januar 1958, ausgedehnt auf die IV durch Kreisschreiben vom 10. Dezember 1959.

Kreisschreiben über die Entschädigungen an kantonale Steuerbehörden, vom 9. April 1958.

Weisungen an die Truppenrechnungsführer betreffend die Meldekarte und die Bescheinigung der Soldtage gemäß EO, vom 29. Dezember 1959 (51.3/V).

Wegleitung zur EO, vom November 1960 (318.701).

Kreisschreiben über die Versicherungspflicht, vom 1. Juni 1961 (318.107.02).

Kreisschreiben betreffend Mikrofilmaufnahme der IBK für die Beitragsaufzeichnungen der Jahre 1948 bis 1960, vom 29. August 1961, mit Nachtrag vom 15. Dezember 1961.

Kreisschreiben über die Vergütung der Reisekosten in der IV, vom 1. September 1961 (318.507.01), mit Klebetektoren vom 1. Januar 1962 (318.507.011), vom 1. Januar 1963 (318.507.012) und vom 1. Januar 1964 (318.507.013) sowie neuem Anhang 1 vom 1. November 1964 (318.507.014).

Wegleitung für die Steuerbehörden über das Meldeverfahren mit den AHV-Ausgleichskassen, vom Oktober 1961 (318.102.1).

Wegleitung über die Beiträge der Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen, gültig ab 1. Januar 1962 (318.102).

Kreisschreiben über den maßgebenden Lohn, gültig ab *1. Januar 1962* (318.107.04).

Wegleitung über Versicherungsausweis und individuelles Beitragskonto, gültig ab *1. Januar 1962* (318.301).

Kreisschreiben über die Berichterstattung der IV-Kommissionen und ihrer Sekretariate, vom *5. April 1962*.

Kreisschreiben über die Berichterstattung der Ausgleichskassen, vom *10. April 1962*.

Kreisschreiben über die Berichterstattung der IV-Regionalstellen, vom *3. Mai 1962*.

Wegleitung über Buchführung und Geldverkehr der Ausgleichskassen, gültig ab *1. Februar 1963* (318.103).

Wegleitung über die Renten, gültig ab *1. August 1963* (318.104), abgeändert und ergänzt durch die Kreisschreiben über die Durchführung der 6. AHV-Revision auf dem Gebiete der Renten, vom *30. Dezember 1963*, *28. Januar 1964*, *18. März 1964*, *2. April 1964* und *15. Mai 1964*.

Kreisschreiben betreffend beschränkte Ausrichtung von außerordentlichen AHV-Renten an deutsche Staatsangehörige, vom *19. November 1963*.

Wegleitung zur freiwilligen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung für Auslandschweizer, gültig ab *1. Januar 1964* (318.101).

Kreisschreiben über die Eingliederungsmaßnahmen beruflicher Art der IV, gültig ab *1. Januar 1964* (318.507.02).

Kreisschreiben über die Prüfung der Rechnungen für individuelle Sachleistungen der IV, gültig ab *1. Februar 1964* (318.507.04).

Kreisschreiben über das Verfahren in der IV, gültig ab *1. April 1964* (318.507.03).

Kreisschreiben über die Pauschalfrankatur, gültig ab *1. Juli 1964* (318.107.03).

Wegleitung über die Stellung der Ausländer und Staatenlosen, Loseblattausgabe Stand *1. August 1964* (318.105).

Kreisschreiben über die Zulassung von Sonderschulen in der IV, gültig ab *1. August 1964* (318.507.05).

Kreisschreiben über die Rechtspflege, gültig ab 1. Oktober 1964 (318.107.05).

Kreisschreiben über die Abgabe von Hörgeräten in der IV, vom 20. November 1964.

Weisungen an die Rechnungsführer des Zivilschutzes betreffend die Meldekarte und die Bescheinigung der Dienstage gemäß EO, gültig ab 1. Januar 1965 (BZS).

Kreisschreiben über die Schweigepflicht und Akteneinsicht, gültig ab 1. Februar 1965.

2. Numerierte Kreisschreiben

Nr. betreffend

10 Beitragszahlung, Abrechnung, Geldverkehr und Buchführung, vom 25. November 1947 (gültig nur die Abschnitte A und C/V).

24a Beitragspflicht und Kassenzugehörigkeit der Mitglieder religiöser Gemeinschaften, vom 28. Dezember 1950 (aufgehoben sind die Abschnitte A und B sowie Ziffer 1, erster Satz, und Ziffer 2, Buchstabe b, bb [ohne 1. Satz] des Abschnittes C), mit Nachtrag vom 24. August 1955.

27 Ermittlung des maßgebenden Lohnes sowie Abrechnung und Zahlung der in der Heimarbeit tätigen Personen (mit Ausnahme der Stickerei-Industrie), vom 29. April 1948.

30a Beitragsmarken der AHV, IV und EO, vom 8. Januar 1960.

33a Mahn-, Veranlagungs-, Bußen- und Vollstreckungsverfahren, vom 11. Juni 1951.

35 Abschreibung uneinbringlicher Beiträge und zurückzuerstattender Renten, vom 4. Oktober 1948 (gültig, soweit es sich auf uneinbringliche Beiträge bezieht).

36a Kassenzugehörigkeit, Kassenwechsel und Abrechnungsregisterkarten, vom 31. Juli 1950, mit Nachtrag vom 28. Juli 1960.

43a Rückerstattung von AHV-Beiträgen wegen Entrichtung der eidg. Couponabgabe, vom 15. November 1958 (318.106.43a).

- 47 Abkommen zwischen der Schweiz und Frankreich über die Sozialversicherung vom 9. Juli 1949, vom 13. Oktober 1950.
- 54 Abkommen zwischen der Schweiz und Österreich über Sozialversicherung vom 15. Juli 1950, vom 25. August 1951.
- 55 Abkommen zwischen der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland vom 24. Oktober 1950, vom 18. Oktober 1951, mit Nachtrag vom 10. Oktober 1957.
- 57 Rückvergütung von AHV-Beiträgen an Ausländer und Staatenlose, vom 17. März 1952, mit Nachträgen vom 3. Juni 1961 und 14. Dezember 1961.
- 58 Sozialversicherungsabkommen zwischen der Schweiz und Frankreich, Österreich und der Bundesrepublik Deutschland, vom 26. Dezember 1952.
- 59 Internationales Abkommen über die soziale Sicherheit der Rheinschiffer vom 27. Juli 1950, vom 24. Juli 1953.
- 60 Abkommen zwischen der Schweiz und Belgien über Sozialversicherung vom 17. Juni 1952, vom 31. Oktober 1953.
- 61a Ende der Beitragspflicht, vom 13. Juni 1957.
- 62 Arbeitgeberkontrolle an Ort und Stelle durch die Revisionsstellen, vom 22. Juli 1954.
- 63 Abkommen zwischen der Schweiz und Großbritannien über Sozialversicherung vom 16. Januar 1953, vom 30. September 1954.
- 63a Ausrichtung von außerordentlichen Renten an Angehörige des Vereinigten Königreiches von Großbritannien, vom 4. Juli 1960.
- 64 Verjährung der Beiträge, vom 29. Dezember 1954.
- 65 Abkommen zwischen der Schweiz und Dänemark über Sozialversicherung vom 21. Mai 1954, vom 22. März 1955.
- 67 Abkommen zwischen der Schweiz und Liechtenstein über die AHV vom 10. Dezember 1954, vom 26. Mai 1955.
- 68 Abkommen zwischen der Schweiz und Schweden über Sozialversicherung vom 17. Dezember 1954, vom 30. August 1955.

- 69 Abkommen zwischen der Schweiz und Luxemburg über Sozialversicherung vom 14. November 1955, vom 8. April 1957.
- 70 Stipendien und ähnliche Zuwendungen, vom 19. Juni 1957.
- 71 Beiträge von gelegentlichen geringfügigen Entgelten aus Neben-erwerb, vom 3. Juli 1957.
- 72 Aktenaufbewahrung, vom 25. August 1958.
- 73 Abkommen zwischen der Schweiz und den Niederlanden über Sozialversicherung vom 28. März 1958, vom 4. Dezember 1958.
- 74 Abkommen über soziale Sicherheit zwischen der Schweiz und der Tschechoslowakei vom 4. Juni 1959, vom 15. Dezember 1959.
- 75 Abkommen über soziale Sicherheit zwischen der Schweiz und Spanien vom 21. September 1959, vom 11. Juli 1960.

3. Tabellen zur Ermittlung der Leistungen und Beiträge

Tabellen zur Ermittlung der EO-Tagesentschädigungen und IV-Tag-gelder, gültig ab *1. Januar 1964* (318.116).

Tabellen zur Ermittlung der AHV- und IV-Renten und der Hilflosen-entschädigung, gültig ab *1. Januar 1964* (318.117).

Beitragstabellen für Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige, gültig ab *1. Januar 1964* (318.114).

Durchführungsfragen der AHV und IV

Rückvergütung von AHV-Beiträgen an Ausländer und Staatenlose

Gemäß Artikel 4 der bundesrätlichen Verordnung über die Rückver-gütung der von Ausländern und Staatenlosen an die AHV bezahlten Beiträge vom 14. März 1952 kann die Rückvergütung u. a. auch dann ganz oder teilweise verweigert werden, wenn sie der Billigkeit wider-

sprechen würde. Nun wird diese Klausel gemäß der vom Eidgenössischen Versicherungsgericht bestätigten Verwaltungspraxis so ausgelegt, daß die Rückvergütung von AHV-Beiträgen auf die Höhe des Barwertes aller zukünftigen AHV-Leistungen, die einem Rentenberechtigten in gleichen Verhältnissen zukämen, beschränkt wird. Die Berechnung des Barwertes aller zukünftigen AHV-Leistungen, die vom Bundesamt für Sozialversicherung vorgenommen wird, basiert insbesondere auch auf der einfachen Altersrente, die einem rentenberechtigten Jahrgänger des Ausländers oder Staatenlosen auf Grund der gleichen Beitragsleistung und Beitragsjahre zustehen würde.

Zur Berechnung dieser Rente bedarf das Bundesamt für Sozialversicherung genauer Angaben über die Beitragsdauer und über die Höhe der geleisteten 4 Prozent AHV-Beiträge des Rückvergütungsberechtigten. Da nun gemäß dem durch die sechste AHV-Revision eingeführten Artikel 30, Absatz 5, AHVG die für die Zeit vor dem 1. Januar 1965 geleisteten Beiträge bei der Ermittlung des durchschnittlichen Jahresbeitrages um ein Drittel aufgewertet werden, die ab 1. Januar 1965 bezahlten Beiträge dagegen diese Aufwertung nicht erfahren, ist dem Bundesamt für Sozialversicherung nicht nur die Beitragssumme anzugeben, sondern auch mitzuteilen, auf welche Beitragszeiten sich die einzelnen Beiträge beziehen (z. B. durch Einsenden der IBK, eines Auszuges oder Fotokopie derselben oder dergl.).

Im übrigen sei die Regelung in Erinnerung gerufen, daß die Ausgleichskassen zur Beurteilung der Billigkeit alle Rückvergütungsfälle mit einem durchschnittlichen Jahresbeitrag von 300 Franken und mehr (also mit einem durchschnittlichen Jahreseinkommen von 7500 Franken und mehr) dem Bundesamt für Sozialversicherung zur Ermittlung des rückzuvergütenden Betrages zu unterbreiten haben.

Zur Nachzahlung von Ehepaar-Altersrenten, auf die der Anspruch infolge Invalidität der noch nicht 60jährigen Ehefrau entstanden ist.

Kürzlich hat eine Ausgleichskasse dem Bundesamt den Fall einer noch nicht 60jährigen Ehefrau unterbreitet, deren Ehemann eine einfache Altersrente bezog, und die selbst invalid geworden war, aber einige Jahre verstreichen ließ, bevor sie sich bei der IV anmeldete. Es ging nun um die Frage, ab welchem Zeitpunkt die Ehepaar-Altersrente,

welche infolge Invalidität der Ehefrau entstanden war, auszurichten sei. Sollte hier auf die Verwirkungsvorschrift von Art. 48, Abs. 2, IVG abgestellt werden, nach dessen Wortlaut die Rente nur vom Monat der Anmeldung an ausbezahlt wird, wenn sich der Versicherte mehr als 6 Monate nach Entstehung seines Rentenanspruchs anmeldet? Oder müßte man sich auf Art. 46 AHVG stützen, welcher den Anspruch auf Nachzahlung nicht bezogener Renten mit Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats, für welchen die Rente geschuldet ist, erlöschen läßt?

Einerseits war zwar die Rente, auf welche ein Anspruch entstanden war, eine Altersrente, andererseits aber wurde dieser Anspruch durch einen Versicherungsfall der IV begründet. Die letztere Tatsache ist indessen nicht von entscheidender Bedeutung. Ansprüche, welche auf Grund eines bestimmten Gesetzes entstehen, sind in jeder Hinsicht nach diesem Gesetz zu behandeln (vgl. Rz 1092 und 1099 der Wegleitung über die Renten). Im vorliegenden Fall bestimmt Art. 22, Abs. 1, AHVG, daß Ehemänner, sofern sie das 65. Altersjahr zurückgelegt haben und deren Ehefrau mindestens zur Hälfte invalid ist, Anspruch auf eine Ehepaar-Altersrente haben. Da somit der Rentenanspruch auf Grund des AHV-Gesetzes entsteht, ist hinsichtlich der Verjährung Art. 46 AHVG anzuwenden. Tritt der entgegengesetzte Fall ein, daß die Ehefrau eine Altersrente bezieht und ihr Ehemann invalid wird, kann dieser eine Ehepaar-Invalidenrente beanspruchen. Hier ist es nun das IV-Gesetz, welches den Rentenanspruch vorsieht, und man wird folglich die Verjährungsfrist von Art. 48, Abs. 2, IVG beachten müssen.

Medizinische Maßnahmen: Kostenvergütung für Leistungen von Nicht-IV-Vertragsärzten¹

Gegenüber Aerzten, welche auf die mit der Verbindung der Schweizer Aerzte abgeschlossenen Tarifverträge nicht verpflichtet sind und diese nicht anerkennen, findet für die Honorierung ihrer Leistungen Artikel 24, Absatz 3, IVV Anwendung. In diesen Fällen vergütet die IV dem Versicherten gegen Vorweisung der Rechnung die Kosten für verfügte Maßnahmen im Rahmen der geltenden Tarife und zwar auch dann, wenn eine unbezahlte Rechnung vorgelegt wird. Das Sekretariat der IV-Kommission überträgt die Rechnung auf das IV-Rechnungsformular und gibt die Originalrechnung mit einem entsprechenden Vermerk versehen dem Versicherten zurück. Dieses Verfahren setzt voraus, daß in den Honorarnoten

¹ Aus IV-Mitteilungen, Nr. 62

die für die Festlegung der IV-Vergütung notwendigen Angaben enthalten sind. Rechnungen, die diesbezüglich unvollständig sind, sind dem Versicherten zur Ergänzung zurückzusenden.

Ist im Zeitpunkt der Beschlußfassung der IV-Kommission bekannt, daß der vom Versicherten gewählte Arzt die bestehenden Tarife nicht anerkennt, so ist in der Verfügung auf diesen Umstand hinzuweisen und festzuhalten, daß die IV gegen Einsendung der entsprechenden Rechnungen die Kosten der verfügten Maßnahmen bis zur Höhe der geltenden Tarife vergütet.

Abgabestellen von Hörmitteln ¹

Gemäß Kreisschreiben betreffend die Abgabe von Hörmitteln in der IV vom 20. November 1964, Rz 27 und 28, kann der Versicherte unter den vom Bundesamt für Sozialversicherung bekanntgegebenen Hörmittel-Abgabestellen den Lieferanten frei wählen. Im Verzeichnis der Vertragslieferanten vom 15. Februar 1965 sind wohl die jeweiligen Geschäftsinhaber, nicht aber die einzelnen Abgabestellen aufgeführt. Dieses Verzeichnis eignet sich daher nicht zur Abgabe an die Versicherten. Nennen letztere den Lieferanten nicht schon in der Anmeldung, so sind sie aufzufordern, dies nachzuholen. Die Sekretariate der IV-Kommissionen dürfen die Wahl ihrerseits nicht beeinflussen. Wählt der Versicherte einen Lieferanten, der in der vorgenannten Liste nicht aufgeführt ist, so sind die Akten dem Bundesamt für Sozialversicherung zu unterbreiten (Vgl. Rz 27 des erwähnten Kreisschreibens).

L I T E R A T U R H I N W E I S E

Breitenmoser A.: *Le personnel enseignant des classes orthopédagogiques.* In «Pro Infirmis», Nr. 5, S. 138—140, Jg. 23, 1964, Zürich.

Dinstuhl Friederich: *Freude und Frohsinn.* Ein Hilfsbuch für den Unterricht in Leibeseziehung an Sonderschulen. 2., überarbeitete Auflage, S. 75, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg, 1964.

¹ Aus IV-Mitteilungen, Nr. 62

Dubost L.: *L'entraînement gestuel dans la formation professionnelle.* In «Pro Infirmis», Nr. 4, S. 110—117, Jg. 23, 1964, Zürich.

Duc J. L.: *Les mesures médicales de l'AI dans la jurisprudence du TFA.* Artikelfolge in «La mutualité romande», Hefte 2, 3, 6, 7, 8, Lausanne, 1964.

Folberth Sepp: *Kinderheime, Kinderheilstätten in der Bundesrepublik Deutschland, Oesterreich und der Schweiz.* 2., erweiterte und verbesserte Auflage, mit Textbeiträgen von K. Nitsch und H. Kleinschmidt, einem Verzeichnis der Heime, Heilstätten und Anstalten und sonstigen wichtigen Anschriften für die Kinderpraxis. 320 Seiten, Pallas Verlag, Lochham München, 1964.

Genardini Rosita: *L'assistente sociale nell'opera di recupero dei minorati psichici.* In «Pro Infirmis», Nr. 5, 156—159, Jg. 23, 1964, Zürich.

Herold Hans: *Voraussetzungen und Ursprünge der Sozialversicherung.* Sonderabdruck aus «Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung», 9. Jahrgang, 1965, Heft 2, S. 30, Verlag Stämpfli & Cie, Bern.

Klauer Karl Josef: *Programmierter Unterricht an Sonderschulen.* S. 79, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin-Charlottenburg, 1964.

Kobelt M.: *Les éducateurs d'arriérés.* In «Pro Infirmis», Nr. 5, S. 134—137, Jg. 23, 1964, Zürich.

Rossier A.: *Rééducation fonctionnelle et réintégration sociale des paraplégiques.* Separatdruck aus «Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten», 47. Jahrgang 1964, Nr. 1/2, Verlag Berichthaus Zürich.

Sandmeier Francis: *Expériences faites dans le domaine de la réadaptation professionnelle, depuis l'entrée en vigueur de l'assurance invalidité.* Separatdruck aus «Praxis», Schweizerische Rundschau für Medizin, Jahrgang 54, Nr. 13, S. 8, 1965, Verlag Hallwag AG, Bern.

Dokumentationsdienst des internationalen Informationszentrums für technische Hilfsmittel. Illustrierte Dokumentation in Loseblattform mit Erläuterungstext in englischer, spanischer, deutscher und französischer Sprache. Erhältlich durch die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Invalidenhilfe (SAIH), Geschäftsstelle Pro Infirmis, Zürich. Erscheint seit 1964.

Problèmes de la vie quotidienne des handicapés. Comment les résoudre. Artikelfolge über Hilfsmittel für das tägliche Leben, erschienen in «Réadaptation», revue mensuelle, Heft 115, 1964, S. 7—60, Paris.

Réadaptation des Paraplégiques. Artikelfolge, erschienen in «Réadaptation», revue mensuelle, Heft 107, 1964, S. 7—38, Paris.

Richtlinien für die Organisation von Erziehungsheimen für Kinder und Jugendliche. Herausgegeben von der Schweizerischen Landeskonferenz für Soziale Arbeit, auf Grund der Beratungen einer Arbeitsgruppe. In «Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit», 104. Jahrgang, Heft 3, 1965, S. 40—51. Erhältlich bei der Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft, 8039 Zürich.

MITTEILUNGEN

Behandelte parlamentarische Vorstöße

**Kleine Anfrage Forel
vom 4. März 1965**

Am 11. Juni 1965 hat der Bundesrat die Kleine Anfrage Forel (ZAK 1965, S. 185) wie folgt beantwortet:

«Es trifft zu, daß geistesschwache Minderjährige, die mit Hilfe der Invalidenversicherung eine Sonderschule besucht haben, aber keine berufliche Ausbildung bestehen können, bis zu ihrer Volljährigkeit keinen Anspruch mehr auf Leistungen der Invalidenversicherung haben. Diese Lücke hat zu verschiedenen Revisionsvorschlägen geführt, welche gegenwärtig im Schoße der Eidgenössischen Expertenkommission für die Revision der Invalidenversicherung geprüft werden.

Die Invalidenversicherung fördert die Errichtung und den Ausbau von Dauerwerkstätten für Geistesschwache durch Ausrichtung von Bau- und Betriebsbeiträgen. Der Bundesrat möchte indessen die Initiative auf diesem Gebiet den Kantonen, Gemeinden und gemeinnützigen privaten Organisationen überlassen, da diese die Bedürfnisse im Einzelfall besser zu beurteilen vermögen.»

Familienzulagen im Kanton Luzern

Der Große Rat des Kantons Luzern hat am 29. Juni 1965 ein Gesetz gutgeheißen, wonach der gesetzliche Mindestansatz der Kinderzulage von 15 auf 22 Franken je Kind im Monat erhöht wird. Das Gesetz sieht u.a. noch folgende Neuerungen vor:

Kein Anspruch auf die kantonale Zulage besteht für ein Kind, das nach der Gesetzgebung eines andern Kantons oder des Bundes zulageberechtigt ist. Bei Tod, Unfall, Krankheit und vorübergehendem unverschuldetem Arbeitsunterbruch sind die Zulagen nach Erlöschen des Lohnanspruchs noch für den laufenden und den folgenden Kalendermonat und in Härtefällen darüber hinaus noch für die Dauer von höchstens drei Monaten auszurichten. Für die Selbständigerwerbenden beträgt der Ansatz der Kinderzulage wie bisher 15 Franken je Kind im Monat. Das neue Gesetz ist am 1. Juli 1965 in Kraft getreten.

Adressenverzeichnis AHV/IV/EO

Seite 10, Ausgleichskasse 32, Ostschweiz. Handel
Neue Adresse: 8570 Weinfelden, Postgebäude
Neue Tel.Nr.: 072 5 02 01

Seite 20, Ausgleichskasse 98, Gärtner
Neue Tel.Nr.: 051 53 37 80

Personelles

Dr. Max Greiner, seit 1948 Vorsteher der kantonalen Ausgleichskasse Zürich, ist auf 30. Juni in den Ruhestand getreten. An seine Stelle tritt Karl Ott, bisher Adjunkt. Dr. Greiner war gegen 17 Jahre lang

Präsident des Koordinationsausschusses für die Aufklärung über AHV/IV/EO. In diesem Zeitraum hat er in umsichtiger Weise für die Information des Versicherten und Abrechnungspflichtigen wertvolle Arbeit geleistet.

Georg Bommeli, seit 1. Januar 1964 Leiter der ostschweizerischen AHV-Ausgleichskasse für Handel und Industrie, ist von seinem Amt zurückgetreten und auf 1. Juni dieses Jahres durch Theodor Emmenegger ersetzt worden. Die Ausgleichskasse ist von Amriswil nach Weinfelden umgezogen.

Auf 1. Juli 1965 ist Dr. Ernst Küry als Leiter der Ausgleichskasse Brauereien zurückgetreten. Mit ihm verläßt ein Veteran der ersten Stunden, der schon am Instruktionkurs vom 11./12. Januar 1940 für die Einführung der Lohnersatzordnung teilgenommen hat, die Reihen. Von Ende 1947 bis Juni 1956 stand er der neu gegründeten Vereinigung der Verbandsausgleichskassen als erster Präsident vor. Als solcher hat es Dr. Küry verstanden, nach allen Seiten ein Vertrauensverhältnis zu schaffen, was der Sache gerade in der Anlaufzeit der AHV sehr zu statten kam. Der Sozialversicherung wird er auch fürderhin als Vertreter unserer Versicherungsträger im Verwaltungsrat der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit verbunden bleiben. Als neuer Kassenleiter wurde Dr. Hans Münch bestimmt.

Der verdienstvolle Leiter der Ausgleichskasse Keramik und Glas, Kurt Jasinski, ist auf 15. Juni altershalber zurückgetreten. Neuer Kassenleiter ist Robert Funk.

Dr. Eduard Burckhardt, langjähriger Vorsteher des kantonalen Arbeitsamtes, ist als Präsident der kantonalen IV-Kommission Basel-Stadt zurückgetreten. Dr. Burckhardt hat sich als Mitglied der eidgenössischen Expertenkommissionen für die Einführung der AHV und der IV sowie als Sachverständiger für die Durchführung der IV — wie auch auf dem Gebiete der Arbeitslosenversicherung — um die schweizerische Sozialversicherung verdient gemacht. Zum neuen Vorsitzenden wurde Carl Miville, Vorsteher der kantonalen Alters- und Hinterlassenenversicherung, ernannt.

Rechtsanwalt Roman Kölbener, ist infolge seiner Wahl zum Regierungsrat als Präsident der IV-Kommission Appenzell I.Rh. zurückgetreten. Zum neuen Präsidenten wurde Karl Dörig, Vorsteher des kantonalen Arbeitsamtes, Appenzell, gewählt.

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Renten

Urteil des EVG vom 5. November 1964 i. Sa. M.C.

Art. 5, Abs. 4 des italienisch-schweizerischen Abkommens vom 17. Oktober 1951. Der Begriff der «Hinterlassenen» ist derjenige von Art. 23 und 25—28 AHVG und umfaßt lediglich Witwe und Waisen.

Der 1926 geborene ledige Versicherte italienischer Staatsangehörigkeit hat von 1954 bis zu seinem Tode im September 1962 in der Schweiz gearbeitet. Während dieser Zeit entrichteten sein Arbeitgeber und er selbst Beiträge an die AHV.

Im April 1964 ersuchte die in Italien wohnhafte Mutter des Versicherten um Ueberweisung dieser Beiträge an die italienische Sozialversicherung. Im Mai desselben Jahres wurde ihr dies von der Schweizerischen Ausgleichskasse verweigert mit der Begründung, daß der in Art. 5 des italienisch-schweizerischen Abkommens vom 17. Oktober 1951 verwendete Begriff der «Hinterlassenen» sich mit demjenigen des AHVG decke, das als solche nur die Witwe und die Waisen betrachte, nicht aber die Verwandten in aufsteigender Linie noch diejenigen der Seitenlinie. Die Rekurskommission bestätigte die Kassenverfügung. Die Mutter des Versicherten ergriff hierauf Berufung mit der Begründung, daß der Ausdruck «Hinterlassene» gemäß italienischer Gesetzgebung (Art. 13 des Gesetzes Nr. 218 vom 4. 4. 52) auszulegen sei, welche als Hinterlassene auch die mehr als 65-jährigen Eltern eines ohne Ehefrau und Kinder verstorbenen Versicherten betrachtet.

Das EVG hat die Berufung aus folgenden Gründen abgewiesen:

1. Das Gesuch um Beitragsüberweisung ist von der Berufungsklägerin im April 1964 eingereicht und von der Ausgleichskasse im Mai abgelehnt worden, d.h. zu einer Zeit, da das italienisch-schweizerische Sozialversicherungsabkommen vom 17. Oktober 1951 noch in Kraft stand. Dieses Abkommen ist ab 1. September 1964 durch das neue Abkommen über Soziale Sicherheit vom 14. Dezember 1962 ersetzt worden, dessen Bestimmungen in bezug auf Beitragsüberweisung sich stark von denjenigen des alten Abkommens unterscheiden. Da im vorliegenden Fall die strittige Frage auf die Zeit vor September 1964 zurückgeht, könnte man sich fragen, ob sie noch auf Grund des alten Abkommens oder aber nach den Vorschriften des neuen Abkommens zu entscheiden sei. Diese Frage kann jedoch offen bleiben, weil beide Abkommen zum selben Ergebnis führen und dies aus folgenden Gründen:

a. Laut Art. 5, Abs. 4, des Abkommens von 1951 können italienische Staatsangehörige, die keinen Anspruch auf eine ordentliche Rente der schweizerischen AHV haben, «sowie ihre Hinterlassenen» verlangen, daß die vom Versicherten und von seinem Arbeitgeber an die schweizerische AHV geleiste-

ten Beiträge an die italienische Sozialversicherung überwiesen werden. Nachdem Art. 5 des Abkommens lediglich die Ansprüche der italienischen Staatsangehörigen gegenüber der schweizerischen AHV regelt, scheinen die in der erwähnten Bestimmung enthaltenen Rechtsausdrücke, insbesondere auch derjenige der Hinterlassenen in Abs. 4, dem schweizerischen Recht anzugehören, soweit das Abkommen selbst nicht ausdrücklich hievon abweicht. Art. 3, Abs. 1, des Abkommens führt zur selben Lösung; darin heißt es, daß «bei der Durchführung der in Art. 1 bezeichneten Versicherungszweige grundsätzlich nur die Vorschriften des vertragsschließenden Staates angewendet werden, in dessen Gebiet die für die Versicherung maßgebende Beschäftigung ausgeübt wird». Diese Bestimmung wird übrigens im Abkommen von 1962 wiederholt (Art. 4, Abs. 1, des Abkommens). Die einzige dem italienischen Recht entnommene Definition, welche sich auf Art. 5 des Abkommens von 1951 bezieht, ist in Ziffer 4 des Schlußprotokolls enthalten; sie betrifft jedoch lediglich das versicherte Ereignis und bestätigt dadurch e contrario die ausschließliche Anwendung schweizerischen Rechts für alle anderen Rechtsbegriffe in Art. 5 des betreffenden Abkommens. Unzweifelhaft sind somit «die Hinterlassenen» im Sinne von Art. 5, Abs. 4, des Abkommens nur diejenigen Personen, welche auf eine Hinterlassenenrente gemäß Art. 23 bis 28 AHVG Anspruch haben, d.h. die Witwe und die Waisen des Versicherten, nicht aber dessen Mutter. Die Berufungsklägerin hat somit nicht die Eigenschaft einer Hinterlassenen nach schweizerischer Gesetzgebung, so daß sie — wie dies klar aus Art. 5, Abs. 4, des Abkommens hervorgeht — auch keinen Anspruch auf die von ihr verlangte Beitragsüberweisung besitzt.

b. Der Anspruch auf Ueberweisung der Beiträge wäre der Berufungsklägerin aber auch bei Anwendung des neuen Abkommens vom 14. Dezember 1962 zu verweigern. Nach dem Wortlaut von Art. 23, Abs. 5, dieses Abkommens können italienische Staatsangehörige unter bestimmten, für den vorliegenden Fall nicht wichtigen Bedingungen, bis 31. August 1969 verlangen, daß bei Eintritt des Versicherungsfalles des Alters nach der italienischen Gesetzgebung die von ihnen selbst und ihren Arbeitgebern an die schweizerische AHV entrichteten Beiträge überwiesen werden. Nach dieser Bestimmung können somit ab September 1964 die italienischen Staatsangehörigen nur die Ueberweisung von Beiträgen verlangen, welche zu ihren eigenen Gunsten auf in der Schweiz eröffneten individuellen Beitragskonten gutgeschrieben wurden.

Im neuen Abkommen wird somit die Möglichkeit, die Ueberweisung der Beiträge zu verlangen, zu einem höchst persönlichen Recht des Versicherten, für den ein individuelles Beitragskonto geführt wird. Es enthält nicht mehr den geringsten Hinweis auf irgendeinen Anspruch, den die Hinterlassenen des Versicherten auf solche Beiträge erheben könnten, wie ihn das Abkommen von 1951 in seinem Art. 5, Abs. 4, vorsah. Auf dem Gebiet der Beitragsüberweisung behält Art. 23, Abs. 5, letzter Satz, die Anwendung des alten Abkommens lediglich hinsichtlich «der Verwendung der überwiesenen Beiträge, ihrer allfälligen Rückerstattung an den Berechtigten und der Wirkung der Beitragsüberweisung» vor; dadurch wird bestätigt, daß ab 1. September 1964 die Hinterlassenen eines Versicherten überhaupt keinen Anspruch mehr auf Beitragsüberweisung haben.

2. Aus den angeführten Gründen geht hervor, daß dem Gesuch um Beitragsüberweisung weder auf Grund des alten Abkommens, noch gemäß neuem Abkommen entsprochen werden kann. Es ist somit nicht notwendig zu entscheiden, ob das schweizerisch-italienische Abkommen vom 14. Dezember 1962 auf den vorliegenden Fall anwendbar war oder nicht.

Invalidenversicherung

Versicherungsmäßige Voraussetzungen für den Leistungsbezug

Urteil des EVG vom 4. Dezember 1964 i. Sa. V. B.

Art. 9, Abs. 4, Buchst. a, IVG. Vater im Sinne dieser Bestimmung ist nur der eheliche Vater, oder derjenige dem das außereheliche Kind gemäß Art. 325 ZGB mit Standesfolge zugesprochen worden ist, nicht aber auch der außereheliche Vater.

Die im April 1963 in der Schweiz geborene österreichische Berufungsklägerin ist die außereheliche Tochter einer Österreicherin, die am 31. Oktober 1960 in die Schweiz eingereist ist, und eines Schweizer. Der außereheliche Vater anerkannte seine Vaterschaft in einem außergerichtlichen Vergleich und verpflichtete sich, dem Kind bis Ende Dezember 1963 eine Abfindungssumme von 18 000 Franken zu bezahlen. Das Kind leidet an Neigung zu Klumpfüßen. Mit Verfügung vom 20. Februar 1964 wies die Ausgleichskasse das Gesuch um medizinische Maßnahmen der IV ab, weil nicht alle Voraussetzungen des Art. 9, Abs. 4, IVG erfüllt seien. Die hiegegen erhobene Beschwerde wies der kantonale Richter ab, weil zwischen der Beschwerdeführerin und ihrem leiblichen Vater kein Verwandtschaftsverhältnis im Sinne des ZGB bestehe. In seiner Berufung machte der Vertreter des Kindes geltend, in Analogie zu Art. 27, Abs. 2, AHVG sei anzunehmen, auch der durch Gerichtsurteil oder außergerichtlichen Vergleich festgestellte außereheliche Vater sei Vater im Sinne des Art. 9, Abs. 4, Buchst. a, IVG. Während des Berufungsverfahrens ergab es sich, daß die leiblichen Eltern der Berufungsklägerin wieder zusammenlebten. Das EVG hat die Berufung mit folgender Begründung abgewiesen:

1. Streitig ist, ob die Berufungsklägerin, die Österreicherin ist, Anspruch auf medizinische Maßnahmen habe. Da das von Österreich und der Schweiz abgeschlossene Sozialversicherungs-Abkommen vom 15. Juli 1950 sich in der Schweiz lediglich auf die AHV sowie die Unfallversicherung bezieht, ist diese Frage nach schweizerischem Recht, d. h. auf Grund des IVG zu entscheiden.

Gemäß Art. 6, Abs. 2, IVG — und vorbehaltlich des Art. 9, Abs. 4, IVG — sind Ausländer und Staatenlose nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens 10 vollen Jahren Beiträge geleistet oder ununterbrochen während 15 Jahren in der Schweiz zivilrechtlichen Wohnsitz

gehabt haben. Laut Art. 9, Abs. 4, IVG haben minderjährige Ausländer und Staatenlose mit zivilrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen, wenn sie selbst die in Art. 6, Abs. 2, IVG genannten Voraussetzungen erfüllen oder wenn:

a. bei Eintritt der Invalidität der Vater oder die Mutter während mindestens 10 vollen Jahren Beiträge geleistet oder ununterbrochen während 15 Jahren in der Schweiz zivilrechtlichen Wohnsitz gehabt hat, und

b. sie in der Schweiz invalid geboren sind oder sich bei Eintritt der Invalidität seit mindestens einem Jahr oder seit der Geburt ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben.

Es ist nicht bestritten, daß im vorliegenden Fall die in Buchst. b dieser Bestimmung genannten Voraussetzungen gegeben sind. Dagegen erfüllt die Mutter die sie betreffenden Bedingungen nicht, so daß der Streit davon abhängt, ob der außereheliche Vater «Vater» im Sinne dieser Vorschrift sei.

2. Nach der Praxis des BSV ist der Vater im Sinne des Art. 9, Abs. 4, IVG bloß, «wer in einem verwandtschaftlichen Verhältnis im Sinne des Zivilrechts (Art. 325 ZGB) zum Kinde steht, nicht aber, wer nur finanziell zu dessen Unterhalt beiträgt». Demgegenüber verweist die Berufungsklägerin auf Art. 27, Abs. 2, AHVG und fordert im Rahmen des Art. 9, Abs. 4, IVG eine analoge Regelung.

Es trifft zu, daß Art. 27, Abs. 2, AHVG für das außereheliche Kind günstiger ist als die Verwaltungspraxis des BSV zu Art. 9, Abs. 4, IVG; denn gemäß Art. 27, Abs. 2, AHVG haben — zusätzlich zu den in Abs. 1 genannten, dem väterlichen Stande folgenden außerehelichen Kindern — auch diejenigen außerehelichen Kinder Anspruch auf eine Waisen- bzw. Vollwaisenrente, «deren Vater durch Gerichtsurteil oder außergerichtlichen Vergleich zur Zahlung von Unterhaltsbeiträgen verpflichtet ist». Ähnliche Bestimmungen finden sich übrigens auch in anderen Sozialversicherungsgesetzen. Gemäß Art. 85, Abs. 4, KUVG wird ein außereheliches Kind bezüglich der Ansprüche aus dem Tode des Vaters wie ein eheliches Kind gehalten, «sofern die Vaterschaft durch einen rechtskräftigen Entscheid oder durch eine glaubwürdige, schriftliche Anerkennung des Versicherten festgestellt ist». Unter die Kinder, die laut Art. 31, MVG neben oder nach dem überlebenden Ehegatten rentenberechtigt sind, zählen «die außerehelichen Kinder des Versicherten». Anspruch auf Kinderzulagen im Sinne des Art. 9 FLG besteht u. a. für «außereheliche Kinder sowie Stief- und Adoptivkinder». Gemäß Art. 6, Abs. 2, EOG ist ein derartiger Anspruch gegeben für «die Stiefkinder und die außerehelichen Kinder des Wehrpflichtigen, für deren Unterhalt dieser ganz oder überwiegend aufkommt». Diese Regelung gilt kraft Verweises ebenfalls für die Taggelder gemäß Art. 22 ff. IVG (Art. 23, Abs. 2, IVG). Außereheliche Väter, die eine IV-Rente beziehen, haben sodann nach Art. 35, Abs. 1, IVG Anspruch auf eine Zusatzrente für das außereheliche Kind, sofern dieses, falls der Vater stürbe, gemäß Art. 27 AHVG eine Waisenrente beanspruchen könnte.

Im Unterschied zu diesen Normen, in denen das Verhältnis des außerehelichen Vaters zu seinem Kind als Anspruchsvoraussetzung ausdrücklich in mehr oder weniger großem Ausmaß berücksichtigt wird, ist dieses

Verhältnis in Art. 9, Abs. 4, IVG nicht eigens erwähnt. Genannt ist dort nur der «Vater». Mit Recht schließt die Verwaltungspraxis das außereheliche Verhältnis zwischen Vater und Kind auch in diesem Fall nicht gänzlich aus. Daß sie es auf die außereheliche Verwandtschaft im Sinne des Art. 325 ZGB beschränkt, läßt sich namentlich mit dem Ausnahmeharakter des Art. 9, Abs. 4, IVG rechtfertigen. Nach der Grundregel des Art. 6, Abs. 2, IVG stände minderjährigen Ausländern gegebenenfalls ein Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen bloß dann zu, wenn sie während 15 Jahren ununterbrochen in der Schweiz gewohnt hätten. Die Expertenkommission erachtete diese Anspruchsvoraussetzung als zu eng (Bericht S. 42). Deshalb schlug der Bundesrat den Räten eine Regelung vor, die mit der geltenden Ordnung praktisch übereinstimmt. Es kann angenommen werden, daß der Gesetzgeber dabei unter «Vater» den Vater im familienrechtlichen Sinn des Wortes (Egger, Note 1, ff. zu Art. 325 ZGB) verstand, d. h. den ehelichen Vater sowie den außerehelichen Erzeuger, der für das Kind wie für ein eheliches sorgen muß (Art. 325, Abs. 2, ZGB; vgl. auch die Botschaft des Bundesrates zum IVG, S. 29, Ziff. 3, Abs. 1). Im übrigen ist auf Art. 38, Abs. 3 und Art. 40, Abs. 3, IVG zu verweisen, wonach die Zusatzrente für ein außereheliches Kind zu kürzen ist, soweit sie die (vom Vater) geschuldeten Unterhaltsbeiträge übersteigt. Auch daraus erhellt, daß das IVG unter Umständen die außerehelichen Kinder im Sinne des Art. 325 ZGB von jenen anderen trennt, denen der Vater bloß Unterhaltsbeiträge schuldet.

Somit liegt kein Anlaß vor, in die angefochtene Verwaltungspraxis einzugreifen. «Bei Eintritt der Invalidität» war der außereheliche Vater daher nicht «Vater» von der Berufungsklägerin im Sinne des Art. 9, Abs. 4, Buchst. a, IVG.

3. Das BSV glaubt, das negative Ergebnis müßte dann ändern, wenn zwischen Vater und Kind ein dauerndes, unentgeltliches Pflegeverhältnis begründet würde. Diese Annahme widerspricht jedoch dem, was das EVG in einem andern Urteil ausgeführt hat. Danach kann ein Anspruch auf Leistungen der IV grundsätzlich nur entstehen, wenn sämtliche erforderlichen Voraussetzungen im Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalls erfüllt sind. Das wird zwar im IVG nicht ausdrücklich gesagt. Doch entspricht dieses Prinzip dem allgemeinen Versicherungsgedanken, wie schon in der Botschaft des Bundesrates zum IVG hervorgehoben wurde (S. 20, Ziff. III; S. 28, Ziff. II/1; S. 29, Ziff. 3, Abs. 2; S. 117, Art. 6; vgl. dazu auch EVGE 1962, S. 110, Erwägung 1; ZAK 1962, S. 508). Es entspricht ferner der Rechtsprechung des EVG zum AHVG (EVGE 1956, S. 229, Erwägung 2; ZAK 1957, 3. 36). Überdies wird dieser Grundsatz in verschiedenen Bestimmungen des IVG vorausgesetzt, so in Art. 9, Abs. 4, Buchst. a und b, 10, Abs. 1, 28, Abs. 1, 29, Abs. 1, 36, Abs. 1 und 42, Abs. 1. Insbesondere wäre aber die Übergangsbestimmung des Art. 85, Abs. 1, IVG, wonach bei den vor dem Inkrafttreten des Gesetzes invalid gewordenen Personen angenommen wird, «die Invalidität sei im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes eingetreten», nicht erklärlich, stände nicht das genannte Prinzip dahinter. Als dessen Ausfluß erscheint schließlich Art. 35, Abs. 3, IVG; danach besteht kein Anspruch auf Zusatzrenten für Adoptiv- und Pflegekinder, «die erst nach dem Eintritt der Invalidität adoptiert oder in Pflege genommen werden».

Im vorliegenden Fall ist somit ein allfälliges Pflegeverhältnis, selbst wenn es dauernd und unentgeltlich wäre, schon deshalb unbeachtlich, weil es im Zeitpunkt des Versicherungsfalls nicht bestanden hat.

4. Die Frage, ob der Berufungsklägerin dann, wenn ihre leiblichen Eltern heiraten sollten und sie dadurch Schweizerin würde (BG über Erwerb und Verlust des Schweizerbürgerrechts vom 29. September 1952, Art. 2, Abs. 1, Buchst. a), Versicherungsansprüche hinsichtlich des im Dezember 1963 angemeldeten Gebrechens nachträglich entstünden, weil sich in diesem Falle eine Ausnahme von dem in Ziffer 3 dieser Erwägungen erwähnten Prinzip aufdränge, braucht hier nicht erörtert zu werden. Es steht der Berufungsklägerin frei, sich gegebenenfalls wieder anzumelden.

Eingliederung

Urteil des EVG vom 4. Dezember 1964 i. Sa. K. W.

Art. 8 IVG. Kann ein Gehbehinderter zur Ausübung einer existenzsichernden Tätigkeit wegen Verkrüppelung seiner Hände kein Motorfahrzeug führen, so hat er Anspruch auf einen Beitrag an die Kosten für die Taxifahrten vom Wohnort zur Arbeitsstätte und zurück. Der Beitrag wird auf Grund der effektiven Transportkosten berechnet, wobei in Anlehnung an Art. 16, Abs. 3, IVV die sogenannten Betriebskosten im Sinne eines Selbstbehaltes zu Lasten des Invaliden gehen. (Erwägung 2)

Der Versicherte leidet an Folgen einer im Knabenalter durchgemachten Poliomyelitis. Seit Dezember 1957 arbeitet der Versicherte, der seinerzeit eine Handelsschule durchlaufen hatte, in einer Apparatefabrik, wo er den Drucksachendienst betreut. Im Sommer 1960 ersuchte er bei der IV-Kommission um medizinische Maßnahmen (Badekuren usw.), worauf sein Arzt bescheinigte, er bedürfe jährlich einer Badekur und wöchentlich einer Unterwasserstrahlmassage, weil er hochgradig atrophische Beine und Arme sowie verkrüppelte Hände habe. Ab 1. Januar 1960 kam die IV für solche Maßnahmen auf. Laut rechtskräftigem Urteil eines Zivilamtsgerichtes vom 6. September 1962 wurde die Ehe auf Klage der Frau hin geschieden, das Kind der Mutter zugesprochen und der Beklagte zu monatlichen Alimenten für die Tochter und die Klägerin verpflichtet. Mit Brief vom 3. April 1963 meldete der Versicherte der IV-Kommission, er könne für seinen 4½ km langen Arbeitsweg nicht länger den städtischen Autobus benutzen, da er hierbei schon mehr als einmal verunfallt sei. Einige Wochen später testierte der behandelnde Arzt, der Versicherte benötige morgens einen Taxi zur Fahrt an den Arbeitsplatz und abends einen solchen für die Rückfahrt; die Benützung des Autobuses sei ihm nicht mehr zumutbar, nachdem er «im Autobus einen Unfall erlitten habe». Die Kommission wandte sich an die zuständige IV-Regionalstelle und erhielt am 8. Oktober 1963 folgenden Bericht:

Als vollbeschäftigter Angestellter verdiene er monatlich 1280 Franken. Er bewohne eine Zweizimmerwohnung und zahle einen monatlichen Mietzins von 103 Franken. Er stehe vor der Wiederverheiratung und wolle die Woh-

nung beibehalten, da er in der Nähe des Arbeitsplatzes kein passendes Logis habe finden können. Weil auf Taxifahrten angewiesen, ersuche er die IV, ab Oktober 1963 seine entsprechenden Kosten, 200 Franken im Quartal, zu übernehmen. Zu diesem bescheidenen Preis führe ihn ein Herr in seinem Wagen täglich zweimal an den Arbeitsplatz und zurück.

Am 13. Dezember 1963 befürwortete das BSV auf eine Anfrage der IV-Kommission hin einen Beitrag an die Taxikosten, der im Rahmen von Art. 11 IVV aber höchstens 150 Franken im Quartal betragen dürfe. Laut Kommissionsbeschuß vom 31. Oktober 1963 verfügte die Ausgleichskasse am 2. April 1964, die IV beteilige sich «in Anlehnung an die Art. 21 IVG und Art. 11 IVV» an den Taxispesen mit monatlich 50 Franken für die Zeit von April 1963 bis Dezember 1969. Der Versicherte beschwerte sich und forderte ab Oktober 1963 eine vierteljährliche Entschädigung von 200 Franken. Für diesen bescheidenen Betrag fahre der Herr mit ihm täglich viermal $4\frac{1}{2}$ km. Da der Beschwerdeführer wieder verheiratet und finanziell beengt sei, könne er die Taxikosten nicht selber aufbringen. In seinem Urteil vom 29. Juni 1964 entschied das kantonale Verwaltungsgericht mit dem Hinweis auf das Urteil des EVG vom 18. März 1963 i. Sa. M. S. (ZAK 1963, S. 383), die Beschwerde werde abgewiesen.

Der Versicherte hat rechtzeitig Berufung eingelegt und ab Oktober 1963 eine «Wegkostenentschädigung» von mindestens 200 Franken im Quartal verlangt. Er macht geltend, der neue «Chauffeur», der ihn seit Mai 1964 transportiere, habe erklärt, für bloß 200 Franken vierteljährlich befördere er den Berufungskläger nur gefälligkeitshalber auf Zusehen hin. Im übrigen möge man bedenken, daß er wieder geheiratet habe und an Alimenten laut Scheidungsurteil immer noch 357.50 Franken monatlich zahlen müsse. Die Ausgleichskasse hält die Berufung für unbegründet. Hingegen schreibt das BSV in seinem Mithericht, es befürworte eine Entschädigung von 200 Franken im Quartal, und bemerkt hauptsächlich folgendes:

«Geht man von einem durchschnittlichen Kostenbetrag von 2 Franken pro Taxifahrt zwischen Wohnort und Arbeitsstelle aus, so ergibt dies pro Arbeitstag 8 Franken Fahrkosten oder bei 25 Arbeitstagen 200 Franken pro Monat, somit 600 Franken pro Quartal. Von diesem Durchschnittskostenbetrag werden zwei Drittel als Betriebskosten abgezogen. Damit verbleibt ein anzuerkennender Kostenaufwand von 200 Franken im Quartal».

Das EVG hat die Berufung aus folgenden Erwägungen abgewiesen:

1. Die Art. 8, Buchst. d, 21, Abs. 2, und 26 IVG sehen nur die A b g a b e von Hilfsmitteln vor (occtroi ou fourniture de moyens auxiliaires; somministrazione o fornitura di mezzi ausiliari). Deshalb zählt auch die Hilfsmittelliste in Art. 14, Abs. 1, IVV ausschließlich Gegenstände und Vorrichtungen auf, deren — dauernde oder leihweise — Abgabe an invalide Personen in Art. 15 IVV vorgesehen ist. Das EVG ist dieser Konzeption gefolgt (EVGE 1963, S. 146, und 1964, S. 42, Erwägung 2).

2. Dieser enge Hilfsmittelbegriff kann zu unbefriedigenden Ergebnissen führen, wie der vorliegende Fall zeigt. Verrichtet ein hochgradig gehbehinderter Invaliden eine existenzsichernde Tätigkeit, so liefert ihm die IV für seinen Arbeitsweg ein Motorfahrzeug (Art. 15, Abs. 2, IVV). Vom sozialen Standpunkt ist es aber mindestens ebenso wünschbar, einem solchen er-

werbstätigen Behinderten auch dann zu «helfen», wenn er wegen der Art seines Gebrechens kein Motorfahrzeug führen kann und darum für den Weg zur Arbeit und zurück auf Taxifahrten angewiesen ist. Weil jedoch die Art. 8 und 21 IVG als Hilfsmittel ausschließlich abzugebende Gegenstände vorsehen, darf man nicht mit der Begründung, unter besondern Umständen seien Taxifahrten das passende Hilfsmittel, auf eine entsprechende Leistungspflicht der Versicherung schließen, wie es im Urteil des EVG vom 18. März 1963 i. Sa. M. S.; ZAK 1963, S. 383 geschehen ist. Vielmehr berechtigten Fälle wie der vorliegende zu der Feststellung, hier habe der Gesetzgeber versehentlich etwas zu regeln unterlassen, was im Hinblick auf den vom Gesetz verfolgten Zweck vom Richter geregelt werden müsse. Dieser Schluß läßt sich umso eher verantworten, als bei der parlamentarischen Beratung der Art. 8 und 21 IVG kein Redner sich mit jenen Invaliden befaßt hat, welchen einzig mit Taxifahrten zum Arbeitsplatz und zurück zu «helfen» ist (Sten. Bull. 1959, Nationalrat S. 108 und 112—115; Ständerat S. 137 und 139).

Der Versicherte obliegt als vollbeschäftigter Angestellter eines Industriebetriebs einer existenzsichernden Tätigkeit. Er kann aber wegen Verkrüppelung beider Hände kein Motorfahrzeug steuern und ist daher für den Weg zur Arbeit und zurück auf einen Taxi angewiesen. Darum erscheint es in Anlehnung an Art. 16, Abs. 3, IVV sachgemäß, ihm selber nur die sogenannten Betriebskosten (im Sinne eines Selbstbehalts) zu belasten und alle restlichen Kosten der IV aufzuerlegen. Entgegen der Ansicht des BSV ist dabei nicht schematisch von einem geschätzten Durchschnittswert, sondern von den effektiven Transportkosten des jeweiligen Einzelfalles auszugehen.

3. Im kantonalen Verfahren hatte der Versicherte erklärt, der «Chauffeur» fahre mit ihm täglich viermal $4\frac{1}{2}$ km und fordere hiefür 200 Franken im Quartal oder 66.65 Franken monatlich. Zieht man von diesen 66.65 Franken den Betrag von 16.65 Franken oder einen Viertel als mutmaßliche Betriebskosten ab, so verbleiben zu Lasten der Versicherung monatlich 50 Franken, wie das zuständige Verwaltungsgericht entschieden hat. Daß dieser Betrag unangemessen niedrig sei, ist nach den vorliegenden Akten nicht anzunehmen. (Aus welchen Überlegungen das Bundesamt die Betriebskosten auf zwei Drittel der Gesamtkosten veranschlagt, ist mangels Begründung nicht überprüfbar.)

Im Berufungsverfahren wendet der Versicherte ein, der seit Mai 1964 mit ihm fahrende neue Autohalter werde sich «nur auf Zusehen hin» mit einer Quartalsvergütung von 200 Franken zufrieden geben. Sollte das Entgegenkommen dahinfallen, so stände es dem Versicherten frei, mit einer neuerlichen Anmeldung im Sinne von Art. 46 IVG an die IV-Kommission zu gelangen. Alsdann müßte aber der Sachverhalt von Grund auf überprüft und dabei auch erwogen werden, ob die IV weiterhin von Montag bis Freitag je vier Taxifahrten mitfinanzieren solle. Schließlich hat der Arzt am 16. Mai 1963 der IV-Kommission geschrieben, es genüge an täglich zwei Fahrten, weil «der Patient über Mittag in der Stadt bleibe».

Art. 19 IVG. Ein praktisch bildungsfähiger Minderjähriger hat über das Volksschulalter hinaus Anspruch auf Sonderschulbeiträge, wenn er soweit gefördert werden kann, daß er später — wenn auch in einer Anstalt — wenigstens einen beachtlichen Teil seines Lebensunterhaltes zu verdienen vermag.

Der 1944 geborene Versicherte, der an mongoloider Oligophrenie (Geisteschwäche) leidet, besucht seit 1956 eine heilpädagogische Schule. Im Jahre 1960 wurde bei ihm ein IQ nach Kramer von 15 ermittelt. Für die Zeit vom 1. Januar 1960 bis zum 24. August 1961 bezahlte die IV einen Beitrag an die Sonderschulung des Versicherten. Mit Schreiben vom 15. Mai 1962 ersuchte der Vater des Versicherten die IV-Kommission, noch für drei weitere Jahre einen Sonderschulbeitrag auszurichten. Der Präsident einer heilpädagogischen Vereinigung teilte der IV-Kommission mit, daß beim Versicherten trotz des niedrigen Intelligenzquotienten gute Fortschritte erzielt worden seien. Er verfüge nun über einen recht guten Wortschatz und mache bei Gemeinschaftsübungen ungeheiß mit; auch habe er gelernt kleinere Arbeiten zu verrichten, wobei die Arbeitshaltung allerdings verschieden sei. Während der nächsten Schuljahre sollte er noch seine sprachlichen und motorischen Stereotypen verlieren und weitere Arbeiten lernen. Eine berufliche Eingliederung im Sinne der vollen Erwerbsfähigkeit werde nie erreicht werden; bei einer angepaßten Beschäftigung dürfte immerhin mit einer Erwerbsfähigkeit von 10% gerechnet werden.

Am 2. Oktober 1962 beschloß die IV-Kommission, die weitere Ausrichtung von Sonderschulbeiträgen abzulehnen, da der Versicherte in einer Sonderschule nicht mehr gefördert werden könne. Dieser Beschluß wurde dem Vater des Versicherten von der Ausgleichskasse durch Verfügung vom 26. November 1962 eröffnet.

Der Vater des Versicherten beschwerte sich bei der Rekurskommission und verlangte die erneute Ueberprüfung der Angelegenheit. Er verwies auf ein ärztliches Zeugnis vom 6. Dezember 1962, wonach der Versicherte in der heilpädagogischen Schule immer noch erfreuliche Fortschritte mache; es sei im letzten Jahr eine wesentliche Besserung der Arbeitshaltung, des Kontakts, der Sprache und der praktischen Leistung festzustellen.

Nach Eingang der Beschwerde erteilte die IV-Kommission der Regionalstelle den Auftrag, die Möglichkeit einer beruflichen Ausbildung des Versicherten abzuklären. Dem am 18. Oktober 1963 erstatteten Bericht der Regionalstelle läßt sich entnehmen:

«So wichtig es ist, auch den schwächsten Behinderten soweit wie möglich zu fördern, müssen wir doch eindeutig festhalten, daß bei diesem Versicherten keine Aussicht auf eine berufliche Tätigkeit im Sinne einer Erwerbstätigkeit besteht. Auch wenn der Versicherte später mit irgendwelchen Möglichkeiten beschäftigt werden kann, kann aber doch nicht von einer Erwerbstätigkeit gesprochen werden, da er nie auch nur die einfachste Arbeit ohne Aufsicht wird ausführen können. Der Versicherte wird auch nicht im Sinne einer Tätigkeit in

einer geschützten Werkstatt arbeitsfähig sein, denn die Leistungen sind zu klein, als daß eine produktive Arbeit möglich ist.

.....

Der Versicherte betätigt sich in der heilpädagogischen Schule mit Leder-einlegearbeiten und er versucht auch, mit einem einfachen Handwebstuhl zu arbeiten. Ohne äußeren Antrieb macht er nichts; einen kleinen Antrieb erhält der Versicherte zur Zeit durch die andern Mitschüler, wenn er sieht, daß diese arbeiten. Auf sich allein gestellt sitzt er da und tut nichts. Auch arbeitet er nur in einer ihm vertrauten Umgebung. Wir konnten keinen Arbeitsversuch mit ihm machen, da er einfach auf die Anweisungen nicht reagierte.»

Durch Entscheid vom 9. Dezember 1963 wies die kantonale Rekurskommission die Beschwerde ab. Nach ihrem Dafürhalten könne der Versicherte nicht im Hinblick auf eine spätere Erwerbstätigkeit gefördert werden, weshalb kein Anspruch auf Sonderschulbeiträge bestehe. Den kantonalen Rekursentscheid hat der Vater durch Berufung an das EVG weitergezogen mit dem Begehren, seinem Sohn bis zur Erreichung des 20. Altersjahres Sonderschulbeiträge auszurichten. Die Ausgleichskasse beantragt die Abweisung der Berufung. In seinem Mithericht führt das BSV aus, eine weitere nennenswerte Förderung des Versicherten in der heilpädagogischen Schule könne erwartet werden; unter diesen Umständen stehe der Gewährung der Sonderschulbeiträge an den Versicherten bis zur Erreichung der Volljährigkeit nichts entgegen, was zur Gutheißung der Berufung führe.

Das EVG wies die Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Gemäß Art. 19, Abs. 1, IVG zahlt die IV an die Sonderschulung bildungsfähiger Minderjähriger, denen infolge Invalidität der Besuch der Volksschule nicht möglich oder nicht zumutbar ist, Beiträge. Diese Minderjährigen gelten als invalid, wenn ihr Gesundheitsschaden wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 5, Abs. 2, IVG). Die Sonderschulung stellt eine Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 9, Abs. 1, IVG dar, die notwendig und geeignet sein muß, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern. Auf Grund dieser gesetzlichen Ordnung stehen Beiträge an eine Sonderschulung auch bloß praktisch Bildungsfähigen zu, sofern Aussicht besteht, daß sie — wenn auch in eingeschränktem Ausmaß — erwerbsfähig sein werden. Ein Invalider ist auch schon dann erwerbsfähig, wenn er nur in einer Anstalt arbeiten kann; es genügt und ist aber auch erforderlich, daß er mit einer solchen Arbeit einen Teil seines Unterhaltes zu verdienen vermag.

2. Der Versicherte, der an Oligophrenie leidet, besucht seit 1956 eine heilpädagogische Schule. Vom 1. Januar 1960 bis zum 24. August bezahlte die IV einen Beitrag an diese Schulung. Streitig ist einzig die Frage, ob für die nachfolgende Zeit bis zur Volljährigkeit des Versicherten Beiträge gewährt werden können. Daß der Versicherte im August 1961 bereits sein 17. Altersjahr zurückgelegt hatte, stände der Ausrichtung von Beiträgen nicht ohne weiteres entgegen. Zwar beschränkt sich die Sonderschulung in der Regel auf die Jahre, während welcher der Minderjährige ohne sein Invalidität die Volksschule besuchen müßte. Eine Sonderschulung außerhalb dieser Zeit ist aber nicht ausgeschlossen, wenn über das Volksschulalter hinaus eine weitere Förderung

des Versicherten im Hinblick auf seine Erwerbsfähigkeit erwartet werden darf; überdies kann die Sonderschulung begrifflich auch Nachschulung überall dort bedeuten, wo ein Versicherter wegen Invalidität die erforderliche Schulbildung während der Normalzeit nicht hinreichend zu erwerben vermochte (EVGE 1962, S. 67; ZAK 1962, S. 382; ZAK 1964, S. 94).

Unter den gegebenen Verhältnissen stellt indessen die Förderung des Versicherten in der heilpädagogischen Schule seit August 1961 keine Eingliederungsmaßnahme mehr dar. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Versicherte 5 Schuljahre hinter sich, und es war klar zu erkennen, daß er eine Erwerbsfähigkeit nie erreichen werde. Das wird auch durch den im Oktober 1963 erstatteten Bericht der Regionalstelle bestätigt, wonach der Versicherte offensichtlich außerstande sein wird, durch eine Tätigkeit — und sei es auch in einer Anstalt — einen Teil seines Lebensunterhaltes zu verdienen. Er bedarf vielmehr dauernd der Betreuung, weshalb Eingliederungsmaßnahmen außer Betracht fallen. Die Angaben der Schulleitung und des Arztes, wonach der Versicherte in der Schule Fortschritte mache, stehen mit den Feststellungen der Regionalstelle nicht in Widerspruch. Trotz der bereits erzielten und noch zu erwartenden Fortschritte wird eben der Versicherte bei seinen sehr beschränkten geistigen Fähigkeiten nie soweit gefördert werden können, daß er, wenigstens zu einem beachtlichen Teil, eine Erwerbstätigkeit auszuüben vermöchte.

Renten, Taggelder und Hilflosenentschädigung

Urteil des EVG vom 21. Oktober 1964 i.Sa. O.C.

Art. 22, Abs. 1, IVG. Unter Arbeitsunfähigkeit, die gegebenenfalls Anspruch auf Taggeld gibt, ist nicht die medizinische Bemessung der rein funktionellen Behinderung zu verstehen, sondern die Unfähigkeit des Versicherten, seine gewohnte Erwerbstätigkeit auszuüben. (Erwägung 2)

Art. 22 und Art. 8, IVG. Die Voraussetzungen für das Taggeld können frei überprüft werden, selbst wenn die Uebernahme der Kosten für die medizinischen Maßnahmen durch die IV bereits Gegenstand einer Verfügung bildete. (Erwägung 2)

Art. 12, Abs. 1, IVG. Bei unfallbedingten Knochenbrüchen beschränkt sich die Behandlung des Leidens an sich nicht nur auf die üblicherweise notwendigen medizinischen Vorkehren, sondern umfaßt auch diejenigen Maßnahmen, die zur Verhinderung oder Beseitigung von Komplikationen ergriffen werden müssen und die in zeitlichem und sachlichem Zusammenhang mit dem Heilungsprozeß stehen.

Die Physiotherapie stellt ihrer Natur nach nicht notwendigerweise eine Eingliederungsmaßnahme dar. Sie bekommt diese Bedeutung — wie das auch bei andern medizinischen Vorkehren zutrifft — nur dann, wenn sie eindeutig außerhalb des Behandlungsplanes steht und überwiegend der beruflichen Eingliederung dient. (Erwägung 3)

Der Versicherte brach sich am 13. August 1961 bei einem Sturz den linken Arm. In einem vom 30. Juni 1962 datierten Bericht stellte der behandelnde Arzt folgende Diagnose: Nicht knöchernverwachsene Fraktur mit Verschiebung unterhalb des linken Oberarmkopfes und Versteifung aller Gelenke des Oberarmes.

Der Arzt sah vor, die im Entstehen begriffene Pseudarthrose operativ zu behandeln und hielt eine vorgängige physiotherapeutische Behandlung zur Verbesserung der Gelenkfunktionen als unerlässlich.

Die kantonale IV-Kommission beschloß, auf Grund der bei ihr am 18. Juni 1962 eingereichten Anmeldung für die Gewährung von medizinischen Eingliederungsmaßnahmen und nachdem sie den vorgenannten Bericht erhalten hatte, die Kosten für die physiotherapeutische Behandlung vom 1. Juni 1962 an für eine Dauer von 6 Monaten (die nachträglich bis zum Jahresende verlängert wurde) zu übernehmen. Sie lehnte es dagegen ab, die Kosten für den vorgesehenen chirurgischen Eingriff von der IV tragen zu lassen. Dieser Beschluß wurde dem Versicherten durch Verfügung der Ausgleichskasse vom 18. September 1962 eröffnet. Mit ergänzenden Verfügungen vom 25. September und 15. Oktober 1962, setzte die Ausgleichskasse das Taggeld während der Durchführung der gewährten medizinischen Maßnahmen auf 18 Franken (ohne Eingliederungszuschlag) fest. Als sie im Februar 1963 von der IV-Kommission aufgefordert wurde, dieses Taggeld für die Zeit vom 1. Juni bis 31. Dezember 1962 auszurichten, stellte sich dann aber die Ausgleichskasse auf den Standpunkt, daß der Versicherte die Voraussetzungen des Artikels 22 IVG nicht erfülle, da er weder an drei aufeinanderfolgenden Tagen wegen der Eingliederung verhindert gewesen sei, einer Arbeit nachzugehen noch zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig sei. Sie eröffnete ihm deshalb am 7. März 1963 eine Verfügung mit welcher jegliche Taggeldauszahlung verweigert wurde. Der Versicherte beschwerte sich gegen diese Verfügung und verlangte, daß die vorhergehende Verfügung vom 15. Oktober 1962 aufrecht erhalten werde. Die Rekurskommission schützte die Beschwerde und erkannte dem Versicherten einen Taggeldanspruch für die Zeit vom 1. Juni bis 31. Dezember 1962 zu. Sie stellte fest, daß der Beschwerdeführer im Juni 1962 während sechs aufeinanderfolgenden Tagen im Spital gewesen war und gemäß der maßgebenden medizinischen Schätzung während der ganzen in Betracht kommenden Periode eine mindestens 50prozentige Arbeitsunfähigkeit aufgewiesen habe. Die Rekurskommission betrachtete deshalb die in Artikel 22 IVG vorgesehenen Voraussetzungen vorliegend als erfüllt.

Das EVG hat die Berufung des BSV mit folgender Begründung gutgeheißen:

1

2. Art. 22, Abs. 1, IVG bestimmt, daß «der Versicherte während der Eingliederung Anspruch auf ein Taggeld hat, wenn er an wenigstens drei aufeinanderfolgenden Tagen wegen der Eingliederung verhindert ist, einer Arbeit nachzugehen, oder zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig ist.»

a. Die Ausgleichskasse hat den Anspruch auf das Taggeld verneint mit der Begründung, daß der Versicherte weder an wenigstens drei aufeinanderfolgenden Tagen wegen der Eingliederung verhindert gewesen sei, einer Arbeit nachzugehen, noch eine mindestens 50prozentige «wirtschaftliche Invalidität»

aufgewiesen habe. Was den ersten Punkt anbelangt, scheint die Ansicht der Kasse in Bezug auf anfangs Juni 1962 nicht richtig zu sein, wie dies der kantonale Richter bereits festgestellt hat. Was den zweiten Punkt betrifft, verlangt der Gesetzestext nicht einen Mindestgrad an Erwerbsfähigkeit sondern an «Arbeitsunfähigkeit» (ohne daß zwischen der Eingliederung und der Arbeitsunfähigkeit ein Verhältnis von Ursache und Wirkung bestehen muß; vgl. EVGE 1963, S. 285; ZAK 1965, S. 46, und die dort zitierten Urteile). Bei der Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmung handelt es sich nun aber um nichts anderes als um die Unfähigkeit des Versicherten, seine gewohnte Erwerbstätigkeit auszuüben. Diesbezüglich ist folgendes hervorzuheben:

- Der Grad der Arbeitsunfähigkeit ist nicht identisch mit der medizinischen Bemessung der rein funktionellen Behinderung (z. B. der Beeinträchtigung einer Funktion infolge des organischen Leidens);
 - Die Bemessung der funktionellen Behinderung dient wohl als Grundlage für die Bewertung des Maßes in welchem der Versicherte verhindert ist, seine gewohnte Erwerbstätigkeit auszuüben; die Auswirkungen dieser Behinderung können aber ganz verschieden sein je nach der Art der Erwerbstätigkeit. Von den Auswirkungen der funktionellen Behinderung auf die individuelle und konkrete Erwerbstätigkeit des Versicherten hängt der Grad der Arbeitsunfähigkeit ab;
 - Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Arbeitsunfähigkeit dagegen gehören — entgegen der Meinung der Ausgleichskasse — nicht zu den Bemessungskriterien dieser Arbeitsunfähigkeit und übersteigen den Rahmen des Art. 22 IVG, wobei man allerdings, falls das Erwerbseinkommen eines Versicherten trotz der Arbeitsunfähigkeit keinen Rückgang erleidet, vermuten kann, daß wegen der Art der ausgeübten Erwerbstätigkeit, die funktionelle Behinderung die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt.
- Vorliegend kam der Arzt zum Schluß, daß der Berufungsklagte bis ungefähr Mitte August voll, bis zur ersten Oktoberwoche zu drei Vierteln und bis Ende 1962 noch zur Hälfte arbeitsunfähig gewesen sei. Man kann sich fragen, ob er bei seiner Schätzung in gebührender Weise dem gemischten Charakter der Erwerbstätigkeit des Versicherten, der sich gleichzeitig als Weinbauer (eine Tätigkeit bei der die manuelle Arbeit überwiegt) und als Weinhändler (Beruf, bei dem die leitende Funktion überwiegt) betätigt, Rechnung getragen hat. Diese Frage braucht allerdings nicht näher geprüft zu werden, da sich vorliegend die Lösung aus andern Komponenten ergibt.

b. Das Bundesamt für Sozialversicherung vertritt nämlich die Auffassung, daß entgegen der am 18. September 1962 ergangenen Verfügung die physiotherapeutische Behandlung keine Eingliederungsmaßnahme darstellt und daß es somit an der grundlegenden Voraussetzung für die Zusprechung des Taggeldes mangelt.

Wenn auch der Anspruch auf Taggelder gemäß dem Wortlaut von Art. 22, Abs. 1, IVG nur während der Eingliederung besteht, so bilden doch die Taggelder eine unabhängige Leistung wie dies insbesondere aus der in Art. 8 IVG enthaltenen Aufzählung der Eingliederungsmaßnahmen hervorgeht. Das Vorliegen der Voraussetzungen für diese Leistung kann deshalb vom Richter frei überprüft werden und das Bestehen einer Verfügung laut welcher die Kosten

medizinischer Maßnahmen von der IV übernommen werden, kann den Richter nicht daran hindern, im Rahmen von Art. 22 IVG zu prüfen, ob man es tatsächlich mit einer Eingliederung zu tun hat. Diese Prüfung führt nun aber vorliegend zu der Feststellung, daß hier keine Eingliederung vorliegt.

3. Die Behandlung eines unfallbedingten Knochenbruches stellt ohne Zweifel eine Behandlung des Leidens an sich dar. Es wird nämlich durch die Konsolidierung des gebrochenen Knochens im allgemeinen die Heilung der Verletzung und das erneute Funktionieren des geschädigten Körperteiles angestrebt. Diese Konsolidierung nun kann ihrerseits auf Schwierigkeiten stoßen, welche die Heilungsproben verzögern, ja sogar teilweise oder ganz gefährden können. Medizinische Vorkehren, welche sowohl zur Verhinderung als auch zur Beseitigung solcher Komplikationen vorgesehen sind, gehören deshalb ebenfalls zur Behandlung des Leidens an sich. Man darf den Begriff der Behandlung des Leidens an sich nicht auf die zuerst durchgeführten üblichen medizinischen Vorkehren beschränken und dann diejenigen Maßnahmen davon ausschließen die infolge Mißlingens der ersten Behandlung ergriffen werden müssen; mindestens so lange nicht, als diese Vorkehren in einem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Heilungsprozeß stehen (vgl. hierzu EVG-Urteil vom 18. 12. 63 i.Sa. R.B., ZAK 1963, S. 175). Die Physiotherapie an sich stellt keine Wiedereingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG dar; wie bei jeder andern Maßnahme hängt auch ihre juristische Qualifikation vom überwiegenden Zwecke ab; sie kann also nur dann vom Behandlungskomplex getrennt werden, wenn sie eindeutig außerhalb des Behandlungsplanes steht.

Im vorliegenden Falle traten als Komplikation des Bruches eine Pseudarthrose und eine Gelenkversteifung hinzu, welche die Konsolidierung des Knochenbruches in Frage stellten. Als selbst eine später knöcherne Verwachsung den vorgesehenen chirurgischen Eingriff überflüssig zu machen schien — zu dessen vollem Erfolg die Physiotherapie anscheinend Vorbedingung war — hatten die durchgeführten medizinischen Vorkehren zum Zwecke, dem pathologischen Geschehen Halt zu bieten; sie stellten somit eine Behandlung des Leidens an sich dar. Die tatsächlichen und zeitlichen Beziehungen zwischen dem Leiden und diesen Maßnahmen erlauben nicht, einzelne Vorkehren aus dem gesamten Behandlungskomplex auszuschneiden. Gewiß war damit die berufliche Wiedereingliederung ebenfalls beabsichtigt, die Arbeitsfähigkeit nämlich hätte ohne Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit des befallenen Gliedes nicht oder nur in einem geringen Ausmaße erreicht werden können. Aber die Physiotherapie stellte nur einen Teil der gesamten Knochenbruchbehandlung dar, dessen Heilung fraglich war; die unbestreitbaren Merkmale der beruflichen Wiedereingliederung überwogen nicht die der Behandlung des Leidens an sich dienenden Vorkehren nicht.

Den medizinischen Vorkehren kommt nicht der Charakter medizinischer Eingliederungsmaßnahmen im Sinne von Art. 12 IVG zu, womit auch die Zuspreehung eines Taggeldes gemäß Art. 22, Abs. 1, IVG während der fraglichen Zeit entfällt.

Urteil des EVG vom 11. Dezember 1964 in Sa. F.F.

Art. 29, Abs. 1, IVG. Solange sich eine halbseitig gelähmte Versicherte einer Behandlung unterzieht, die der Wiederherstellung ihrer Bewegungsfähigkeit dient, ist ihr Gesundheitszustand in Entwicklung begriffen. Es darf daher nicht Dauerinvalidität im Sinne der ersten Variante obiger Bestimmung angenommen werden.

Die 1904 geborene italienische Staatsangehörige F. F. ist mindestens seit 1947 in der Schweiz ansässig. Infolge eines am 25./26. September 1962 erlittenen Schlaganfalls wurde sie halbseitig gelähmt (Lähmung der linken Gesichtshälfte, völlige Lähmung des linken Armes und zum Teil des linken Beines). Mit Beschluß vom 11. November 1963 nahm die IV-Kommission bei der Versicherten Vollinvalidität ab 29. September 1962 an; dagegen verweigerte sie ihr die Hilflosenentschädigung. Dieser Beschluß war Gegenstand einer durch die Ausgleichskasse erlassenen Verfügung, welche den Beginn des Rentenanspruchs der Versicherten auf den 1. September 1963 (den Monat ihrer Anmeldung) festsetzte.

Auf Beschwerde bestätigte die kantonale Rekurskommission die von der Verwaltung erlassene Verfügung in bezug auf den Beginn des Rentenanspruchs.

Das EVG seinerseits hat auf Berufung der Versicherten hin das kantonale Urteil aufgehoben und den Fall an die IV-Kommission zurückgewiesen zur Ergänzung der Untersuchung und zu neuer Beschlußfassung im Sinne der folgenden Erwägungen:

1. Die Gewährung einer IV-Rente hat nach Art. 28, Abs. 1, IVG zur Voraussetzung, daß der Versicherte entweder mindestens zur Hälfte oder in Härtefällen mindestens zu zwei Fünfteln invalid ist. Das Bestehen eines Gesundheitsschadens bildet für sich allein noch keinen Grund zur Gewährung einer Rente, dieser muß vielmehr dauernd oder während längerer Zeit die Erwerbsfähigkeit vermindern. Der Anspruch auf Rente entsteht somit, wenn der Versicherte dauernd mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig geworden ist (Variante I) oder während 360 Tagen ununterbrochen voll arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig bleibt (Variante II von Art. 29, Abs. 1, IVG). Eine Rente kann wegen bleibender Invalidität ausgerichtet werden, wenn der Versicherte einen aller Wahrscheinlichkeit nach mehr oder weniger stabilisierten Gesundheitsschaden aufweist, der nicht unabwendbar letal, sondern im wesentlichen irreversibel ist und trotz eventueller Eingliederungsmaßnahmen seiner Natur nach eine dauernde Verminderung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten mit sich bringt. Eine mögliche spätere Aenderung der wirtschaftlichen Verhältnisse (z. B. wegen einer stärker als erwartet eingetretenen Angewöhnung oder wegen eines geeigneteren Tätigkeitsgebiets) schließt deswegen — insbesondere bei jüngeren Versicherten — die Annahme bleibender Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 29, Abs. 1, IVG nicht aus. Dem entspricht übrigens Art. 41 IVG, welcher bei Eintreten solcher Umstände die Revision der Rente ermöglicht. Bei Versicherten, die schon ein gewisses Alter erreicht haben, genügt es, daß ihr Gesundheitsschaden bis zum Zeitpunkt ihrer Altersrentenberechtigung im wesentlichen irreversibel ist (vgl. Urteil F. D. vom 22. 9. 64, ZAK 1964, S. 553).

Nach dem Wortlaut von Art. 48, Abs. 2, IVG wird zudem die Rente eines Versicherten, der sich mehr als 6 Monate nach Entstehung des Rentenanspruchs meldet, nur vom Monat der Anmeldung an ausbezahlt.

2. Nicht bestritten wird, daß die Berufungsklägerin heute voll und dauernd invalid ist. Streitig ist lediglich die Frage des Beginns der Rente, auf welche die Versicherte Anspruch hat.

Die Vorinstanz hat im vorliegenden Fall angenommen, daß der Versicherten grundsätzlich wegen bleibender Invalidität ab 1. September 1962 eine Rente zustehe, daß jedoch die Anmeldung zum Leistungsbezug verspätet eingereicht wurde. Nun hat sich aber die Versicherte nach dem Schlaganfall vom 25./26. September verschiedenen Behandlungen unterzogen, welche zu einer teilweisen Wiedererlangung der Beweglichkeit des linken Beines führten (vgl. den Arztbericht vom 29. 10. 63). Im Zeitpunkt der Durchführung dieser Maßnahmen lag somit ein Zustand vor, dessen Entwicklung noch nicht abgeschlossen war und der nicht zuließ, eine bleibende, den gesetzlich vorgeschriebenen Grad erreichende Invalidität im Sinne der zitierten Rechtsprechung zu vermuten (vgl. z. B. EVGE 1963, S. 279; ZAK 1965, S. 43, das zitierte Urteil i.Sa. F.D. sowie die Urteile A.M. vom 27. 5. 64, ZAK 1964, S. 430, und J.A. vom 28. 4. 64, ZAK 1964, S. 429). Andererseits kann anhand der Akten nicht festgestellt werden, zu welchem Zeitpunkt sich eine solche Prognose hätte stellen lassen. Aus dem erwähnten Arztbericht geht lediglich hervor, daß sich am 8. Juli 1963 bereits nichts mehr machen ließ. Immerhin ist möglich, daß dies schon vor diesem Datum der Fall war und der Berufungsklägerin deshalb grundsätzlich die Ausrichtung einer Rente vor dem 1. Juli 1963 zustünde. Falls vorliegend alle Voraussetzungen zur Gewährung einer Rente wegen bleibender Invalidität zu irgendeinem Zeitpunkt innerhalb der sechs der Einreichung der Anmeldung vorangegangenen Monate erfüllt waren, verhindert Art. 48, Abs. 2, IVG die Ausrichtung dieser Rente vom Monat an, in welchem die Voraussetzungen erfüllt waren, und für diesen Monat selbst, nicht (vgl. z. B. das zitierte Urteil i. Sa. A.M., ZAK 1964, S. 430).

So rechtfertigt es sich denn, den Fall an die IV-Kommission zurückzuweisen, damit diese eine ergänzende Untersuchung anordne und den Rentenbeginn neu festsetze.

Urteil des EVG vom 22. Dezember 1964 i. Sa. M. N.

Art. 42, Abs. 1, IVG. Ein geistiges Gebrechen kann nur dann als Ursache von Hilflosigkeit betrachtet werden, wenn es die selbsttätige Besorgung der alltäglichsten Verrichtungen schlechthin ausschließt; die bloße Anleitung und Kontrolle begründet keine Hilflosigkeit.

Der am 4. April 1944 geborene Versicherte leidet an Epilepsie sowie an schwerer Imbezillität und ist nicht bildungsfähig. Er ist dauernd in Anstalten untergebracht, gegenwärtig in einem Krankenhaus. Nachdem dem Versicherten auf Grund einer im Jahre 1960 eingereichten Anmeldung vom 1. Januar 1960 bis 30. April 1964 ein Kostgeldbeitrag gewährt worden war, wurde er im Hinblick auf die baldige Vollendung seines 20. Altersjahres im Februar 1964

erneut angemeldet. Auf dem Ergänzungsblatt zur Anmeldung wurde bezüglich des Anspruches auf eine Hilflosenentschädigung vermerkt, daß die besondere Pflege und Wartung im «Waschen, Ankleiden etc.» bestehe. Der auf Veranlassung der IV-Kommission vom Hausarzt des Krankenhauses am 15. Februar 1964 eingereichte Bericht lautet folgendermaßen: «Redet langsam, schwerfällig aber deutlich nur auf Anfrage hin. Sitzt sonst ziemlich teilnahmslos umher, muß zu jeder Arbeiter mehrmals ermuntert werden.» Der Heimarzt bewertete den Zustand des Versicherten als stationär und hielt im übrigen fest, daß der Versicherte für das An- und Auskleiden, das Essen und die Toilette dauernd teilweise auf fremde Hilfe angewiesen sei. Eine telefonische Rücksprache mit dem Krankenhaus führte zu der Feststellung, daß der Versicherte «sich selbst besorgen könne, bis auf Baden, Rasieren, Fleisch zerschneiden (gefährlich); ferner müsse man ihm sagen, er solle Knöpfe, Schuhe etc. zumachen».

Auf Grund dieser Erhebungen beschloß die IV-Kommission ab 2. April 1964, dem Versicherten vom 1. Mai 1964 an eine ganze Invalidenrente sowie eine Entschädigung für eine Hilflosigkeit von 33⅓ Prozent zu gewähren. Diesen Beschluß eröffnete die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 8. Mai 1964.

Der Vater des Versicherten beschwerte sich gegen die Verfügung und verlangte die Zusprechung einer vollen Hilflosenentschädigung, da sein Sohn ständiger Betreuung und Beaufsichtigung bedürfe. Der Rekurs wurde unter Hinweis auf die Praxis des EVG von der Vorinstanz abgewiesen. In der im Namen des Versicherten gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichten Berufung wird u. a. geltend gemacht, der Umstand, daß der Versicherte von einem geistigen Gebrechen befallen sei, dürfe nicht zu einer niedrigeren Einschätzung führen. Er sei in mittlerem Grade hilflos und sein Zustand verschlechtere sich ständig.

Das EVG wies die Berufung aus folgenden Gründen ab:

1.

2. a) Gemäß Art. 42, Abs. 1, IVG haben bedürftige invalide Versicherte, die derart hilflos sind, daß sie besondere Pflege und Wartung benötigen, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Nach Art. 39 IVV sind drei Grade der Hilflosigkeit zu unterscheiden: ein leichterer (degré faible), ein mittlerer (degré moyen) und ein schwerer Grad (degré grave). Die Abstufung erfolgt im Einzelfall nach Dauer und Umfang der täglichen Pflege und Wartung, die wegen der Hilflosigkeit notwendig ist.

b. Die Rechtsprechung betrachtet einen Versicherten dann als hilflos, wenn er für die alltäglichen und gewöhnlichsten Verrichtungen auf fremde Handreichung angewiesen ist. Unter solchen Verrichtungen sind in erster Linie das An- und Auskleiden, die Nahrungsaufnahme und die Verrichtung der Notdurft zu verstehen (vgl. dazu die Ausführungen im EVGE 1961, S. 60 f., Erwägung 1; ZAK 1962, S. 47 f.) Wer Verrichtungen dieser Art ohne fremde Handreichung zu besorgen vermag, ist selbst dann nicht hilflos im Sinne des Art. 42, Abs. 1, IVG, wenn er wegen seines Geisteszustandes ständiger Aufsicht bedarf (Urteil des EVG i. Sa. M. H. vom 24. Februar 1961; ZAK 1961, S. 172).

Bereits der «leichtere» Grad der Hilflosigkeit setzt voraus, daß die notwendigen Handreichungen einen gewissen Umfang, ein wesentliches Ausmaß erreichen (vgl. dazu die Ausführungen im EVGE 1961, S. 344 f., Erwägung 1; ZAK 1962, S. 191). Für dessen Schätzung ist dem Ermessen der Verwaltung, der Natur der Sache entsprechend, ein weiter Spielraum zuzubilligen.

3. Im vorliegenden Fall ist davon auszugehen, daß der Versicherte noch anfangs April 1964 für das An- und Auskleiden, das Essen und die Toilette bloß teilweise auf fremde Handreichung angewiesen war. Dies ergibt sich aus dem ärztlichen Bericht vom 15. Februar 1964, auf den in erster Linie abzustellen ist. Im Grunde wird das selbst in der Berufungsschrift nicht bestritten. Doch wird dort mit Nachdruck erklärt, der Versicherte sei wegen seines geistigen Gebrechens auf ständige Hilfe angewiesen, die sich unter anderem auf das Ankleiden, die Nahrungsaufnahme, das Waschen und die Verrichtung der Notdurft erstrecke; weil der Patient gesondert ernährt werden müsse, werde das Personal besonders stark belastet. Indessen muß aus den Akten geschlossen werden, daß diese Hilfe sich im maßgebenden Zeitpunkt wesentlich in der Anleitung und Kontrolle des Versicherten erschöpfte, zumal dieser grundsätzlich imstande war, sich den Weisungen gemäß zu verhalten. In diesem Sinne ist auch die ärztliche Feststellung zu verstehen: «Muß zu jeder Arbeit mehrmals ermuntert werden.» Diese Hilfe ist als allgemeine Betreuung und Beaufsichtigung zu qualifizieren und begründet nach der Praxis keine Hilflosigkeit, selbst wenn die Hilfspersonen erheblich beansprucht werden. Ein geistiges Gebrechen wäre nur dann als Ursache von Hilflosigkeit zu betrachten, wenn es die selbsttätige Besorgung der alltäglichen Verrichtung schlechthin ausschloße. Dies kann hier nicht gesagt werden. Zwar waren im maßgebenden Zeitpunkt auch Merkmale echter Hilflosigkeit gegeben, da z.T. fremde Handreichung erforderlich wurde. Aber darin, daß die Vorinstanz das Bestehen einer mittleren oder gar schweren Hilflosigkeit verneinte, kann keine Überschreitung des Ermessensraumes erblickt werden.

Familienzulagen

Urteil des EVG vom 14. Dezember 1964 I. Sa. A. G.

Art. 1, Abs. 1, und Art. 4, Abs. 1, FLG; Art. 2 FLV. Ein Arbeitnehmer, der dauernd in einem landwirtschaftlichen Betrieb tätig ist und eine halbe Invalidenrente bezieht, hat Anspruch auf die vollen Familienzulagen.

Der 1904 geborene Familienvater A. G. ist seit 1929 als landwirtschaftlicher Arbeitnehmer im gleichen Betrieb tätig. Er hat seine Arbeit krankheitshalber für eine bestimmte Zeit eingestellt und diese im Juni 1963 wieder aufgenommen. Die IV gewährte ihm bis Ende Mai 1963 medizinische Maßnahmen; nach Feststellung einer Erwerbsunfähigkeit von 60 Prozent wurde ihm eine einfache halbe Invalidenrente und für die Ehefrau und ein minderjähriges Kind halbe Zusatzrenten zugesprochen.

Die Ausgleichskasse hat hierauf im Herbst 1963 die Ausrichtung der Haushaltzulage für landwirtschaftliche Arbeitnehmer eingestellt. Mit Verfügung vom 1. April 1964 hat sie mit Wirkung ab 1. Oktober 1963 eine Haushaltzulage von 40 Prozent (entsprechend der restlichen Erwerbsfähigkeit), d. h. von 24 Franken im Monat, zugesprochen.

Die kantonale Rekurskommission hielt eine Kürzung der Haushaltzulage für unbillig, da in ähnlichen Fällen, wo aber die Ehefrau im landwirtschaftlichen Betrieb mitarbeitet, die vollen Zulagen ausgerichtet werden. Sie hat deshalb die Beschwerde gutgeheißen und den Anspruch auf die volle Haushaltzulage bejaht.

Gegen diesen Entscheid hat das BSV beim EVG Berufung eingelegt. Im wesentlichen macht es geltend, daß ein landwirtschaftlicher Arbeitnehmer, der vermindert erwerbsfähig ist und daher eine halbe Rente der IV erhält, nur teilweise erwerbstätig sei, weshalb es sich rechtfertige, ihm entsprechend der verminderten Leistungsfähigkeit eine gekürzte Zulage auszurichten. Dadurch werde eine Kumulation von Familienzulagen und IV-Zusatzrenten vermieden.

Das EVG hat die Berufung aus folgenden Erwägungen abgewiesen:

1. Gemäß Art. 1, Abs. 1, FLG haben Anspruch auf Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer «Personen, die in einem landwirtschaftlichen Betrieb gegen Entgelt landwirtschaftliche, forstwirtschaftliche oder hauswirtschaftliche Arbeiten in unselbständiger Stellung verrichten». Keinen Anspruch auf Familienzulagen haben nur die in Art. 1, Abs. 2, FLG namentlich aufgeführten Familienglieder des Betriebsleiters. In Ausführung von Abs. 4 des genannten Artikels hat der Bundesrat in der Vollziehungsverordnung die Begriffe des landwirtschaftlichen Betriebes (Art. 7 FLV) und des landwirtschaftlichen Arbeitnehmers (Art. 1 FLV) näher umschrieben; er hat ferner bestimmt, daß «landwirtschaftliche Arbeitnehmer, die nur vorübergehend bei einem Arbeitgeber tätig sind, für jeden vollen Arbeitstag Anspruch auf Familienzulagen haben»; einzelne Arbeitsstunden dürfen in der Regel nicht in Tage umgerechnet werden (Art. 2 FLV).

Art. 2 FLG sieht zwei Arten von Familienzulagen vor: die Haushaltzulage und die Kinderzulagen, wobei die persönlichen Voraussetzungen für den Anspruch in den Art. 3 und 9 FLG umschrieben sind.

Schließlich bestimmt Art. 4, daß ein Anspruch auf Familienzulagen nur dann besteht, «wenn der Arbeitgeber einen Lohn zahlt, der mindestens den ortsüblichen Ansätzen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer entspricht». Nach der Rechtsprechung ist der Lohn, und zwar sowohl der Bar- als auch der Naturallohn, dann ortsüblich, wenn er dem Wert und der Art nach dem Entgelt entspricht, das einem familienfremden Arbeitnehmer annähernd gleicher Leistungsfähigkeit in einem ähnlichen und in derselben Gegend liegenden Betrieb üblicherweise gewährt wird (vgl. z. B. EVGE 1961, S. 91, Buchst. c; ZAK 1961, S. 467; 1961, S. 97, Buchst. b, und 1964, S. 59/60, Erwägung 3; ZAK 1964, S. 231).

2. Im vorliegenden Fall verrichtet der Betroffene in einem landwirtschaftlichen Betrieb landwirtschaftliche Arbeiten. Er steht in keinem verwandtschaftlichen Verhältnis zu seinem Arbeitgeber. Die persönlichen Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Haushaltzulage sind somit er-

füllt (der Anspruch auf die Zulage für das einzige noch minderjährige Kind ist offenbar nicht bestritten). Der Lohn ist zweifelsohne sehr niedrig: er betrug im Monat Juni 1963 lediglich 50 Franken in bar, wozu 100 Franken für Verpflegung zu rechnen sind; dabei handelte es sich um den ersten Monat nach der Genesung. Zudem kann auf Grund der Bestätigung des Arbeitgebers vom 21. Juli 1963 vermutet werden, daß der Lohn in der Folge neuerdings erhöht wurde. Im übrigen läßt nichts darauf schließen, daß er kleiner wäre als der ortsübliche Lohn für einen landwirtschaftlichen Arbeitnehmer mit gleicher vermindelter Erwerbsfähigkeit.

Auch das BSV spricht dem Betroffenen den Anspruch auf eine Haushaltzulage nicht ab. Es beantragt nur eine Kürzung der Zulage, entsprechend der verminderten Erwerbsfähigkeit.

a. Das BSV stützt sich in erster Linie auf Art. 2, Abs. 1, FLV. Es leitet daraus den Grundsatz ab, daß die Zulagen nur für die Dauer der geleisteten Arbeit auszurichten sind. Es setzt die Arbeitsleistung mit der Arbeitszeit in Beziehung und nimmt an, daß ein Arbeitnehmer mit wesentlich vermindelter Arbeitsfähigkeit nicht als ein in der Landwirtschaft voll beschäftigter Arbeitnehmer betrachtet werden könne.

Der Wortlaut von Art. 2 FLV besagt eindeutig, daß diese Bestimmung lediglich auf die bei einem Arbeitgeber «nur vorübergehend» («passagèrement», «solo temporaneamente») beschäftigten Arbeitnehmer zugeschnitten ist. Er hat also Saisonarbeiter, sporadisch oder tageweise tätige landwirtschaftliche Arbeiter im Auge. Ihr Wortlaut erlaubt es aber nicht — im Gegensatz zu dem vom EVG behandelten Fall (Entscheid i. Sa. W. vom 24. Dezember 1960) — ihre Anwendung auf einen ständig und ausschließlich vom gleichen landwirtschaftlichen Arbeitgeber beschäftigten Arbeitnehmer auszudehnen. Es braucht daher nicht untersucht zu werden, ob und wie bei herabgesetzter Arbeitsleistung eine Umrechnung in volle Arbeitstage erfolgen könnte.

b. Das BSV will die Kumulation von vollen Familienzulagen und IV-Zusatzrenten vermeiden, die ebenfalls für den Unterhalt der Angehörigen bestimmt sind.

Das EVG hat bereits in seinem Entscheid i. Sa. V. vom 27. Februar 1964 (EVGE 1964, S. 57; ZAK 1964, S. 229) festgehalten, daß eine Kürzung der landwirtschaftlichen Familienzulagen in keiner gesetzlichen Bestimmung vorgesehen ist. Es hat sich dahingehend ausgesprochen, daß weder Art. 43 noch Art. 45 IVG, welche die Aufhebung oder die Herabsetzung gewisser Leistungen beim Zusammentreffen mit Renten der Invalidenversicherung vorsehen, eine analoge Kürzung der Familienzulagen erlauben, weil die Familienzulagen sowohl in bezug auf ihren Charakter als auch auf ihren Zweck sich von den in den erwähnten Bestimmungen genannten Leistungen grundlegend unterscheiden. Wenn im damaligen Entscheid die Möglichkeit einer solchen Kürzung durch Interpretation einer Bestimmung des FLG offen gelassen wurde, so ist heute diese Frage entschieden zu verneinen.

Wie bereits dargelegt wurde, kann der Grundsatz einer Kürzung der Familienzulagen wegen vermindelter Arbeitsfähigkeit nicht aus Art. 2 FLV abgeleitet werden. Dies gilt auch in bezug auf das Erfordernis der ortsüblichen Entlohnung im Sinne von Art. 4 FLG und der Rechtsprechung

(vgl. die unter Ziffer 1 angeführten Entscheide). Unter Berücksichtigung, daß der Lohn einerseits Entgelt für noch geleistete Arbeit und andererseits eine Fürsorgeleistung des Arbeitgebers an seinen Arbeitnehmer für jahrzehntelange Tätigkeit darstellt, hat zwar das Gericht in einem ähnlichen Fall wie dem vorliegenden einem 88jährigen landwirtschaftlichen Arbeitnehmer (Entscheid i. Sa. W.) eine halbe Zulage zugesprochen. Das Gericht hat aber ausdrücklich festgehalten, daß es sich um einen Fall handelte, wo dem allmählichen altersbedingten Rückgang der Leistungsfähigkeit Rechnung zu tragen war. Überdies hat es festgestellt, daß eine solche Lösung das Vorliegen einer Gesetzeslücke voraussetzt, die der Richter auszufüllen hat. Es besteht jedoch kein Anlaß, eine solche Lücke beim gegenwärtigen Stand der Gesetzgebung anzunehmen. Vielmehr ist der Vorinstanz zuzustimmen, die es für unbillig hält, einem vermindert arbeitsfähigen landwirtschaftlichen Arbeitnehmer, der eine halbe IV-Rente bezieht, die volle Familienzulage zu gewähren, wenn seine Ehefrau im gleichen Betrieb mitarbeitet (vgl. den vorerwähnten Entscheid i. Sa. V.), hingegen die Zulage für einen Arbeitnehmer in gleicher Lage zu kürzen, wenn seine Ehefrau aus gesundheitlichen Gründen oder wegen familiären Verpflichtungen keiner Erwerbstätigkeit nachgehen kann.

c. Wenn eine Kürzung der Familienzulagen nur wegen der verminderten Erwerbsfähigkeit nicht angängig ist, so folgt daraus nicht, daß der Anspruch auf Familienzulagen ohne jede Rücksicht auf den Umfang der verminderten Leistungsfähigkeit besteht. Nur derjenige kann nämlich als landwirtschaftlicher Arbeitnehmer im Sinne des FLG gelten, der tatsächlich landwirtschaftliche Arbeiten verrichtet, wie sie üblicherweise von einem landwirtschaftlichen Arbeiter ausgeführt werden, nicht aber auch derjenige, der nur zum Zeitvertreib in der Landwirtschaft tätig ist oder der nur unbedeutende Arbeiten ausführt.

Es ist jedoch nicht notwendig, in endgültiger Weise die Voraussetzungen festzulegen, unter welchen die Ausübung einer landwirtschaftlichen Tätigkeit infolge verminderter Leistungsfähigkeit nicht mehr angenommen werden kann. Es muß auch nicht geprüft werden, ob die Kumulation von ganzen Invalidenrenten und von vollen Familienzulagen offensichtlich als mißbräuchlich und mit der Rechtsordnung in Widerspruch stehend erklärt werden müßte, weil in gewissen Fällen die beiden Leistungen das normale Arbeitseinkommen erheblich übersteigen könnten. Es genügt festzustellen, daß die Erwerbsfähigkeit des Bezügers einer halben Invalidenrente wenigstens ein Drittel beträgt (Art. 28, Abs. 1, IVG). Eine solche Erwerbsfähigkeit erlaubt noch die Ausübung einer landwirtschaftlichen Tätigkeit im Sinne des FLG, jedenfalls wenn die landwirtschaftliche Tätigkeit den Fähigkeiten und dem Gesundheitszustand des Arbeitnehmers angemessen ist, wie dies im vorliegenden Fall zutrifft. Schließlich ist festzustellen, daß die Kumulation von IV-Renten und Familienzulagen mit der Rechtsordnung nicht in Widerspruch steht.

VON
MONAT
ZU
MONAT

Nachdem der Bundesrat am 24. Juni beschlossen hatte, das *Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV* (s. ZAK, S. 250) auf den 1. Januar 1966 in Kraft zu setzen, richtete das Eidgenössische Departement des Innern am 10. Juli in dieser Sache ein Kreisschreiben an die Kantonsregierungen. Dieses orientiert über die Einzelheiten, welche durch die kantonale Gesetzgebung zu regeln sind. Überdies ist am 4. August den Kantonen und gemeinnützigen Institutionen der *Entwurf der Verordnung* zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV zur Vernehmlassung zugestellt worden.

*

Eine schweizerische Delegation unter der Leitung von Direktor Saxer, Beauftragter für Sozialversicherungsabkommen, und eine *liechtensteinische Delegation*, geleitet von S. D. Prinz Heinrich von und zu Liechtenstein, haben am 6. Juli den Wortlaut eines *Abkommens über die AHV und IV* festgelegt. Das von den beiden Delegationschefs paraphierte Abkommen, das so bald wie möglich in Vaduz unterzeichnet werden soll, erweitert den geltenden Vertrag aus dem Jahre 1954 durch eine Regelung über die IV. Es bedarf zu seinem Inkrafttreten schweizerischerseits der Genehmigung durch die eidgenössischen Räte, in Liechtenstein der Zustimmung des Landtags.

Heirat und Anspruch auf Waisen- und Zusatzrenten

Nach der Einführung der AHV ist bald einmal die Frage aufgetaucht, ob der Rentenanspruch von minderjährigen Waisen, die sich verheiraten, weiterdauere oder nicht. So gelangte eine Ausgleichskasse an das Bundesamt für Sozialversicherung im Falle einer 17-jährigen Bezügerin einer Waisenrente, die sich verheiratete. Artikel 25, Absatz 2, und Artikel 26, Absatz 2, AHVG, welche die Erlöschensgründe für den Anspruch auf Waisenrenten aufzählen, äußern sich nicht über diesen Sonderfall. Das Bundesamt für Sozialversicherung vertrat die Ansicht, daß mit der Heirat der Rentenanspruch eines Mädchens als erloschen zu betrachten sei. Dabei war die Überlegung maßgebend, daß Heirat mündig macht und mündige Personen nicht mehr als «Kinder» im Sinne der Bestimmungen über die Waisenrenten gelten können. Ferner werde mit der Heirat jedenfalls das «Kind» weiblichen Geschlechts der Sorge der Eltern weitgehend

enthoben und an ihre Stelle trete die dem Ehemann gemäß Zivilrecht obliegende Unterhaltspflicht, so daß nicht mehr von einem Versorger-schaden gesprochen werden könne (vgl. ZAK 1952, S. 299).

Bis in die letzte Zeit hinein sind allerdings solche Fälle selten geblieben. Mit der Einführung von Zusatzrenten in der IV und dann auch in der AHV sowie mit der Erhöhung der Altersgrenze für in Ausbildung befindliche Jugendliche auf das 25. Altersjahr hat sich nun der Kreis jener Söhne und Töchter, für die eine Rente in Betracht fällt, erheblich erweitert. Für die der neuen Altersgruppe angehörenden Bezüger einer Waisenrente oder Kinder, für welche die Eltern eine Zusatzrente beziehen, hat die Wahrscheinlichkeit ihrer Verheiratung und damit die Zahl der Fälle, in denen sich die Frage stellt, ob die Heirat als Erlöschensgrund für Waisen- und Kinderrenten anzusehen sei, in fühlbarer Weise zugenommen. Dabei haben sich insbesondere durch die Heraufsetzung der Altersgrenze gegenüber den vereinzelt früheren Fällen verschiedene neue Aspekte auch rechtlicher Art gezeigt, wie aus dem folgenden Beispiel, das die Verwaltung und die Gerichte beschäftigte, hervorgeht.

Auf Grund der neuen Bestimmungen hatte eine 21jährige, mit einem Studenten verheiratete Studentin einen Anspruch auf Waisenrente ab Inkrafttreten der Neuregelung, also ab 1. Januar 1964, geltend gemacht. Entsprechend der in der AHV bisher verfolgten Verwaltungspraxis haben Ausgleichskasse wie Rekursbehörde einen Rentenanspruch verneint. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat seinerseits mit einem kürzlich ergangenen Urteil, von dem nachfolgend auf S. 371 ein Auszug publiziert wird, einen Rentenanspruch abgelehnt und den ablehnenden Rekursentscheid bestätigt.

Das Gericht ist in seinem Entscheid davon ausgegangen, daß die volljährige Tochter mit der Heirat in eine neue versicherungsrechtliche Stellung eintritt. Dies kommt in einer besonders geordneten Beitragspflicht zum Ausdruck, die insbesondere eine Befreiung von derselben für die Zeit vorsieht, während welcher die Ehefrau nicht erwerbstätig ist. Ihre Stellung ändert sich auch insofern, als beim Tode des Ehemannes Witwen- sowie allfällige Waisenrentenansprüche entstehen können. Die Tatsache, daß die Ehefrau versicherungsrechtlich einer völlig neuen Familiengruppe angehört, welche einen entscheidenden Einfluß auf die Berechnung ihrer Renten — Witwen- sowie dereinst in Frage kommende Altersrenten — ausübt, ist speziell hervorzuheben. Diese grundsätzlich andersartige versicherungsrechtliche Stellung der verheirateten Frau wird auch daraus ersichtlich, daß mit der Verheira-

tung der Witwe die Witwenrente ebenfalls erlischt. Weniger Bedeutung hat das Eidgenössische Versicherungsgericht der Änderung in den Unterhaltsansprüchen beigemessen, weil die Entstehung der Waisenrente — zumindest soweit es sich um die Vaterwaisenrente handelt — allgemein von der tatsächlichen Unterhalts- und Unterstützungsbedürftigkeit unabhängig ist. In der Tat tritt dieser Rentenanspruch generell und ungeachtet der mit dem Tode des Vaters einhergehenden wirtschaftlichen Folgen ein.

Der vom Gericht gefällte Entscheid, daß Töchter mit der Verheiratung den Anspruch auf Waisenrenten verlieren, gilt auch für die Vollwaisenrenten sowie für die Kinderrenten der AHV und der IV. Wie schon an anderer Stelle ausgeführt wurde (vgl. ZAK 1961, S. 217), sind die für die Waisenrenten geltenden Anspruchsvoraussetzungen und damit auch die Erlöschensgründe ebenfalls für die Kinderrenten maßgebend, da letztere nur dann gewährt werden können, wenn im Falle des Todes des betreffenden Elternteils der Anspruch auf Waisenrente gegeben wäre. Somit wird die allgemeine Regel zu beachten sein, daß für eine Tochter, die sich verheiratet, in jedem Falle der allfällige bisherige Anspruch auf eine Waisenrente oder auf eine Kinderrente der AHV oder IV für sie erlischt.

Die Frage, ob auch die Rente des verheirateten jungen Mannes, welcher sich noch in Ausbildung befindet, erlösche, wurde, da sie im konkreten Fall nicht zu entscheiden war, vom Gericht offen gelassen. Bei der Beantwortung dieser Frage müßte wohl berücksichtigt werden, daß hier die Verhältnisse etwas anders liegen und daß beim jungen Mann, für den eine Leistung gewährt wird, mit der Heirat jedenfalls keine so entscheidende versicherungsrechtliche Änderung verbunden ist wie für die Tochter. Das Bundesamt für Sozialversicherung war deshalb bisher der Ansicht, daß die Waisenrente oder Kinderrente grundsätzlich auch nach der Heirat des jungen Mannes weiter zu gewähren sei, wobei indessen eine anderslautende Rechtsprechung vorbehalten bleibt.

Von eher theoretischem Interesse dürfte schließlich die Frage sein, ob mit der Heirat auch die Waisen- oder Kinderrente eines noch nicht 20jährigen, mindestens zur Hälfte invaliden Kindes erlösche, da solche Fälle selten sein dürften. Immerhin müßte nach dem Gesagten wohl auch hier angenommen werden, daß der Rentenanspruch für eine invalide Tochter mit deren Verheiratung erlöschen würde.

Der Weg der Ergänzungsleistungen

1. Die Idee

Als gegen Ende des zweiten Weltkrieges die Diskussion um die eidgenössische AHV auflebte, machte sich auch eine Strömung zugunsten existenzsichernder Renten bemerkbar. Wie man weiß, ist aus den Beratungen der Expertenkommission und der Bundesversammlung eine Vorlage hervorgegangen, die sogenannte Basisrenten vorsah. Sie wurde in der Volksabstimmung mit überwältigendem Mehr gutgeheißen.

Die *Basisrente* soll jedem Bürger im Falle des Alters oder der Invalidität oder seinen Hinterlassenen im Falle des Todes einen gewissen Grundstock der Existenzsicherung gewähren, nicht aber die volle Existenzsicherung. Diese bewußte Zurückhaltung machte es möglich, unter Wahrung des Prinzips des allgemeinen Volksobligatoriums die Beiträge auf einem bescheidenen Niveau zu halten und die kollektive Vorsorge der Betriebe und Wirtschaftsverbände wie auch die Selbstvorsorge des Einzelnen nicht nur nicht zu hemmen, sondern geradezu zu fördern. Diese Lösung, die an die Selbsthilfe der Wirtschaft und des Einzelnen appelliert, ist mit Recht als der «schweizerische Weg» begrüßt worden. Sie hat indessen zur Folge, daß an die 200 000 Mitbürger im Falle des Alters, der Invalidität oder des Todes des Ernährers keine genügende Existenzsicherung haben. Für solche Fälle haben die meisten Kantone mit verhältnismäßig bescheidener Unterstützung des Bundes eine *Fürsorge* geschaffen, die wenigstens einen Teil der Betroffenen davor bewahren sollte, der Armenpflege anheimzufallen.

Verschiedene Kantone haben diese Fürsorge zu einer Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenbeihilfe mit einem Rechtsanspruch des bedürftigen Bezügers ausgebaut, und einige finanzstarke Kantone vermochten ihr System zusätzlicher Leistungen aus eigenen Mitteln so zu dotieren, daß, abgesehen von schweren Fällen, die unbemittelten Betagten und Hinterlassenen von der Armenpflege befreit werden konnten. Trotz dieser fortschrittlichen Einzelregelungen war die allgemeine Lage aber noch unbefriedigend.

Mit dem *Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (ELG) vom 19. März 1965* wird in glücklicher Weise eine neue Lage geschaffen. Durch erheblich erhöhte Bundesbeiträge sollen nun *alle Kantone* in die Lage versetzt werden, die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenbeihilfe soweit auszubauen, daß praktisch allen, die wegen

Alter, Tod des Ernährers oder Invalidität ein ungenügendes Einkommen haben, eine bescheidene Existenzsicherung garantiert wird.

Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine bewußt föderalistische Lösung gewählt worden. Vom System der Verteilung einer festen, verhältnismäßig bescheidenen Summe unter die Kantone ist Abstand genommen worden. Nur die gesamtschweizerischen gemeinnützigen Institutionen erhalten nach wie vor feste Subventionen zugewiesen. Die bisherigen Leistungen des Bundes an die Stiftungen Pro Senectute und Pro Juventute werden aber erhöht und zudem neu die schweizerische Vereinigung Pro Infirmis bedacht. Die Mittel der gemeinnützigen Institutionen werden einzusetzen sein, wo die lückenfüllende Funktion der kantonalen Ergänzungsleistungen nach wie vor nicht ausreicht und ferner für *Sach- und Dienstleistungen* an Alte, Hinterlassene und Invalide. Man kann die Bedeutung dieser letzten Zweckbestimmung nicht genug betonen. Heute, da praktisch genügend Mittel für eine bescheidene Existenzsicherung aller Bedürftigen zur Verfügung gestellt werden können, zeigt es sich immer deutlicher, daß es mit Geld allein nicht getan ist. Die Notwendigkeit einer gewissen sachlichen Hilfe, die den Behinderten (im weitesten Sinne) in die Lage versetzen soll, sich so weit als möglich selber zu helfen, tritt dank dem Vorbild der IV immer deutlicher in den Vordergrund. Die Finanzierung der Sach- und Dienstleistungen wird immer wichtiger und dringlicher. Eine gewisse innere Umstellung ist da und dort noch erforderlich. Erfreuliche Ansätze sind vorhanden.

Der Schwerpunkt der zusätzlichen Geldleistungen liegt hingegen bei den *Kantonen*. Soweit diese ausreichende Ergänzungsleistungen an Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenrentner mit ungenügendem Einkommen ausrichten, sollen sie je nach ihrer Finanzkraft Bundesbeiträge von 30 bis 70 Prozent der ausgerichteten Leistungen erhalten, wenn sie sich bei der Festsetzung der Anspruchsberechtigung und der Ergänzungsleistungen an die vom Bund vorgeschriebenen Voraussetzungen halten. Die künftigen Beiträge belaufen sich auf rund 100 Millionen Franken im Jahr gegenüber 6 Millionen wie bisher. Damit die Ergänzungsleistungen zur Ausrichtung kommen, bedarf es der Initiative der Kantone. Sie sind primär die Träger der Hilfe. Grundlage ist die Schaffung eines entsprechenden Gesetzes in jedem Kanton. Erst wenn das kantonale Gesetz geschaffen und durchführungsbereit ist, können die Ergänzungsleistungen zu fließen beginnen, und erst wenn das Gesetz vom Bund genehmigt ist, können die Bundesbeiträge an den Kanton ausgerichtet werden.

2. Das Vorgehen

Viel Zeit steht den Kantonen allerdings nicht zur Verfügung, wenn sie schon vom frühest möglichen Zeitpunkt, nämlich vom 1. Januar 1966 an der Bundesbeiträge teilhaftig werden wollen. Von Bundesseite ist alles getan worden, um die kantonale Gesetzgebung über Ergänzungsleistungen zu erleichtern und zu fördern. Nachdem die Referendumsfrist für das Bundesgesetz vom 19. März 1965 am 23. Juni abgelaufen war, hat der Bundesrat schon tags darauf die Inkraftsetzung auf *1. Januar 1966* beschlossen; das bedeutet, daß Kantone und Institutionen, die dannzumal «bereit» oder gewillt sind, rückwirkend auf diesen Zeitpunkt Leistungen zu erbringen, vom Bund vom 1. Januar 1966 an Beiträge erhalten.

Ein *Kreisschreiben* des eidgenössischen Departements des Innern an die Kantonsregierungen mit den für die kantonale Gesetzgebung notwendigen Richtlinien ist am 10. Juli ergangen und der Entwurf der Verordnung mit den Vorschriften über die Festsetzung der Bundesbeiträge und den technischen Durchführungsbestimmungen den Kantonen am 4. August zur Stellungnahme unterbreitet worden.

Die Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen hat ihrerseits einen «*Mustererlaß*» aufgestellt, um die Vorbereitung der kantonalen Gesetzgebung zu erleichtern. Die Bemessung und Ausrichtung der Ergänzungsleistungen wird nämlich in den meisten Kantonen deren Ausgleichskassen übertragen werden. Die wenigen bisher bekannten Ausnahmen sind gleichsam «historisch» begründet. Vertreter des Bundesamtes für Sozialversicherung haben an den Beratungen der Kommission für die Aufstellung des Mustererlasses insofern mitgewirkt, als sie unverbindlich prüften, ob der Erlaß ihres Erachtens den Vorschriften des Bundesgesetzes entspreche.

3. Das Wesen der Ergänzungsleistungen

Noch in der Botschaft zur sechsten Revision der AHV war die Rede von «zusätzlichen» Leistungen zu den Renten der AHV und IV. Dieser Ausdruck wurde fallen gelassen, um eine Verwechslung mit dem Begriff der Zusatzrenten dieser Versicherungen zu vermeiden. Tatsächlich wird aber der Begriff «Ergänzungsleistungen» dem Wesen dieser Leistungen besser gerecht. Sie haben nämlich die Funktion, ungenügendes Einkommen der Versicherten bis zu einer gesetzlich festgelegten Einkommensgrenze zu ergänzen. Die Leistungen sind also der Höhe nach nicht ausdrücklich begrenzt, sondern sie werden als Differenz zwischen dem anrechenbaren Einkommen der Versicherten und der Einkommensgrenze umschrie-

ben. (Art. 5, Abs. 1, ELG). Dieses System ist in dieser absoluten Form in den deutsch-schweizerischen Kantonen neu. Es bedeutet, daß zwischen Null und einem Betrag, der der Höhe der Einkommensgrenze entspricht, Ergänzungsleistungen in jeder Höhe denkbar sind. Die Ergänzungsleistung erreicht den Betrag der Einkommensgrenze, wenn die gesetzlichen Abzüge vom Einkommen (z.B. wegen hoher Krankheitskosten) so bedeutsam sind, daß sie die Einkünfte des Versicherten (AHV- oder IV-Rente und allfälliges weiteres Einkommen) erreichen oder übersteigen, sodaß kein anrechenbares Einkommen vorhanden ist.

Aus dem Gesagten läßt sich leicht ermessen, daß den Einkommensgrenzen in der Regelung über Ergänzungsleistungen eine hervorragende Bedeutung zukommt. Durch sie wird die Zahl der Bezüger und die Höhe der Leistungen zugleich bestimmt. Die Grenzen betragen für Alleinstehende 3000 Franken, für Ehepaare 4800 Franken und für Waisen 1500 Franken. Ueber die Modalitäten der Einkommensberechnung wird in der ZAK später noch die Rede sein. Wie wichtig die Einkommensgrenzen auch in ihrer finanziellen Auswirkung sind, mag Artikel 4, Buchstabe a des neuen Gesetzes dartun. Danach können die Kantone die erwähnten Beträge bis zu einem Fünftel herabsetzen. Bei einer generellen Reduktion in dieser Richtung würden die Bezüger voraussichtlich um nahezu 30 Prozent abnehmen; die Gesamtleistungen gingen sogar um mehr als die Hälfte zurück.

Behandlung von Lähmungen und Lähmungsfolgen

Die Eingliederung gelähmter Mitmenschen ins Erwerbsleben setzt eine fachgemäße Behandlung voraus. Da über die Durchführung physiotherapeutischer Maßnahmen immer noch Unklarheiten bestehen, soll im folgenden ein bewährter Fachmann, Herr **Dr. med. E. Le Grand**, Langenthal, zu Wort kommen. Für die eingehende Bearbeitung des Problems sei ihm an dieser Stelle bestens gedankt. Im gleichen Zusammenhang wird auf ZAK 1962, S. 204 und auf S. 366 der vorliegenden Nummer verweisen.

Wer eine Lähmungsbehandlung durchführt, muß sich von Anfang an klar sein, daß er vom ersten Tag an nicht die Bewegung an sich, sondern die Funktion, also den brauchbaren Einsatz der Glieder anstreben muß. Das heißt also, daß das Erlernen einer Bewegung wohl von Bedeutung ist, jedoch nur eine Etappe darstellt. Erst der *Endzustand*, also das Erreichte, die *Brauchbarkeit* der Glieder *entscheidet* darüber, ob die Anstrengungen der Ärzte, Schwestern und Therapeuten wirklich Erfolg

gehabt haben. Mit anderen Worten, was der Patient schließlich zu tun gelernt hat, wiegt: die Selbsthilfe, die Fortbewegungsfähigkeit, die Haus- und die Berufsarbeit.

Die Grundforderung der Lähmungsbehandlung heißt also, die verbleibenden Kräfte so anzuregen und einzusetzen, daß ein optimales Maß an Funktion mit möglichst dauerhaftem Einsatz entsteht. Um das zu erreichen ist es wichtig, den Patienten zur Mitarbeit anzufeuerern, damit auch er das seine beitrage zur Kräftigung der Muskulatur, deren Koordinationstraining und deren Förderung in Ausführung praktischer Arbeit. Herr Prof. Fanconi hat als Präsident der Europäischen Poliomyelitis-Vereinigung deshalb auch den Satz geschrieben: «Immer wieder schärfe man dem Patienten ein, daß er für die Besserung seiner Muskeltätigkeit verantwortlich sei, der Physiotherapeut könne ihm nur dabei helfen.»

Bei der Behandlung gilt es die Belastung der Leistungsfähigkeit des Patienten anzupassen, ihn nicht zu überfordern, was selten der Fall ist, die Anforderungen aber auch nicht zu niedrig zu stellen, was weit häufiger vorkommt. Spitzenleistungen richten sich nach dem Allgemeinzustand und variieren nach Art und Verlauf des krankhaften Geschehens; sie müssen deshalb immer wieder neu angepaßt werden. Optimales Vorgehen verlangt nicht nur Einfühlungsvermögen und *Zusammenarbeit von Arzt und Therapeut*, sondern auch Spezialisierung beider in Lähmungsbehandlung. Die Patienten sollen nicht nur während den Therapiestunden üben, sondern über den ganzen Tag verteilt, weshalb die guten Therapeuten den Patienten genaue Hausaufgaben mitgeben. Die ambulante Behandlung, besonders der Kinder verlangt, daß ihre Angehörigen mitinstruiert werden. Die Führung wird sich um so erfreulicher auswirken, je bessere Erzieher am Werke sind. Dies gilt sowohl für Angehörige wie für Therapeuten.

*

Handelt es sich um *schlafte Lähmungen*, — früher hauptsächlich Poliomyelitis, heute Polyradiculitis, Polyneuritis etc. —, so stellen heilgymnastische Widerstandsübungen die zentrale Therapie dar. Einzig bei vollständig aktionsunfähigen Muskeln und nur zu Beginn wird von verschiedenen Autoren das Einschleifen der Bewegungen mit elektrischen Reizen unter Mitarbeit des Patienten empfohlen. Sobald die Bewegung aktiv möglich ist, wirkt deren Repetition natürlich viel besser kräftigend als Elektrotherapie, welche dann nicht mehr nötig, doch zeitraubend ist.

Massage mag zur Einleitung heilgymnastischer Übung und zum Ausfüllen von Ruhepausen verwendet werden, sollte aber normalerweise 10 Prozent der Behandlungszeit nicht überschreiten. Auch hier gilt der Satz: Der Therapeut solle nicht *am* Patienten, sondern *mit* diesem arbeiten. Wie schon gesagt, stellt die Heilgymnastik die Therapie der Wahl der Lähmungsbehandlungen dar. Nur wer in dieser Spezialität wirklich geschult ist (heute dreijährige klinische Ausbildung), sollte sich an die Rehabilitation von Gelähmten wagen.

Bevor die Behandlung beginnt, und später in regelmäßigen Abständen, sollte in jedem Fall ein genauer *Lähmungsbefund* aufgenommen werden. Es hieß verschiedentlich an Poliomyelitiskongressen zu Recht, daß man ohne einen genauen Befund erhoben zu haben besser keine Therapie durchführe, denn ohne um die genauen Kraftverhältnisse zu wissen, bestehe die Gefahr Muskeln zu schulen, die schon zum voraus dominant waren und eine Dysharmonie heraufbeschwören.

Der Therapeut hat nämlich die Aufgabe, die so gefürchteten *Deformierungen*, vor allem im wachsenden Organismus, zu bekämpfen. Er muß danach suchen und bei drohender Gefahr in enger Zusammenarbeit mit dem Arzt die nötigen Vorkehrungen treffen. Es handelt sich um das schwierigste Gebiet im Bereiche der schlaffen Lähmungen, weshalb hier nicht voll ausgebildetes Personal verheerend wirken kann. Ich bin immer wieder erstaunt, wie ahnungslos in diesen Belangen mit den Patienten «gespielt» wird.

Am schlimmsten steht es in dieser Beziehung bei den Wirbelsäulenverletzungen, den *Skoliosen* also. Hier entscheidet die Therapie nicht nur über die Muskelkräftigung, über Haltung und Beweglichkeit der Wirbelsäule, sondern auch über Thoraxdeformierungen und die sekundären Schädigungen der inneren Organe. Nur im Teamwork von Lähmungsspezialisten, *Ärzten*, Heilgymnasten und Orthopädiemechanikern, wird es in jahrelangem Ringen gelingen, optimale Resultate zu erreichen. *Ohne Unterbruch muß ein gefährdetes Kind mindestens bis zum Wachstumsabschluß genau geführt werden.* Es handelt sich um eine verantwortungsvolle aber auch sehr wertvolle Teamarbeit, die nur derjenige beurteilen kann, der an schlechten Fällen Gegenteiliges abzumessen vermag. Es kommt immer wieder vor, daß Patienten entweder aus Nachlässigkeit oder aus Mißverständnis der ärztlichen Kontrolle fernbleiben, weshalb bei Deformierungsgefahr nur genaue Überwachung eventuelle schlimme Folgen verhindern kann.

Behelfe sollten nur durch spezialisierte Ärzte verordnet werden. Es ist verantwortungslos von Therapeuten und Orthopäden (Mechaniker

und Schuhmacher), allein entscheiden zu wollen, betreffe die Verordnung auch nur eine Schuheinlage, denn ist diese falsch, so kann sie sich bis zum Kopf des Patienten ungünstig auswirken.

Querschnittgelähmte, gleich welcher Aetiologie, stellen so vielfältige Probleme dar, daß nur in speziellen Rehabilitationszentren Gewähr für deren optimale Wiederherstellung gegeben ist, so daß ich verzichte, auf die Lähmungsbehandlung dieser Fälle einzugehen.

Die zu *Spasmus neigenden Lähmungen des zentralen Nervensystems* (Schädeltraumen, Tumoren, Hirnblutung etc.) werden immer häufiger und verlangen eine Therapie, die vor allem darauf gerichtet werden muß, die drohende Tonuszunahme und das Übergewicht einzelner Muskelgruppen hintanzuhalten. Es handelt sich in diesen Fällen ja nicht um eigentliche Lähmungen, sondern um eine Vortäuschung von solchen, nämlich um Bremsungen durch Überaktion der Gegenspieler. Da nun jeder Streß, besonders auch die manuelle Bearbeitung des Muskels diese sogenannten Antagonisten noch mehr zur Anspannung bringen kann, ist folgender Satz von eminenter Bedeutung: «*Massage bessert die Lähmung nie, bringt aber die Gefahr der Spasmusvermehrung mit sich.*» Es ist schwierig, die Massage, die im Volk noch ein so großes Ansehen als Lähmungstherapie genießt, in der Behandlung von zu Spasmus neigenden sogenannten Lähmungen auszumerzen. Dies ist besonders schwierig, weil durch diese Therapie die Bewegungsausschläge vielfach größer werden, aber eben gerade die Muskelaktionen betrifft, die eingedämmt werden sollten, um die aktionsunfähigen Gegenspieler zu befreien. Auch zu rasche Bewegung fördert den Spasmus, was darauf hinweist, wie subtil die Lähmungsbehandlung durchgeführt werden muß, um Erfolg zu haben.

Wenn man bei Hirnschäden Rehabilitation treiben will, so darf man nicht massieren, nicht brüsk und unüberlegt arbeiten, man soll aber die *reflexhemmende Therapie* anwenden, die die erschlaffte Muskulatur befreit und durch diese Befreiung wieder zur Aktion zu bringen vermag. Ich erwähne in diesem Zusammenhang die Methoden nach Bobath, Kabath, Rood etc. Man kann verschiedene Wege gehen, aber auch hier zählt nur das funktionelle Resultat, also das, was der Patient praktisch zu verrichten erlernt hat.

Heute stellt man wenn möglich die zentralnervös geschädigten Patienten sehr früh auf, weil man weiß, daß sonst die Immobilisationskrankheit eintritt: Muskelatrophie, Osteoporose, Kontrakturen mit Gelenkfehlstellungen, Gleichgewichts- und Koordinationsverlust, geistiger Abbau, Inkontinenz, Druckschäden der Haut etc.

Je früher man die Patienten stehen und gehen läßt, desto weniger entwickelt sich ein falsches Bewegungsbild, desto weniger entstehen Fehlstellungen, desto besser werden die Gewebe durchblutet, besonders auch im Bereich des Gehirns, so daß weniger psychische Schäden auftreten.

Leider werden bei ZNS-Gelähmten (Lähmungen im Bereich des Zentralnervensystems) nur ca. ein Viertel der oberen Extremitäten wieder funktionstüchtig, so daß in vielen Fällen nach spätestens einigen Monaten Rehabilitationstherapie die Umschulung auf Einarmigkeit erfolgen muß. Wenn man die Patienten gut schult, so erreicht man in sehr vielen Fällen Selbständigkeit betreffend Körperpflege, Anziehen und Essen und sogar auch Berufstätigkeit, besonders bei nicht manuellen Berufen.

Zum Anlernen der sogenannten self care (Selbsthilfe) werden die Beschäftigungstherapeutinnen eingesetzt, doch stehen solche oft nicht zur Verfügung, so daß auch Heilgymnasten und Schwestern sich diesen Belangen annehmen müssen. Zur Lähmungsbehandlung gehört schließlich auch noch die Adaptation der Wohnung und der Transportmittel. Es ist dabei sehr darauf zu achten, daß die Anpassungen rasch erfolgen, wenn einmal deren Notwendigkeit erkannt ist, denn *jede Wartezeit droht Gewonnenes zu zerstören und den Patienten zu zermürben.*

*

Zusammenfassend ist also zu sagen, daß die Lähmungsbehandlung möglichst früh einsetzen und ohne Unterbruch durch Fachpersonal durchgeführt werden sollte.

Massage ist bei schlaffer Lähmung von untergeordneter Bedeutung, bei zu Spasmus neigenden Paresen sogar gefährlich.

Kinder müssen ohne Unterbruch mindestens bis zum Wachstumsabschluß durch Lähmungsspezialisten betreut werden, um Fehlentwicklungen vorzubeugen.

Wichtig ist, daß der Therapeut nicht am, sondern mit dem Patienten arbeitet und diesen mitzureißen versteht, ihm nicht nur Bewegungen beibringt, sondern immer daran denkt, daß nur das brauchbare Resultat über Erfolg oder Mißerfolg der Behandlung entscheidet.

SUVA-Lohnbuch und AHV-Abrechnung

Die der obligatorischen Unfallversicherung unterstellten Betriebe haben für ihre Arbeitnehmer sowohl mit der SUVA wie mit der AHV-Aus-

A

Arbeiter, Angestellte		Arbeitsstunden oder -tage										Total Stunden oder Tage	Lohn je Stunde oder Tag	Barlohn inbegriffen Akkordlohn	Zulagen			
Name	Vorname	Datum																
Zahltag vom _____																		

B

Barlohn inbegriffen Zulagen	Barwert der Natural- bezüge	Ferien- marken und -Gut- schrift	Brutto-Lohn		Abzüge			Netto-Lohn (1-7-6)	nicht pfl. Vergü- tungen	Auszahlung	nicht pflichtiger Lohnanteil			Beitrags- pflichtiger Lohn AHV/IV/EO (4+11)	Arbeiter Kontr.- Nr.	Zahl- tags- Datum	
			Männer	Frauen	NBUV	AHV/IV/EO	Total				SUVA		AHV/IV/EO				
											Männer	Frauen					
1	2	3	4		5			6	7	8	9	10		11	12	13	14

C

Versicherten-Nr. _____ **Personalkarte 19** _____ Kontroll-Nr. _____

Name und Vorname: _____ geboren: _____ Beschäftigung: _____

Adresse: _____ Zivilstand: _____ Kinder: _____ Eintritt: _____ Austritt: _____

Barlohn, inbegriffen Zulagen	Barwert der Natural- bezüge	Ferien- marken und -gut- schrift	Brutto-Lohn (Kol. 4)	Abzüge			Netto-Lohn	nicht pfl. Vergütungen	Auszahlung	nicht pflichtiger Lohnanteil		Beitrags- pflichtiger Lohn AHV/IV/EO	Arbeiter- Kontr.- Nr.	Zahl- tags- Datum
				NBUV	AHV/IV/EO	Total				SUVA (Kol. 10)	AHV/IV/EO			

A Linke Hälfte des Lohnbuches

B Rechte Hälfte des Lohnbuches

C Personalkarte zum Aufkleben der Zahltagsstreifen
(Durchschrift von Blatt B)

gleichskasse abzurechnen. Dabei deckt sich der für den AHV/IV/EO-Beitrag maßgebende Lohn nicht ganz mit den für die Unfallversicherungsprämie maßgebenden Bezügen, vor allem deshalb nicht, weil die Unfallversicherung eine Höchstgrenze des versicherten Verdienstes kennt.

Trotz solcher Verschiedenheiten war man seit der Einführung der AHV im Jahre 1948 bestrebt, die Lohnabrechnung der unfallversicherungspflichtigen Betriebe so zu gestalten, daß sie gleichzeitig die Grundlage für die Abrechnung mit der SUVA *und* der AHV bildet. Den Lohnlisten, welche die SUVA den ihr angeschlossenen Betrieben zur Verfügung stellte, wurden besondere Kolonnen für die Ermittlung des AHV-pflichtigen Lohnes beigefügt. Auf Grund der in den letzten Jahren gesammelten Erfahrungen hat nun die SUVA zusammen mit dem Bundesamt für Sozialversicherung ein neues Lohnbuch ausgearbeitet. Dieses Buch wird von der SUVA abgegeben und als «Lohnblock E» bezeichnet. Es erlaubt dem Arbeitgeber, die Abrechnungsunterlagen für die SUVA und die AHV/IV/EO im gleichen Arbeitsgang in einfacher und zuverlässiger Weise zu erstellen.

Die Reihenfolge der Kolonnen im neuen Lohnbuch ist dem Arbeitsablauf angepaßt. Die Eintragungen für einen Zahltag beginnen links auf dem Blatt A und enden rechts auf dem Blatt B (siehe Abbildung). Vom Blatt B wird eine Durchschrift auf einem gummierten und horizontal in Streifen perforierten weiteren Blatt erstellt. Diese Streifen werden abgetrennt und in chronologischer Reihenfolge auf die Personalkarten (Abbildung C) aufgeklebt. Auf diese Weise erhält der Arbeitgeber ein detailliertes Lohnjournal und zugleich übereinstimmende Aufzeichnungen für jeden einzelnen Arbeitnehmer. Am Jahresende muß er lediglich die Kolonne «Beitragspflichtiger Lohn AHV/IV/EO» auf jeder Personalkarte addieren, damit er diese Beträge der Ausgleichskasse zwecks Gutschrift der entsprechenden AHV-Beiträge auf dem IBK melden kann.

Selbstverständlich enthält das neue Lohnbuch eine eingehende Gebrauchsanweisung sowie eine Darstellung der wesentlichen Unterschiede in der Beitragspflicht gemäß SUVA- und AHV/IV/EO-Vorschriften. Bei richtiger Führung gilt das Buch als geordnete Lohnbuchhaltung im Sinne von Artikel 137, Absatz 1, AHVV. Der «Lohnblock E» stellt somit ein zweckmäßiges Hilfsmittel für alle mit der SUVA abrechnenden Betriebe dar, die nicht über eine mechanisierte oder automatisierte Lohnbuchhaltung verfügen. Er ist bei jeder Kreisagentur der SUVA erhältlich.

Durchführungsfragen der IV

Physiotherapie¹

Physiotherapeutische Vorkehren wie Heilgymnastik, Massage, Turnübungen im Bad u. a. gelten dann grundsätzlich nicht als medizinische Maßnahmen im Sinne von Artikel 12 IVG, wenn diese Nachbehandlungen noch zur eigentlichen Behandlung des Leidens, wie Frakturen, Luxationen, Kontusionen, Distorsionen, entzündlichen oder degenerativen Veränderungen an Stamm oder Extremitäten, gehören.

Werden physiotherapeutische Maßnahmen beansprucht, so hat die IV-Kommission, gestützt auf einen detaillierten Therapieplan des behandelnden Arztes (mit Angaben über Art, Häufigkeit und zeitliche Dauer der Maßnahmen und den zu erwartenden Erfolg), die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der vorgeschlagenen Maßnahmen zu prüfen. Aus dem Beschluß und der Verfügung muß eindeutig hervorgehen, welche therapeutischen Vorkehren in welchem Ausmaß von der IV übernommen werden. Es darf beispielsweise nicht vorkommen, daß ein Lähmungspatient anstelle von angezeigter Heilgymnastik mit Massage behandelt wird. Da Massage bei spastischen Lähmungen die Verkrampfungen zu intensivieren pflegt, kann auf solche Weise der Behandlungserfolg wesentlich beeinträchtigt werden. Die Bezeichnung «Physiotherapie» ist daher zur Kennzeichnung der Maßnahmen ungenügend.

MITTEILUNGEN

Volksbegehren der AVIVO

Das im Juni 1962 eingereichte Volksbegehren für die Erhöhung der AHV- und IV-Renten zur Sicherung des Existenzminimums (ZAK 1962, S. 371) ist am 24. Juni 1965 im Hinblick auf das neue Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV zurückgezogen worden. Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 28. Juni von diesem Rückzug Kenntnis genommen.

Kinderzulagen im Kanton Bern

Mit Vortrag vom 4. Mai 1965 an den Regierungsrat zuhanden des Großen Rates betreffend Abänderung des Gesetzes über Kinderzulagen für Arbeitnehmer schlägt die Direktion der Volkswirtschaft vor, den gesetzlichen

¹ Aus IV-Mitteilungen Nr. 61; siehe auch ZAK, S. 359.

Mindestansatz der Kinderzulage von 15 auf 25 Franken zu erhöhen. Der Große Rat wird die Revisionsvorlage voraussichtlich in der Herbst-Session beraten.

**Kinderzulagen
im Kanton
Schaffhausen**

Gemäß Art. 8, Abs. 1, des Gesetzes des Kantons Schaffhausen über Kinderzulagen für Arbeitnehmer beträgt der Ansatz der Kinderzulage mindestens 15 Franken je Kind im Monat. Eine Revisionsvorlage des Regierungsrates vom 14. April 1965 sieht vor, den Mindestansatz der Kinderzulagen auf 20 Franken zu erhöhen. Die Vorlage tritt nach der Annahme durch das Volk auf den 1. Januar 1966 in Kraft.

**Familienzulagen
im Kanton Waadt**

Der Verwaltungsrat der kantonalen Familienausgleichskasse und der Vorstand der «Fédération rurale Vaudoise de mutualité et d'assurances sociales» haben beschlossen, die Familienzulagen mit Wirkung ab 1. Juli 1965 wie folgt zu erhöhen.

1. Familienzulagen für nichtlandwirtschaftliche Arbeitnehmer.

- a. Der Ansatz der Kinderzulage wurde von 25 auf 30 Franken je Kind und Monat erhöht. Der Anspruch besteht grundsätzlich bis zur Beendigung des obligatorischen Schulunterrichts.
- b. Für in Ausbildung begriffene Kinder besteht Anspruch auf eine Ausbildungszulage von 50 Franken im Monat, die von der Beendigung des obligatorischen Schulunterrichtes an bis zum Abschluß der Ausbildung, höchstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr, ausgerichtet wird. Der Anspruch auf die Ausbildungszulage ist an die Voraussetzung geknüpft, daß der bezugsberechtigte Elternteil im Dienste eines der kantonalen Kasse angeschlossenen Arbeitgebers steht und daß der Eigenverdienst des Kindes eine bestimmte Grenze nicht übersteigt (240 Franken im Monat, bzw. 330 Franken, wenn das Kind auswärts verpflegt wird).

2. Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer

Landwirtschaftliche Arbeitnehmer haben unter den gleichen Voraussetzungen wie nichtlandwirtschaftliche Arbeitnehmer Anspruch auf eine Ausbildungszulage für Kinder im Alter zwischen 16 und 25 Jahren, die in Ausbildung begriffen sind. Die Ausbil-

dungszulage setzt sich zusammen aus der Kinderzulage gemäß FLG und einer zusätzlichen Kinderzulage gemäß kantonalem Recht und beträgt je Kind im Monat:

50 Franken für Kinder, die in der Schweiz eine Lehre absolvieren oder in einem Studium stehen;

70 Franken für Kinder, die eine anerkannte bäuerliche Berufsschule absolvieren oder eine anerkannte waadtländische oder schweizerische landwirtschaftliche Schule besuchen.

Die Ansätze der Haushaltungs- und Geburtszulagen sowie der Arbeitgeberbeiträge haben keine Änderung erfahren.

Adressenverzeichnis AHV/IV/EO

Seite 8, Ausgleichskasse 18, Graubünden, und
Seite 24, IV-Kommission Graubünden
Neue Telefonnummer: (081) 22 62 62 / 63

Seite 14, Ausgleichskasse 62, Konditoren
Neue Adresse: Zürich 2, Selnaustraße 6 / Postfach,
8039 Zürich
Zusätzliche Telefonnummer: (051) 25 20 67

Seite 18, Ausgleichskasse 87, Bündner Gewerbe
Neue Telefonnummer: (081) 22 24 40

Seite 19, Ausgleichskasse 92, Photo
Neue Adresse: Zürich 2, Selnaustraße 6 / Postfach,
8039 Zürich
Zusätzliche Telefonnummer: (051) 25 20 67

Seite 25, IV-Regionalstelle Chur
Neue Telefonnummer: (081) 22 51 25

Seite 32, Kantonale Wehrsteuerverwaltung Graubünden
Neue Telefonnummer: (081) 22 21 21

Personelles

Bei der Unterabteilung AHV/IV/EO des BSV ist Dr. A. B i s e zum Sektionschef II der Sektion Ergänzungsleistungen befördert worden.

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Renten

Urteil des EVG vom 31. Dezember 1964 I. Sa. M. S.

Art. 23, Abs. 2, AHVG. Eine geschiedene Frau kann beim Tod des geschiedenen Mannes keine Witwenrente beanspruchen, sofern aus dem Scheidungsurteil nicht deutlich hervorgeht, ob die ihr «im Sinne von Art. 151 ZGB zugesprochene Abfindungssumme» Unterhaltsbeiträge oder eine Genugtuungssumme darstellen.

Die Ehe der am 10. Mai 1907 geborenen Versicherten mit K. O. S. wurde vom Bezirksgericht am 17. Juni 1952 auf Grund von Art. 142 ZGB geschieden. In der gerichtlich genehmigten Vereinbarung über die Nebenfolgen steht unter Ziffer 3:

«Der Beklagte verpflichtet sich, der Klägerin als Abfindungssumme im Sinne von Art. 151 ZGB 4000 Franken zu bezahlen. Dieser Betrag ist zahlbar, sobald der Beklagte hiezu in der Lage ist. Sofern der Beklagte im Monat über 400 Franken verdient, verpflichtet er sich, den übersteigenden Betrag zur Tilgung dieser Schuld zu verwenden.

Außerdem tritt der Beklagte der Klägerin die ihm gegenüber seinen Geschwistern zustehenden Erbansprüche ab. Er ermächtigt die Klägerin, diese Abtretung nach eingetretener Rechtskraft des Scheidungsurteils den Geschwistern des Beklagten zu notifizieren».

Diese Vereinbarung wurde im Scheidungsurteil dahin präzisiert, daß die Parteien auch die Abtretung der Erbansprüche als Abfindung im Sinne von Art. 151 ZGB betrachteten.

Bis zu dem am 1. Juni 1954 erfolgten Tode des geschiedenen Mannes hat seine geschiedene Frau keine Leistungen im Sinne der Ziffer 3 der erwähnten Vereinbarung erhalten. Auf ihre Anmeldung für eine Witwenrente vom Dezember 1962 erließ die Kasse mit Verfügung vom 27. Februar 1963 eine abweisende Verfügung, da der geschiedene Mann nicht verpflichtet gewesen sei, Unterhaltsbeiträge im Sinne von Art. 23, Abs. 2, AHVG zu bezahlen.

In der gegen diese Verfügung erhobenen Beschwerde machte der Vertreter der Versicherten im wesentlichen geltend, daß die im Scheidungsurteil vorgesehenen Abfindungsleistungen mindestens teilweise als Unterhaltsleistungen zu qualifizieren seien. Die Ausgleichskasse beantragte in ihrer Vernehmlassung die teilweise Gutheißung der Beschwerde in der Annahme, die Verpflichtung eine Abfindung zu entrichten, sei einer Alimentationsverpflichtung gleichzusetzen. Der Rekurrentin stehe deshalb eine Witwenrente zu, bis der Abfindungsbetrag von 4000 Franken erreicht sei. Die kantonale Rekurskommission wies die Beschwerde ab, weil der geschiedene Mann im Scheidungsurteil nicht zu Alimentationsleistungen in Rentenform verpflichtet worden sei. In der Berufung beantragte der Ver-

treter der Versicherten die Gewährung einer Witwenrente «eventuell begrenzt auf den Betrag von 4000 Franken» und bezweifelte im übrigen, daß die kantonale Rekurskommission befugt gewesen sei, den Antrag der Ausgleichskasse «zu ignorieren». Das EVG hat die Berufung mit folgenden Erwägungen abgewiesen:

1. Die Ausgleichskasse stellte im Beschwerdeverfahren den Antrag, das Begehren der Versicherten sei teilweise gutzuheißen. Da die Rekursbehörden gemäß Art. 85, Abs. 2, Buchst. d, AHVG nicht an die Begehren der Parteien gebunden sind, stand es der Vorinstanz verfahrensrechtlich frei, die Beschwerde in vollem Umfang abzuweisen. Zu prüfen ist, ob dies mit Art. 23, Abs. 2, AHVG vereinbar sei.

2. Gemäß Art. 23, Abs. 2, AHVG ist die geschiedene Frau nach dem Tode ihres geschiedenen Ehemannes der Witwe gleichgestellt, sofern der Mann ihr gegenüber zu Unterhaltsbeiträgen verpflichtet war und die Ehe mindestens zehn Jahre gedauert hatte. Die Berufungsklägerin könnte, wie mit Recht nicht bestritten ist, auf Grund dieser Bestimmung eine Witwenrente beanspruchen, wenn die ihr im Scheidungsurteil (Ziffer IV/3) vom 17. Juni 1952 zugesprochenen Leistungen als Unterhaltsbeiträge zu betrachten wären. Ob dies zutrifft, ist in der Regel einzig anhand des Scheidungsurteils zu entscheiden. Da es nicht Sache der AHV-Behörden ist, nach eigenem Ermessen zu bestimmen, welche Rechtsnatur den Nebenfolgen der Scheidung zukommt, muß sich diese Rechtsnatur aus dem Scheidungsurteil klar und zuverlässig ergeben (EVGE 1955, S. 200; ZAK 1955, S. 457; ZAK 1958, S. 99).

3. Nach dem Scheidungsurteil hatte der Mann, der stark verschuldet war und keiner geregelten Arbeit nachging, der Berufungsklägerin 4000 Franken als «Abfindungssumme im Sinne von Art. 151 ZGB» zu bezahlen, sobald er dazu «in der Lage» war. Ferner trat er «die ihm gegenüber seinen Geschwistern zustehenden Erbansprüche» ab, ebenfalls im Sinne einer Abfindung gemäß Art. 151 ZGB. (Ob diese gerichtlich genehmigte «Abtretung» angesichts des Art. 636, Abs. 1, ZGB und des in BGE, Bd. 57 II, S. 23, Erwägung 1, Gesagten gültig war, ist im vorliegenden Fall nicht ausschlaggebend und kann daher offen bleiben).

Art. 151, Abs. 1, ZGB sieht vor, daß der schuldige Ehegatte eine angemessene «Entschädigung» entrichten muß, wenn die «Vermögensrechte» oder die «Anwartschaften» des schuldlosen Ehegatten durch die Scheidung beeinträchtigt werden. Und Art. 151, Abs. 2, ZGB gibt dem Richter die Möglichkeit, dem schuldlosen Ehegatten eine «Geldsumme» als Genugtuung zuzusprechen, wenn für diesen in den Umständen, die zur Scheidung geführt haben, eine schwere Verletzung der persönlichen Verhältnisse liegt.

Die im Abs. 1 der erwähnten Bestimmung vorgesehene Entschädigung soll insbesondere den Schaden ersetzen, der infolge des Wegfalls des Unterhaltsanspruches (vgl. Art. 160, Abs. 2, ZGB) oder der Ansprüche aus ehelichem Güterrecht oder wegen der Zerstörung von — namentlich erbrechtlichen — Anwartschaften entsteht. Dabei ist die gesamte gegenwärtige und zukünftige ökonomische Lage zu berücksichtigen, wozu auch privat- und öffentlichrechtliche Ansprüche des Pflichtigen auf Alterspensionen und der Anspruch der überlebenden Ehefrau auf eine Witwenpension gehören (Egger, 2. Aufl., N. 7 zu Art. 151 ZGB; ferner: Hinderling, Das schweizerische Ehescheidungsrecht, 2. Aufl., S. 101).

Auf Grund des Scheidungsurteils vom 17. Juni 1952 scheint von den nach Art. 151 ZGB möglichen Leistungsgründen bloß die Entschädigung für den Verlust güterrechtlicher Vorteile ausgeschlossen zu sein; denn die güterrechtlichen Fragen sind nach dem Wortlaut der Ziffer 2 der gerichtlich genehmigten Vereinbarung abschließend geordnet, heißt es doch dort: «Damit sind die Parteien güterrechtlich auseinandergesetzt». Dagegen lassen die Feststellungen des Scheidungsrichters darüber, wie es zum Abschluß der Ehe kam und wie diese vom Ehemann finanziert wurde, sehr wohl die Deutung der Abfindung als Genugtuung zu. Doch braucht darauf nicht näher eingegangen zu werden; denn aus dem Scheidungsurteil läßt sich jedenfalls nicht mit der nötigen Klarheit entnehmen, daß eine Verpflichtung zur Zahlung von Unterhaltsbeiträgen im Sinne von Art. 23, Abs. 2, AHVG bestanden hätte. Dafür fehlt in Ziffer 3 der Vereinbarung über die Nebenfolgen jeder entsprechende wörtliche oder sinngemäße Hinweis. Zudem sprechen die Fälligkeits- und Zahlungsmodalitäten eher gegen den von der Berufungsklägerin gezogenen Schluß. Und schließlich kann wegen der Unbestimmtheit der Leistungspflicht und wegen der mangelnden Klarheit über das Leistungsmotiv auch nicht angenommen werden, daß die der Berufungsklägerin zugesprochene «Abfindung» dem in Art. 217 StGB (Ziffer 1, Abs. 1) vorgesehenen strafrechtlichen Schutz unterstand (vgl. BGE 87 IV, S. 86 und 69 IV, S. 182, Erwägung 2).

Urteil des EVG vom 8. Februar 1965 i. Sa. K. S.

Art. 25, Abs. 2, AHVG. Mit der Verheiratung der über 18jährigen in Ausbildung begriffenen Bezügerin einer Waisenrente erlischt der Anspruch auf diese Rente.

Der Vater der Versicherten hatte bis zu seinem am 24. Dezember 1962 eingetretenen Tode eine einfache Altersrente bezogen. Danach entstand seiner Frau der Anspruch auf eine Witwenrente und seiner am 16. Juli 1943 geborenen und noch im Studium begriffenen Tochter der Anspruch auf eine Waisenrente. Nach Vollendung des 20. Altersjahres, d. h. auf Ende Juli 1963 erlosch der Anspruch der Tochter auf die Waisenrente. Am 6. Juli 1963 verheiratete sie sich mit einem Studenten, der wie sie selber auf Unterstützungen der Eltern angewiesen war. Auf Grund der ab 1. Januar 1964 geltenden neuen Altersgrenze für den Rentenanspruch von noch in Ausbildung befindlichen Waisen meldete sie sich erneut zum Bezug einer Waisenrente an. Die Ausgleichskasse verweigerte sie der Ansprecherin, weil sie sich verheiratet habe und der Ehemann ihr Ernährer sei.

Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies die kantonale Rekurskommission durch Entscheid vom 18. November 1964 ab, im wesentlichen mit der Begründung, daß ein Kind, das sich verheiratet, nicht mehr in der Obsorge der Eltern stehe und AHV-rechtlich in ein anderes Bezugssystem eintrete. Im Entscheid wird gleichzeitig erklärt, daß eine Minderheit die Beschwerde geschützt hätte, weil sich im vorliegenden Fall durch die Verheiratung an der Unterstützungsbedürftigkeit der Ansprecherin nichts geändert habe.

Die Versicherte zog diesen Entscheid an das EVG weiter mit dem An-

trag, es sei ihr die Waisenrente bis zur Vollendung des 25. Altersjahres auszurichten. Das EVG wies ihre Berufung auf Grund folgender Erwägung ab:

Kinder, deren leiblicher Vater gestorben ist, haben Anspruch auf eine Waisenrente (Art. 25, Abs. 1, AHVG). Der Anspruch erlischt mit der Vollendung des 18. Altersjahres oder mit dem Tod der Waise. Für Kinder, die noch in Ausbildung begriffen sind, dauert der Rentenanspruch bis zum Abschluß der Ausbildung, längstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr (Art. 25, Abs. 2, AHVG in der seit 1. I. 64 geltenden Fassung).

Zu entscheiden ist die Frage, ob eine noch nicht 25jährige, in Ausbildung begriffene Tochter, deren Vater gestorben ist, nach ihrer Verheiratung eine Waisenrente beanspruchen könne. Auszugehen ist von der Tatsache, daß die Waisenrente an Elternpflichten anknüpft, die einer Tochter gegenüber bei deren Heirat grundsätzlich durch ehemännliche Pflichten abgelöst werden. Dementsprechend tritt die verwaiste Tochter mit der Verheiratung AHV-rechtlich in eine andere, eigens ausgestaltete Versicherungsgruppe über: Die Beitragspflicht der Ehefrau ist besonders geordnet (Art. 3, Abs. 2, Buchst. b, AHVG); sie hat bei gegebenen Voraussetzungen — z. B. als junge Witwe mit einem Kind, die eine Ausbildung weiterführt oder erst beginnt — Anspruch auf Witwen- und für ihr Kind auf Waisenrente. Überdies wird die Berechnung dieser Renten, gleich wie die Berechnung der dereinst in Frage kommenden Altersrenten (Ehepaar-Altersrente oder einfache Altersrente der Witwe), durch die besondere versicherungsrechtliche Stellung der Ehefrau beeinflusst. Deshalb entspricht es dem unmißverständlichen Sinn des Gesetzes, daß mit Eingehung der Ehe die Ehefrau AHV-rechtlich nicht noch zugleich einer andern Familiengruppe angehören und wegen des Todes ihres Vaters eine Waisenrente beziehen kann. Analog dem Erlöschen der Waisenrente des Mädchens im Zeitpunkt der Verheiratung wird übrigens in Art. 23, Abs. 3, AHVG angeordnet, daß die Witwenrente mit der Wiederverheiratung der Frau weg falle.

Daß die Berufungsklägerin, deren Ehemann Student ist, seit der Verheiratung weiterhin auf elterliche Leistungen angewiesen ist, vermag am Ausgang des Verfahrens nichts zu ändern. Der Anspruch auf ordentliche Waisenrente ist überhaupt nicht — mithin auch während der ganzen Dauer der Ausbildungszeit nicht — von der Unterhalts- und Unterstützungsbedürftigkeit der Waise abhängig. Der Versicherungsfall tritt ohne weiteres mit dem Tode des Vaters ein, auch wenn z. B. die Waise dank ihres Vermögens nach wie vor ökonomisch unabhängig ist. Die Frage, ob der Anspruch der verwaisten Tochter auf Waisenrente mit der Heirat erlösche, ist — wie dargetan — AHV-rechtlich zu lösen, weshalb es sich erübrigt, den familienrechtlichen Verhältnissen nachzugehen und zu untersuchen, unter welchem Titel die Berufungsklägerin seit ihrer Verheiratung elterliche Leistungen beanspruchen kann (vgl. immerhin Kommentar Egger N. 3 und 5 zu Art. 272 ZGB; N. 26 und 29 zu Art. 328 ZGB; Kommentar Lemp, N. 15 zu Art. 160 ZGB).

Verwaltung und Vorinstanz haben damit einen Anspruch der Berufungsklägerin auf eine Waisenrente für die Zeit seit der Verheiratung mit Recht verneint. Offen bleibt die Frage, ob einem noch nicht 25jährigen, in Ausbildung begriffenen Sohn, dessen Vater gestorben ist, auch nach der Verheiratung die Waisenrente ausgerichtet werden könnte.

Urteil des EVG vom 30. Dezember 1964 i. Sa. A.D.

Art. 47, Abs. 1, AHVG. Die Tatsache, daß die Ausgleichskasse irrtümlicherweise eine Waisenrente über den Erlöschenstermin hinaus weiter ausbezahlt hat, befreite die Mutter des Kindes keineswegs von der Pflicht, sich über den Sachverhalt zu erkundigen; durch ihr Still-schweigen hat sie zumindest eine Nachlässigkeit begangen, die den guten Glauben im Sinne des Gesetzes ausschließt. (Erwägung 2)

Art. 47, Abs. 2, AHVG. Die Ermessensbefugnis der Ausgleichskassen hinsichtlich der Verrechnung von Renten-Rückforderungen mit laufenden Renten gilt nur dann als überschritten, wenn die Verfügung die wirtschaftliche Existenz des Schuldners — unter Berücksichtigung allfälliger gesetzlicher Unterstützungspflichten Dritter ihm gegenüber — gefährden würde. (Erwägung 3)

Die Versicherte A.D., seit 1945 Witwe, ist Mutter von drei in den Jahren 1937, 1939 und 1941 geborenen Kindern. Sie bezieht eine AHV-Witwenrente und war außerdem im Genuß von Waisenrenten für ihre Kinder bis zu deren 18. Altersjahr. Die jüngste Tochter G. vollendete am 9. September 1959 das 18. Altersjahr, womit ihr Anspruch auf Waisenrente Ende dieses Monats erlosch. Die Pflegerinnenschule bestätigte indessen am 22. November 1960, daß die Tochter «vom 3. November 1960 bis zum 30. Oktober 1963» die Kurse der Schule besucht habe. Mit Schreiben vom 28. November 1960 informierte die Ausgleichskasse die Mutter dahin, daß die Waisenrente «vom 1. Dezember 1960 bis zum 30. September 1961 (Vollendung des 20. Altersjahres)» weiter ausgerichtet werde. Am 16. Dezember 1960 erließ die Ausgleichskasse eine Verfügung, in welcher der Jahresbetrag der Rente auf 260 Franken festgesetzt wurde, d. h. auf 21,70 Franken im Monat, mit dem Vermerk, daß die Waise auf Grund ihrer Lehrausbildung weiterhin Anspruch auf Rente habe.

Am 1. Juli 1961 teilte die Ausgleichskasse der Mutter mit, daß ihre Rente, infolge der Gesetzesrevision, von diesem Zeitpunkt an auf 108 Franken erhöht worden sei. Dieser Betrag, der sowohl die Witwenrente (72 Franken) als auch die Waisenrente (36 Franken) umfaßte, wurde von der Ausgleichskasse irrtümlicherweise über den Erlöschenstermin der Waisenrente hinaus unverändert weiterbezahlt, ohne daß die Empfängerin irgendwelche Schritte unternahm.

Nachdem die Ausgleichskasse den Irrtum entdeckt hatte, verlangte sie von der Versicherten mit Verfügung vom 30. Januar 1964 die Rückerstattung der vom 1. Oktober 1961 bis Ende Januar 1964 unrechtmäßig bezogenen Waisenrente im Gesamtbetrag von 1008 Franken. Mit Verfügung vom 27. Februar 1964 lehnte es die Kasse ab, den guten Glauben der Versicherten zu bejahen und wies das Gesuch um Erlaß der Rückerstattung ab. Mit Schreiben vom 13. Juli 1964 legte sie dann dar, in welchem Umfang die laufende Rente zwecks Tilgung der Rückforderung zu verrechnen sei. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte Beschwerde und verlangte in erster Linie den Verzicht der Kasse auf jegliche Rückerstattungsforderung. Subsidiär stellte sie das Begehren, die Schuld durch Rückbehalt von monatlich 30 Franken aus der laufenden Witwenrente begleichen zu können. Die kantonale Rekursbehörde wies die Beschwerde ab. Das EVG wies die von der Versicherten eingelegte Berufung ebenfalls ab und zwar aus folgenden Gründen:

1. . . .

2. Die Berufungsklägerin bestreitet nicht, daß es ihre Pflicht ist, den zu Unrecht bezogenen Betrag von 1008 Franken zurückzuerstatten, da ihre Tochter ganz offensichtlich für die in Frage stehende Periode keinen Anspruch mehr auf Waisenrente hatte. Obwohl der Anspruch auf Waisenrente dem Kinde zusteht (Art. 25 AHVG) und die Mutter seit dessen Mündigkeit nicht mehr seine gesetzliche Vertreterin ist, obliegt die Rückerstattung der Berufungsklägerin, die den Betrag unrechtmäßig bezogen hat. Streitig ist einzig die Frage des Erlasses der Rückforderung dieses Betrages.

Nach Art. 47 AHVG und Art. 79 AHVV ist der Erlaß der Rückerstattung unrechtmäßig bezogener Renten von zwei Bedingungen abhängig: der Versicherte muß die Rente in gutem Glauben entgegengenommen haben und die Rückerstattung muß für ihn eine große Härte bedeuten. Der gute Glaube setzt nicht nur das Fehlen böswilliger Absicht, sondern auch das Fehlen von Nachlässigkeit voraus. Nach einem allgemeinen Rechtsgrundsatz, der durch die Rechtsprechung auf dem Gebiete der AHV ausdrücklich bestätigt wurde, kann sich derjenige nicht auf seinen guten Glauben berufen, der, wenn er die ihm den Umständen nach zumutbare Aufmerksamkeit hätte walten lassen, hätte wissen können und sollen, daß ihm die Rente zu Unrecht ausgerichtet wurde.

Im vorliegenden Fall hat die Berufungsklägerin, nachdem ihre Tochter bereits volljährig war, noch während 28 Monaten eine Waisenrente bezogen, obwohl sie von der Ausgleichskasse mit Schreiben vom 28. November 1960 ordnungsgemäß davon unterrichtet worden war, daß diese Rente bis zum 20. Altersjahr, also bis zum 30. September 1961, ausbezahlt werde. Während dieser Zeit (und auch nach Beendigung der Ausbildung ihrer Tochter im Herbst 1963) hat sie der Ausgleichskasse keine Mitteilung zukommen lassen und auch nichts unternommen, um sich von der Richtigkeit der Auszahlung zu überzeugen. Dabei konnte sie nicht im Zweifel darüber sein, daß der seit dem 1. Juli 1961 ausgerichtete Betrag — wie es bis dahin der Fall gewesen war — sowohl ihre Witwenrente als auch die Waisenrente umfaßte; sicherlich hätte sie reklamiert, wenn die Auszahlung der bis Ende September 1961 zugesprochenen Waisenrente vor diesem Zeitpunkt eingestellt worden wäre. Es hätte sie ferner verwundern müssen, daß der monatlich ausbezahlte Betrag nach September 1961 unverändert blieb, was — selbst in den Augen einer schlecht informierten Person — nach Erlöschen der Waisenrente als unmöglich erscheinen mußte. Zugestanden, die Weiterauszahlung der Waisenrente über den Erlöschenstermin hinaus ist offensichtlich auf einen Irrtum der Ausgleichskasse zurückzuführen; aber dieser Irrtum entband die Versicherte keineswegs von ihrer Meldepflicht. Gewiß mögen die aufeinanderfolgenden Verfügungen Anlaß zu Unsicherheit gegeben haben; in einem solchen Falle darf jedoch die Versicherte der Sache nicht einfach ihren Lauf lassen; es ist vielmehr ihre Pflicht, sich zu erkundigen. Demnach hat die Berufungsklägerin durch ihr Stillschweigen zumindest eine Nachlässigkeit begangen, die ihren guten Glauben im Sinne des Gesetzes ausschließt. Das Gericht findet in den Akten nichts, das zu einer anderen als der vorinstanzlichen Schlußfolgerung führen könnte.

Da somit die erste der beiden im Gesetz festgelegten Bedingungen für den Erlaß der Rückerstattung unrechtmäßig bezogener Renten fehlt, muß die Berufung abgewiesen werden, ohne daß näher zu prüfen ist, ob die zweite Bedingung, das Vorliegen einer großen Härte, erfüllt sei oder nicht.

3. Mit Schreiben vom 13. Juli 1964 hat die Ausgleichskasse der Versicherten einen Vorschlag zur Rückerstattung des geschuldeten Betrages unterbreitet, wobei sie den Entscheid des Richters in Bezug auf die Erlaßfrage vorbehält. Der Plan sieht die Tilgung der Rückforderung durch Verrechnung mit der laufenden Witwenrente vor, und zwar die Verrechnung der ganzen Rente in den Monaten Februar bis Juli 1964 und von 50 Franken für die nachfolgenden Monate (bis zur Tilgung der Schuld auf Ende März 1965).

Sowohl in der Beschwerde als auch in der Berufung beantragte die Klägerin subsidiär, die Verrechnung sei auf 30 Franken im Monat zu beschränken. Der kantonale Richter — der im Zeitpunkt seines Entscheides keine Kenntnis von diesem Schreiben hatte, das erst nachträglich erging — erklärte, es sei nicht seine Sache, über die Modalitäten der Rückerstattung zu entscheiden. Er wies deshalb die Versicherte an, sich an die Ausgleichskasse zu wenden, und dort gegebenenfalls eine Staffelung der Rückzahlung vorzuschlagen. Mangels eines erstinstanzlichen Entscheides kann auch das EVG nicht auf diesen Punkt eintreten. Die Versicherte hätte immerhin noch die Möglichkeit, gegen den Rückzahlungsplan Beschwerde zu erheben, da das Schreiben vom 13. Juli — soweit es sich um eine Verfügung handelt — keine Rechtsmittelbelehrung enthält. Es sei allerdings auf Folgendes hingewiesen:

Art. 20, Abs. 3, AHVG, der die Verrechnung von Rentenrückforderungen mit fälligen Leistungen vorsieht, enthält indessen keine nähern Vorschriften über die Verrechnungsart und unterstellt die Verrechnung auch keiner besonderen Bedingung; er überläßt es dem Ermessen der Ausgleichskassen zu entscheiden, ob und in welchem Umfang eine Verrechnung durchzuführen sei. Im Streitfall haben demzufolge die Rechtsbehörden erst dann einzuschreiten, wenn die Ausgleichskasse die Grenzen ihrer Ermessensbefugnis überschritten hat. Diese Grenzen gelten aber erst dann als überschritten, wenn die verfügte Verrechnung die Existenz des Schuldners in wirtschaftlicher Hinsicht gefährden würde, wobei allerdings — wie im vorliegenden Fall — die Unterstützungspflicht der Kinder ihrer Mutter gegenüber zu berücksichtigen ist.

4. . . .

Invalidenversicherung

Versicherungsmäßige Voraussetzungen für den Leistungsbezug

Urteil des EVG vom 8. Januar 1965 i. S. G. R.

Art. 26, Abs. 1, und Art. 39, Abs. 1, IVG. Eine mehr als zur Hälfte invalide, im Ausland lebende Schweizerin, die schon vor Eintritt des Versicherungsfalles zusammen mit ihrem Ehemann freiwillig versichert war, bis dahin indes nicht erwerbstätig war und keine Beiträge geleistet hat, kann wegen der fehlenden Mindestbeitragsdauer keine ordentliche und wegen des fehlenden Wohnsitzes in der Schweiz auch keine außerordentliche Invalidenrente beanspruchen.

Die 1917 geborene, seit 1941 in Deutschland wohnhafte Schweizerbürgerin trat am 1. Januar 1960 zusammen mit ihrem Ehemann der freiwilligen Ver-

sicherung für Auslandschweizer bei. Als Ehefrau eines Landwirts hat sie seit ihrem Beitritt zur freiwilligen Versicherung keine Beiträge bezahlt. Im April 1962 meldete sie sich zum Leistungsbezug bei der IV-Kommission an. Der Arzt teilte der IV-Kommission mit, daß sich der Zustand der an multipler Sklerose leidenden Patientin verschlechtere und daß sie seit 1961 den Haushalt nur noch in sehr beschränktem Umfange besorgen könne. Am 17. Juli 1964 erließ die Ausgleichskasse eine Verfügung, in der sie IV-Leistungen verweigerte. Diese abweisende Verfügung, gegen die die Versicherte Beschwerde einreichte, wurde von der Rekurskommission bestätigt. Das EVG hat die Berufung der Versicherten, mit welcher die Zusprechung einer Invalidenrente beantragt wurde, mit folgender Begründung abgewiesen:

...

Dem Begehren der Berufungsklägerin um Ausrichtung einer ordentlichen Invalidenrente steht auf jeden Fall Art. 36, Abs. 1, IVG entgegen. Darnach haben nur diejenigen Versicherten Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet haben.

Die Berufungsklägerin, die seit 1960 der freiwilligen Versicherung angehört, hat nie Beiträge geleistet und schuldet auch keine solchen, da sie nach ihren Angaben im Betrieb des Ehemannes nie einen Barlohn erhielt und auch nie auswärts arbeitete. Die vom Ehemann bezahlten Beiträge vermögen ihr keinen Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente zu verschaffen. Der Hinweis, daß für die Frau eines Versicherten die Ehejahre, in denen keine Beiträge bezahlt wurden, als Beitragsjahre anzurechnen seien, vermag hieran nichts zu ändern. Denn solche Beitragsjahre sind für den Rentenanspruch nur dann von Belang, wenn die Ehefrau während mindestens eines Jahres Beiträge bezahlt hat, was hier — wie bereits gesagt — nicht zutrifft. Im übrigen können die Ehejahre erst vom 1. Januar 1960 an (Beitritt zur freiwilligen Versicherung) als Beitragsjahre angerechnet werden, da die Berufungsklägerin vorher die Versicherteneigenschaft nicht besaß. Schließlich verbietet es die gesetzliche Ordnung, der Berufungsklägerin als Auslandsschweizerin eine außerordentliche Invalidenrente zuzusprechen, die keine Beitragsleistungen voraussetzen würde.

...

...

Eingliederung

Urteil des EVG vom 19. Dezember 1964 i. Sa. E. M.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Wird auf Grund eines Unfalles nach der primären Wundversorgung später eine sekundäre Nervennaht vorgenommen, dann setzt diese die eingeleitete Therapie fort und dient insofern immer noch der Behebung direkter Unfallfolgen; die zwei Behandlungsetappen bilden nicht nur therapeutisch, sondern auch IV-rechtlich ein Ganzes.

Am 1. Juni 1964 wurde das 1962 geborene Kind, das sich am 16. März an der rechten Hand schwer verletzt hat, bei der IV angemeldet. In einem Kinder-

spital hat ein Arzt die Wunde genäht, was der Krankenkasse des Mädchens gemeldet wurde. Zwei Monate später hat dann ein Spezialarzt für Chirurgie einen «aus dem Unfall verbliebenen Nachteil korrigiert».

Von der Kommission um Bericht ersucht, bescheinigte dieser Spezialarzt folgendes:

Das versicherte Kind habe am 16. März 1964 am rechten Vorderarm eine Glassplitterverletzung erlitten, worauf im Kinderspital die Wundversorgung vorgenommen worden sei. Nach Abheilung der Wunde hätten sich Symptome einer Ulnaris-Lähmung gezeigt: Am 1. Mai habe er eine typische Krallenhand vorgefunden und am 19. Mai eine Operation ausgeführt, die eine Narbenstriktur des Nervus ulnaris am Handgelenk bei vollständiger Durchtrennung seines Ramus profundus in der Handvola, sowie eine Schädigung des Nervus medianus ergeben habe. Er habe eine Neurolyse der zwei verletzten Nerven ausgeführt und den erwähnten Ramus profundus genäht. Die Patientin sei vom 18. bis 22. Mai hospitalisiert gewesen.

Laut Kommissionsbeschluß verfügte die Ausgleichskasse am 8. August 1964, auf das Gesuch um medizinische Maßnahmen werde nicht eingetreten, weil die Versicherte zu spät bei der IV angemeldet worden sei (Art. 78, Abs. 2, IVV). Der Vater beschwerte sich und legte folgendes Zeugnis des Arztes vom 13. August ins Recht:

«Die kombinierte Medianus- und Ulnaris-Lähmung der Hand gilt als eine der schwerstwiegenden für die Gebrauchsfähigkeit der Hand... Wenn einmal eine fixierte Krallenhand vorhanden ist, sind weitere Wiederherstellungsoperationen notwendig, die nie wieder eine funktionell vollwertige Hand ergeben können. Im vorliegenden Fall bestand bereits eine Krallenhand, welche aber noch nicht strukturell fixiert war. Der vorgenommene Eingriff war daher ein dringlicher in dem Sinn, daß die durchgeführte Operation zwar nicht innert einiger Tage in Angriff genommen werden mußte, aber doch innert einiger Wochen».

Die IV-Kommission beantragte, die Beschwerde abzuweisen. Die Operation vom Mai ginge selbst dann nicht zu Lasten der IV, wenn der Unfall des Kindes rechtzeitig angemeldet worden wäre; denn sie sei keine Eingliederungsmaßnahme, sondern eine Behandlung des Leidens an sich gewesen.

Mit Urteil vom 12. September 1964 hieß der Präsident des kantonalen Verwaltungsgerichtes die Beschwerde gut und auferlegte «die Kosten der Nachbehandlung ab 18. Mai 1964» der IV. In seinen Erwägungen heißt es, der Eingriff vom 19. Mai habe der Beseitigung der Lähmungen sowie der Krallenhand gedient und eine Eingliederungsmaßnahme nach Art. 12 IVG darstellt.

Das ESV hat rechtzeitig Berufung eingelegt mit dem Antrag, das Gesuch um medizinische Maßnahmen abzuweisen. Weil der narbig eingebettete distale Nervus ulnaris (von der Elle abgehend verlaufender Nerv) und sein durchtrennter Ramus profundus (tiefer Ast) direkte Unfallfolgen gewesen seien, habe die sekundäre Nervennaht noch zur Behandlung des Leidens an sich gehört. Mit Zuschrift vom 14. November hält der Arzt die Berufung für unbegründet. Dank seinem Eingriff werde die verletzte Hand wahrscheinlich wieder normal brauchbar werden. Behandlung des Leidens an sich bedeute eine sekundäre Nervennaht dann nicht mehr, wenn — wie im vor-

liegenden Falle — im Zeitpunkt der Operation schon eine durch Nervenlähmung bewirkte Krallenhand bestanden habe. Die Behebung eines solchen stabilen Zustandes sei Eingliederungsmaßnahme, gleichgültig ob dabei eine sekundäre Nervennaht möglich und erfolgreich gewesen sei oder nicht. Die beim Kinde bestehende Ulnaris-Lähmung sei anlässlich der im März erfolgten Wundversorgung unbemerkt geblieben.

Das EVG hieß die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Ursprünglich hatte die kantonale IV-Kommission das Gesuch vom 1. Juni 1964 als nach Art. 78, Abs. 2, IVV verspätet erachtet und deshalb von der Hand gewiesen (Beschuß vom 30. Juli). Hierauf hat die Kommission am 2. September auch mit der Begründung, der Eingriff vom Mai sei keine Eingliederungsmaßnahme (Art. 12 IVG) gewesen, Abweisung der Beschwerde vom 17. August beantragt. Mit Recht ist die Vorinstanz nach dieser pendente lite erfolgten neuen Stellungnahme der Verwaltung auf die Beschwerde eingetreten.

2. Ist ein Gesundheitsschaden nicht angeboren, sondern eine Krankheits- oder Unfallfolge, so hat die IV einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte medizinische Maßnahmen zu gewähren, falls solche die — bestehende oder künftige — Erwerbsfähigkeit des Versicherten dauernd wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren versprechen. So grenzt Art. 2, Abs. 1, IVV gestützt auf Art. 12 IVG die medizinischen Eingliederungsmaßnahmen von der ärztlichen Behandlung eines Leidens an sich, die den Gegenstand der Krankenversicherung bildet, ab. Ärztliche Behandlung ist der umfassende allgemeine, die medizinische Eingliederungsmaßnahme hingegen ein engerer IV-rechtlicher Begriff. Einzig bei Geburtsgebrechen ist — unter bestimmten Umständen — jede angezeigt erscheinende therapeutische Vorkehr ohne Rücksicht auf ihre Dauer bis zur Volljährigkeit des betroffenen Kindes der IV zu belasten (Art. 13 IVG in Verbindung mit Art. 1, Abs. 3, GgV).

Um zu einer brauchbaren Unterscheidung zwischen der Behandlung eines Leidens an sich und medizinischen Eingliederungsmaßnahmen zu kommen, sind zuerst die in Entwicklung begriffenen Krankheiten auszuscheiden, weil bei diesen die ärztliche Betreuung meist vorwiegend Behandlung des Leidens an sich bedeutet (EVGE 1963, S. 43 und 59). Hat hingegen die Krankheit einen mehr oder weniger stabilen Defektzustand bewirkt, so werden die medizinischen Vorkehren dann zur Eingliederungsmaßnahme, wenn sie in überwiegender Weise dem gesetzlich umschriebenen Eingliederungszweck dienen.

3. Hat, wie hier, eine tiefe Schnittwunde an der Hand Nerven betroffen und wird nach einer primären Wundversorgung später eine sekundäre Nervennaht vorgenommen, dann setzt diese die eingeleitete Therapie fort und dient insofern immer noch der Behebung direkter Unfallfolgen; die zwei Behandlungsetappen bilden nicht nur therapeutisch, sondern auch IV-rechtlich ein Ganzes. Das EVG verweist auf sein Urteil vom 21. Juli 1964 i. Sa. S. Z., I 152, 64).

Auch im vorliegenden Fall haben die Vorkehren vom März und Mai 1964 als ein rechtliches Ganzes zur Behandlung des Leidens an sich gehört. Dem

steht nicht entgegen, daß am 1. Mai bereits eine Krallenhand bestand. Wie der Arzt am 13. August zuhänden der Vorinstanz geschrieben hat, war die von ihm festgestellte Krallenhand im Mai jedenfalls noch nicht strukturell fixiert. Wesentlich ist jedoch, daß die Krallenhand ein Beweis dafür war, daß bei der Wundversorgung im März die Nervenverletzungen — aus welchem Grunde immer — nicht behandelt worden waren. Darum hat der Arzt am 19. Mai die sekundäre Nervennaht ausgeführt, womit lediglich nachgeholt wurde, was ohnehin hätte unternommen werden müssen. Dieser Eingriff ist somit überwiegend die Fortsetzung der im März begonnenen unfallmedizinischen Behandlung und keine Eingliederungsmaßnahme gewesen, obwohl das Kind durch ihn vor einer Invalidität im Sinne des Art. 5, Abs. 2, IVG bewahrt worden ist. Allerdings können manche Defektzustände, die später zu Maßnahmen — auch medizinischen — führen, auf seinerzeit unvollständige oder mißlungene Behandlung zurückgehen. Allein wenn im gegenwärtigen Falle die nachgeholt medizinische Vorkehr noch durch Nervennaht möglich war, die (wie gesagt) ohnehin zur Unfallbehandlung gehört, und wenn außer diesem sachlichen auch ein naher zeitlicher Zusammenhang besteht, dann bleibt der Behandlungscharakter überwiegend. Dem Sinne nach unterscheidet sich der gegenwärtige Tatbestand kaum von demjenigen, wo sukzessive Ersatzvorkehrungen getroffen werden müssen, weil die erste — normalerweise erfolgreiche — Vorkehr nicht zum Ziele führte.

Urteil des EVG vom 30. Dezember 1964 i. Sa. B. B.

Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 14, Abs. 1, Buchst. f und Art. 15, Abs. 1, IVV. Einer Schülerin mit cerebraler Lähmung wird eine elektrische Schreibmaschine zu Lasten der IV abgegeben, wenn sie wegen ihrer Behinderung ohne dieses Hilfsmittel in der Schule nicht mit dem erforderlichen Wirkungsgrad schreiben kann.

Die 1950 geborene Versicherte leidet seit ihrer Geburt an der Little'schen Krankheit und wird zur Zeit in einem Kinderheim gepflegt und geschult.

Nachdem die IV der Versicherten verschiedene Leistungen (u. a. medizinische Maßnahmen) zugesprochen hatte, ersuchte das Kinderheim die IV-Kommission mit Schreiben vom 18. Januar 1964, dem Mädchen eine elektrische Schreibmaschine zu gewähren. Zur Begründung wurde ausgeführt:

«Die rechte Hand ist spastisch verkrampft; wir machen viele Übungen, und die Tochter braucht sie zum Handarbeiten, zum Spielen; mit der linken Hand hat sie schreiben gelernt; sie macht erfreuliche Fortschritte, was im wöchentlichen Brief, den sie nach Hause schreibt, von den Eltern immer wieder festgestellt wird. Das Mädchen ist wißbegierig, fleißig, voll guten Willens, aber das Schreiben beansprucht zu viel Zeit. Eine elektrische Schreibmaschine würde dem Kind erlauben, die schriftlichen Arbeiten bedeutend rascher zu erledigen und somit mit dem Lernen besser vorwärts zu kommen».

Mit Verfügung vom 23. April 1964 eröffnete die Ausgleichskasse dem Vater der Versicherten, die IV-Kommission habe das Begehren am 3. April 1964 abgewiesen, weil das betreffende Kinderheim vom BSV nicht als Sonderschule anerkannt werde und auch keine erstmalige berufliche Ausbildung in

Frage stehe. Im Namen der Versicherten wurde Beschwerde gegen diese Verfügung erhoben und beantragt, dem Mädchen sei eine elektrische Schreibmaschine als Hilfsmittel zuzusprechen. Die Vorinstanz wies den Rekurs am 14. September 1964 mit der Begründung ab, es sei Sache des Kinderheims, den Schülern elektrische Schreibmaschinen zur Verfügung zu stellen.

Dieser Entscheid wurde unter Erneuerung des Rekursbegehrens an das EVG weitergezogen. Die Ausgleichskasse räumt zwar ein, daß die Versicherte eine elektrische Schreibmaschine benötigte, vertritt aber die Ansicht, die Berufung müsse gleichwohl abgewiesen werden, weil die Maschine hier nicht den Charakter eines Hilfsmittels habe. Zum entgegengesetzten Ergebnis gelangt das BSV in seinem Mitbericht; auf die Begründung wird in den Erwägungen zurückzukommen sein.

Das EVG hieß die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. a. Der Versicherte hat gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. In der Liste des Bundesrates sind u. a. «Hilfsmittel für das tägliche Leben» aufgeführt und als entsprechende Beispiele «Behelfe zum Schreiben und Lesen» genannt (Art. 14, Abs. 1, Buchst. f, IVV). Solche Hilfsmittel werden — leihweise oder zu Eigentum — u. a. dann abgegeben, wenn der Versicherte «für seine Schulung» darauf angewiesen ist (Art. 15, Abs. 1 und 3, IVV).

b. Die Praxis hat entschieden, daß mechanische und elektrische Schreibmaschinen Hilfsmittel im Sinne der Art. 14, Abs. 1, Buchst. f und Art. 15, Abs. 1, IVV sein können, sofern sie notwendig sind, um Versicherte ins Erwerbsleben einzugliedern. Dieser Eingliederungszweck ist z. B. dann nicht erfüllt, wenn die Schreibmaschine dem Versicherten zwar als Lehrmittel dient, dagegen eindeutig nicht mit dem späteren Eingliederungsziel zusammenhängt (EVGE 1961, S. 50; 1962, S. 69).

2. Das BSV begründet seinen Antrag, die Berufung sei gutzuheißen, wie folgt: Zerebral gelähmte Minderjährige, deren Hände behindert seien, benötigten zum Schreiben sehr oft besondere Vorrichtungen — in der Regel elektrische Schreibmaschinen mit einem speziellen Vorsatzkasten —, weil sie sonst nicht oder nicht mit dem erforderlichen Wirkungsgrade zu schreiben vermöchten. In derartigen Fällen bestehe grundsätzlich ein Anspruch auf die Abgabe eines solchen Hilfsmittels, sofern die Schule das betreffende Gerät nicht zur Verfügung stellen könne. Da das betreffende Kinderheim über keine elektrischen Schreibmaschinen verfüge, sei der Anspruch hier zu bejahen, zumal das Heim im Sinne einer Übergangslösung in das Verzeichnis der Sonderschulen aufgenommen worden sei und die für außerkantonale Schüler notwendige Sonderbewilligung im vorliegenden Fall erhalten habe.

Diesen Ausführungen ist beizupflichten. Es wird mit Recht von keiner Seite bestritten, daß eine elektrische Schreibmaschine das einzige Gerät ist, welches der Versicherten erlaubt, ihre Invalditätsbedingte Behinderung zu überwinden und mit dem erforderlichen Wirkungsgrad zu schreiben. Dieses Gerät dient zudem der Schulung der Berufungsklägerin im Sinne von Art. 15, Abs. 1, IVV. Nach der Beschwerdeschrift besuchte das Mädchen die 5. Klasse. In diesem Zusammenhang ist sodann darauf hinzuweisen, daß das Mädchen,

das noch nicht allein zu gehen vermag und voraussichtlich nie eine manuelle Erwerbstätigkeit wird ausüben können, sprachbegabt ist; sie spricht und schreibt bereits heute deutsch und französisch und hat mit dem Studium des Englischen begonnen. Daß auch das Erlernen fremder Sprachen und das Festigen der gewonnenen Kenntnisse ständiges Schreiben in angemessenem Tempo voraussetzt, braucht nicht näher dargelegt zu werden. Wie in der Botschaft des Bundesrates zum IVG betont wurde (S. 51), ist «ein frühzeitiger Einsatz der Hilfsmittel bei invaliden Kindern nicht nur wichtig für die Ermöglichung einer angemessenen Schulung, er erleichtert und fördert zudem auch die funktionelle Angewöhnung, was die spätere berufliche Eingliederung häufig vereinfachen dürfte». Der Eingliederungszweck ist mithin gegeben.

3. Somit kann die Versicherte eine elektrische Schreibmaschine als Hilfsmittel beanspruchen. Es wird Sache der IV-Kommission sein, diesen Anspruch näher zu bestimmen und ferner das geeignete Maschinenmodell zu bezeichnen.

Renten

Urteil des EVG vom 22. Dezember 1964 i. Sa. J. B.

Art. 4 IVG. Die von einem Selbstmordversuch herrührende Invalidität ist von der IV nicht ausgeschlossen. (Erwägung 2)

Art. 7 IVG. Offen bleibt die Frage, ob ein Selbstmordversuch als «grobe Fahrlässigkeit» gelten kann, die eine Sanktion nach sich zieht. (Erwägung 3)

Der 1923 geborene Versicherte fügte sich am 15. Februar 1962 mit einem Gewehrschuß eine schwere Kopfverletzung zu. Trotz komplizierter Nachwirkungen der notwendigen Kopfoperation (Trepanation) verbesserte sich sein Gesundheitszustand zusehends. Immerhin blieben die Kräfte des Versicherten sehr geschwächt und es ist ihm heute noch nicht möglich, irgend einem Erwerb nachzugehen; ferner bedarf er immer noch ärztlicher Behandlung. Nachdem er sich im Juli 1963 bei der IV angemeldet hatte, kam die IV-Kommission zum Schluß, es liege eine vollständige und dauernde Invalidität seit dem Tage des Selbstmordversuches vor. Dem Versicherten wurde in der Folge eine ganze Invalidenrente ab 1. Juli 1963 (d. h. vom Monat an, in welchem sich der Versicherte angemeldet hatte) zuerkannt.

Die Rekurskommission wies eine Beschwerde ab, in der verlangt wurde, daß die Rente rückwirkend auf den Monat in Kraft trete, in dem die Invalidität verursacht worden sei. Entsprechend dem Mitherichtsantrag des BSV hieß das EVG die Berufung teilweise gut, die der Versicherte gegen das kantonale Urteil eingelegt hatte und sprach ihm aus folgenden Erwägungen ab 1. Februar 1963 Anspruch auf Rente zu:

1. Streitig ist der Beginn des Rentenanspruchs, der von der Ausgleichskasse auf den 1. Juli 1963 festgesetzt wurde und nach Ansicht des Berufungsklägers auf einen früheren Zeitpunkt hätte angeordnet werden müssen. Die Versicherungsorgane haben angenommen, daß seit dem 15. Februar 1962 eine

dauernde Invalidität bestehe. Wenn das stimmt, so entspricht der von ihnen festgesetzte Rentenbeginn der gesetzlichen Regelung und das Urteil der Vorinstanz müßte bestätigt werden

Das BSV findet aber, es sei verfrüht, eine dauernde Invalidität schon ab 15. Februar 1962 anzunehmen. Tatsächlich stellte der behandelnde Arzt in seinem Bericht vom 8. August 1963 eine weitgehende Besserung fest und wies auf eine mögliche Wiedereingliederung des Patienten in seinen angestammten Beruf hin. Es wurden bereits Eingliederungsversuche in französischen Zentren vorgenommen. Wenn auch im Laufe des Jahres 1964 Komplikationen aufgetreten sind, die eine spätere volle Arbeitsfähigkeit des Versicherten in Frage stellen, so ist doch festzustellen, daß zur Zeit des Beschlusses der IV-Kommission der Zustand nicht so weit stabilisiert war, um Dauerinvalidität annehmen zu können. Das EVG ist deshalb wie das BSV der Auffassung, daß es sich hier um eine längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 4 IVG handelt.

Laut Art. 29, Abs. 1, IVG entsteht der Rentenanspruch bei dieser zweiten im Gesetz vorgesehenen Variante «sobald der Versicherte während 360 Tagen ununterbrochen voll arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig ist». Im vorliegenden Fall spricht nichts gegen die Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit dem 15. Februar 1962, die zudem länger als ein Jahr dauerte; nach Ablauf der 360tägigen Frist bestand beim Versicherten zweifellos noch eine Erwerbsunfähigkeit von mehr als zwei Dritteln. Daraus folgt, daß der Anspruch auf eine ganze einfache Invalidenrente erst am 1. Februar 1963 entstanden ist; somit ist die Anmeldung des Versicherten, welche den Versicherungsorganen im Juli desselben Jahres zugestellt wurde, innerhalb der von Art. 48, Abs. 2, IVG vorgesehenen sechs Monate seit Entstehung des Rentenanspruchs erfolgt. Die Rente ist deshalb von der Entstehung des Anspruchs an zuzusprechen

2. In der obligatorischen Unfallversicherung . . . entsteht bei Selbstmord und Selbstmordversuch nur unter bestimmten Bedingungen ein Leistungsanspruch: Entweder muß der Selbstmord oder Selbstmordversuch dem Unfallbegriff entsprechen und seiner Natur nach unfreiwillig sein, was eine vollständige Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Tat voraussetzt (vgl. z. B. EVGE 1962, S. 16), oder dann muß als adäquate Ursache ein versicherter Unfall oder eine versicherte Berufskrankheit vorliegen (vgl. z. B. EVGE 1962, S. 93). Analog ist die Rechtslage bei der Militärversicherung, wo das Element der Kausalität in den Einflüssen, denen der Versicherte während des Militärdienstes unterworfen ist oder in der sich daraus ergebenden Gesundheitsschädigung besteht.

Das BSV wirft die Frage auf, ob die in diesen beiden Versicherungszweigen entwickelten Prinzipien analog auf die IV angewandt werden könnten. Die Voraussetzungen für eine solche Analogie sind jedoch keineswegs erfüllt. Während die Unfall- und die Militärversicherung nur für die Folgen von genau bestimmten Ereignissen zu haften haben, umfaßt die IV die Invalidität als solche. Der Ursache der Invalidität kommt hier als Kausalelement keine wesentliche Bedeutung zu. Die Aufzählung der Ursachen in Art. 4 IVG kann ebenfalls keine abschließende Bedeutung haben, wie sie den Ursachen in den beiden angeführten Versicherungszweigen zukommt; dort bilden sie nämlich die Grundlage der Versicherung. Der Unfallbegriff im Sinne von

Art. 4 IVG braucht nicht mit jenem der Unfallversicherung übereinzustimmen, und es besteht kein Grund, eine körperliche oder geistige Gesundheitsschädigung durch Selbstmord von der IV auszuschließen. — Diese Lösung entspricht übrigens auch der in den Vorarbeiten zum IVG geäußerten Meinung (vgl. Botschaft des Bundesrates vom 24. 10. 58, BBl II, 1165).

3. Demzufolge wirft das BSV die Frage der Anwendbarkeit der in Art. 7 IVG vorgesehenen Sanktionen auf den Selbstmordversuch auf. Art. 7, Abs. 1, IVG sieht vor, daß «die Geldleistungen dauernd oder vorübergehend verweigert, gekürzt oder entzogen werden können, wenn ein Versicherter die Invalidität vorsätzlich oder grobfahrlässig oder bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert hat» (ebenso Art. 98, Abs. 3, KUVG und Art. 7, Abs. 1, MVG, wobei der französische Text für «grobfahrlässig» «faute grave» anstelle von «négligence grave» verwendet).

Auf Grund der Vorarbeiten zum IVG kommt das BSV zum Schluß, daß die Sanktionen von Art. 7 IVG nicht auf den Fall des Selbstmordversuches anwendbar sind. Es muß aber ein Widerspruch festgestellt werden zwischen diesen Vorarbeiten und der innern Logik des Gesetzes. Abgesehen vom Fall des Eintritts der Invalidität während der Ausführung eines Verbrechens oder Vergehens, beabsichtigte die Eidgenössische Expertenkommission für die Einführung der IV nur dann die Leistungen zu verweigern oder zu kürzen, wenn die Invalidität oder deren Verschlimmerung entweder vorsätzlich oder grobfahrlässig herbeigeführt und «damit ein strafbarer Tatbestand erfüllt» wird (Bericht vom 30. 11. 56, S. 46 und S. 216, Rz 10). Damit schloß sie tatsächlich jede Sanktion bei Selbstmordversuch aus. Der Gesetzgeber hat aber diese Beschränkung der groben Fahrlässigkeit auf strafbare Tatbestände aufgehoben. Die Botschaft des Bundesrates vom 28. Oktober 1958 (BBl 1958 II, 1164) führt zwar aus, daß den durch Selbstmordversuch invalid gewordenen Versicherten keinerlei Sanktion treffen dürfe, «weil es nicht in seiner Absicht lag, sich zu verstümmeln, um eine Versicherungsleistung» zu erhalten. Die Botschaft geht aber auf die Frage nur unter dem Gesichtspunkt der Freiwilligkeit der Verstümmelung ein, während sie offenbar den Grund der gesetzlichen Regelung, die Sanktion der groben Fahrlässigkeit, übersieht. Wenn nun aber der Begriff der groben Fahrlässigkeit z. B. den Alkoholismus oder die Weigerung, sich ärztlich behandeln zu lassen, umfaßt (vgl. EVGE 1962, S. 101 und 103; ZAK 1962, S. 438, ZAK 1963, S. 243), so dürfen wohl auch Selbstmord und Selbstmordversuch nicht vollständig davon ausgeschlossen werden.

Immerhin hat das EVG keinen zwingenden Grund, in diesem Verfahren endgültig zu entscheiden, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Selbstmordversuch, welcher eine Invalidität verursacht oder erschwert, als grobe Fahrlässigkeit qualifiziert werden muß und eine Sanktion gemäß Art. 7 IVG nach sich zieht. Auch wenn die Frage hier beiläufig aufgeworfen wurde, so sind im vorliegenden Fall die Umstände doch zu wenig bekannt, als daß eine grobe Fahrlässigkeit des Versicherten bejaht werden könnte; dies umso weniger, als die Akten auf gewisse gesundheitliche Störungen hinweisen, die zur Zeit des Selbstmordversuches schon bestanden haben.

Art. 4 IVG. Ein 59jähriger Versicherter, dessen Unvermögen und Uneinsichtigkeit, seinen Landwirtschaftsbetrieb richtig zu bewirtschaften, weniger auf seine charakterlichen Eigenheiten als vielmehr auf eine Psychose des schizophrenen Formenkreises und somit auf eine eigentliche Geisteskrankheit zurückgeht, ist invalid im Sinne des IVG.

Art. 48, Abs. 2, IVG. Ist ein Rentenbegehren rechtskräftig abgewiesen worden, so verliert die Anmeldung, mit der es geltend gemacht worden war, ihre Wirkung. Ein späterer Rentenanspruch kann nur durch eine neue Anmeldung gewahrt werden.

Der 1905 geborene ledige Landwirt wurde 1950 gestützt auf Art. 369 ZGB bevormundet. Im März 1960 meldete ihn sein Vormund wegen Geisteskrankheit bei der IV zum Leistungsbezug an. Er ersuchte um die Gewährung einer Rente. Die IV-Kommission lehnte im Januar 1961 dieses Gesuch ab mit der Begründung, der Versicherte arbeite als selbständiger Landwirt, erziele ein angemessenes Einkommen und sei nicht mindestens zu 40 Prozent invalid. Die entsprechende Verfügung der kantonalen Ausgleichskasse vom 9. Februar 1961 blieb unangefochten und ist in Rechtskraft erwachsen.

Im November 1963 gelangte der neue Vormund «auf Grund der heute bestehenden abgeklärten Situation» an die IV mit dem Begehren um Ausrichtung einer Rente. Er machte geltend, nachdem die Mutter des Versicherten im Herbst 1959 gestorben sei, hätten dessen Miterben ihm das Heimwesen mit schweren Bedenken versuchsweise zur Bewirtschaftung überlassen. Er habe sich entschieden geweigert, den Hof zu verlassen. Die Viehhabe habe er zu 8170 Franken übernehmen müssen. Deren Wert sei inzwischen jedoch auf 6900 Franken gesunken. Es habe sich nämlich erwiesen, daß der Versicherte nicht imstande sei, das Gewerbe richtig zu bewirtschaften, ja dieses sogar verfallen lasse. Deshalb habe er, der Vormund, der Vormundschaftsbehörde beantragt, dem Versicherten nur noch einen kleinen Teil des Landes zur Bewirtschaftung zu überlassen und den Viehbestand auf eine Kuh und zwei bis drei Rinder zu reduzieren. Dem Arztbericht vom Dezember 1963 ist zu entnehmen, daß er den Hof in verlottertem Zustand vorgefunden habe, daß jedoch kein Befund vorliege, welcher die körperliche Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinträchtigen könnte.

Die IV-Kommission trat im Januar 1964 auf das Begehren nicht ein mit der Begründung, es seien «keine neuen Momente vorhanden, welche die Ausrichtung einer Rente rechtfertigen würden». Die Ausgleichskasse erließ am 28. Januar 1964 die Verfügung, wonach das Rentenbegehren abgewiesen werde. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies die AHV-Rekurskommission ab. Sie begründete ihren Entscheid damit, daß medizinische Anhaltspunkte für das Vorliegen einer richtigen Geisteskrankheit fehlten. Die Tatsache, daß der Versicherte den Betrieb schlecht bewirtschaftete und damit ein geringes Einkommen erreiche, gehe mehr auf fehlenden Arbeitswillen zurück. Auch wenn eine Invalidität bejaht werden müßte, so könnte eine Rente erst nach durchgeführter besserer Eingliederung zugesprochen werden.

Die hiegegen erhobene Berufung hat das EVG mit folgender Begründung gutgeheißen:

1. Unter Invalidität versteht das IVG die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 IVG). Versichert ist aber nicht der Gesundheitsschaden an sich, sondern seine wirtschaftliche Auswirkung, nämlich die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit, sofern sie das gesetzliche Mindestmaß erreicht. Zu diesem Zweck ist festzustellen, ob und in welchem Maß der Versicherte wegen seines Gesundheitszustandes auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine Erwerbseinbuße erleiden würde im Vergleich zum mutmaßlichen Einkommen, das er ohne Invalidität erzielen würde. Dabei kommt es darauf an, welche Tätigkeit dem Versicherten zugemutet werden kann. Das Maß der tatsächlichen Erwerbseinbuße und dasjenige der Erwerbsunfähigkeit können übereinstimmen, was in der Regel dann zutrifft, wenn anzunehmen ist, der Versicherte sei mit hinreichender Stabilität ins Erwerbsleben eingegliedert.

2. Im vorliegenden Fall stellt sich zunächst die Frage, ob der Berufungskläger im Sinne von Art. 4 IVG als invalid zu betrachten ist. Schon in einem bezirksärztlichen Gutachten vom 17. Januar 1948, das im Berufungsverfahren aufgelegt wird, bezeichnete der Arzt den Berufungskläger als «zweifelloso untermittelmäßig intelligent»; daneben bestehe eine geistige Krankheit, die sich gelegentlich in Verwirrungszuständen, in Behinderung der klaren Überlegung und in eigentlichen Halluzinationen äußere. Bereits vor etwa zehn Jahren habe er ihn wegen eines akuten Verwirrungszustandes beraten müssen. Er benehme sich auffällig, indem er beispielsweise sich selber vor den Pflug spanne und die dazu bestimmten Zugtiere an einen Baum binde. Häufig rufe er auch tags oder nachts allerlei Sinnloses in die Welt hinaus. Im November 1960 berichtete der gleiche Arzt der IV-Kommission, der Versicherte weise eine (damals nicht manifeste) Psychose des schizophrenen Formenkreises auf. Durch den am 24. September 1964 erstatteten ärztlichen Bericht wird bestätigt, daß sich der Zustand des Berufungsklägers seit 1948 nicht geändert habe. In völliger «(Krankheits-)Uneinsichtigkeit» lehne er alle guten Ratschläge ab. Die anfallenden Arbeiten erledige er zur Unzeit. Wegen seiner krankhaften Geistesverfassung sei er nicht fähig, einen nennenswerten Arbeitsertrag zu erzielen.

Auf Grund dieser Berichte darf angenommen werden, daß das Unvermögen des Berufungsklägers, das landwirtschaftliche Gewerbe richtig zu bewirtschaften, weniger auf charakterliche Eigenheiten, als vielmehr auf eine eigentliche Geisteskrankheit zurückgeht. Eine psychiatrische Begutachtung des Versicherten dürfte sich erübrigen, zumal damit zu rechnen wäre, daß eine solche Expertise bei diesem sonderbaren, gealterten Manne den völligen Ausbruch der Schizophrenie zur Folge hätte.

3. Eine Verwertung der dem Berufungskläger verbleibenden Arbeitskraft auf dem ausgeglichenen allgemeinen Arbeitsmarkt wäre ihm nicht zumutbar. Auch eine bessere berufliche Eingliederung ließe sich nicht verwirklichen. Nach der zuverlässigen Feststellung des Arztes käme allein die Beschäftigung als Knecht in einem fremden Landwirtschaftsbetrieb in Betracht. Doch ließe

sich diese Maßnahme wegen der krankheitsbedingten Uneinsichtigkeit des Berufungsklägers nur mit polizeilichem Zwang durchsetzen. Nach ärztlicher Ansicht hätte dies einen schizophrenen Stupor zur Folge, der zum Verlust jeder Arbeitsleistung führen würde. Andererseits scheint es, daß der Berufungskläger aus dem ihm zur Bewirtschaftung überlassenen landwirtschaftlichen Betrieb heute doch einen gewissen bescheidenen Ertrag erarbeiten kann. Vorderhand besteht deshalb auch kein Grund, ihn zu interessieren. Mit seiner heutigen Tätigkeit, die sich anscheinend auf die Bewirtschaftung von nur mehr 450 a (gegenüber früher 750 a) Land beschränkt und die von den vormundschaftlichen Organen und offenbar auch von seinen Verwandten gebilligt wird, realisiert der heute 59jährige, gutwillige Verwahrte seine restliche Arbeitsfähigkeit auf die ihm noch mögliche Weise. Unter diesen Umständen muß er als eingegliedert betrachtet werden.

Demnach ist für die Beurteilung, ob die Invalidität des Berufungsklägers rentenbegründendes Ausmaß aufweise, das von ihm heute erzielte Erwerbseinkommen mit jenem zu vergleichen, das er realisieren würde, wenn er nicht mit einem geistigen Gesundheitsschaden behaftet wäre. Der Vormund des Berufungsklägers macht geltend, der ursprüngliche Wert der Viehhabe sei wegen der Mißwirtschaft seit Ende 1960 von rund 8200 Franken innerhalb von drei Jahren auf 3100 Franken gesunken. Rückstellungen und Anschaffungen hätten nicht gemacht werden können. Das Jahreseinkommen belaufe sich mit Kost und Logis auf 2600 Franken. Ohne Invalidität würde sich der Berufungskläger wahrscheinlich als Hilfsarbeiter betätigen und dabei ein Jahreseinkommen von etwa 8400 Franken erzielen. Der Invaliditätsgrad liege somit über 50 Prozent.

Auf Grund dieser Angaben, die im wesentlichen durch den ärztlichen Bericht vom 24. September 1964 bestätigt werden, kann als gesichert gelten, daß der Berufungskläger wegen seiner geistigen Beeinträchtigung die Erwartungen, welche die vormundschaftlichen Organe und selbst die eigenen Verwandten in ihn setzten, als sie ihm nach dem Tod seiner Mutter anfänglich den ganzen Betrieb zur Bewirtschaftung überließen, nicht zu erfüllen vermochte. Es scheint, daß die schlechten wirtschaftlichen Auswirkungen seiner Krankheit seit der Verfügung vom 9. Februar 1961 ein derartiges Ausmaß angenommen haben, daß inzwischen eine bleibende Erwerbsunfähigkeit in rentenbegründendem Ausmaß entstanden sein dürfte. Wann dies der Fall war und wie groß der Invaliditätsgrad tatsächlich veranschlagt werden muß, läßt sich aber anhand der vorliegenden Akten nicht zuverlässig ermitteln. Es wird Sache der IV-Kommission sein, den Zeitpunkt der Entstehung des allfälligen Rentenanspruchs (Art. 29 IVG) und das Ausmaß der Invalidität abzuklären. Zu diesem Zweck ist es unumgänglich, den in der Beschwerde beschriebenen wirtschaftlichen Zerfall in zeitlicher und maßlicher Hinsicht näher zu bestimmen. Dabei wird der bedeutende invaliditätsbedingte Verschleiß, der sich in der Wertverminderung des Viehbestandes, des Landes, der Gebäude und Werkzeuge zeigt, bei der Errechnung des erzielten Einkommens zu berücksichtigen sein.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die erste Anmeldung vom März 1960 mit Bezug auf den Rentenanspruch noch wirksam sei. Dies ist zu verneinen. Ist ein Rentenbegehren rechtskräftig abgewiesen worden, so verliert die Anmeldung, mit der es geltend gemacht wurde, hinsichtlich

der Rentenfrage ihre Wirkung. Ein späterer Rentenanspruch kann, sofern die Verfügung es, z. B. durch vorgängige Anordnung von Eingliederungsmaßnahmen, nicht anders vorsah, nur durch eine neue Anmeldung erhoben werden. Dies bedeutet für den vorliegenden Fall, daß die im März 1960 erfolgte Anmeldung hinsichtlich des heutigen Rentenanspruchs wirkungslos ist, weil das frühere Rentenbegehren durch die Kassenverfügung vom 9. Februar 1961 rechtskräftig erledigt wurde. Es bedurfte einer neuen Anmeldung, die im November 1963 erfolgte. Gestützt auf Art. 48, Abs. 2, IVG ist deshalb die Rente nur vom Monat dieser zweiten Anmeldung an auszurichten, es sei denn, die Abklärungen der IV-Kommission ergäben, daß der Rentenanspruch nicht mehr als sechs Monate vor dieser Anmeldung entstanden ist.

Urteil des EVG vom 22. Dezember 1964 i. Sa. M. B.

Art. 5 und Art. 28, Abs. 2, IVG; Art. 27 IVV. Ein Versicherter kann bei der Bemessung der Invalidität nicht teilweise als Erwerbstätiger und teilweise als Nichterwerbstätiger behandelt werden, vielmehr ist abzuklären, ob er als Erwerbstätiger oder als Nichterwerbstätiger zu qualifizieren sei.

Die 1919 geborene, seit 1952 verheiratete Versicherte meldete sich im November 1963 zum Leistungsbezug bei der IV. Sie gab an, daß sie seit 1952 wegen Rückenschmerzen in ärztlicher Behandlung stehe, ein Stützkorsett tragen müsse und bei der Verrichtung von Hausarbeiten behindert sei.

Der Arzt diagnostizierte in seinem Bericht an die IV-Kommission vom 9. Januar 1964 eine Diskushernie L4/L5 und erachtete die Versicherte als zu 50 Prozent arbeitsunfähig. Auf Veranlassung der IV-Kommission nahm eine Fürsorgerin der Pro-Infirmitas weitere Abklärungen vor und führte in einem hierüber erstatteten Bericht vom 17. Februar 1964 u. a. aus: Die Eheleute hätten vor ungefähr drei Jahren ein landwirtschaftliches Heimwesen übernommen, hielten aber kein Vieh. Die Versicherte, die sich nicht mehr bücken könne, vermöge den größeren Teil der einschlägigen Arbeiten selber zu besorgen; ihre Arbeitsfähigkeit als Hausfrau sei nicht mehr als zu 25 bis 30 Prozent eingeschränkt. Bis zum Sommer 1963 habe sie gelegentlich bei benachbarten Bauern auf dem Lande mitgeholfen und so ein Taschengeld verdient; sie glaube, daß sie diese Arbeit wegen der Rückenschmerzen nicht mehr verrichten könne.

Durch Verfügung vom 16. April 1964 teilte die Ausgleichskasse der Versicherten mit, die IV-Kommission habe beschlossen, ein Stützkorsett abzugeben; dagegen habe sie einen Anspruch auf Rente verneint, weil keine 50-prozentige Invalidität bestehe.

Eine von der Versicherten gegen die Verweigerung der Rente erhobene Beschwerde hieß die kantonale Rekursbehörde dahin gut, daß sie die Sache zur weiteren Abklärung und zu neuer Beschlußfassung an die IV-Kommission zurückwies. Der Begründung des Rekursentscheides vom 17. August 1964 läßt sich entnehmen: Sofern man die Versicherte als nichterwerbstätige Hausfrau qualifiziere, müsse eine Invalidität in rentenbegründendem Ausmaß verneint werden. Indessen habe die Versicherte bis zum Sommer 1963 bei Nachbarn gelegentlich landwirtschaftliche Arbeiten verrichtet, die sie

nach ihren Angaben nicht weiter besorgen könne. Die IV-Kommission hätte daher auch prüfen müssen, ob es der Versicherten ohne Invalidität zuzumuten gewesen wäre, einem Nebenerwerb nachzugehen und, wenn ja, welches Einkommen sie damit hätte erzielen können. Der Invaliditätsgrad wäre gegebenenfalls unter Berücksichtigung des Ausfalles an Nebenerwerb zu bestimmen, «wobei die Arbeitsunfähigkeit als Hausfrau mit 25 bis 30 Prozent zu veranschlagen ist». Sofern ein Invaliditätsgrad von 40 Prozent festgestellt würde, wäre auch die Frage des Härtefalles zu prüfen.

Den kantonalen Rekursentscheid hat die Versicherte durch Berufung an das EVG weitergezogen. Sie macht geltend, daß der Rekursentscheid auf unrichtigen tatsächlichen Annahmen beruhe, was aus einem Bericht ihres ehemaligen Lehrers hervorgehe. In diesem Bericht wird u. a. ausgeführt:

«Die Versicherte arbeitete nach der 1952 erfolgten Heirat bis 1955 auf dem ihrer Schwiegermutter gehörenden Landwirtschaftsbetrieb. Da sie nicht imstande war, weiterhin landwirtschaftliche Arbeiten zu verrichten, zog sie mit ihrem Mann in einen anderen Ort; dort war dieser als Bauhandwerker tätig, bis er erkrankte. In der Folge arbeitete die Versicherte in einer Handweberei, um den krankheitsbedingten Verdienstausschlag des Mannes zu überbrücken. Sie mußte aber die Stelle aus Gesundheitsrücksichten wieder aufgeben; auch ein Versuch, sich mit Flickarbeiten durchzubringen, schlug fehl. Schließlich zog dann die Versicherte mit ihrem Mann in ein Haus, das zu einem landwirtschaftlichen Betrieb gehört. Der Ehemann ist seither als Zimmereihandwerker tätig, während das Heimwesen von einem Schwager bewirtschaftet wird».

Das EVG wies die Berufung mit folgender Begründung ab:

1. Gemäß Art. 28, Abs. 1, IVG besteht ein Anspruch auf Rente, wenn der Versicherte mindestens zur Hälfte, in Härtefällen mindestens zu zwei Fünfteln invalid ist. Unter Invalidität versteht das Gesetz eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit, die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursacht ist, welchem eine Krankheit, ein Geburtsgebrechen oder ein Unfall zugrundeliegt (Art. 4 IVG). War ein volljähriger Versicherter vor Eintritt der Invalidität nicht erwerbstätig und kann ihm die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden, so wird die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, der Erwerbsunfähigkeit gleichgestellt (Art. 5, Abs. 1, IVG).

Für die Bemessung der Invalidität Erwerbstätiger 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 zu erreichen vermöchte, wenn er nicht invalid geworden wäre (Art. 28, Abs. 2, IVG). Hinsichtlich der Bemessung der Invalidität nichterwerbstätiger Versicherter im Sinne von Art. 5, Abs. 1, IVG steht es dem Bundesrat zu, ergänzende Vorschriften zu erlassen (Art. 28, Abs. 3, IVG). Gestützt hierauf hat der Bundesrat in Art. 27, Abs. 1, IVV angeordnet, daß bei solchen Versicherten, namentlich bei Hausfrauen und Klosterinsassen, für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt wird, in welchem Maße sie behindert sind, sich im bisherigen

Aufgabenkreis zu betätigen. Als Aufgabenkreis der Hausfrau gilt gemäß Art. 27, Abs. 2, IVV die übliche Tätigkeit im Haushalt und allenfalls im Betriebe des Ehemannes sowie die Erziehung der Kinder.

2. Nach dieser gesetzlichen Ordnung sind für Erwerbstätige und für Nichterwerbstätige die Grundlagen der Invaliditätsschätzung gänzlich verschieden, wird doch einerseits auf die Erwerbsunfähigkeit und andererseits auf die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im spezifischen Aufgabenkreis abgestellt. Es ist daher nicht möglich, einen Versicherten bei der Bemessung der Invalidität teilweise als Erwerbstätigen und teilweise als Nichterwerbstätigen zu behandeln. Vielmehr müssen die beiden Versichertenkategorien klar auseinandergehalten werden; die Organe der IV haben sich in jedem Fall schlüssig zu werden, ob der Rentenansprecher als Erwerbstätiger oder als Nichterwerbstätiger zu qualifizieren sei. Das ergibt sich bereits aus dem Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Einführung der IV (insbesondere S. 26 und S. 116), auf den in der bundesrätlichen Botschaft zum IVG ausdrücklich verwiesen wird (S. 26). Für die Beurteilung der Frage, ob ein Rentenansprecher, der vor Eintritt der Invalidität nicht erwerbstätig war, hinsichtlich der Bemessung des Invaliditätsgrades als Erwerbstätiger oder als Nichterwerbstätiger zu behandeln sei, kommt es darauf an, ob ihm für den Fall verbleibender Erwerbsfähigkeit erheblichen Grades die Ausübung einer solchen zugemutet werden könnte oder nicht. Dabei ist die Zumutbarkeit objektiv nach den Verhältnissen des Rentenansprechers zu beurteilen (vgl. die zitierten Ausführungen im Expertenbericht und in der Botschaft).

Hausfrauen (und Klosterinsassen) ist meistens die Verwertung ihrer Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt nicht zuzumuten, so daß sie bei der Invaliditätsschätzung als Nichterwerbstätige behandelt werden müssen. Erwarb jedoch eine Hausfrau vor dem Eintritt der Invalidität aus eigener Arbeit den überwiegenden Teil dessen, was sie bei voller Ausübung einer Erwerbstätigkeit gleicher Art hätte verdienen können, so ist ihr eine Erwerbstätigkeit grundsätzlich zuzumuten mit der Folge, daß sich ihre Invalidität nach der für Erwerbstätige geltenden Ordnung bemißt. Gleich verhält es sich für diejenigen verheirateten Frauen, die zwar unmittelbar vor dem Eintritt des Versicherungsfalles nicht erwerbstätig waren, die aber seither ihren sozialen Verhältnissen zufolge eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hätten, wären sie nicht schon tatsächlich invalid gewesen (EVGE 1961, S. 166; ZAK 1961, S. 365); denn auch hier ist die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit grundsätzlich zumutbar. Offen bleibt, ob bisher erwerbstätige Hausfrauen, über den Wortlaut des Art. 5, Abs. 1, IVG hinaus, nicht dann als Nichterwerbstätige zu qualifizieren wären, wenn nach ihren Verhältnissen anzunehmen ist, daß sie sich in Zukunft, trotz verbleibender Erwerbsfähigkeit, nur noch auf die Führung von Hausgeschäften beschränkt hätten.

Gehört eine Hausfrau nach den genannten Kriterien zu den Erwerbstätigen, so ist ihre Invalidität in Anwendung von Art. 28, Abs. 2, IVG in der Weise zu ermitteln, daß das erzielbare IV-Einkommen mit dem ohne Invalidität erzielbaren Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird. Ist dagegen die Hausfrau als Nichterwerbstätige zu qualifizieren, so entspricht der Grad ihrer Invalidität dem Grad der Beschränkung der Leistungsfähigkeit in ihrem spezifischen Aufgabenkreis (Art. 27, Abs. 1, IVV). Gemäß

Art. 27, Abs. 2, IVV ist allenfalls auch eine außerhäusliche Tätigkeit der Hausfrau im Betrieb des Ehemannes miteinzubeziehen. Es stellt sich daher die Frage, ob bei der Bestimmung des Grades der Leistungsfähigkeit einer Hausfrau in analoger Anwendung von Art. 27, Abs. 2, IVV außerhäusliche Tätigkeit bei Dritten nicht ebenfalls zu berücksichtigen sei; doch braucht diese Frage heute nicht näher geprüft zu werden.

3. Im vorliegenden Fall geht aus den Akten nicht klar hervor, ob die Versicherte für die Invaliditätsbemessung als Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige zu behandeln sei. (Die Angaben in der Berufung, nach denen die Versicherte eher zu den Erwerbstätigen zu zählen wäre, sind nicht näher belegt). Demnach hat die Vorinstanz die Sache mit Recht zur weiteren Abklärung und zu neuer Beschlußfassung hinsichtlich des Anspruches auf Rente an die IV-Kommission zurückgewiesen. Nach dem Gesagten geht es aber nicht an, der Invaliditätsbemessung gleichzeitig die Beeinträchtigung in der Erwerbsfähigkeit und in der Leistungsfähigkeit im spezifischen Aufgabenkreis zu Grunde zu legen, wie das die Vorinstanz angeordnet hat. Vielmehr muß die IV-Kommission zunächst prüfen, ob die Versicherte als Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige zu qualifizieren sei; je nach dem Ergebnis dieser Prüfung bestimmt sich dann die Invalidität entweder nach Art. 28, Abs. 2, IVG oder nach Art. 27 IVV.

Urteil des EVG vom 30. Dezember 1964 i. Sa. O. J.

Art. 84 IVV bzw. Art. 76, Abs. 1, AHVV. Kommt der geschiedene Vater der Unterhaltspflicht gegenüber seinen Kindern dauernd ungenügend nach und fallen sie deshalb zum Teil der privaten oder öffentlichen Fürsorge zur Last, so können die Kinder-Zusatzrenten einer geeigneten Drittperson ausgerichtet werden.

Die erste Ehe des Versicherten, aus der sechs Kinder hervorgingen, wurde am 31. Oktober 1958 geschieden. Nach dem Scheidungsurteil ist er verpflichtet, den Kindern, die der Mutter zugesprochen wurden, Unterhaltsbeiträge von insgesamt 240 Franken pro Monat zu entrichten. Anfangs November 1962 ersuchte der Versicherte um Leistungen der IV. Die IV-Kommission beschloß am 27. Februar 1964, dem Versicherten, der Ende September 1963 wieder geheiratet hatte, eine ganze einfache Invalidenrente zu gewähren. Ende Mai 1964 ersuchte der drei Kinder aus der geschiedenen Ehe betreuende Amtsvormund die Ausgleichskasse, die Kinderrenten der Mutter auszuzahlen. In zwei Verfügungen vom 11. Juni 1964 eröffnete die Ausgleichskasse dem Versicherten, es stehe ihm vom 1. September 1963 an eine ganze einfache Invalidenrente sowie für seine Ehefrau und die drei Kinder aus erster Ehe Zusatzrenten zu. Die drei Kinderrenten würden an die geschiedene Frau und Mutter der Kinder ausbezahlt.

Der Versicherte beschwerte sich gegen diese Verfügungen mit dem Antrag, auch die drei Kinderrenten seien an ihn auszuzahlen. Die Rekurskommission vertrat in ihrem Entscheid vom 24. August 1964 die Auffassung, es liege kein Tatbestand vor, der nach Art. 76 AHVV die Auszahlung der Rente an die geschiedene Frau des Versicherten rechtfertige, und hieß die Beschwerde gut.

Die gegen diesen Entscheid von der Ausgleichskasse eingelegte Berufung wurde vom EVG auf Grund der folgenden Erwägungen gutgeheißen:

1. ...

2. Nach Art. 76, Abs. 1, AHVV 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 verwenden, und daß er oder die Personen, für die er sorgen muß, deswegen ganz oder teilweise der öffentlichen oder privaten Fürsorge zur Last fallen.

Diese Vorschrift ist in IV-Sachen und somit auch im vorliegenden Fall sinngemäß anwendbar (Art. 84 IVV). Hier ist streitig, an wen die Kinderzusatzrenten auszuzahlen sind. Solche Zusatzrenten stehen zwar ebenfalls dem Rentenberechtigten zu, müssen aber ausschließlich für den Unterhalt der Kinder verwendet werden (vgl. ZAK 1965, S 53). Gebraucht ein Rentenberechtigter die Zusatzrenten zweckwidrig oder ist er nachweisbar nicht imstande, die Renten für die Kinder zu verwenden, und fallen diese deswegen ganz oder teilweise der öffentlichen oder privaten Fürsorge zur Last, so müssen sinnvollerweise — über die in Art. 76 AHVV genannten Zahlungsempfänger hinaus — auch diejenigen Drittpersonen oder Behörden die Kinderzusatzrenten anfordern und für die Kinder entgegennehmen können, die diesen gegenüber gesetzlich oder sittlich unterstützungspflichtig sind oder sie dauernd fürsorgerisch betreuen.

Es ist zu prüfen, ob hier die entsprechenden Voraussetzungen im Zeitpunkt, in dem die umstrittenen Verfügungen ergingen, objektiv erfüllt waren oder nicht.

3.a. Der Amtsvormund macht glaubwürdig geltend, der Berufungsbeklagte habe seine Alimentenverpflichtung dauernd ungenügend erfüllt. Diese Tatsache läßt sich überdies den bei den Akten liegenden Schreiben der Fürsorgedirektion vom 23. August 1961 und 25. Februar 1964 entnehmen. Daraus geht unter anderem hervor, daß der Versicherte Ende Mai 1962 Unterhaltsbeiträge von 6680 Franken schuldete und Ende November 1963 zudem anerkannte, für den Zeitraum 1. Juni 1962 bis 31. Oktober 1963 4080 Franken nicht bezahlt zu haben. Im maßgebenden Zeitpunkt mußte deshalb angenommen werden, der Versicherte sei entweder nicht imstande oder nicht willens, die Kinderzusatzrenten ihrem Zwecke gemäß zu verwenden. Ob er darüber hinaus gegen Art. 217 StGB verstoßen habe, ist in diesem Zusammenhang unerheblich.

b. Wie der Amtsvormund ferner ausführt, fielen die Mutter und ihre Kinder zeitweise der öffentlichen und privaten Fürsorge zur Last, wobei das Ausbleiben der Unterhaltsbeiträge wenigstens teilweise kausal war.

c. Der Amtsvormund und die geschiedene Ehefrau des Berufungsbeklagten sind als Drittpersonen zu betrachten, welche die drei Kinder dauernd betreuen und ferner fähig sind, die Kinderzusatzrenten zweckentsprechend zu verwenden.

d. Somit waren im maßgebenden Zeitpunkt die Voraussetzungen gegeben, die nach der sinngemäßen Anwendung von Art. 76, Abs. 1, AHVV in IV-Sachen vorliegen mußten, damit die Ausgleichskasse die Kinderzusatzrenten an die Mutter auszuzahlen befugt war. Der vorinstanzliche Entscheid ist deshalb aufzuheben.

4. Man kann sich zudem fragen, ob man nicht auch auf anderem Wege zum gleichen Ergebnis kommen müßte.

Nach Art. 22, Abs. 2, AHVG kann die getrennt lebende Ehefrau verlangen, daß die halbe Ehepaar-Altersrente ihr ausgerichtet werde. Dies ist eine Sondervorschrift, die dem Art. 76 AHVV vorgeht und keiner weiteren Erfordernisse bedarf. Dabei ist diese Rente nicht einmal eine an sich gesetzlich ausgestaltete, zweckgebundene Zusatzrente. Hinsichtlich der Zusatzrente für die Ehefrau im Sinne von Art. 34, IVG geht die Rechtsordnung entsprechend der Aussonderung dieser Rente noch weiter. Sie stellt die geschiedene Frau der Ehefrau gleich, sofern jene «für die ihr zugesprochenen Kinder überwiegend aufkommt», und räumt der getrennten oder geschiedenen Frau das Recht schlechtweg ein, die Zusatzrente an sich überweisen zu lassen (Art. 34, Abs. 2 und 3, IVG). Man würde nun eigentlich erwarten, daß der Gesetzgeber für die Auszahlung von Kinderzusatzrenten in Art. 35 IVG eine analoge Sonderregel für den Fall getroffen hätte, daß die elterliche Gewalt dem geschiedenen Mann und Rentenberechtigten entzogen wurde, die Kinder nicht bei ihm wohnen und seine allgemeine Unterhaltspflicht im Sinne von Art. 272 ZGB sich in einem Kostenbeitrag erschöpft (vgl. dazu auch Egger, 2. Aufl., N 8 und 17 zu Art. 156 ZGB). Eine solche Sonderregel fehlt jedoch. Diese Inkonsequenz mag auf die Entstehungsgeschichte des Art. 34 IVG zurückgehen. Die Expertenkommission lehnte es noch ab, für die geschiedene Frau eines Invaliden eine Zusatzrente vorzusehen (Bericht S. 137, Ziffer 2). Der Bundesrat hielt an dieser Auffassung fest, obwohl sie im Vernehmlassungsverfahren angefochten worden war. Er erklärte in der Botschaft zum IVG (S. 65):

«Zudem müßte die Rente, um eine wirksame Hilfe für die geschiedene Frau darzustellen, dieser selbst ausgerichtet werden, was dem oben geschilderten Charakter der Angehörigenrente als einer Zusatzrente für den Invaliden widersprechen würde».

Daß sich das Problem auch für die Kinder stellt, die der geschiedenen Frau zugesprochen sind, übersah man.

«Vor allem im Interesse der Kinder», wurde in der Kommission des Nationalrates der Antrag gestellt, es sei grundsätzlich auch für die geschiedene Frau eine Zusatzrente vorzusehen (Protokoll der I. Session S. 115). Dieser Antrag wurde gutgeheißen und führte in der Folge dazu, daß Art. 34 IVG, der nach dem bundesrätlichen Entwurf bloß den ersten Absatz des geltenden Gesetzes umfaßte, um die Abs. 2 und 3 erweitert wurde (II. Session, S. 157, II. Session, S. 4) Nach wie vor übersah man jedoch, daß die Logik der Sache eine analoge Regelung der Auszahlung von Kinderzusatzrenten erfordert hätte.

Da jedoch der vorliegende Fall bereits gestützt auf Art. 76 AHVV entschieden werden kann, mögen die weitergehenden Erwägungen der Verwaltung lediglich zur Prüfung dienen.

5. ...

VON
MONAT
ZU
MONAT

Der Bundesrat hat am 10. August eine *neue Verordnung über die von der IV anerkannten Geburtsgebrechen* erlassen. Diese Verordnung ist am 1. September in Kraft getreten und ersetzt diejenige vom Jahre 1961. Die in der neuen Verordnung enthaltene Liste der Geburtsgebrechen wird in ZAK, S. 401 wiedergegeben und kommentiert.

*

Die *Gemischte Kommission für die Zusammenarbeit zwischen AHV- und Steuerbehörden* tagte am 19. und 20. August unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung. Sie schloß die Beratungen allfälliger Änderungen in der AHVV betreffend die Festsetzung der Beiträge Selbständigerwerbender ab und diskutierte die Erfassung ausländischen Erwerbseinkommens, die Auswirkungen kantonaler Steueramnestien auf die AHV sowie die Erhöhung des Naturallohn-Ansatzes nichtlandwirtschaftlicher Arbeitnehmer.

*

Der *Ausschuß für Verwaltungskostenfragen der Eidgenössischen Kommission für die AHV und IV* hielt am 24. August unter dem Vorsitz seines Präsidenten, Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung, eine Sitzung ab. Im Anschluß an eine Orientierung über die Verwaltungskosten-Ergebnisse der Ausgleichskassen der letzten Jahre nahm er zuhanden der Gesamtkommission insbesondere Stellung zur Neuregelung der Verwaltungskosten-Zuschüsse an die kantonalen Ausgleichskassen.

*

Unter dem Vorsitz von Nationalrat Brawand (Vevey) und im Beisein von Bundespräsident Tschudi und Direktor Saxer, Beauftragter für Sozialversicherungsabkommen, tagte am 2. September die *Kommission des Nationalrates* für die Vorberatung der Bundesbeschlüsse über die *Genehmigung des von der Schweiz mit der Bundesrepublik Deutschland abgeschlossenen Abkommens über Soziale Sicherheit* und des *Zusatzabkommens über Sozialversicherung mit Österreich*. Die Kommission stimmte nach einläßlicher Diskussion den beiden Vorlagen einstimmig zu.

*

Am 3. September wurde in Vaduz von Direktor Saxer, Beauftragter für Sozialversicherungsabkommen, für die Schweizerische Eidgenossen-

schaft und Regierungschef Dr. Batliner für das Fürstentum *Liechtenstein* das *Abkommen über die AHV und IV* unterzeichnet (s. ZAK, S. 353). Das Abkommen wird nach Austausch der Ratifikationsurkunden in Kraft treten.

*

Die vier Ausschüsse der *Eidgenössischen Expertenkommission für die Revision der IV* haben bis Mitte September den größten Teil der Revisionspostulate behandelt. Die Bereinigung der restlichen Revisionspunkte dürfte im Laufe des Herbstes erfolgen, so daß anfangs 1966 das Plenum der Kommission zu den Vorschlägen seiner Ausschüsse Stellung nehmen kann.

Ergänzungsleistungen der Kantone

Einkommensgrenzen und anrechenbares Einkommen

In ZAK, Seite 356, ist auf das Wesen der Ergänzungsleistungen und ihre «Auffüllfunktion» hingewiesen worden. Eine zentrale Stellung nimmt dabei die *Einkommensgrenze* ein, bis zu der das anrechenbare Einkommen des Bezügers «ergänzt» werden soll.

Die Festsetzung der gesetzlichen Einkommensgrenzen ist eine äußerst heikle und undankbare Aufgabe — dies aus verschiedenen Gründen. Den Ergänzungsleistungen liegt der Gedanke zugrunde, daß Mitbürger, die wegen Alter, Tod des Ernährers oder Invalidität sich nicht selber helfen können, Anspruch auf eine Leistung der Öffentlichkeit haben sollen, die ihren Existenzbedarf deckt. Unter Existenzbedarf wird nach Dr. E. Elmer, Experte der Steuerverwaltungen und Betreibungsämter für Fragen der Aufwandschätzung, ein unter den heutigen Begebenheiten vertretbarer Betrag verstanden, der erforderlich ist, eine nach objektiven Maßstäben gemessene einfache, aber menschenwürdige Lebensführung zu ermöglichen. Die Verwirklichung dieses Postulates ist aber nicht einfach, weil über Ausmaß und Bemessung des Existenzbedarfes die Auffassungen auseinandergehen.

Zunächst ist der Aufwand für die Deckung der lebensnotwendigen Bedürfnisse sehr unterschiedlich. Man denke nur an die Wohnungsmieten. Aber auch die Aufwendungen für Nahrungsmittel weichen stark

voneinander ab, je nachdem der Konsument Selbstversorger ist oder nicht, ob er jung oder alt, gesund oder krank ist. Sehr uneinheitlich sind ferner die Kosten der Gesundheitspflege, umfassend u. a. die Kosten für Arzt, Arznei und Krankenpflege und die legitimen Ansprüche an Bildung und Erholung. Ferner verlangt man von einer gesamtschweizerischen Lösung, daß sie dem Einwohner Basels wie dem eines Bergdorfs im oberen Tessin gleichermaßen gerecht werde.

Wer darum an diese Aufgabe herantritt, wird sich eindrucklich des Lord Beveridge zugeschriebenen Wortspiels «By no means — means test» erinnern, mit dem sich der berühmte Sozialpolitiker resolut gegen jede Form der Bedarfsleistungen in der Sozialversicherung gewehrt habe. Die Festsetzung der Einkommensgrenzen sollte einfach, einheitlich und elastisch sein — Forderungen, die nicht ohne weiteres unter einen Hut zu bringen sind. Setzt man die Grenzen zu hoch an, so wird der Wille zur Selbsthilfe gehemmt; Sparer und Rentner kommen sich betrogen vor, Selbstvorsorge sowie betriebliche und berufliche Kollektivvorsorge werden wegen hoher Aufwendungen für die Finanzierung einer großzügigen Staatsvorsorge zurückgebunden — setzt man sie zu tief an, so wird das Ziel, möglichst alle Mitbürger von wirtschaftlicher Not oder von der Armenpflege zu bewahren, nicht erreicht.

Der schweizerische Föderalismus hat sich bei der Erfüllung der Aufgabe, vor die sich der Bundesgesetzgeber gestellt sah, wieder einmal mehr bewährt. Das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen sieht besondere Einkommensgrenzen für Alleinstehende, Ehepaare und Kinder vor, die mit den Berechnungen über den Existenzbedarf zum Teil überraschend gut übereinstimmen, aber nicht nur auf dieses Kriterium abstellen. Finanzielle Überlegungen und das Bestreben, vom Bisherigen nicht zu stark abzuweichen, spielten ebenfalls mit. Das Gesetz verlangt ferner eine angemessene Zusammenrechnung der Einkommensgrenzen für Familien; im übrigen aber läßt es den Kantonen eine verhältnismäßig große Bewegungsfreiheit für die Berücksichtigung ihrer besonderen Verhältnisse. Vor allem ist es den Kantonen freigestellt, die im Bundesgesetz vorgesehenen Einkommensgrenzen bis zu einem Fünftel herabzusetzen.

Bedeutsamer sind die Anpassungsmöglichkeiten an die individuellen und regionalen Bedürfnisse sowie die Konzessionen an die kantonale Entscheidungsfreiheit über die zweite Komponente, die die Höhe der Ergänzungsleistung im Einzelfall bestimmt, nämlich *das anrechenbare Einkommen*. Auf diesem Gebiet ist eine viel feinere Anpassung an individuelle Bedürfnisse möglich.

Als erstes Moment ist die *Privilegierung des Erwerbs- und Renteneinkommens* zu verzeichnen. Zu den großen Nachteilen der Bedarfsrente gehört die Beeinträchtigung des Selbsthilfewillens, der für den Bezug in Frage kommenden Personen. Bezüglern, welche noch eine geringfügige Erwerbstätigkeit ausüben oder die im Laufe ihrer Erwerbsperiode Anspruch auf eine bescheidene Pension erworben haben, werden die Ergänzungsleistungen gekürzt oder im schwersten Fall entzogen. Die heute volkswirtschaftlich sehr erwünschte und für die Ausübenden wichtige Erwerbstätigkeit der Betagten und Invaliden und der soziale Wille der Arbeitgeber, eine Betriebsvorsorge zu schaffen, werden auf diese Weise mehr oder weniger gelähmt. Diesem Nachteil wirkt die Bevorzugung des Erwerbs- und Renteneinkommens entgegen, indem solche Einkommen zusammengerechnet bis zu 240 Franken (bei Alleinstehenden) bzw. 400 Franken im Jahr (bei Verheirateten und Personen mit rentenberechtigten und an der Rente beteiligten Kindern) außer Acht gelassen und der Rest nur zu zwei Dritteln angerechnet werden. Die Kantone können außerdem die Freigrenzen bis zum doppelten Betrag erhöhen.

Den *Sparern* kommt das Gesetz auf andere Weise entgegen. Zwar wird Vermögensertrag nicht zum privilegierten Einkommen gezählt. Bei der Anrechnung eines Teils des Vermögens als Einkommen ist dagegen eine großzügige Lösung getroffen worden, indem nur Vermögen, das bei Einzelpersonen 15 000, bei Ehepaaren 25 000 und bei Kindern 10 000 Franken übersteigt, zu einem Fünftel als Einkommen angerechnet wird.

Eine weitere Anpassung an die Bedürfnisse des Einzelfalles ist möglich durch die Ermächtigung an die Kantone, *Mietzinse*, die ein Fünftel der Einkommensgrenze übersteigen, bis zu einem gewissen Betrag vom Bruttoeinkommen abzuziehen. Mietzinse eignen sich wegen ihrer großen Unterschiedlichkeit denkbar schlecht für den Einschluß in einen allgemeingültigen Durchschnittsansatz des Existenzbedarfs. Wie schon die Botschaft des Bundesrates festhält, ist diese Bestimmung geeignet, Unterschiede in der Belastung durch den Mietzins in der Stadt und auf dem Lande, zwischen Alt- und Neuwohnungen einigermaßen auszugleichen. Die betragsmäßige Begrenzung des Abzuges nach oben wiederum soll Mißbräuche verhindern helfen. Für die Verwaltung ist diese subtile Regelung allerdings alles andere als ideal. Sie erschwert die Festsetzung der Ergänzungsleistungen beträchtlich. Es ist daher durchaus verständlich, wenn finanzkräftige Kantone es vorziehen, ein gut

ausgebautes System von Mietzinszuschüssen zu schaffen und auf Mietzinsabzüge bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen zu verzichten.

Ein anderer, im Bundesgesetz vorgesehener Abzug kann die Verwaltung noch stärker belasten, wenn er nicht sorgfältig umschrieben wird. Es handelt sich um den Abzug der «ausgewiesenen, ins Gewicht fallenden *Kosten für Arzt, Arznei und Krankenpflege*». In Härtefällen, besonders bei längerer Bettlägerigkeit, kostspieliger Behandlung und vor allem bei dauernd Pflegebedürftigen kann sich dieser Abzug als sozial äußerst wertvoll auswirken. Er erlaubt im Extremfall, Ergänzungsleistungen in der Höhe eines Betrages auszurichten, der der Einkommensgrenze entspricht, nämlich immer dann, wenn die Krankheitskosten so hoch sind, daß sie zusammen mit andern abzugfähigen Aufwendungen (z. B. Versicherungsprämien) den Betrag des Bruttoeinkommens des Bezügers aus Renten (AHV/IV) und andern Quellen erreichen oder übersteigen. Dauernd hospitalisierte alleinstehende Pflegebedürftige werden daher sehr wohl Ansprüche auf jährliche Ergänzungsleistungen in der Höhe von 3 000 oder 2 400 Franken geltend machen können, die ihnen neben der AHV- oder IV-Rente und anderem Einkommen auszurichten sind. Bis zu einem gewissen Grade kann damit auch das Problem der Hilflosenentschädigung an Altersrentner als gelöst betrachtet werden. Durch diese Ordnung wird es möglich sein, dauernd Pflegebedürftige von der Armengenössigkeit zu befreien, die bisher als zu ihrem eisernen Bestand gehörend betrachtet wurden. Jedenfalls wird durch diese Ordnung, wie überhaupt durch Ergänzungsleistungen, die Armenpflege in beträchtlichem Ausmaß entlastet.

Abgezogen werden können allerdings nur Kosten, die nicht durch eine Krankenversicherung oder die IV oder anderswie, z. B. durch Verpfändungsvertrag gedeckt sind. Gegen Krankheit oder Invalidität Versicherte werden aber insofern nicht benachteiligt, als sie die Beiträge an die obligatorische AHV und IV unbeschränkt und Krankenversicherungsprämien zusammen mit anderen Versicherungsbeiträgen bis zum Betrage von 300 Franken (für Alleinstehende) bzw. 500 Franken im Jahr (für Ehepaare oder Personen mit rentenberechtigten oder an der Rente beteiligten Kindern) in Abzug bringen dürfen.

Dem Sinn der Ergänzungsleistungen widerspräche es indessen, wenn durchaus *normale* Krankenkosten ebenfalls abgezogen werden könnten. Dies ist auch gar nicht notwendig. Im durchschnittlichen Existenzbedarf, den die Einkommensgrenze berücksichtigt, ist ein gewisser Aufwand für Gesundheitspflege reserviert; von diesem machen bei Alters- und Invalidenrentnern die Krankheitskosten den weitaus größten Teil aus.

Für alleinstehende Betagte und Invalide kann mit einem normalen Aufwand für Krankheitskosten von 150 bis 240 Franken im Jahr gerechnet werden, der sich für Ehepaare ungefähr verdoppelt. Eine besondere Berücksichtigung normaler Krankheitskosten bei der Festsetzung von Ergänzungsleistungen würde zu einer fast nicht zu bewältigenden Verwaltungsarbeit führen, weil für nahezu alle Fälle, in denen Ergänzungsleistungen ausgerichtet werden, Krankheitsauslagen geprüft und bei der Festsetzung der Leistung berücksichtigt werden müßten. Da sich diese Kosten von Jahr zu Jahr ändern, müßten auch die Ergänzungsleistungen fortlaufend neu angepaßt werden. Wenn also die kantonale Gesetzgebung Abzüge für Krankheitskosten nur für nachgewiesene Auslagen zuläßt, die eine angemessene Höhe überschreiten, so ist dies nicht nur sachlich durchaus gerechtfertigt, sondern im Interesse der verwaltungsmäßigen Durchführung des ganzen Werkes geradezu notwendig.

Als letzter Punkt in diesem Zusammenhang ist noch auf das Verhältnis der Ergänzungsleistungen zur Armenpflege, zu den Verwandtenunterstützungen und zu den Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenbeihilfen der Kantone und Gemeinden sowie der privaten Wohlfahrtsinstitutionen hinzuweisen. Die Ergänzungsleistungen werden ohne Rücksicht darauf gewährt, ob der Gesuchsteller neben der Ergänzungsleistung auch noch solche Fürsorgeleistungen erhalten wird. Auf Ergänzungsleistungen haben also auch Personen Anspruch, die weiterhin armen-genössig sein werden; sie kommen auch ohne Rücksicht auf allfällige Verwandtenunterstützungen und deren Höhe zur Auszahlung, seien diese gesetzlich vorgeschrieben oder freiwillig. Nicht angerechnet werden ferner Notstandsbeihilfen, Wohnungsbeihilfen sowie die aus kantonalen und kommunalen Mitteln finanzierten Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenbeihilfen, aber auch die Leistungen, die durch gemeinnützige Institutionen wie z. B. die Stiftung Pro Senectute ausgerichtet werden. Darin zeigt sich — neben dem Rechtsanspruch — der Versicherungscharakter der Ergänzungsleistungen besonders deutlich. Ja, sogar Hilfenentschädigungen der IV und Stipendien werden bei der Ermittlung der Ergänzungsleistung nicht als Einkommen angerechnet.

Die Verwendung der Versichertennummer der AHV außerhalb der AHV-Verwaltung

Die achtstellige (mit Ordnungsnummer neun- bis zehnstellige) Versichertennummer dient den AHV-Organen zur rationellen Registrierung der Beitragszahler und Leistungsbezüger. Die Vorteile des verwendeten alphanumerischen Systems in Verbindung mit Geburtsjahr, Geschlecht und Geburtsdatum haben verschiedene Institutionen und Organisationen bewogen, die AHV-Nummer für eigene Zwecke zu verwenden.

Das Bundesamt für Sozialversicherung hat die AHV-Ausgleichskassen, einige Abteilungen der Bundesverwaltung und die AHV-Revisionsstellen, welche Arbeitgeberkontrollen durchführen, gebeten, ihm die ihnen bekannten Institutionen und Organisationen außerhalb der AHV-Verwaltung zu nennen, welche die Versichertennummer zu eigenen Zwecken verwenden oder zu verwenden beabsichtigen.

Die Umfrage ergab, daß sich der Anwendungsbereich der universell verwendbaren Versichertennummer weit über die AHV und die mit ihr verwandten bundeseigenen Sozialwerke (IV und EO) ausgedehnt hat. Der Grund hierfür dürfte in der immer häufigeren Verwendung automatischer Datenverarbeitungsanlagen zur Registrierung von Personen (Arbeitskräften, Steuerpflichtigen, Beitragspflichtigen, Leistungsberechtigten usw.) zu suchen sein. Eine solche automatische Verarbeitung setzt stets voraus, daß eine bestimmte Person durch ein ihr allein zugeordnetes Merkmal bezeichnet wird. Für diese Kennzeichnung eignen sich aus verschiedenen Gründen (maschinelle Sortiermöglichkeiten usw.) Nummern am besten. Anstatt eine eigene Nummer zu bilden, übernehmen viele Organisationen die Versichertennummer der AHV, sei es, daß sie diese dem Versicherungsausweis der betreffenden Personen entnehmen, sei es, daß sie sie auf Grund des von der AHV herausgegebenen Nummernschlüssels selbst bilden. Bei der Schlüsselung außerhalb der AHV-Verwaltung ist allerdings mit Fehlbildungen zu rechnen, weil keine Kontrollmöglichkeit (Zentralregister) besteht. Zuweilen wird die AHV-Nummer nur teilweise (beispielsweise Alphabetsgruppe und Geburtsjahr) übernommen und mit einer betriebseigenen Nummer kombiniert. Uneinheitlich ist die Praxis auch bei den Ordnungsnummern, die von der AHV gesetzt werden, wenn zwei oder mehr Versicherte die gleiche Versichertennummer erhalten. Teils wird auf die AHV-Ordnungsnummer überhaupt verzichtet; teils werden eigene Zusatznummern verwendet usw.

Am umfassendsten hat das *Militär* von der AHV-Nummer Gebrauch gemacht, als es 1952 die während Jahrzehnten verwendete Stammkontrollnummer durch die Matrikelnummer ablöste und hierfür die AHV-Nummer übernahm. Die Militärbehörden versprachen sich hievon nicht nur für die Durchführung der Genfer Konventionen zum Schutze der Kriegsoffer, sondern auch für die Militärverwaltung, den Sanitätsdienst, die Militärversicherung usw. wesentliche administrative Vorteile. In enger Zusammenarbeit mit der Zentralen Ausgleichsstelle sind 1953 und in den folgenden Jahren in einer Einmalaktion 820 000 Dienstbüchlein mit der AHV-Nummer versehen worden (ZAK 1953, S. 83). Heute bedient sich auch der *Zivilschutz* der AHV-Nummer.

Daneben verwenden zahlreiche *Bundesstellen* die AHV-Nummer für ihre Personalakten und das personelle Rechnungswesen. Erwähnt seien lediglich die Personalversicherungskassen des Bundes und die Lohnbüros der Bundeszentralverwaltung, der PTT und der SBB. Das Eidgenössische Statistische Amt und der Ärztliche Dienst der Bundesverwaltung gebrauchen die Nummer für bestimmte statistische Auswertungen und für die Tuberkulose-Vorbeugungsaktion. Die AHV-Nummer findet auch bei «zugewandten Orten» wie der Schweizerischen Radio- und Fernsehgesellschaft, der Nationalbank und dem Blutspendedienst des Roten Kreuzes Verwendung.

In den *kantonalen Verwaltungen* treffen wir die AHV-Nummern hauptsächlich bei Personalämtern und Pensionskassen, sowie bei Steuerverwaltungen und Sozialämtern an.

In den *Gemeindeverwaltungen* ist sie bereits in größerem Umfang bei Einwohnerkontrollen, aber auch bei Personal- und Steuerämtern, Stimmregisterbüros usw. vertreten.

Besondere Beachtung findet die AHV-Nummer bei zahlreichen *Krankenkassen*, insbesondere bei zentralisierten. Man geht kaum fehl, wenn man annimmt, daß 1,5 bis 2 Millionen Krankenkassenmitglieder damit gekennzeichnet sind.

Endlich seien bedeutende *private Betriebe*, wie etwa die Swissair und die Rhätische Bahn, Bankunternehmen, Industriebetriebe, Personalfürsorgeeinrichtungen usw. erwähnt.

Die Entwicklung ist keineswegs abgeschlossen. So sind verschiedene *Verwaltungen*, Krankenkassen usw. bekannt, die in nächster Zeit die AHV-Nummer zu übernehmen gedenken. Es überrascht daher nicht, daß der Gedanke gefallen ist, jedem Einwohner schon bei seiner Geburt oder bei seiner Einreise in die Schweiz die Versichertennummer als allgemeine Identifikationsnummer zuzuteilen.

Die neue Verordnung über Geburtsgebrechen ¹

Die IV gewährt minderjährigen Versicherten Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen. Voraussetzung hierfür ist einzig, daß es sich um Gebrechen handelt, die ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Maßnahmen gewährt werden.

Er ist dem Auftrag durch eine Verordnung vom 5. Januar 1961 nachgekommen. Die Liste umfaßte 206 Leiden, die als Geburtsgebrechen im Sinne der IV gelten. Deren Behandlung hat seither ein ungeahntes Ausmaß angenommen. Rund 70 Prozent der im Jahre 1964 verfügbaren Eingliederungsmaßnahmen entfielen auf die Behandlung von Geburtsgebrechen. Soweit es sich dabei um medizinische Maßnahmen im Sinne der Geburtsgebrechenliste handelt, kamen diese auf über 20 Millionen Franken zu stehen. Dieser Belastung steht die Gewißheit gegenüber, zahlreichen Eltern manche Sorge abgenommen und den betreffenden Kindern den Weg in ein normales Leben geebnet zu haben.

Nun liegt es in der Natur der Sache, daß eine gesetzliche Geburtsgebrechenliste nie endgültig sein kann. Ein vorläufiges Ventil bestand darin, daß das Eidgenössische Departement des Innern nach Artikel 3 des Erlasses befugt war «vorgängig einer Änderung dieser Verordnung eindeutige Geburtsgebrechen, die nicht in der Liste gemäß Artikel 2 GgV enthalten sind, in Einzelfällen als solche zu bezeichnen». Von dieser Befugnis mußte immer stärker Gebrauch gemacht werden. War 1962 nur eine einzige und waren 1963 nur vier solcher Entscheide zu treffen, so belief sich deren Anzahl 1964 auf 30 und im ersten Halbjahr 1965 auf nicht weniger als 40. Die neuen medizinischen Erkenntnisse machten sich also auch auf dem Gebiete der Geburtsgebrechen bemerkbar. Der verwaltungsmäßige Aufwand für diese Einzelentscheide gab zu denken. Aber auch sonst galt es, dem allgemeinen Fortschritt in der medizinischen Wissenschaft Nachachtung zu verschaffen. Die Verbindung der Schweizer Ärzte übernahm es, die Geburtsgebrechenliste aus dem Jahre 1961 zu überprüfen und à jour zu bringen. An den damit verbundenen Arbeiten nahmen nebst dem Bundesamt für Sozialversicherung die schweizerischen Universitätskinderkliniken und die in dieser Sache wichtigsten medizinischen Fachgesellschaften teil.

¹ s. auch Zirkularschreiben vom 18. August 1965 des Bundesamtes für Sozialversicherung betr. neue Verordnung über Geburtsgebrechen

Angesichts der bedeutenden finanziellen Auswirkungen einzelner Neuerungen legte das Bundesamt für Sozialversicherung die Vorschläge auch der Eidgenössischen Expertenkommission für die Revision der IV vor. Letztere empfahl, die Revision der IV nicht abzuwarten, sondern die Liste schon vorher dem heutigen Stand der Wissenschaft anzupassen. Der Bundesrat entschied am 10. August 1965 in diesem Sinne. Nachstehend werden die wichtigsten Änderungen erläutert¹ und die wissenschaftlichen Bezeichnungen in allgemein verständlicher Form wiedergegeben. Die neue Verordnung ist großzügig: sie bestätigt, daß die IV eines der schönsten Sozialwerke unseres Landes ist.

Gesetzliche Grundlagen

Zur besseren Übersicht seien eingangs die gesetzlichen Bestimmungen aus IVG, IVV und GgV wiedergegeben, die die Gewährung von medizinischen Maßnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen regeln.

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 19. Juni 1959 (IVG)

Art. 13

Minderjährige Versicherte haben 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.

Vollziehungsverordnung zum IVG, vom 17. Januar 1961 (IVV)

Art. 3

Die Liste der Geburtsgebrechen im Sinne von Artikel 13 des Bundesgesetzes bildet Gegenstand einer besonderen Verordnung.

Verordnung über Geburtsgebrechen, vom 10. August 1965 (GgV)

Art. 1

¹ Als Geburtsgebrechen im Sinne von Artikel 13 des Bundesgesetzes gelten Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen und in der Liste gemäß Artikel 2 enthalten sind oder gemäß Artikel 3, Absatz 2

¹ s. auch Inserat (Separatdruck) auf 4. Umschlagseite

vom Eidgenössischen Departement des Innern neu als solche bezeichnet werden. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich. Die Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen.

² Für die Behandlung der in der Liste gemäß Artikel 2 mit einem Stern (*) bezeichneten Gebrechen werden medizinische Maßnahmen nicht gewährt, wenn im Einzelfall das Gebrechen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten offensichtlich nicht zu beeinflussen vermag.

³ Als medizinische Maßnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmäßiger Weise anstreben.

Art. 2

Dieser Artikel enthält die offizielle Liste der Geburtsgebrechen, die auf der linken Hälfte der folgenden Doppelseiten wiedergegeben wird. Auf der rechten Hälfte findet sich eine erläuternde Übersetzung, die aber nicht als «authentisch» gilt.

Art. 3

¹ Diese Verordnung tritt am 1. September 1965 in Kraft. Auf den gleichen Zeitpunkt wird die Verordnung vom 5. Januar 1961 über Geburtsgebrechen aufgehoben.

² Das Eidgenössische Departement des Innern ist mit dem Vollzug beauftragt. Es ist befugt, eindeutige Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen und nicht in der Liste gemäß Artikel 2 enthalten sind, als Geburtsgebrechen im Sinne von Artikel 13 des Bundesgesetzes zu bezeichnen.

I. Haut

- *101. Cicatrices cutaneae und Hautdefekte, cong.
- 102. Pterygien
- *103. Dermoid- und Epidermoidzysten, angeborene

- 104. Dysplasia ektodermalis cong. (Zähne)

- 105. Epidermolysis bullosa hereditaria
- 106. Erythrodermia ichthyosiformis cong.
- 107. Ichthyosis et Keratosis
- 108. Lymphoedema cong. (Elephantiasis)

- *109. Naevi und Xanthome
- 110. Urticaria pigmentosa
- 111. Xeroderma pigmentosum

II. Skelett

A. Systemerkrankungen des Skelettes

- 121. Chondrodystrophie
- 122. Chondromatosis multiplex
- *123. Dysostoses (siehe auch Ziffer 461)
- *124. Exostoses
- *125. Hemihypertrophien und andere angeborene Körperasymmetrien

- 126. Osteogenesis imperfecta
- 127. Osteopetrosis

B. Regionale Skelettmißbildungen

a. Kopf

- 141. Angeborene Schädeldefekte
- 142. Craniosynostosen
- 143. Platybasie (basale Impression)

I. Haut

- *101. Angeborene Hautnarben
- 102. Flügelhülle, Schwimmhäute
- *103. Angeborene Kammergeschwülste der Haut und des Hautzellengewebes
- 104. Angeborene Mißbildung von Abkömmlingen der äußeren Keimschicht (Zähne)
- 105. Vererbte blasige Hautablösung
- 106. Angeborene fischschuppenhautartige Erythrodermie
- 107. Fischschuppenhaut und Hornschichtvermehrung
- 108. Lymphstauung (Elephantiasis) bei angeborener Lymphabfluß-Störung
- *109. Muttermale und Gelbzellenmale
- 110. Nesselausschlag mit Hautfarbstoffeinlagerungen
- 111. Angeborene gelbliche Pigmenteinlagerungen in der Haut

II. Skelett

A. Systemerkrankungen des Skelettes

- 121. Angeborene Knorpelwachstumsstörung
- 122. Vielfältige Knorpelgeschwülstchen
- *123. Fehlbildung der Knochenzusammenschlüsse
- *124. Ungewöhnlicher Knochenvorsprung
- *125. Halbseitige Körpermißbildung mit vermehrtem Wachstum und andere Seitenungleichheiten
- 126. Angeborene Störung der Knochenbildung
- 127. Marmorknochenkrankheit

B. Regionale Skelettmißbildungen

a. Kopf

- 141. Angeborene Schädeldefekte
- 142. Vorzeitige Verknöcherung der Schädelnähte
- 143. Tiefe Schädelbasis

Originaltext

b. Wirbelsäule

- 151. Skoliosis cong.
- *152. Wirbelmißbildungen

c. Rippen, Thorax, Schulterblätter

- *161. Costae cervicales
- 162. Fissura sterni
- 163. Trichterbrust
- 164. Hühnerbrust
- 165. Scapula alata cong. und Sprengelsche Deformität

d. Extremitäten

- 171. Coxa vara cong.
- 172. Genua vara, Genua valga, Crura vara cong.
(kongenitale Tibiapseudarthrose)
- 173. Pes equinovarus, pes adductus cong.
- *174. Übrige Defekte und Mißbildungen der Extremitäten
- 175. Sirenoide Mißbildungen

III. Gelenke, Muskeln und Sehnen

- 181. Arthromyodysplasia cong. (Arthrogryposis)
- *182. Gelenkschlaffheit, angeborene
- 183. Luxationes coxae cong. et dysplasia coxae cong.

- 184. Dystrophia musculorum progressiva und andere familiäre
Muskeldystrophien
- 185. Myasthenia gravis cong.
- 186. Myatonia cong.
- 187. Myotonia cong. et Dystrophia myotonica

- 188. Torticollis cong.
- *189. Myositis ossificans progressiva cong.

b. Wirbelsäule

- 151. Angeborene Wirbelsäulenverkrümmung
- *152. Wirbelmißbildungen

c. Rippen, Brustkorb, Schulterblätter

- *161. Halsrippen
- 162. Spaltbildung im Brustbein
- 163. Trichterbrust
- 164. Hühnerbrust
- 165. Vorspringende Schulterblätter und angeborener Hochstand eines oder beider Schulterblätter

d. Gliedmassen

- 171. Angeborene Verbiegung des Schenkelhalses nach innen
- 172. Angeborene Verbiegung der Knie und Beine (O-Beine, X-Beine, angeborenes Schienbein-Scheingelenk)
- 173. Angeborener Spitzklumpfuß, angeborener Klumpfuß
- *174. Übrige Defekte und Mißbildungen der Gliedmassen
- 175. Zusammengewachsene Beine mit weiteren Mißbildungen am unteren Körperende

III. Gelenke, Muskeln und Sehnen

- 181. Angeborene Mißbildung der Gelenke und Muskeln
- *182. Angeborene Gelenkschlaffheit
- 183. Angeborene Ausrenkungen der Hüfte und angeborene Mißgestaltung des Hüftgelenkes
- 184. Fortschreitende Muskelentartung und andere familiäre Muskelentartungen
- 185. Angeborene schwere krankhafte Muskelschwäche
- 186. Angeborene krankhafte Muskelschlaffheit
- 187. Angeborene krankhafte Muskelspannung und Muskelentartung mit Spannung
- 188. Angeborener Schiefhals
- *189. Angeborene fortschreitende Muskelverknöcherung

IV. Gesicht

201. Cheilo-gnatho-uranoschisis (Lippen-Kiefer-Gaumenspalte)
202. Schräge und quere Gesichtsspalten
203. Nasen- und Lippenfistel
204. Schnabelnase, Proboscis lat.
205. Amelo-Dentinogenesis imperfecta generalisata
206. Anodontia totalis aut partialis gravis cong.

- *207. Hyperodontie
208. Mikrognathia inferior gravis cong.
- *209. Mordex apertus gravis cong.
- *210. Prognathia inferior gravis cong.
211. Epulis congenita melanotica
212. Atresia choanae posterior
213. Glossoschisis
- *214. Makroglossie, angeborene
215. Zungenzysten und -tumoren, angeborene

216. Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen, angeborene
(Fisteln, Stenosen, Zysten, Tumoren, Ektasien)

V. Hals

231. Struma cong.
232. Halszysten, -fisteln und -spalten, angeborene

VI. Lungen

241. Bronchiektasien, angeborene
242. Emphysem, angeborenes lobäres
243. Lungenagenesie
244. Zungenzysten und -tumoren, angeborene
245. Lungensequestrierung
246. Pneumothorax, angeborener

IV. Gesicht

- 201. Lippen-Kiefer-Gaumenspalte
- 202. Schräge und quere Gesichtsspalten
- 203. Nasen- und Lippenfistel
- 204. Schnabelnase, seitliche Rüsselbildung
- 205. Allgemeine, unvollständige Schmelz- und Zahnbeinbildung
- 206. Angeborener vollständiger oder schwerer teilweiser Zahnanlagemangel
- *207. Überzählige Zähne
- 208. Angeborene, hochgradige Unterentwicklung des Unterkiefers
- *209. Schwere Form des offenen Bisses
- *210. Schwere Form des angeborenen vorspringenden Unterkiefers
- 211. Angeborene pigmentzellige Zahnfleischgeschwulst
- 212. Hinterer Verschluss der Nasengänge oder eines Nasenganges
- 213. Angeborene Spaltung der Zunge
- *214. Riesenzunge
- 215. Zungenkammgeschwulst mit flüssigem Inhalt und andere Zungengeschwülste
- 216. Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen, angeborene (Fisteln, Verengungen, Kammgeschwülste, Geschwülste, Ausweitungen)

V. Hals

- 231. Angeborener Kropf
- 232. Angeborene Kammergeschwülste, Fisteln und Spalten des Halses

VI. Lungen

- 241. Angeborene Bronchienerweiterungen
- 242. Angeborene Überblähung eines Lungenlappens
- 243. Fehlen einer Lunge
- 244. Angeborene Lungenkammern und -geschwülste
- 245. Abschnürungen einer Lunge oder eines Lungenteiles
- 246. Angeborener Luftgehalt des Brustfellraumes

VII. Luftwege

251. Stenoses laryngis et tracheae, cong.

VIII. Mediastinum

261. Mediastinaltumoren und -zysten, angeborene

IX. Speiseröhre, Magen, Darm

271. Atresia et stenoses oesophagi congenitae und
Oesophagotrachealfistel
272. Megaoesophagus cong.
273. Pylorusstenose, hypertrophische
274. Atresia et stenoses congenitae ventriculi, intestini, recti et ani
275. Zysten, Tumoren, Duplikaturen und Divertikel, angeborene
276. Darmlageanomalien
277. Neugeborenenileus
278. Megacolon cong.
279. Coeliakia cong.
280. Hiatushernie des Kindes, angeborene
281. Eventratio et hernia diaphragmatica cong.

X. Leber und Gallenwege

291. Atresie der Gallenwege
292. Choledochuszyste, angeborene
293. Leberzysten, angeborene

XI. Bauchwand

301. Hernia umbilicalis (nur bei Frühgeburten gemäß Ziffer 494)

VII. Luftwege

251. Angeborene Verengungen des Kehlkopfes und der Luftröhre

VIII. Mittelfell (Raum zwischen Lungen)

261. Angeborene Geschwülste und Kammern des Mittelfelles
(der Brustmitte)

IX. Speiseröhre, Magen, Darm

271. Angeborener Verschuß und angeborene Verengung der Speiseröhre und Fistelverbindung mit der Luftröhre
272. Angeborene Speiseröhrenausschwellung
273. Verengung des Magenausganges mit ausgesprochener Überentwicklung des Schließmuskels
274. Angeborener Verschuß und angeborene Verengung des Magens, des Darmes, des Enddarmes und des Afters
275. Angeborene (Kammer) Blasengeschwülste, Geschwülste, Doppelmißbildungen und Ausstülpungen
276. Darmlageanomalien
277. Darmverschuß beim Neugeborenen
278. Angeborene Erweiterung des Dickdarmes
279. Angeborene Schleimhaut- und Funktionsstörung des Dickdarmes
280. Durchtritt des Magens beim Hiatusschlitz, angeboren
281. Angeborener Austritt von Baucheingeweide in den Brustraum und Zwerchfellbruch

X. Leber und Gallenwege

291. Angeborenes Fehlen und Verschuß der Gallenwege
292. Angeborene Kammerbildung im Gallengang
293. Angeborene Kammergeschwülste der Leber

XI. Bauchwand

301. Nabelbruch (nur bei Frühgeburten gemäß Ziffer 494)

Originaltext

- 302. Omphalocele
- 303. Hernia ing. lat.

- 304. Bauchmuskeldefekte, angeborene

XII. Herz, Gefäß- und Lymphsystem

- *311. Haemangioma cavernosum
- *312. Lymphangiome
- 313. Herz- und Gefäßmißbildungen, angeborene

XIII. Milz, Blut und reticuloendotheliales System

- 321. Anaemien, Leukopenien und Thrombocytopenien des Neugeborenen
- 322. Anaemien, Leuko- und Thrombocytopenien, hypo- und aregeneratorische, angeborene
- 323. Anaemien, haemolytische, angeborene
(Erythrocyto-, Enzymo- und Hämoglobinopathien)
- 324. Coagulopathiae et Thrombocytopathiae cong.
(Haemophilien und andere Defekte von Gerinnungsfaktoren)
- 325. Morbus haemolyticus neonati
- 326. Antikörpermangelsyndrom, angeborenes
- 327. Hyperbilirubinaemia gravis neonati (sofern Blutaustausch-
transfusion vorgenommen werden mußte)
- 328. Methaemoglobinaemia enzymopenica cong.
- 329. Leukaemie des Neugeborenen
- 330. Histiocytosen (eosinophiles Granulom, Hand-Schüller-Christian
und Letterer-Siewesche Krankheit)

XIV. Urogenitalsystem

- 341. Dystopia renis

- 302. Nabelschnurbruch mit Bauchwanddefekt
- 303. Seitlicher Leistenbruch (nur wenn erwiesen durch Operationsbefund)
- 304. Angeborene Bauchmuskeldefekte

XII. Herz, Gefäß- und Lymphsystem

- *311. Erhabenes Feuermal
- *312. Geschwulst der Lymphgefäße
- 313. Angeborene Herz- und Gefäßmißbildungen

XIII. Milz, Blut und reticuloendotheliales System

- 321. Krankhafte Blutarmut, Mangel an weißen Blutkörperchen und Blutplättchen des Neugeborenen
- 322. Angeborene krankhafte Blutarmut, Mangel an weißen Blutkörperchen und Blutplättchen mit ungenügender oder völlig mangelnder Regeneration
- 323. Angeborene Blutarmut mit Widerstandsschwäche der roten Blutkörperchen (Krankheiten der roten Blutkörperchen, der Blutfermente und des Blutfarbstoffes)
- 324. Angeborene Blutgerinnungsstörungen und Blutplättchenfehlbildungen (Bluterkrankheiten und andere Defekte von Gerinnungsfaktoren)
- 325. Widerstandsschwäche der roten Blutkörperchen des Neugeborenen
- 326. Angeborenes Antikörpermangelsyndrom
- 327. Schwere Gelbsucht des Neugeborenen (sofern Blutaustauschtransfusion vorgenommen werden mußte)
- 328. Angeborene Methaemoglobinanreicherung im Blut infolge einer Fermentstörung
- 329. Blutkrankheit mit Vermehrung der weißen Blutzellen beim Neugeborenen
- 330. Wucherung der Bindegewebswanderzellen (eosinophiles Granulom, Einlagerungen von krankhaften Stoffwechselsubstanzen in den Geweben)

XIV. Harn- und Geschlechtsorgane

- 341. Falsche Lage der Niere

Originaltext

- 342. Mißbildungen, Doppelbildungen und Defekte der Nieren, inkl. Hypoplasie und Agenesie
- 343. Nierentumoren und -zysten, angeborene
- 344. Hydronephrosis cong.

- 345. Uretermibildungen (Stenosen, Atresien, Ureterocele, Lageanomalien)
- 346. Kongenitales Klaffen der Ureterostien
- 347. Stenosis colli vesicae (Marion) und weitere Mißbildungen des Blasenhalbes
- 348. Mißbildungen der Blase (Diverticulum vesicae, Vesica gigantea u. a.)
- 349. Blasentumoren, angeborene
- 350. Ektopia vesicae
- 351. Atresia et stenosis urethrae cong., Urethraldivertikel

- 352. Hypospadie und Epispadie
- 353. Fistula vesico-umbilicalis cong.
- 354. Fistulae recto-urogenitales

- 355. Kryptorchismus (unilateral und bilateral)

- *356. Hydrocele testis et funiculi cong.
- 357. Atresia vaginae
- *358. Hydrometro-colpos und Haematocolpos

- 359. Hermaphroditismus verus und Pseudohermaphroditismus

XV. Nervensystem

a. Zentrales Nervensystem

- 381. Mißbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute (Encephalocele, Arachnoidalzyste, Meningomyelocele sowie Hydromyelia, Meningocele, Megalencephalie, Diplomyelia, Diastematomyelia)

342. Mißbildungen, Doppelbildungen und Defekte der Nieren, inkl. Unterentwicklung und Fehlen der Niere
343. Angeborene Nierengeschwülste und -kammergeschwülste
344. Angeborene Erweiterung des Nierenbeckens und der Nierenkelche
345. Harnleitermißbildungen (Verengerungen, Verschlüsse, Erweiterungen, Verlagerungen)
346. Angeborenes Klaffen der Harnleitermündungen
347. Verengung des Blasenausganges und weitere Mißbildungen des Blasenhalbes
348. Mißbildungen der Blase (Harnblasenausbuchtung, Riesenblase u. a.)
349. Angeborene Blasengeschwülste
350. Totale Blasenspalte mit Fehlen der Vorderwand
351. Angeborener Verschuß oder Verengung der Harnröhre, Harnröhrenausbuchtung
352. Obere und untere Spaltbildung der Harnröhre
353. Offene Verbindung zwischen Blase und Nabel
354. Verbindungsgänge zwischen Mastdarm und Harn- und Geschlechtsorganen
355. Hoden im Leistenkanal oder in der Bauchhöhle (einseitig oder beidseitig)
- *356. Angeborener Wasserbruch des Hodens und des Samenstrangs
357. Verschuß der Scheide
- *358. Flüssigkeits- und Blutansammlung in Gebärmutterhöhle und Scheide
359. Echte und falsche Zwitterigkeit

XV. Nervensystem

a. Gehirn und Rückenmark

381. Mißbildungen des Gehirns und des Rückenmarks und deren Häute (Spaltbildung des Gehirns, Blasengeschwulst der Spinnwebhaut, Spaltbildung des Rückenmarks und dessen Häute sowie Erweiterung des Zentralkanal des Rückenmarks mit Flüssigkeitsansammlung, Spaltbildung der Hirnhäute, Riesengehirn, Rückenmarksverdoppelung, Klaffen des Rückenmarks)

Originaltext

- 382. Diffuse Hirnsklerose, familiäre
- 383. Heredo-degenerative Erkrankungen des Nervensystems
(z. B. Friedreichsche Ataxie)

- 384. Medulloblastome, Ependymome und Gliome, Plexuspapillome

- 385. Craniopharyngeom

- 386. Hydrocephalus cong.
- 387. Endogene, sog. zentrenzephale Epilepsie, und Blitz-, Nick- und Salaamkrämpfe, sowie Myoklonusepilepsie

- 388. Symptomatische Epilepsie auf Grund angeborener Leiden des Gehirns und der Schädelknochen
- 389. Symptomatische Epilepsie auf Grund von Geburtsschädigungen des Gehirns
- 390. Lähmungen, Athetosen und Dyskinesien, angeborene und konnatale, cerebrale
- 391. Analgesia cong.
- 392. Familiäre Dysautonomie

- 393. Spinale und neurale Muskelatrophien
(Werdnig-Hoffmann, Kugelberg-Welander)

b. Peripheres Nervensystem

- 396. Sympathogonion (Neuroblastoma sympathicum)
- 397. Konnatale Lähmungen

**XVI. Psychische Erkrankungen und schwere
Entwicklungsrückstände**

- 401. Frühkindlicher Autismus Kanner

- 382. Familiäre, allgemeine Verhärtung des Gehirns
- 383. Erbliche Entartungsleiden des Nervensystems
(z. B. Friedreichsche Krankheit mit Koordinationsstörung
und Spitzfußbildung)
- 384. Bösartig infiltrierende Gehirnzellenwucherungen, Hirngeschwülste
aus Wandzellen der Hirnhöhlen und des Zentralkanals des
Rückenmarks und aus Hirnstützgewebszellen, Zottengeschwulst
aus dem Blutgefäßplexus im 3. und 4. Hirnventrikel
- 385. Kammerige Geschwülste unter der Schädelbasis mit hormonalen
Störungen des untern Gehirnanhanges
- 386. Angeborener Wasserkopf
- 387. Anlagemäßig entstandene Fallsucht mit zentralem Reizherd, und
Blitz-, Nick- und Salaamkrämpfe (orientalische Begrüßung),
sowie familiäre Fallsucht mit Muskelzuckungen
- 388. Fallsucht infolge angeborener Gehirnschädigung oder Schädigung
des knöchernen Schädels
- 389. Fallsucht infolge Schädel-Gehirnschädigung durch die Geburt

- 390. Angeborene, vom Gehirn ausgehende Lähmungen,
Fehlbewegungen und Bewegungsstörungen
- 391. Angeborenes Fehlen der Schmerzempfindung
- 392. Familiäre, angeborene Entwicklungsstörung im Bereich
des unbewußten Nervensystems
- 393. Fortschreitende Muskelentartung auf Grund von Rückenmarks-
und anderer Nervenschäden (Werdnig-Hoffmann, Kugelberg-
Welander)

b. Peripheres Nervensystem

- 396. Geschwulst des Sympathicusnervengewebes
- 397. Lähmungen, die zur Zeit der vollendeten Geburt bestehen

**XVI. Geistig-seelische Erkrankungen und schwere
Entwicklungsrückstände**

- 401. Frühkindliche Teilnahmslosigkeit durch völliges Versunkensein
in die eigene Ideenwelt (Kanner)

Originaltext

402. Primärer essentieller Infantilismus

403. Konnatale Oligophrenie (nur Behandlung erethischen und apathischen Verhaltens)

XVII. Sinnesorgane

a. Auge

*411. Lider: Mißbildungen (Blepharochalasis, Entropium, Lidkolobom, Ankyloblepharon)

*412. Ptosis inkl. Marcus-Gunnsches Phänomen

*413. Mißbildungen der Tränenwege

414. Musculi oculi externi: angeborene Lähmungen einzelner oder aller

415. Buphthalmus, Glaucoma cong.

416. Cornea: angeborene Trübungen und Staphylome

*417. Pupillenstörungen, angeborene

*418. Irisanomalien, angeborene, und Kolobome der Uvea, mit Amblyopie

*419. Linsen- und Glaskörpertrübungen, angeborene

420. Fibroplasia retrolentalis und Pseudoglioma cong.

421. Retinoblastom

422. Tapetoretinale Degenerationen, angeborene (Retinitis pigmentosa, Atrophia gyrata, chorioideae et retinae, Chorioideremie, tapetoretinale Amaurosen)

423. Opticusanomalien mit Amblyopie

424. Angeborene Tumoren der Orbita

425. Refraktionsanomalien, hochgradige, angeborene

426. Amblyopia cong. (von 0,2 und weniger, mit Korrektur)

*427. Strabismus concomitans

402. Primäres geistiges Stehenbleiben auf kindlicher Entwicklungsstufe, ohne äußere Einflüsse
403. Angeborene Geistesschwäche (nur Behandlung von Zuständen krankhafter Erregung und von solchen völliger Teilnahmslosigkeit)

XVII. Sinnesorgane

a. Auge

- *411. Mißbildungen der Lider (Schlaffe Lidhaut, Einwärtsdrehen des Lidrandes, senkrechte Spaltbildungen, teilweise Verwachsung der Lider)
- *412. Herabhängen des Oberlides (M. -Gunn = Emporschnellen eines herabhängenden Lides bei Kaubewegungen)
- *413. Mißbildungen der Tränenwege
414. Lähmung einzelner oder aller äußeren Augenmuskeln
415. Riesenauge, angeborener grüner Star
416. Angeborene Trübungen und Ausbuchtungen der Hornhaut
- *417. Angeborene Pupillenstörungen
- *418. Angeborene Mißbildungen der Iris, Spaltbildungen daselbst, im Linsenaufhängeapparat und der Aderhaut, mit Sehschwäche
- *419. Angeborene Linsen- und Glaskörpertrübungen
420. Verhärtende Gewebswucherung im Augeninnern und angeborene (falsche) Nervengeschwulst
421. Nervengeschwulst der Netzhaut
422. Angeborene Entartung der Netzhautunterlage (Netzhautentartung mit Farbstoffeinlagerungen; Netz-Aderhautentartung in Windungen, angeborene Blindheit infolge Entartung der Netzhautunterlage)
423. Mißbildungen des Sehnervs mit Sehschwäche
424. Angeborene Geschwülste der Augenhöhle
425. Sehstörungen infolge hochgradiger Formfehler des Augapfels
426. Angeborene hochgradige Sehschwäche (von 0,2 und weniger, mit Korrektur)
- *427. Begleitschielen

Originaltext

b. Ohr

- 441. Atresia auris cong.
- *442. Mißbildungen der Ohrmuschel, exkl. plastische Korrektur der Stellungsanomalien
- 443. Spaltbildung im Ohrbereich und Mittelohrfisteln, angeborene Trommelfelldefekte
- 444. Otitis media chronica bei Wolfsrachen
- 445. Taubstummheit
- 446. Hochgradige Schwerhörigkeit

XVIII. Stoffwechsel und endokrine Organe

- 451. Angeborene Störungen des Kohlehydrat-Stoffwechsels (Glycogenose, Galactosämie, Fructose-Intoleranz, Hypoglykämie McQuarrie, Lactose-Malabsorption, Saccharose-Malabsorption)
- 452. Angeborene Störungen des Aminosäuren- und Eiweiß-Stoffwechsels (Phenylketonurie, Cystinose, Cystinurie, Oxalose, Glucoaminophosphat-Diabetes [de Toni-Debré-Fanconi-Syndrom], oculo-cerebrorenales Syndrom [Lowe-Syndrom])
- 453. Angeborene Störungen des Fett-Stoffwechsels (Amaurotische Idiotie, Morbus Niemann-Pick, Morbus Gaucher, hereditäre Hypercholesterinämie, hereditäre Hyperlipämie, Leukodystrophien)
- 454. Angeborene Störungen des Mucopolysaccharid-Stoffwechsels (Morbus Pfaundler-Hurler, Morbus Morquio)
- 455. Angeborene Störungen des Purin- und Pyrimidin-Stoffwechsels (Xanthinurie)
- 456. Angeborene Störungen des Metall-Stoffwechsels (Wilsonsche Krankheit, Hämochromatose)
- 457. Angeborene Störungen des Myoglobin-Hämoglobin- und Bilirubin-Stoffwechsels (Porphyrie, Myoglobinurie)
- 458. Angeborene Störungen der Leberfunktion (hereditäre, nicht hämolytische Icterus-Formen)
- 459. Angeborene Störungen der Pankreasfunktion (Mucoviscidosis, primäre Pankreasinsuffizienz)
- 460. Angeborene Störungen der Nierenfunktion (renaler Diabetes insipidus, renale tubuläre Acidose, renale Hypokaliämie, primäre Hypercalciurie)

b. Ohr

- 441. Angeborener Verschuß oder Fehlen des Gehörganges
- *442. Mißbildungen der Ohrmuschel, exkl. plastische Korrektur der Stellungsanomalien
- 443. Spaltbildung im Ohrbereich und Mittelohrfisteln, angeborene Trommelfelldefekte
- 444. Chronische Mittelohrentzündung bei Wolfsrachen
- 445. Taubstummheit
- 446. Hochgradige Schwerhörigkeit

XVIII. Stoffwechsel und hormonbildende Organe

- 451. Angeborene Störungen des Kohlehydrat-Stoffwechsels (Glacogenose, Glactosämie, Fructose-Intoleranz, Hypoglykämie McQuarrie, Lactose-Malabsorption, Saccharose-Malabsorption)
- 452. Angeborene Störungen des Aminosäuren- und Eiweiß-Stoffwechsels (Phenylketonurie, Cystinose, Cystinurie, Oxalose, Glucoaminophosphat-Diabetes [de Toni-Debré-Fanconi-Syndrom], oculo-cerebrorenales Syndrom [Lowe-Syndrom])
- 453. Angeborene Störungen des Fett-Stoffwechsels (Amaurotische Idiotie, Morbus Niemann-Pick, Morbus Gaucher, hereditäre Hypercholesterinämie, hereditäre Hyperlipämie, Leukodystrophien)
- 454. Angeborene Störungen des Mucopolysaccharid-Stoffwechsels (Morbus Pfaundler-Hurler, Morbus Morquio)
- 455. Angeborene Störungen des Purin- und Pyrimidin-Stoffwechsels (Xanthinurie)
- 456. Angeborene Störungen des Metall-Stoffwechsels (Wilsonsche Krankheit, Hämochromatose)
- 457. Angeborene Störungen des Myoglobin-Hämoglobin- und Bilirubin-Stoffwechsels (Porphyrie, Myoglobinurie)
- 458. Angeborene Störungen der Leberfunktion (hereditäre, nicht hämolytische Icterus-Formen)
- 459. Angeborene Störungen der Pankreasfunktion (Mucoviscidosis, primäre Pankreasinsuffizienz)
- 460. Angeborene Störungen der Nierenfunktion (renaler Diabetes insipidus, renale tubuläre Acidose, renale Hypokaliämie, primäre Hypercalciurie)

Originaltext

461. Angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels
(Hypophosphatasie, progressive diaphysäre Dysplasie Camurati-Engelmann, Osteodystrophia Jaffé-Lichtenstein, Vitamin D-resistente Rachitis-Formen usw.)
462. Angeborene Störungen der hypothalamohypophysären Funktion
(hypophysärer Zwergwuchs, Diabetes insipidus, idiopathische Pubertas praecox)
463. Angeborene Störungen der Thyreoidea-Funktion
(Athyreose, Hypothyreose, Kretinismus)
464. Angeborene Störungen der Parathyreoidea-Funktion
(Hypoparathyreoidismus, Pseudohypoparathyreoidismus)
465. Angeborene Störungen der Nebennieren-Funktion
(Adrenogenitales Syndrom, Nebenniereninsuffizienz, Neuroblastom, Phaeochromozytom)
466. Angeborene Störungen der Gonaden-Funktion (Turner-Syndrom, angeborene Mißbildungen des Ovars*, kongenitale Anorchie, Klinefelter-Syndrom*)

XIX. Mißbildungen mit Befall mehrerer Organsysteme

481. Neurofibromatose
482. Angiomatosis cerebri et retinae (Hippel-Lindau)
483. Angiomatosis encephalo-trigeminalis (Sturge-Weber-Krabbe)
484. Ataxia teleangiectatica (Louis Bar)
485. Marfan Syndrom (Arachnodactylie)
486. Teratome
487. Hirnsklerose, tuberöse (Bourneville)

XX. Weitere Gebrechen

491. Bösartige Tumoren des Neugeborenen

461. Angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels
(Hypophosphatasie, progressive diaphysäre Dysplasie Camurati-Engelmann, Osteodystrophia Jaffé-Lichtenstein, Vitamin D-resistente Rachitis-Formen usw.)
462. Angeborene Störungen der hypothalamohypophysären Funktion
(hypophysärer Zwergwuchs, Diabetes insipidus, idiopathische Pubertas praecox)
463. Angeborene Störungen der Schilddrüsen-Funktion (völliger, resp. teilweiser Mangel der Schilddrüsenfunktion, Kropftrottel-Erscheinung)
464. Angeborene Störungen der Nebenschilddrüsen-Funktion
(echte und scheinbare Formen derartiger Störungen)
465. Angeborene Störungen der Nebennieren-Funktion (Entwicklungsstörung infolge von Überproduktion des Nebennierenrindenhormons, Nebennierenschwäche, von der Nebenniere ausgehende Nervengeschwulst)
466. Angeborene Störungen der Geschlechtsdrüsen-Funktion
(Turner-Syndrom bei weiblichen Individuen, angeborene Mißbildungen der Eierstöcke*, angeborenes Fehlen der Hoden, Klinefelter-Syndrom bei männlichen Individuen*)

XIX. Mißbildungen mit Befall mehrerer Organsysteme

481. Geschwülste des Nerven-Bindegewebes
482. Blutgefäßgeschwülste im Gebiet des Gehirns und der Netzhaut
483. Blutgefäßgeschwülste im Gebiet des Stammhirns und des Drillingsnervs
484. Bewegungsstörungen infolge von Blutgefäßerweiterungen
(Louis Bar)
485. Vielgestaltige, erbliche Entwicklungsstörung
(Spinnenfingrigkeit)
486. Mischgeschwülste
487. Knollige Verhärtungen des Gehirns

XX. Weitere Gebrechen

491. Bösartige Geschwülste des Neugeborenen

Originaltext

- 492. Doppelmißbildungen (z. B. Siamesische Zwillinge, Epignathus)
 - 493. Embryo- und Foetopathien sowie angeborene Infektionskrankheiten wie z. B. Lues cong., Toxoplasmose, Tuberkulose, Listeriose
 - 494. Frühgeburten bei Geburtsgewicht unter 2000 g und bis zur Erreichung des Gewichtes von 3200 g, inkl. Hernia umbilicalis
 - 495. Intrauterin gestörte Ausreifung (z. B. Plazentainsuffizienz, Minderwuchs bei voller Austragung) bei Geburtsgewicht unter 2000 g
 - 496. Schwere perinatale Geburtsschäden
-

Der Begriff des Geburtsgebrechens und die neue Verordnung

Nach dem Wortlaut von Artikel 13 IVG darf der Bundesrat nur solche Gebrechen in die Liste aufnehmen, die ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können. So sind z. B. unbedeutende kosmetische Mängel, die aller Voraussicht nach die Erwerbsfähigkeit nicht beeinträchtigen, nicht berücksichtigt worden. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden sogenannte Bagatellen, die zwar ohne geeignete Behandlung zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können, deren Behebung aber ohne wesentliche Kosten möglich ist und die deshalb nicht als eigentliche Gebrechen bezeichnet werden können.

Nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der IV gelten ferner Leiden, die sich nach dem heutigen Stand der Wissenschaft durch medizinische Maßnahmen nicht beeinflussen lassen. Den von derartigen Leiden betroffenen Versicherten gewährt die IV gegebenenfalls Hilfe in anderer Form (Sonderschulung, Maßnahmen beruflicher Art, später allenfalls Renten). Ob ein Gebrechen unter die GgV fällt oder nicht, ist einzig für die Zusprechung medizinischer Maßnahmen von Bedeutung.

Schließlich gibt es eine Reihe von Geburtsgebrechen, die wohl in der Mehrzahl der Fälle harmlos verlaufen, daneben aber auch in schwereren Formen auftreten und dann die Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinflussen. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurden auch solche Gebrechen in die Liste aufgenommen, jedoch mit der Einschränkung,

492. Doppelmißbildungen (z. B. Siamesische Zwillinge, Doppelmißbildung am Oberkiefer und Gaumen)
 493. Fruchtschädigungen vor, resp. nach dem dritten Schwangerschaftsmonat sowie angeborene Infektionskrankheiten wie z. B. Lues cong., Toxoplasmose, Tuberkulose, Listeriose
 494. Frühgeburten bei Geburtsgewicht unter 2000 g und bis zur Erreichung des Gewichtes von 3200 g, inkl. Nabelbruch
 495. Gestörte Ausreifung der Frucht bei normaler Dauer der Schwangerschaft (z. B. ungenügende Ernährung durch die Nachgeburt, Minderwuchs bei voller Austragung) bei Geburtsgewicht unter 2000 g
 496. Schwere Schäden entstanden unmittelbar vor Beginn des Geburtsaktes, während desselben und unmittelbar nachher
-

daß die medizinischen Maßnahmen der IV nicht gewährt werden, wenn im Einzelfall das betreffende Leiden die Erwerbsfähigkeit offensichtlich nicht zu beeinflussen vermag (Art. 1, Abs. 2, GgV). Gebrechen, für die diese Einschränkung Geltung hat, sind in der Liste mit einem Stern (*) bezeichnet. Bei Vorliegen eines solchen Geburtsgebrechens ist somit *im Einzelfall* zu prüfen, ob mit einer Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist oder nicht.

Aus Artikel 1, Absatz 1, GgV geht hervor, daß als Geburtsgebrechen Leiden zu verstehen sind, die bei vollendeter Geburt bestehen. Gesundheitliche Schädigungen, die im Zusammenhang mit dem Geburtsvorgang entstehen, sind somit eingeschlossen. Geburtsgebrechen sind jedoch nicht immer schon bei der Geburt erkennbar (z. B. Schwerhörigkeit); sie werden aber als solche auch dann anerkannt, wenn das Gebrechen erst später erkennbar ist. Hingegen kann die Disposition zu einem Leiden nicht als Geburtsgebrechen anerkannt werden, wenn neben der Veranlagung äußere Einflüsse zur Entstehung des Leidens führen.

Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Behandlung eines Geburtsgebrechens haben grundsätzlich auch *bildungsunfähige Minderjährige*, sofern durch die betreffende Maßnahme der Gesundheitszustand verbessert werden kann. Handelt es sich um ein Geburtsgebrechen, das mit einem Stern (*) bezeichnet ist, so ist auf die Schwere des Leidens und auf den zu erwartenden Behandlungserfolg abzustellen.

Die vorstehend wiedergegebene Liste hat gegenüber der früheren (s. ZAK 1963, S. 350) einige Änderungen erfahren. Die verschiedenen Gebrechen sind innerhalb der einzelnen Gruppen nicht mehr in alphabetischer Reihenfolge — die nur in der deutschen Fassung eingehalten werden konnte — aufgeführt, sondern im Sinne ihrer anatomisch-pathologischen Zusammengehörigkeit. Zugleich kommt aus statistisch-technischen Gründen für die Erfassung der einzelnen Gruppen ein Dezimalsystem zur Anwendung, wobei z. B. für die Gruppe «Haut» die Zahlen 101—120, für die Gruppe «Skelett» die Zahlen 121—180 usw. zur Verfügung stehen. Dies hat den Vorteil, daß allfällig neu anerkannte Geburtsgebrechen später ohne Änderung der Gesamtnumerierung in die Liste aufgenommen werden können.

Mit der Einführung dieses neuen Systems fanden zahlreiche Umgruppierungen statt. So sind z. B. verschiedene Gebrechen, die sich durch nervöse Ausfallerscheinungen kennzeichnen und die früher unter der Gruppe «Skelettmißbildungen» angeführt waren, jetzt in der Gruppe XV (Nervensystem) zu finden. Als wichtigste Neuerung gilt die Anerkennung der endogenen, sogenannten zentrencephalen Epilepsie und der Blitz-, Nick- und Salaamkrämpfe als Geburtsgebrechen. Weiter werden gewisse psychische Erkrankungen und schwere Entwicklungsrückstände als Gruppe XVI neu anerkannt, so der frühkindliche Autismus Kanner und der primäre essentielle Infantilismus. Beim letzteren sind strenge Kriterien zur Abgrenzung gegen den viel häufigeren sekundären Infantilismus unerläßlich. Die angeborene Geistesschwäche wird insofern als Geburtsgebrechen anerkannt, als die notwendige medikamentöse Beeinflussung erethischen oder apathischen Verhaltens zur allfälligen Ermöglichung der Erziehung und praktischen Schulung zu Lasten der IV geht.

Die Anmeldung der Geburtsgebrechen bei der IV

In der Regel sind es Ärzte oder Angehörige des Medizinpersonals, die als erste das Vorhandensein eines Geburtsgebrechens feststellen. Sie erfüllen eine wichtige Funktion, wenn sie prüfen, ob es sich um ein von der IV anerkanntes Geburtsgebrechen handeln könnte, und gegebenenfalls den Versicherten oder seine Eltern auf die Leistungspflicht der IV aufmerksam machen. Andererseits ist davon abzusehen, Patienten an die IV zu weisen, wenn von Anfang an feststeht, daß das vorhandene Leiden kein Geburtsgebrechen im Sinne der GgV ist, es sei denn, es handle sich um eine medizinische Maßnahme, die nicht auf die Behandlung des

Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung und die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit gerichtet ist.

Die Anmeldung soll beim Sekretariat der IV-Kommission des Wohnsitzkantons des Versicherten erfolgen. Bei dieser Stelle sowie bei den Ausgleichskassen und ihren Zweigstellen können die nötigen Anmeldeformulare bezogen werden. Nach Erhalt der Anmeldung wird das Sekretariat in der Regel vom behandelnden Arzt einen kurzen Bericht über seine Feststellungen einholen. Es ist sehr zweckmäßig und erwünscht, wenn der Arzt in diesem Bericht neben der Diagnose auch die Ziffer des Geburtsgebrechens gemäß vorstehender Liste setzt.

Der Entscheid, ob das angemeldete Leiden als Geburtsgebrechen im Sinne der IV gilt, wird von der IV-Kommission getroffen und dem Versicherten in Form einer beschwerdefähigen Verfügung durch die zuständige Ausgleichskasse eröffnet. Ist der Versicherte volljährig oder ist das Gebrechen in der Liste mit einem Stern (*) bezeichnet, so sind unter Umständen noch weitere Abklärungen notwendig. In gewissen Fällen wird die IV-Kommission auf Kosten der Versicherung eine spezialärztliche Untersuchung anordnen.

Nicht immer kann mit der Durchführung medizinischer Maßnahmen zugewartet werden, bis eine Verfügung der IV vorliegt und somit über deren Leistungspflicht Klarheit besteht. Liegen wichtige Gründe zur Durchführung der Maßnahmen vor Beschlußfassung der IV-Kommission vor, so übernimmt die IV die Kosten gleichwohl, sofern die Anmeldung *innert sechs Monaten* seit Beginn der Durchführung beim Sekretariat der IV-Kommission eingereicht wird. Es ist daher von größter Wichtigkeit für den Versicherten, daß die Frage, ob ein Geburtsgebrechen im Sinne der IV vorliegt oder nicht, möglichst bald geprüft wird, damit die Anmeldung bei der IV erfolgen kann.

Durchführungsfragen der IV

Gehörgeschädigte Kinder ¹

Bei schwerhörigen Kindern ist die Überwachung des Hörschadens und die Instruktion hinsichtlich der Verwendung von Hörgeräten sehr wichtig. Insbesondere dann, wenn sich das betreffende Kind nicht in einer Sonderschule aufhält, sollten durch die IV-Kommissionen nach Möglichkeit periodische Kontrollen angeordnet werden. Diese Instruktionen und

¹ Aus IV-Mitteilungen, Nr. 63.

Kontrollen können gestützt auf Artikel 16, Absatz 1, IVV von der IV übernommen werden. Die notwendigen Reisekosten gehen ebenfalls zu Lasten der IV.

Vergütung der Reisekosten in der IV; Fahrgeldrückerstattung¹

Es wird in Erinnerung gerufen, daß gemäß Rz 60 des Kreisschreibens vom 1. September 1961 über die Vergütung der Reisekosten in der IV die mit Gutscheinen bezogenen *Fahrausweise und Abonnemente*, die *nicht oder nur teilweise benützt* wurden, vom Sekretariat der IV-Kommission bzw. von der IV-Regionalstelle *vierteljährlich an die Zentrale Ausgleichsstelle* weiterzuleiten sind. Diese ist für das Rückerstattungsbegehren besorgt.

Die Generaldirektion der Schweizerischen Bundesbahnen macht in diesem Zusammenhang auf die Bestimmungen des Schweizerischen Transportreglementes aufmerksam, wonach *Ansprüche auf Rückerstattung innert einem Jahr seit Ablauf der Geltungsdauer der Fahrausweise* geltend gemacht werden müssen. Die Geltungsdauer verschiedener ihr bis anhin zur Rückerstattung vorgelegter Fahrausweise war bereits in den Jahren 1962 und 1963 abgelaufen.

M I T T E I L U N G E N

Ausgleichsfonds der AHV

Im ersten Kalenderhalbjahr 1965 wurden für die Ausrichtung der Leistungen insgesamt 1 026,4 Mio Franken (892,2 Mio im gleichen Zeitraum des Vorjahres) aufgewendet. Davon entfielen auf die AHV 829,5 (725,2) Mio, die IV 130,4 (114,6) Mio und die EO 66,5 (52,4) Mio Franken. An Einnahmen gingen ein aus Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber 825,6 (715,8) Mio, aus Beiträgen der öffentlichen Hand für die AHV und IV 272,9 (268,3) Mio, an Zinsen aus den Anlagen 108,8 (103,2) Mio und aus Rückzahlungen 5,1 (36,8) Mio Franken.

Nach Bereitstellung der nötigen Kassenreserven war es dem Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds möglich, im ersten Halbjahr feste Anlagen im Betrage von 136,4 (105,0) Mio Franken zu tätigen.

Der Gesamtbestand aller festen Anlagen des Ausgleichsfonds betrug am 30. Juni 6 848,9 (6 777,6 Mio auf 31. 12. 64). Dieser Bestand verteilt sich auf die

¹ Aus IV-Mitteilungen, Nr. 64

einzelnen Kategorien in Mio Franken wie folgt: Eidgenossenschaft 193,5 (193,5 Stand Ende 1964), Kantone 1 091,5 (1 087,9), Gemeinden 950,2 (931,8), Pfandbriefinstitute 2 099,7 (2 069,8), Kantonalbanken 1 332,8 (1 317,8), öffentlich-rechtliche Institutionen 29,4 (26,4) und gemischtwirtschaftliche Unternehmungen 1 151,8 (1 150,4).

Die durchschnittliche Rendite der festen Anlagen beläuft sich am 30. Juni 1965 auf 3,44 Prozent gegen 3,42 Prozent am Ende des zweiten Semesters 1964.

**Nachtrag zum
Drucksachenkatalog
AHV/IV/EO**

	Neu erschienen sind:	Bemer- Preis kungen
318.120.01 d	Verzeichnis der gesetzlichen Erlasse usw.	—55*
318.120.01 f	Liste des Textes législatifs, etc.	—55*
318.120.04 d	Ursache der Mutationen in der AHV und IV	—50*
318.120.04 f	Les causes de mutation dans l'AVS et l'AI	—50*
318.121.63 d	Jahresbericht AHV/IV/EO 1963	3.50*
318.121.63 f	Rapport annuel AVS/AI/APG 1963	3.50*
318.375 e	Form of application for an old age pension	8.— 1
318.376 e	Form of application for a survivor's pension	8.— 1

Personelles

Regierungsrat Dr. Plinio Cioccarelli, Bellinzona, ist vom Bundesrat zum Direktor des Zweigsitzes Lugano der Schweizerischen Nationalbank ernannt worden. Er hat deshalb seinen Rücktritt als Vertreter der kantonalen Finanzdirektoren in der Eidgenössischen Kommission für die AHV und IV und in der Eidgenössischen Expertenkommission für die Revision der IV erklärt.

Direktor Gottfried Moser, Basel, Präsident der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für die Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft (SAEB), ist von der Eidgenössischen Expertenkommission für die Revision der IV zurückgetreten. Das Eidgenössische Departement des Innern hat an seiner Stelle Dr. Fritz Nüscher, Zürich, Sekretär der SAEB, zum Kommissionsmitglied gewählt.

Berichtigung:

ZAK 1965, S. 361, Abs. 4, Zeile 1—2, muß wie folgt gelesen werden: Am schlimmsten steht es in dieser Beziehung bei den Wirbelsäulenveränderungen, ...

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Beiträge

Urteil des EVG vom 28. Januar 1965 i. Sa. M. H.

Art. 1, Abs. 2, Buchst. a, AHVG; Art. 1, Buchst. e, AHVV. Als Ausländer im Sinne dieser Vorschriften gelten alle Personen, die nicht Schweizerbürger sind, also auch Staatenlose.

M. H. ist staatenlos und gilt als Flüchtling im bundesrechtlichen Sinn. Er arbeitet bei einer internationalen Organisation, ohne indessen deren Personalfürsorgeeinrichtung anzugehören. M. H. genießt die Privilegien, die dem Personal internationaler Organisationen gewährt werden. Die Ausgleichskasse lehnte es ab, M. H. der Versicherung zu unterstellen. Die Rekurskommission wies die von M. H. erhobene Beschwerde ab, ebenso das EVG die von M. H. eingelegte Berufung. Das EVG stellte dabei folgende Erwägungen an.

Gemäß Art. 1, Abs. 1, Buchst. a und b, AHVG sind obligatorisch versichert die natürlichen Personen, die in der Schweiz Wohnsitz haben oder hier eine Erwerbstätigkeit ausüben. Art. 1, Abs. 2, AHVG sieht in Buchst. a, eine Ausnahme von diesem Grundsatz vor für Ausländer, die diplomatische Vorrechte und Befreiungen oder besondere steuerliche Vergünstigungen genießen. Zu diesen gehört nach Art. 1, Buchst. e, AHVV u. a. auch das ausländische Personal der internationalen Organisation, bei welcher der Berufungskläger tätig ist.

Zu beurteilen ist die Frage, ob ein Staatenloser, der, wie der Berufungskläger, die dem Personal internationaler Organisationen gewährten Vorrechte und Vergünstigungen genießt, so namentlich die Befreiung von Gemeinde-, Kantons- und Bundessteuern, gemäß Art. 1, Abs. 2, Buchst. a, AHVG; Art. 1, Buchst. e, AHVV von der Versicherung ausgenommen sei.

Sowohl die grammatikalische Auslegung dieser Vorschriften als auch eine von den Grundzügen des Gesetzes ausgehende Interpretation führen zu einer eindeutigen Bejahung der gestellten Frage. Das «Vocabulaire juridique», herausgegeben von Henri Capitant (1930) umschreibt das Wort «étranger», abgeleitet vom lateinischen «extraneus», als «die Person, die nicht Bürger des betreffenden Staates ist». Der «ressortissant étranger» des Art. 1, Abs. 2, Buchst. a, AHVG — der deutsche Text spricht lediglich von «Ausländer», der italienische von «straniero» — ist demnach für den schweizerischen Gesetzgeber jeder, der — wie ein Staatenloser —, nicht Schweizerbürger ist. Art. 18, Abs. 1, AHVG und Art. 2, Abs. 1, AHVV führen allerdings den Begriff des Staatenlosen in das AHV-Recht ein. Doch ist nicht einzusehen, weshalb der Gesetzgeber hinsichtlich der Versicherungspflicht von Bediensteten internationaler Organisationen zwischen ausländischen Staatsbürgern und Staatenlosen hätte unterscheiden wollen, haben sie doch die gleichen Rechte

und Pflichten, unbekümmert um ihr Bürgerrecht und darum, daß sie staatenlos sind. Eine solche Unterscheidung wäre ohne Zweifel willkürlich, wie das BSV mit Recht festgestellt hat. Es genügt somit, daß Art. 1, Abs. 2, Buchst. a, AHVG von Ausländern spricht, um nicht nur Bürger anderer Staaten, sondern auch Staatenlose — sofern im übrigen die in dieser Vorschrift aufgestellten Voraussetzungen erfüllt sind — von der Versicherung auszunehmen.

Aus diesen Gründen kann der Berufungskläger, welche Besonderheiten auch dem vorliegenden Fall eigen sein mögen, der Versicherung nicht unterstellt werden, jedenfalls so lange nicht, als er sich in der gegenwärtigen Lage befindet.

Urteil des EVG vom 28. Dezember 1964 i. Sa. Firma X

Art. 5, Abs. 2, AHVG; Art. 6, Abs. 2, Buchst. b, Art. 7, Buchst. c, Art. 8, Buchst. c, AHVV. Anlässlich der Pensionierung neben der Pension gewährte Leistungen, die lediglich eine bestimmte Anzahl Dienstjahre voraussetzen und ausschließlich nach dem Dienstalter bemessen werden, sind weder Gratifikationen noch Dienstaltersgeschenke, sondern gehören zu den beitragsfreien Fürsorgeleistungen. (Erwägungen 2—4)

Die Firma X gewährt allen Arbeitern und Angestellten, die pensioniert werden und mindestens 10 Dienstjahre aufweisen, eine als «Abschiedsgeschenk» bezeichnete Leistung. Diese beträgt nach 10 Dienstjahren 100 Franken. Für je fünf weitere Dienstjahre wird sie bis zum Höchstbetrag von 500 Franken um je 50 Franken erhöht. Nach der Darstellung der Firma X liegt diesen Zuwendungen der Gedanke zugrunde, «den nach vielen Dienstjahren aus der Firma ausscheidenden Mitarbeiter am letzten Arbeitstag nach gewechselten Dankesworten und vollzogenem Händedruck nicht mit leeren Händen in einen neuen Lebensabschnitt ziehen zu lassen». Die Ausgleichskasse verhielt die Firma X, vom 1. Januar 1958 an die Lohnbeiträge von diesen Leistungen zu entrichten.

Die Firma X legte Beschwerde ein. Diese wurde von der kantonalen Rekursbehörde gutgeheißen. Die von der Ausgleichskasse dagegen erhobene Berufung wurde vom EVG aus folgenden Erwägungen abgewiesen.

1. ...

2. In der angefochtenen Verfügung sind die umstrittenen Zuwendungen als Gratifikationen im Sinne von Art. 7, Buchst. c, AHVV und damit als Bestandteil des maßgebenden Lohnes bewertet worden.

Nach Becker (Kommentar zu Art. 330 OR, N. 34) sind Gratifikationen «außerordentliche Zulagen zum Lohn bei bestimmten Gelegenheiten, z. B. zu Neujahr oder beim Bilanzabschluß, um Fleiß und Tüchtigkeit besonders zu belohnen». Die «Abschiedsgeschenke» der Firma X werden laut der Berufungsantwort bei der Pensionierung, d. h. nach Erreichung des 65. Altersjahres oder im Falle der vorzeitigen Pensionierung gewährt. Da Arbeitnehmer, die das 65. Altersjahr vollendet haben, nicht mehr beitragspflichtig sind (Art. 3, Abs. 1, AHVG), stehen hier bloß Zuwendungen in Frage, die an noch beitragspflichtige, vorzeitig Pensionierte — gegebenenfalls auch an Frauen — gehen. Daß derartige einmalige Leistungen, die eine

Betriebszugehörigkeit von wenigstens 10 Jahren voraussetzen und ausschließlich nach dem Dienstalter bemessen werden, Zulagen seien, die «bei bestimmten Gelegenheiten» ausgerichtet werden, «um Fleiß und Tüchtigkeit besonders zu belohnen», kann nicht gesagt werden. Indessen folgt daraus noch nicht, daß von diesen Zuwendungen keine paritätischen Beiträge entrichtet werden müßten. Dies würde nur dann zutreffen, wenn eine der in Art. 8 oder in Art. 6, Abs. 2, AHVV genannten Leistungen gegeben wäre.

3. Die Vorinstanz ist zum Schluß gekommen, es lägen Dienstaltersgeschenke im Sinne von Art. 8, Buchst. c, AHVV vor. Dies würde jedoch voraussetzen, daß die «Abschiedsgeschenke» ihren Grund einzig in einem bestimmten Dienstalter des Arbeitnehmers hätten (s. EVGE 1952, S. 241 und den Entscheid der Oberrekurskommission des Kantons Zürich vom 29. 1. 59, in: Schweiz. Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung, 1959, S. 517). Hier erfolgten die Zuwendungen hingegen nicht, weil die Arbeitnehmer ein bestimmtes Dienstalter erreicht haben, sondern deshalb, weil sie nach mindestens 10jähriger Betriebszugehörigkeit pensioniert werden. Die Interpretation des kantonalen Obergerichts geht über den üblichen Sinn des Ausdruckes «Dienstaltersgeschenk» hinaus und ist im Rahmen von Art. 8 AHVV, der die zulässigen Ausnahmen abschließend aufzählt, nicht statthaft.

4. In der Beschwerdeschrift hat die Firma X die Frage aufgeworfen, ob die Zuwendungen nicht als beitragsfreie Fürsorgeleistungen zu qualifizieren seien. Das BSV hält dem entgegen, die Vergütungen seien «zu unbedeutend», um als Fürsorgeleistungen gelten zu können.

Gemäß Art. 6, Abs. 2, Buchst. b, AHVV gehören «Versicherungs- und Fürsorgeleistungen, soweit sie nicht als mittelbare Lohnzahlung zu betrachten sind», nicht zum Erwerbseinkommen.

Unter Fürsorgeleistungen im Sinne dieser Bestimmung verstand die Praxis ursprünglich freiwillige Leistungen, die jemandem «einzig im Hinblick auf die bestehende Unterstützungsbedürftigkeit und Unterstützungswürdigkeit gewährt werden» (s. EVGE 1956, S. 160; ZAK 1956, S. 439). Aus einem andern Urteil ergibt sich, daß fürsorgebedürftig im weiteren Sinne des Wortes auch ist, wer wegen seines Alters oder infolge von Invalidität sein Arbeitsverhältnis verlassen muß. Abgangsentschädigungen, die an bejahrte Arbeitnehmer ausgerichtet werden, sind deshalb unter Umständen als vorweggenommene Fürsorgeleistungen zu betrachten. Dieser Rechtsprechung entspricht es, die umstrittenen Zuwendungen ebenfalls als beitragsfreie Fürsorgeleistungen zu bewerten, da sie — als freiwillige Übergangsleistungen an vorzeitig Pensionierte — eng mit der Pension verbunden sind, praktisch stets invalid gewordenen Arbeitnehmern zugute kommen und trotz der relativen Geringfügigkeit angesichts der besonderen Situation sozial doch beachtlich ins Gewicht fallen können. Die Befreiung gilt zunächst, dem streitigen Tatbestand entsprechend, nur für «Abschiedsgeschenke», die vorzeitig Pensionierten ausgerichtet werden. Daneben könnten gegebenenfalls auch solche Zuwendungen als Fürsorgeleistungen im Sinne von Art. 6, Abs. 2, Buchst. b, AHVV angesehen werden, die Arbeitnehmern zukämen, welche — ohne einen Pensionsanspruch zu haben — wegen ihres Alters oder infolge von Invalidität das Arbeitsverhältnis verlassen müßten und dadurch erheblich beeinträchtigt würden.

Urteil des EVG vom 30. Dezember 1964 i. Sa. Sportclub X

**Art. 5, Abs. 2, AHVG. Zum Begriff des maßgebenden Lohnes.
(Erwägung 1)**

Art. 5, Abs. 2 und Abs. 4, AHVG; Art. 8, Buchst. c, AHVV. Zuwendungen des Arbeitgebers anlässlich der Verheiratung des Arbeitnehmers gelten nur soweit als Hochzeitsgeschenk, als sie sich im üblichen Rahmen halten; Zuwendungen die höher sind als ein Monatslohn, können nur ausnahmsweise vollumfänglich als Hochzeitsgeschenk betrachtet werden. (Erwägungen 2 und 3)

**Art. 5, Abs. 2, AHVG. Am Charakter solcher Zuwendungen vermag nichts zu ändern, daß die Leistung ohne Rechtspflicht erfolgte.
(Erwägung 4)**

Der Sportklub X richtete dem Y, Spieler seiner ersten Mannschaft, anlässlich dessen Verheiratung 10 000 Franken aus. Die Ausgleichskasse forderte die Lohnbeiträge. Der Sportklub beschwerte sich, indem er geltend machte, es handle sich um ein Hochzeitsgeschenk, das höher als üblich ausgefallen sei, weil dem Spieler die Mittel zur Einrichtung seines Haushaltes gefehlt hätten. Die kantonale Rekursbehörde hieß die Beschwerde gut. Das BSV zog den kantonalen Entscheid an das EVG weiter mit dem Begehren, jene Zuwendung der Beitragserhebung soweit zu unterwerfen, als sie den Wert eines üblichen Hochzeitsgeschenk übersteige. Das EVG entsprach diesem Begehren aus den folgenden Erwägungen.

1. Zum Einkommen aus unselbständiger Tätigkeit gemäß Art. 5, Abs. 2, AHVG (maßgebender Lohn genannt) gehören sowohl Vergütungen, die ein Arbeitnehmer als unmittelbares Entgelt für geleistete Arbeit erhält, als auch Entschädigungen, die er sonstwie auf Grund eines Arbeitsverhältnisses bezieht (s. EVGE 1959, S. 34; ZAK 1959, S. 430, und die dort zitierte Praxis). Eingeschlossen sind selbst die sogenannten Sozialleistungen, sofern sie der Bundesrat gestützt auf die Ermächtigung von Art. 5, Abs. 4 und 5 AHVG, in Art. 6, Abs. 2, und Art. 8 AHVV nicht ausdrücklich ausgeschlossen hat (s. EVGE 1963, S. 174; ZAK 1964, S. 81). Gemäß Art. 8, Buchst. c, AHVV gehören u. a. nicht zum maßgebenden Lohn «Verlobungs-, Hochzeits- und Dienstalergeschenke»; vom Erwerbseinkommen ausgenommen sind laut Art. 6, Abs. 2, Buchst. b, AHVV «Versicherungs- und Fürsorgeleistungen, soweit sie nicht als mittelbare Lohnzahlungen zu betrachten sind».

2. Y stand als sog. Nichtamateur-Spieler zum Sportklub in einem AHV-rechtlichen Arbeitsverhältnis, und die vom Sportklub ausgerichteten Prämien stellten maßgebenden Lohn dar (s. EVGE 1964, S. 15; ZAK 1964, S. 294). Streitig ist heute die Frage, ob die Zuwendung von 10 000 Franken, die Y anlässlich seiner Heirat vom Sportklub erhielt, ebenfalls zum maßgebenden Lohn gehöre. Die Vorinstanz hat das verneint und die Zuwendung als Hochzeitsgeschenk gemäß Art. 8, Buchst. c, AHVV qualifiziert. Demgegenüber wendet das BSV ein, schon die Höhe der Vergütung zeige, daß kein Hochzeitsgeschenk vorliege; hinzu komme, daß die Leistung erbracht worden sei, um dem Spieler die Anschaffung seines Hausrates zu ermöglichen.

Daß die Geldleistung zur Beschaffung einer Wohnungseinrichtung erbracht wurde, schließt die Annahme eines Hochzeitsgeschenk nicht aus.

Sehr oft wollen Hochzeitsgeschenke in bar oder in natura gerade der Belastung der Brautleute durch die Einrichtung einer Wohnung Rechnung tragen. Außerdem sind in Art. 8, Buchst. c, AHVV auch die «Umzugsentschädigungen» vom maßgebenden Lohn ausgenommen, weshalb es wenig sinnvoll wäre, Barbeträgen, die anlässlich der Verehelichung zur Beschaffung der Einrichtung gegeben werden, von vorneherein den Charakter von Hochzeitsgeschenken abzuspochen.

Dagegen sind unter Hochzeitsgeschenken, die an Arbeitnehmer ausgerichtet werden, nur Gaben in üblichem Ausmaß zu verstehen. Andere, möglicherweise wiederkehrende Geschenke werden nach Art. 8, Buchst. c, AHVV auch bloß bis zum Betrag von 100 Franken vom maßgebenden Lohn ausgenommen. Was den üblichen Rahmen übersteigt, wird einem Arbeitnehmer aus Gründen gegeben, die AHV-rechtlich nicht zur Ausnahme vom maßgebenden Lohn berechtigen. Eine Zuwendung von 10 000 Franken stellt offensichtlich im Verhältnis Sportklub — Spieler kein übliches Hochzeitsgeschenk dar; im vorliegenden Fall übersteigt die Leistung sogar die Prämien, die Y sowohl im Jahre 1959 wie im Jahre 1960 erhielt. Immerhin ist die Zuwendung insoweit beitragsfrei gemäß Art. 8, Buchst. c, AHVV, als sie sich im Rahmen eines üblichen Hochzeitsgeschenktes hält. Ob ein bestimmter Arbeitgeber seinen Arbeitnehmern Hochzeitsgeschenke auszurichten pflegt oder nicht, spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle (vom Sportklub wird übrigens eine solche Gepflogenheit behauptet). Welcher Betrag als beitragsfrei zu betrachten ist, hat die Verwaltung in einer neuen Verfügung zu entscheiden; es wird ihr damit Gelegenheit gegeben, die bisher fehlende Verwaltungspraxis selber anzubahnen. Immerhin dürften Hochzeitsgeschenke, die den Monatslohn des betreffenden Arbeitnehmers übersteigen, sehr selten sein.

3. Aus Art. 6, Abs. 2, Buchst. b, AHVV, der von den Fürsorgeleistungen handelt, kann der Sportklub keine weitergehende Befreiung von der Beitragspflicht ableiten. Wenn auch der Begriff der Fürsorgebedürftigkeit durch die neueste Praxis eine Erweiterung erfahren hat (s. EVGE 1964, S. 219, ZAK 1965, S. 431), so gilt doch die Beschaffung der Wohnungseinrichtung anlässlich der Verehelichung grundsätzlich nicht als Belastung, die weitgehend durch sozialpolitische Vorkehren zu decken wäre. Unter den gegebenen Verhältnissen können auf jeden Fall die Zuwendungen, die die Höhe des üblichen Hochzeitsgeschenktes gemäß Art. 8, Buchst. c, AHVV übersteigen, nicht als Fürsorgeleistungen betrachtet werden. Auch eine individuelle Notlage des Y war nicht gegeben, wie die Steuerakten klar zeigen. Abgesehen davon hätte der Sportklub einer Notlage mit der Gewährung eines Darlehens zu günstigen Bedingungen begegnen können, während das Geschenk eben ein besonderes Entgegenkommen darstellte.

4. Da weitere Ausnahmen vom maßgebenden Lohn gemäß Art. 6, Abs. 2, und Art. 8 AHVV von vorneherein außer Betracht fallen, schuldet der Sportklub auf der seinem Arbeitnehmer ausgerichteten Zuwendung von 10 000 Franken die paritätischen Beiträge, soweit die Leistung den Wert eines üblichen Hochzeitsgeschenktes übersteigt. Daß die Leistung ohne Rechtspflicht erfolgte, vermag hieran nichts zu ändern. Auch der Klubwechsel Y's eineinhalb Jahre nach Ausrichtung der Leistung ist in diesem Zusammenhang ohne Belang; denn der Sportklub erklärt selber, dieser Klubwechsel

habe zu keiner Rückforderung der Zuwendung Anlaß gegeben. Nicht zu hören ist schließlich der Einwand, es bestehe keine Möglichkeit mehr, den Arbeitnehmerbeitrag Y zu belasten, weil er nicht mehr im Dienste des Sportklubs stehe (ganz abgesehen davon, daß der Sportklub berechtigt ist, diesen Beitrag von Y einzufordern).

Urteil des EVG vom 20. Januar 1965 i. Sa. V. AG

Art. 51, Abs. 3, AHVG. Art. 181, Abs. 1, OR (Geschäftsschuldübernahme) gilt sinngemäß auch für AHV/IV/EO-Beitragschulden. (Erwägung 2)

Der bloße Hinweis auf die Übernahmebilanz (in der die Beitragschuld nicht aufgeführt war) hindert den Übergang der Beitragschuld auf den Übernehmer des Geschäftes nicht. (Erwägung 3)

F. betrieb unter seinem Namen eine Einzelfirma. Im Februar 1960 wurde die «F. AG» gegründet. Diese übernahm das Geschäft laut Handelsregistereintrag «mit Aktiven und Passiven gemäß Übernahmebilanz per 31. Dezember 1959, nach der die Aktiven ... und die Passiven ... betragen». Im Dezember 1962 änderte die Gesellschaft ihren Namen in «V. AG» ab.

Die Ausgleichskasse ließ im Dezember 1962 im Betriebe der V. AG eine Arbeitgeberkontrolle durchführen. Dabei stellte der Revisor fest, daß in den Jahren 1958/60 Gehälter, Löhne und Provisionen von insgesamt 167 904 Franken verbucht worden waren, ohne daß davon die paritätischen Beiträge entrichtet wurden. Auf Grund des Kontrollberichts verfügte die Ausgleichskasse am 27. März 1963, die V. AG habe für die genannte Zeit die Beiträge nachzuzahlen.

Die V. AG beschwerte sich. Sie machte geltend, für die Jahre 1958/59 nicht zu haften, weil die Übernahmebilanz vom 31. Dezember 1959 keine Beitragsschulden aufweise. Für die im Jahre 1960 entstandene Beitragsforderung hafte sie höchstens insoweit, als sie über die von ihr selber ausbezahlten Löhne nicht richtig abgerechnet habe.

Die kantonale Rekurskommission ging davon aus, daß die Streitfrage nach Art. 181, Abs. 1, OR zu entscheiden sei. Dem Übernehmer stehe der Nachweis offen, daß die Übernahme nur einzelne Geschäfts- oder Vermögensteile erfaßt habe. Hier sei dieser Nachweis durch den Handelsregistereintrag sowie die Übernahmebilanz vom 31. Dezember 1959 erbracht. Die V. AG schulde demzufolge lediglich Beiträge für die Löhne, die sie selber seit ihrer Gründung ausbezahlt habe.

Das BSV legte Berufung ein. Diese wurde vom EVG aus folgenden Erwägungen gutgeheißen:

1. ...

2. Streitig ist, ob die Berufungsklagte paritätische Beiträge von Löhnen schulde, die ihre Rechtsvorgängerin, die Einzelfirma E. F., ausbezahlt hatte, ohne die entsprechenden gesetzlichen Beiträge zu entrichten. Es fragt sich mithin, ob in Fällen, in denen Beiträge nachzufordern sind, die Beitragsschuld auch von der Firma, die das in Frage stehende Geschäft übernimmt, bezahlt werden müsse. Diese Frage wird — anders als im Steuerrecht des Bundes (vgl. z. B. Art. 12 WUSTB; Art. 121 und 122 WStB, Känzig, Wehrsteuer, N 11 zu Art. 12 WStB) — durch keine Norm des öffentlichen

Rechts beantwortet. Geregelt ist im AHV-Recht bloß die Haftung der Erben, die nach Art. 43 AHVV für die vom beitragspflichtigen Erblasser geschuldeten Beiträge solidarisch einzustehen haben. Die Praxis hat indessen entschieden, daß auf Tatbestände wie den vorliegenden der Artikel 181, Abs. 1, OR anzuwenden sei (Urteile vom 6. März 1956 i. Sa. M., ZAK 1956, S. 22, vom 7. März 1960 i. Sa. H., EVGE 1960, S. 42, ZAK 1960, S. 349, vom 4. Juli 1963 i. Sa. F., EVGE 1963, S. 179). Es handelt sich dabei um die sinngemäße Übertragung einer privatrechtlichen Vorschrift auf verwaltungsrechtliche Verhältnisse (vgl. dazu Max Imboden, Schweiz. Verwaltungsrechtssprechung, 2. Aufl., S. 32; Ernst Blumenstein, Die Bedeutung zivilrechtlicher Begriffe für das moderne Steuerrecht, in: Festgabe für Eugen Huber, S. 205). Eine derartige Übertragung beruht auf der Erkenntnis, daß verschiedene Rechtsinstitute sowohl dem privaten als auch dem öffentlichen Recht angehören. Allerdings bedarf die Anwendung einer privatrechtlichen Norm auf öffentliche Tatbestände dort der sinngemäßen Differenzierung, wo die für das öffentliche Recht spezifischen Zweckgedanken und die gegenüber privatrechtlichen Verhältnissen andersartige Interessenlage eine entsprechende Regelung erfordern. Daß Art. 181, Abs. 1, OR auf Fälle wie den vorliegenden angewendet wird, rechtfertigt sich schon deshalb, weil die (privatrechtliche) Lohnzahlung und der (öffentlichrechtliche) Bezug der Beiträge nach dem System des AHVG untrennbar miteinander verbunden sind (Art. 14, Abs. 1, und Art. 51 AHVG; Art. 34 ff. AHVV). Bei der Auslegung des Art. 181, Abs. 1, OR ist gebührend zu berücksichtigen, daß nicht nur die vom Gesetzgeber als besonders schützenswert erachteten Forderungen der AHV und das Interesse des Geschäftsnachfolgers im Spiele sind, sondern insbesondere auch das Interesse der in Frage kommenden Arbeitnehmer, für welche die Beiträge hinsichtlich der Rentenleistungen grundsätzlich und maßlich von Bedeutung sind. In derartigen Fällen wird somit neben der Rechtsprechung und Doktrin zu Art. 181, Abs. 1, OR auch diese AHV-rechtliche Interessenlage angemessen zu würdigen sein.

3. Wer ein Vermögen oder ein Geschäft mit Aktiven und Passiven übernimmt, wird den Gläubigern aus den damit verbundenen Schulden nach Art. 181, Abs. 1, OR ohne weiteres verpflichtet, sobald er den Gläubigern die Übernahme mitgeteilt oder diese in öffentlichen Blättern angekündigt hat. Nach außen, dem Gläubiger gegenüber, erstreckt sich die Haftung auf sämtliche Verbindlichkeiten, selbst auf solche, von deren Bestand der Erwerber keine Kenntnis hatte. Eine Ausnahme besteht nur für Schulden, deren Übernahme in der Mitteilung an den Gläubiger oder in der Auskündigung ausdrücklich abgelehnt wurde (BGE 60 II, S. 104, Erwägung 1; Entscheidungen des Obergerichts des Kantons Luzern, 1950, Nr. 741; Becker, 2. Aufl., N 22 ff. zu Art. 181 OR). Der bloße Hinweis auf eine Bilanz vermag die Vermutung, daß alle Aktiven und Passiven auf den Erwerber übergehen, nicht zu entkräften (BGE 79 II, S. 290).

Nach diesen Grundsätzen ist im vorliegenden Fall die streitige Beitragschuld der Firma F. auf die Berufungsbeklagte übergegangen. Der im Schweizerischen Handelsamtsblatt veröffentlichte bloße Hinweis auf die Übernahmebilanz vom 31. Dezember 1959 vermochte die von Gesetzes wegen bestehende Vermutung des Gesamtübergangs der Aktiven und Passiven nicht aufzuheben.

Zum gleichen Ergebnis führt die Berücksichtigung der Interessen der in Frage kommenden Arbeitnehmer. Diese müssen sich darauf verlassen können, daß die paritätischen Beiträge ordnungsgemäß entrichtet und nötigenfalls nachgefordert werden (Art. 39 AHVV). Die Arbeitnehmer sollen durch den Übergang des Geschäftes, für das sie tätig waren, AHV-rechtlich keine Einbuße erleiden. Dies wäre aber unter Umständen dann der Fall, wenn der Übernehmer die Haftung für nachträglich festgestellte Beitragsschulden des ursprünglichen Geschäftsinhabers mit dem bloßen Hinweis auf eine Übernahmebilanz abzulehnen vermöchte, zumal wenn die Möglichkeit besteht, daß der alte Geschäftsinhaber insolvent wird oder sich sonstwie der Haftung entzieht. Der Übernehmer hat es übrigens in der Hand, das mit der Übernahme verbundene Risiko dadurch in Erfahrung zu bringen, daß er rechtzeitig eine Arbeitgeberkontrolle veranlaßt (Art. 68, Abs. 2, AHVG und Art. 162, Abs. 1, AHVV). Zudem ist zu beachten, daß auf den Erwerber gegebenenfalls auch der Rückerstattungsanspruch wegen zu viel bezahlter Beiträge (Art. 14, Abs. 4, AHVG) — das Korrelat der Nachzahlungspflicht — übergeht und von ihm im Rahmen des Art. 16, Abs. 3, AHVG geltend gemacht werden kann. (Es ließe sich übrigens, abgesehen von dem bisher Gesagten, vom Standpunkt des Sozialversicherungsrechts aus kaum rechtfertigen, den Übergang des Rückerstattungsanspruches zu bejahen, den Übergang der Beitragsschulden dagegen zu verneinen).

4. . . .

Renten

Urteil des EVG vom 9. Februar 1965 i. Sa. J. H.

Art. 22, Abs. 1, AHVG. Invalld im Sinne dieser Bestimmung ist nur die Ehefrau, die im Falle der Auflösung ihrer Ehe gemäß IVG rentenberechtigt wäre.

Die Eheleute H. sind staatenlos und halten sich seit 27. Juni 1961 in der Schweiz auf. Sie haben die Stellung von Flüchtlingen.

Der 1897 geborene Ehemann bezieht kraft einer Verfügung der Ausgleichskasse vom 17. Juni 1963 seit 1. Januar 1963 eine einfache ordentliche Altersrente der AHV von 108 Franken im Jahr, sowie ab 1. Januar 1964 eine Zusatzrente für die Ehefrau von jährlich 59 Franken gemäß Art. 22bis, Abs. 1, AHVG.

Gegen diese Verfügung beschwerte sich der Versicherte, indem er Anspruch auf eine Ehepaar-Altersrente gemäß Art. 22, Abs. 1, AHVG erhob, da seine 1905 geborene Ehefrau nach ärztlicher Feststellung zu 70 Prozent invalid sei. Auf die Antwort der Kasse, die Invalidität der Ehefrau müsse von der IV-Kommission ermittelt werden, meldete sich seine Ehefrau bei derselben an. Gleichzeitig reichte sie ein spezialärztliches Zeugnis ein, in welchem bestätigt wurde, daß sie wegen diffuser Arthrosis deformans (allgemeine deformierende Gelenkentartung) der Hände, Knie und Füße zu rund 70 Prozent invalid sei. Da die Invalidität der Gesuchstellerin nach ihren eigenen Angaben bereits 1943 bestand und die Frau bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht versichert war, wurde ihr die Ausrichtung einer

Rente von der Ausgleichskasse verweigert. Gegen diese Verfügung der Ausgleichskasse vom 3. Januar 1964 erhob der Ehemann Beschwerde und wandte im wesentlichen ein, er habe keineswegs eine Invalidenrente für seine stark behinderte Ehefrau, sondern von Anfang an eine Ehepaar-Altersrente gemäß Art. 22, Abs. 1, AHVG statt der einfachen ordentlichen Altersrente gemäß Art. 21 AHVG gefordert. Es sei also nicht zu prüfen gewesen, ob die Ehefrau im Sinne des IVG versichert und rentenberechtigt war.

Die Rekursbehörde stellte ihrerseits fest, daß die erst seit 1961 in der Schweiz weilende Ehefrau kein Anrecht auf eine Invalidenrente habe. Eine solche werde zwar anscheinend auch nicht beansprucht, denn der Ehemann berufe sich offenbar nur deshalb auf die Invalidität seiner Ehefrau, um in den Genuß einer Ehepaar-Altersrente gemäß Art. 22, Abs. 1, AHVG zu kommen. Diese Gesetzesbestimmung setze jedoch voraus, daß die Ehefrau im Sinne des IV-Rechts invalid sei, was hier wegen der fehlenden Versicherten-eigenschaft zur Zeit des Versicherungsfalles nicht zutreffe.

In seiner Berufung macht der Rechtsbeistand des Versicherten u. a. geltend, die Annahme sei unzutreffend, daß die Invalidität gemäß Art. 22, Abs. 1, AHVG nur dann vorliege, wenn der Ehefrau an sich ein Rentenanspruch gemäß IVG zustände. Es genüge, wenn sie faktisch mehr als zur Hälfte invalid sei, weshalb Anspruch auf eine Ehepaar-Altersrente bestehe. Diese Berufung wurde vom EVG auf Grund folgender Erwägungen abgewiesen:

1. . . .

2. Nach Art. 22, Abs. 1, AHVG hat der im Rentenalter (65 Jahre) stehende Ehemann einer noch nicht 60jährigen Ehefrau Anspruch auf eine Ehepaar-Altersrente, wenn die Ehefrau «mindestens zur Hälfte invalid ist», ebenso wie der mindestens zur Hälfte invalide Mann einer solchen Frau kraft Art. 33 IVG eine Ehepaar-Invalidenrente beanspruchen kann.

Die geltende Fassung von Art. 22, Abs. 1, AHVG ist bezeichnenderweise durch Art. 82 IVG eingeführt worden und dient, wie die bundesrätliche Botschaft vom 24. Oktober 1958 zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die IV und eines Bundesgesetzes betreffend die Änderung des AHVG auf S. 147 ausführt, «der Angleichung der Rentensysteme der IV und der AHV». Durch den neuen Art. 22, Abs. 1, AHVG soll, so wird in der Botschaft weiter erläutert, verhindert werden, «daß die Ehegatten vorübergehend zwei einfache Renten beziehen, die später — wenn die Ehefrau das 60. Altersjahr vollendet hat — allenfalls durch eine niedrigere Ehepaar-Altersrente abgelöst würden». Auch mehrere andere durch Art. 82 IVG vorgenommene Änderungen und Ergänzungen von Bestimmungen des AHVG haben den Zweck, das Rentensystem der AHV mit demjenigen des IVG in Einklang zu bringen. Die enge gesetzliche Verbindung, die mithin zwischen diesen beiden Rentensystemen besteht, läßt keinen anderen Schluß als den zu, daß es sich bei der Invalidität, auf die Art. 22, Abs. 1, AHVG abstellt, nur um eine im Sinne des IVG rechtserhebliche Invalidität handeln kann. Würde man das Gegenteil annehmen, so liefe dies darauf hinaus, in den kombinierten Rentenordnung der AHV und der IV als Leistungsgrund unter Umständen auch Invaliditäten anzuerkennen, denen bei den gegebenen persönlichen Verhältnissen keines der beiden gesetzlichen Systeme, einzeln betrachtet, Beachtung schenkt. Es kann nicht der Sinn von Art. 22, Abs. 1,

AHVG sein, die Ehepaar-Altersrente wegen einer Invalidität der Ehefrau zu gewähren, aus welcher ihr bei allfälliger Auflösung der Ehe — selbst bei Erfüllung der beitragsrechtlichen Voraussetzungen — kein Anspruch gemäß Art. 28 IVG erwüchse. Zur Entstehung des Ehepaarrentenanspruches sowohl aus Art. 22, Abs. 1, AHVG als auch aus Art. 33 IVG kann eine Invalidität der noch nicht 60jährigen Ehefrau richtigerweise nur dann beitragen, wenn diese, was hier nicht der Fall ist, bei Wegfall des ehelichen Bandes und Erfüllung der beitragsrechtlichen Voraussetzungen Anspruch auf eine Einzelrente gemäß Art. 28 und Art. 32 IVG hätte.

3. Rechtlich wurde die Ehefrau des Berufungsklägers kraft Art. 85, Abs. 1, IVG am 1. Januar 1960 invalid. Sie war in jenem Zeitpunkt unbestrittenermaßen noch nicht gemäß IVG versichert, sondern wurde es erst ab 27. Juli 1961, denn vor diesem Datum hatte sie sich im Auslande aufgehalten. Gemäß ihren eigenen Angaben war sie nämlich bereits im Jahre 1943 zufolge der diffusen Arthrosis deformans invalid, also wegen eines Leidens, das im allgemeinen nur langsam fortschreitet. Wenn deshalb die Invalidität nach 20jähriger Entwicklung im Juni 1963 70 Prozent betrug, so besteht kein Anlaß, an der unbestrittenen Feststellung der Ausgleichskasse zu zweifeln, daß der Versicherungsfall gemäß Art. 28 IVG bereits realisiert war, als die Invalide in den Kreis der versicherten Personen eintrat. Ihre Invalidität ist mithin aus den vorstehenden allgemeinen Erwägungen (Ziffer 1 und 2), sowie nach Maßgabe der Judikatur zu Art. 6, Abs. 1, IVG (s. ZAK 1965, S. 334) und gemäß Art. 1, Abs. 1, des Bundesbeschlusses über die Rechtsstellung der Flüchtlinge in der AHV und IV vom 4. Oktober 1962, für die Belange von Art. 22, Abs. 1, AHVG nicht beachtlich.

Urteil des EVG vom 22. Januar 1965 i. Sa. B. P.-Z.

Art. 33, Abs. 3, AHVG. Für die Festsetzung der einfachen Altersrente einer Witwe sind die Berechnungsgrundlagen der von der Versicherten seinerzeit bezogenen Witwenabfindung maßgebend, sofern die so ermittelte Rente höher ist als die auf Grund der eigenen Beiträge und Beitragsjahre der Witwe berechnete Rente.

Die am 3. März 1902 geborene Versicherte verwitwete am 14. Januar 1959, ohne die Voraussetzungen für eine Witwenrente zu erfüllen, und erhielt lediglich eine einmalige Witwenabfindung. Nachdem sie das 62. Altersjahr vollendet hatte, meldete sie sich zum Bezug einer ordentlichen Altersrente an. Die Ausgleichskasse eröffnete ihr mit Verfügung vom 24. April 1964, sie erhalte ab 1. April 1964 eine einfache Altersrente von monatlich 125 Franken, die auf Grund ihrer eigenen Beiträge von 1073 Franken berechnet worden sei.

Gegen diese Verfügung beschwerte sich der Vertreter der Versicherten und beantragte, daß bei der Festsetzung der Rente auch die Beiträge des verstorbenen Ehemannes der Versicherten angerechnet würden, zumal die Ausgleichskasse im Juni 1956, dem Zeitpunkt der Verheiratung, eine entsprechende Zusicherung abgegeben habe. Das kantonale Verwaltungsgericht

hielt die Rentenberechnung der Kasse für zutreffend und wies die Beschwerde ab. Der Vertreter der Versicherten zog diesen Entscheid an das EVG weiter und beantragte, die umstrittene Altersrente sei nach Art. 33, Abs. 3, AHVG neu festzusetzen. Während die Ausgleichskasse auf Abweisung der Berufung schließt, beantragte das BSV deren Gutheißung mit dem Hinweis, daß die Verwaltungspraxis im Rahmen des hier maßgebenden Art. 33, Abs. 3, AHVG nie unterschieden habe, ob die Witwe eine Witwenrente oder eine Witwenabfindung erhalten habe.

Das EVG heißt die Berufung der Versicherten mit folgenden Erwägungen gut:

1. Es ist unbestritten, daß die Versicherte Anspruch auf eine einfache Altersrente hat. Streitig ist lediglich, welche Grundlagen für die Berechnung dieser Rente maßgebend seien. Die Ausgleichskasse ist der Ansicht, durch die Ausrichtung der Witwenabfindung seien «alle Ansprüche aus dem Eheverhältnis P.-Z. abgegolten» worden. Für die Rentenberechnung fielen deshalb einzig die Beiträge der Versicherten in Betracht. Demgegenüber vertritt das BSV die Auffassung, im vorliegenden Fall sei Art. 33, Abs. 3, AHVG anwendbar, weil die Berufungsklägerin vor der Entstehung ihres Anspruches auf eine ordentliche Altersrente eine Leistung (d. h. die Witwenabfindung) erhalten habe, «für welche die für die Berechnung der Witwenrente maßgebenden Grundlagen» entscheidend gewesen seien. Nach der Verwaltungspraxis sei die Witwenabfindung der Witwenrente im Rahmen des Art. 33, Abs. 3, AHVG gleichzustellen. Im vorliegenden Fall müsse die erste Variante dieser Vorschrift angewendet werden, da sie für die Versicherte günstiger sei.

2. Art. 33, Abs. 3, AHVG lautet in der seit dem 1. Januar 1964 gültigen Fassung (AS 1964, S. 288):

«Maßgebend für die Berechnung der einfachen Altersrente für Witwen über 62 Jahren sind die für die Berechnung der Witwenrente maßgebenden Grundlagen (Variante 1), sofern die vollen Beitragsjahre der Witwe und die von ihr geleisteten Beiträge nicht die Ausrichtung einer höheren einfachen Altersrente erlauben (Variante 2). Der Bundesrat erläßt die näheren Vorschriften».

Nach dem Tod ihres Ehemannes erhielt die Versicherte eine «einmalige Abfindung» im Sinne von Art. 24 AHVG. Die Ausgleichskasse betrachtet diese Leistung offenbar als eine Abfindung im gewöhnlichen Sinne des Wortes und folgert daraus, daß die Beitragsleistungen des verstorbenen Ehemannes abgegolten worden seien. Genau besehen ist jedoch die einmalige Witwenabfindung keine solche Abgeltung. Dies erkennt man deutlich, wenn man die Witwenabfindung mit der Rückvergütung geleisteter Beiträge vergleicht (Art. 18, Abs. 3, AHVG; Verordnung über die Rückvergütung der von Ausländern und Staatenlosen an die AHV bezahlten Beiträge vom 14. März 1952 / 10. Mai 1957). Nur diese Rückvergütung zieht den Verlust der Versicherungsrechte nach sich (Art. 6 der zitierten Verordnung). Demgegenüber erscheint die einmalige Witwenabfindung als eine Leistungsart für solche Witwen, welche die Voraussetzungen für eine laufende Witwenrente nicht erfüllen (Art. 23, Abs. 1, AHVG), wobei die Berechnungsgrundlage aber dieselbe

bleibt (Art. 36, Abs. 2, AHVG). Diese «Abfindung» gilt für denselben zeitlichen Bereich wie die Witwenrente. Das kommt auch im letzten Satz des Art. 36, Abs. 2, AHVG zum Ausdruck, wonach die Abfindung den Gesamtbetrag nicht übersteigen darf, «den die Witwe in der Form einer Witwenrente bis zur Entstehung des Anspruches auf eine einfache Altersrente beziehen könnte». (Offen bleibt, ob und gegebenenfalls wie sich eine vorzeitige Wiederverheiratung der abgefundenen Witwe auf die überschüssige Höhe der Abfindung auswirken würde). Vom sozialen Standpunkt aus läßt es sich sehr wohl rechtfertigen, einer Witwe, die keine neue Ehe schließt, im Alter gegebenenfalls höhere Ansprüche auf Grund der Beiträge ihres verstorbenen Ehemannes zu gewähren, auch wenn das Gesetz ihr zuvor die Ausrichtung einer Witwenrente versagt hat. Hinzu kommt, daß die Verwirklichung dieses Zieles mit dem Wortlaut des Art. 33, Abs. 3, AHVG nicht unvereinbar ist (vgl. auch den übergeordneten Randtitel bei Art. 31 AHVG: «Maßgebender durchschnittlicher Jahresbeitrag», der auch unter Ziffer 3 bei Art. 33 AHVG «Für die Berechnung... der einfachen Altersrente für Witwen» gilt). Von Bedeutung ist endlich, daß aus der Entstehungsgeschichte dieser Vorschrift geschlossen werden kann, man habe im Jahre 1956, bei der Revision dieser Bestimmung, beabsichtigt, auch die Berechnung der einfachen Altersrente der abgefundenen Witwe dieser Norm zu unterstellen, heißt es doch in den Erläuterungen der bundesrätlichen Botschaft zu Art. 33, Abs. 3:

«Die Vorverlegung des Rentenalters der Frauen macht eine Abänderung dieser Bestimmung notwendig. Gleichzeitig soll durch eine redaktionelle Umstellung und Ergänzung klarer als bisher zum Ausdruck gebracht werden, daß die Altersrente der Witwe entweder auf der gleichen Grundlage wie die Witwenrente (oder die Witwenabfindung) oder aber — falls dies zu einem günstigeren Resultat führt — auf Grund der eigenen Beiträge und Beitragsjahre der Witwe zu berechnen ist. Der Schlußsatz ist unverändert» (Bundesblatt 1956 I, S. 1480).

Dabei stimmte der Art. 33, Abs. 3, AHVG gemäß dem bundesrätlichen Entwurf mit der heute geltenden Fassung wörtlich überein, das Alter der Frau ausgenommen, und wurde von den eidgenössischen Räten ohne Diskussion gutgeheißen (Sten. Bull. des Nationalrates (1956, S. 560) und des Ständerates (1956, S. 295).

3. Aus dem Gesagten ergibt sich, daß keine Veranlassung besteht, in die langjährige Verwaltungspraxis einzugreifen, nach der auf Fälle wie den vorliegenden Art. 33, Abs. 3, AHVG anzuwenden ist. Demzufolge müssen die angefochtene Verfügung und der Entscheid der Vorinstanz aufgehoben werden. Die Sache wird an die Ausgleichskasse zurückgewiesen, damit sie die der Berufungsklägerin zustehende einfache Altersrente auf Grund der ersten Variante der genannten Bestimmung neu berechne, da nach den Akten anzunehmen ist, diese Berechnungsart sei für die Versicherte günstiger als diejenige nach der zweiten Variante.

4. ...

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 8. Februar 1965 i. Sa. R. B.

Art. 12 IVG. Zieht sich die Heilung eines Knochenbruches infolge von **Komplikationen in die Länge oder tritt die Heilung gar nicht ein, so gehören die deswegen notwendigen medizinischen Vorkehren ebenfalls noch zur Behandlung des Leidens an sich, sofern sie mit der primären Behandlung sachlich und zeitlich zusammenhängen.**

Die Versicherte brach am 1. Februar 1962 beim Skifahren den rechten Unterschenkel. Nachdem in einem Spital eine Osteosynthese vorgenommen worden war, entwickelte sich eine Pseudarthrose, die von einem Chirurgen am 25. März 1963 operiert wurde. Die Versicherte meldete sich am 19. Juli 1963 bei der IV an und beanspruchte medizinische Maßnahmen sowie Hilfsmittel. Die IV-Kommission beschloß am 10. Juni 1964 ihr einen Unterschenkelapparat und die entsprechenden ärztlichen Kontrollen zu gewähren, lehnte es jedoch ab, die Kosten für die Pseudarthrose-Operation und die Auslagen für Physiotherapie, Hauspflege, Fußstützen sowie Krückstöcke zu übernehmen, weil es sich um Vorkehren handle, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet seien. Die Ausgleichskasse eröffnete diesen Beschluß mit Verfügung vom 6. Juli 1964.

Der Ehemann der Versicherten beschwerte sich gegen diese Verfügung. Am 13. November 1964 wies die Rekursbehörde die Beschwerde ab und begründete dies damit, daß den medizinischen Akten entnommen werden könne, die Fraktur sei zur fraglichen Zeit noch nicht ausgeheilt gewesen.

Die vom Vertreter der Versicherten eingereichte Berufung wies das EVG aus folgenden Erwägungen ab:

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 überdies geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Diese Bestimmung dient vor allem dazu, die IV von der Kranken- und Unfallversicherung abzugrenzen. Das ist deshalb notwendig, weil das IVG die Kranken- und Unfallversicherung nicht ersetzt, sondern als Gegebenheit voraussetzt. Darüber wurde in der Botschaft des Bundesrates zum IVG unter anderem folgendes ausgeführt (S. 41):

«Ein Einbezug von Krankenpflegeleistungen, auch wenn sie sich nur auf die Behandlung des zur Invalidität führenden Leidens und auf IV-Rentner beschränkten, würde auf nichts anderes als auf ein eidgenössisches Krankenversicherungs-Obligatorium mit beschränktem Versichertenkreis und aufgeschobenem Beginn hinauslaufen. Dadurch würde die im Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung getroffene Ordnung, nach welcher der Bund die Befugnis zur Einführung der obligatorischen Krankenversicherung den Kantonen und Gemeinden überlassen hat, grundlegend geändert. Ein so weitgehender Eingriff in eine bestehende Ordnung darf aber

nicht durch ein Gesetz erfolgen, das mit der betreffenden Materie nur indirekt zusammenhängt».

Nach der heute geltenden Ordnung gehört somit die medizinische Behandlung eines Leidens in der Regel in das der Kranken- und Unfallversicherung vorbehaltene Gebiet. Die IV gewährt nur dann Leistungen, wenn die Voraussetzungen der Art. 12 ff. IVG erfüllt sind. Für die Auslegung derselben sind auch die allgemeinen Vorschriften über die Eingliederungsmaßnahmen heranzuziehen. Dabei ist Sorge zu tragen, daß diejenige Grenze, die selbst der Gesetzgeber nicht überschreiten wollte, nicht verletzt wird.

b. Gemäß medizinischer Betrachtungsweise gehören die ärztlichen Vorkehren ihrer Natur nach in der Regel zur Leidensbehandlung. Andererseits erreicht jede erfolgreiche Therapie eines Leidens, das die Erwerbstätigkeit eines Versicherten beeinträchtigt, auch ein erwerbliches Ziel. Ein und dieselbe Vorkehr kann mithin Merkmale sowohl der Leidensbehandlung als auch der Eingliederung im Sinne von Art. 12, Abs. 1, IVG aufweisen. Oft ist deshalb nicht eindeutig feststellbar, zu welcher Gruppe eine Vorkehr gehört. Wie das EVG schon wiederholt entschieden hat (EVGE 1962, S. 308; 1963, S. 38), muß in solchen Fällen geprüft werden, welcher Gruppe die Maßnahme vornehmlich angehört. Überwiegend um Leidensbehandlung geht es in der Regel bei der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens. Sind in dieser Beziehung eindeutige Verhältnisse nicht von vornherein gegeben, so ist auf Grund aller Umstände zu untersuchen, ob die umstrittene Vorkehr so stark mit dem Eingliederungszweck im Sinne von Art. 12, Abs. 1, IVG zusammenhängt, daß die Leidensbehandlung daneben zurücktritt. Dieses abwägende Zuordnen ist nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Kriterien und gemäß dem ihnen zugrundeliegenden Zweckgedanken vorzunehmen.

2. a. Die Behandlung eines durch einen Unfall verursachten Knochenbruches ist ohne Zweifel als Behandlung des Leidens an sich zu bewerten. Zieht sich die Heilung des Bruches infolge von Komplikationen in die Länge oder tritt die Heilung gar nicht ein, so gehören die deswegen notwendigen medizinischen Vorkehren ebenfalls noch zur Behandlung des Leidens an sich, sofern sie mit der primären Behandlung sachlich und zeitlich zusammenhängen.

b. Die umstrittene Pseudarthrose-Operation mußte am 25. März 1963 durchgeführt werden, weil die primäre Unfallbehandlung nicht zum Ziel geführt hatte. Der behandelnde Arzt erhob im März 1963, rund ein Jahr nach dem Unfall, folgenden Befund: «Die Fraktur ist klinisch und röntgenologisch nicht fest. Intraoperativ ließ sich die durchgehende Fraktur nachweisen». Der erforderliche sachliche und zeitliche Zusammenhang mit der Unfallbehandlung ist mithin gegeben. Daß der Arzt in seinem Bericht vom 15. Juli 1964 jede Pseudarthrose, die nicht behandelt wird, als «invalidisierenden Endzustand nach Fraktur» betrachtet, vermag an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Selbst wenn nämlich anzunehmen wäre, es habe hier ein stabiler Endzustand vorgelegen, so wäre der sachliche und zeitliche Zusammenhang zwischen dem unfallbedingten pathologischen Geschehen und der Pseudarthrose-Operation doch derart eng, daß es sich nicht rechtfertigte — zumal bei Berücksichtigung des Hauptzweckes von Art. 12, Abs. 1, IVG —

die Pseudarthrose aus dem durch den Unfall verursachten Krankheitsgeschehen herauszulösen, obschon die streitige Operation auch der Eingliederung diene. Dieser Eingriff bezweckte überwiegend, den nicht normal verlaufenen Heilungsprozeß in die rechte Bahn zu lenken und die Folgen des von der Versicherten 13 Monate zuvor erlittenen Unfalls zu beheben.

3. Aus dem Gesagten ergibt sich, daß die beanspruchten medizinischen Maßnahmen nicht zugesprochen werden können. Demzufolge ist auch der Antrag, es sei ein Taggeld auszurichten, abzuweisen; denn ein Taggeld wird nur «während der Eingliederung» gewährt (Art. 22, Abs. 1, IVG).

Urteil des EVG vom 27. Januar 1965 I. Sa. P. G.

Art. 13 IVG. Die psychotherapeutische Behandlung schwerer Verhaltensstörungen kann nicht auf Grund dieser Bestimmung von der IV übernommen werden, es sei denn, diese Störungen stünden in unmittelbarem, adaequatem Kausalzusammenhang mit einem Geburtsgebrechen.

Art. 11, Abs. 1 und Art. 19 IVG. Die Sonderschulung ist eine Eingliederungsmaßnahme, bei der sich die IV auf die Gewährung von Beiträgen beschränkt, aber keine Anordnungen trifft. Die Verantwortung für die Unterbringung eines Kindes in einer Schule liegt nur beim gesetzlichen Vertreter oder bei den Vormundschafts- und Schulbehörden, nicht aber bei Stellen, die — wie die IV — ausschließlich Beiträge an die in Frage stehenden Maßnahmen ausrichten. (Erwägung 2)

Art. 12 IVG und Art. 2 IVV. Eine psychotherapeutische Behandlung, die sich vom Beginn bis zur Beendigung der Sonderschule, ja sogar bis zum Ende der beruflichen Ausbildung erstreckt, ist keine «während begrenzter Zeit wiederholte Vorkehr».

(Erwägung 3)

Art. 41 IVG. Wenn aus irgendwelchen Gründen die medizinische Behandlung in einem bestimmten Zeitpunkt, jedoch vor Ablauf der für die Revision festgesetzten Frist, nicht mehr als eine zu Lasten der IV gehende medizinische Maßnahme betrachtet wird, so muß im Interesse des gutgläubigen Versicherten eine der Bestimmung von Art. 41 IVG entsprechende Regelung getroffen werden.

(Erwägung 4)

Der im Jahre 1950 geborene Versicherte wurde am 15. Februar 1960 bei der IV angemeldet. Er leidet an angeborener Taubstummheit. Nach einem Plazierungsversuch in einer spezialisierten Anstalt konnte der Versicherte im Jahre 1955 intern in einer Sonderschule untergebracht werden. Die IV gewährt seit 1. Januar 1960 Beiträge an den Sonderschulunterricht in dieser Institution. Mit Beschlüssen vom 24. März 1960, 9. März 1961 und 26. April 1963 gewährte die IV-Kommission dem Versicherten ab 1. Januar 1960 außerdem medizinische Maßnahmen in Form von psychotherapeutischen Behandlungen. Diese Beschlüsse wurden dem Versicherten durch die zuständige Ausgleichskasse regelmäßig mitgeteilt.

Mit Beschluß vom 1. November 1963 hob die IV-Kommission jedoch vor Ablauf der für die Revision festgesetzten Frist (31.12.64) den Anspruch auf medizinische Maßnahmen auf. Nach Ansicht der IV-Kommission erhielt der Versicherte keine psychotherapeutische Behandlung mehr, sondern nur Sonderschulunterricht, für welchen er über den Sonderschulbeitrag hinaus nicht noch weitere Leistungen beanspruchen kann. Dieser Beschluß, wonach dem Versicherten ab 1. September 1963 seitens der IV keine medizinischen Maßnahmen mehr gewährt werden, war Gegenstand der Verfügung der Ausgleichskasse vom 23. März 1964.

Die kantonale Rekurskommission hieß die Beschwerde gegen diese letzte Verfügung gut. Das EVG hieß die vom BSV eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut.

1. Es ist unbestritten, daß die Schulung und Erziehung des Versicherten wegen seiner zarten Gesundheit einerseits und seinen charakterlichen Mängeln andererseits außergewöhnliche Schwierigkeiten bieten. Nach Ansicht des Arztes leidet der normalbegabte Knabe an einer schweren neurotischen Störung als Folge der Trennung von seiner Familie. Die Behandlung durch eine Psychopädagogin bezweckte denn auch vorwiegend die Behebung dieser Störungen. Wenn in einem gewissen Zeitpunkt in dieser Beziehung Zweifel bestanden, so geht aus den Akten doch hervor, daß die fraglichen Vorkerehen eine psychotherapeutische Behandlung darstellen, was übrigens heute nicht mehr bestritten wird. In erster Linie muß daher geprüft werden, ob die betreffenden Kosten nicht gestützt auf Art. 13 IVG von der IV übernommen werden können. Gemäß dieser Bestimmung haben minderjährige Versicherte Anspruch auf Behandlung von Geburtsgebrechen, die in der vom Bundesrat erlassenen Liste aufgeführt sind. Gemäß Gerichtspraxis übernimmt die IV im Rahmen dieses Artikels auch die Kosten für die Behandlung der unmittelbaren Folgen eines Geburtsgebrechens im Sinne der GgV unter der Bedingung, daß zwischen diesen Folgen und dem Geburtsgebrechen ein adäquater Kausalzusammenhang nachgewiesen werden kann (s. EVGE 1962, S. 213; ZAK 1963, S. 81). Im Gegensatz zu der von der Vorinstanz vertretenen Auffassung, handelt es sich im vorliegenden Fall bei den schweren Verhaltensstörungen — die als solche in der GgV nicht aufgeführt sind — aller Voraussicht nach nicht um ein Sekundärleiden eines Geburtsgebrechens (hier Taubstummheit des Versicherten), das mit dem letzteren in einem adäquaten Kausalzusammenhang steht. Es besteht hingegen Grund zur Annahme, die Ursache der Neurose des Versicherten liege in dem vom Arzt erwähnten Gefühl der Verlassenheit. Wie das BSV festhält, führt eine Plazierung außerhalb der Familie — selbst dann, wenn sie infolge der Taubstummheit notwendig wird — normalerweise nicht zu solcher Empfindung. Daraus ist zu schließen, daß die in Frage stehende Behandlung nicht auf die Behandlung eines Geburtsgebrechens im Sinne der GgV gerichtet ist und auch nicht die direkte Folge eines solchen Leidens darstellt. Die dadurch entstehenden Kosten können daher gestützt auf Art. 13 IVG und der damit verbundenen Rechtsprechung von der IV nicht übernommen werden.

2. Die Vorinstanz nimmt an, der neurotische Zustand des Versicherten sei möglicherweise durch die Unterbringung in einem Internat ungünstig

beeinflusst worden, wofür die IV im Rahmen von Art. 11, Abs. 1, IVG verantwortlich gemacht werden könne. Nach dieser Bestimmung haben Versicherte «Anspruch auf Ersatz der Heilungskosten für Krankheiten und Unfälle, die durch Eingliederungsmaßnahmen verursacht werden». Aber auch dann, wenn man die Neurose des Versicherten der Plazierung zuschreiben würde, wäre dies absolut kein Grund, hiefür die IV verantwortlich zu machen. Die Sonderschulung im Sinne von Art. 19 IVG ist eine Eingliederungsmaßnahme, bei der sich die IV auf die Gewährung von Beiträgen beschränkt aber keine Anordnungen trifft. Das EVG hat schon verschiedentlich festgestellt, daß die sich auf Grund von Art. 11, Abs. 1, IVG, ergebenden Ansprüche keine Versicherungsleistungen darstellen, sondern auf einer Kausalhaftung der IV für die Folgen einer von ihren Organen angeordneten Eingliederungsmaßnahme beruhen (s. ZAK 1965, S. 234). Die Volksschule und die Überwachung des privaten Unterrichts ist Aufgabe der Kantone und Gemeinden. Die Entscheidung über die Plazierung eines Kindes in eine Schule steht — abgesehen von strafrechtlichen Fällen — den Eltern oder dem Vormund zu. Wenn daher durch eine solche Maßnahme einem Versicherten Schaden entsteht, liegt die Verantwortung — sofern überhaupt von einer Verantwortlichkeit gesprochen werden kann — ausschließlich bei den gesetzlichen Vertretern oder bei den Vormundschafts- und Schulbehörden mit Ausschluß von Personen, die wie der Bund über die IV, die fraglichen Maßnahmen nur subventionieren. Art. 11, Abs. 1, IVG ist somit im vorliegenden Fall nicht anwendbar.

3. In der Folge bleibt zu prüfen, ob die in Frage stehenden Maßnahmen nicht im Rahmen von Art. 12 IVG von der IV übernommen werden könnten. Wie das EVG in bezug auf Art. 12, Abs. 1, IVG ausführte (EVGE 1962, S. 308; ZAK 1963, S. 130), liegt eine Eingliederungsmaßnahme vor, wenn nicht von einer Behandlung des Leidens an sich gesprochen werden kann — d. h., wenn die Vorkehrungen nicht überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dienen — und sofern die Maßnahme geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Gehören medizinische Vorkehrungen im Einzelfall nicht eindeutig zur eigentlichen Leidensbehandlung, so ist abzuwägen, ob sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung im erwähnten Umfang oder andern Zwecken dienen. Bei der Beurteilung der Frage, ob bei minderjährigen Versicherten eine medizinische Vorkehrung vorwiegend der beruflichen Eingliederung dient und geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern, ist von Art. 5, Abs. 2, IVG auszugehen. Danach gelten nichterwerbstätige Minderjährige mit einem körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als invalid, wenn der Gesundheitsschaden wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird. Wie das EVG schon mehrfach feststellte, kann es bei Versicherten, die in das Berufsbildungsalter eintreten, hinsichtlich der medizinischen Eingliederungsmaßnahmen als geboten erscheinen, nicht bis zum Eintritt einer Defektheilung oder eines anderswie stabilisierten Zustandes zuzuwarten; denn sonst würde in manchen Fällen die Berufsbildung erschwert, der Eintritt ins Erwerbsleben verzögert und die Erfolgsaussichten von später ohnehin notwendigen Eingliederungsmaßnahmen erheblich verringert. Bei Jugendlichen an der Schwelle des Berufsbildungsalters können demnach medizinische Vorkehrungen

schon dann der beruflichen Eingliederung dienen — auch bei evolutivem Leiden — wenn

- a. ohne diese medizinischen Vorkehren in absehbarer Zeit eine Defektheilung oder ein sonstwie stabilisierter Zustand eintreten würden, welche die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigen könnten, und sofern
- b. einmalige oder während begrenzter Zeit zu wiederholende, für die spätere Berufstätigkeit notwendige und geeignete Maßnahmen in Frage stehen und
- c. die Anordnung der Maßnahmen im gegenwärtigen Zeitpunkt medizinisch und beruflich als angezeigt erscheint (s. EVGE 1964, S. 19; ZAK 1964, S. 202; EVGE 1963, S. 53; ZAK 1963, S. 408 und die Rechtsprechung in Erwägung 2).

Im vorliegenden Fall hätte der Versicherte ohne die durchgeführte psychopädagogische Behandlung nicht geschult werden können, was ihm praktisch jede Aussicht, sein Leben zu verdienen, genommen hätte. Andererseits setzt der Erfolg einer psychiatrischen Behandlung, die der Anpassung des Minderjährigen an seine Verhältnisse dient, voraus, daß die Maßnahmen rasch ergriffen werden. Eine Verzögerung in der Behandlung könnte zu einem Mißerfolg führen. Hingegen trifft es nicht zu, daß die in Frage stehenden Maßnahmen eine einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte Behandlung darstellen. Die strittige Behandlung wurde seit Juni 1960 durchgeführt und wird noch während unbestimmter Zeit fortgesetzt werden, mindestens während der gesamten Schulzeit des Versicherten. Wenn auch der Begriff der beschränkten Zeit für jugendliche Versicherte relativ ist, kann eine Zeitspanne, die sich vom Beginn bis zum Ende der Schulzeit, sogar bis zum Ende der beruflichen Ausbildung — wie dies die Vorinstanz annimmt — erstreckt, nicht demselben entsprechen. Eine der Bedingungen, die nach der erwähnten Gerichtspraxis für die Gewährung der fraglichen Maßnahmen in Anwendung von Art. 12 IVG maßgebend sind, wird somit im vorliegenden Fall nicht erfüllt. Die Berufung ist daher gutzuheißen. Hiezu ist festzustellen, daß die Praxis des EVG zur Frage, unter welchen Bedingungen eine Ausgleichskasse befugt ist, auf eine Verfügung zurückzukommen (s. EVGE 1963, S. 84, ZAK 1963, S. 295 und die vom Berufungsklagten zitierte Rechtsprechung in Erwägung 2) im vorliegenden Fall nicht anwendbar ist. Hingegen sind die sich hier ergebenden Verhältnisse nicht ohne gewisse Übereinstimmungen mit denjenigen, in denen sich ein Rentner befindet, dessen Invaliditätsgrad sich verändert und den Rentenanspruch für die Zukunft beeinflusst (Art. 41 IVG).

4. Es bleibt zu prüfen, ob die Verfügung der Ausgleichskasse vom 23. März 1964, welche im Prinzip wieder hergestellt werden sollte, ab 1. September 1963 in Rechtskraft treten kann. Die IV-Kommission hat mit Rücksicht auf die Verlängerung der Behandlung festgestellt, daß mit der Zeit die Eingliederungsmaßnahmen nicht mehr zu Lasten der IV gewährt werden können. Wenn aus irgendwelchen Gründen eine medizinische Behandlung in einem bestimmten Zeitpunkt aber vor Ablauf der für die Revision des Falles festgesetzten Frist nicht mehr als eine zu Lasten der IV gehende Eingliederungsmaßnahme betrachtet werden kann, verlangt die

Gleichbehandlung eine Lösung, die der Gutgläubigkeit des Versicherten Rechnung trägt. Im vorliegenden Fall kann die angefochtene Verfügung also erst ab 23. März 1964 in Rechtskraft treten (s. ZAK 1965, S. 51). Die IV hat somit die Kosten für die genannte psychopädagogische Behandlung nur bis zum 23. März 1964 zu gewähren.

Urteil des EVG vom 30. Dezember 1964 i. Sa. Y. M.

Art. 16 IVG. Die IV trägt die invaliditätsbedingten Mehrkosten der Berufslehre eines invaliden Lehrlings immer auch dann bis zum Lehrabschluß, wenn wegen der Art des bestehenden Gebrechens die Lehre in einer Anstalt stattfinden oder länger als für gesundheitlich vollwertige Lehrlinge bemessen werden muß. Ist die Berufslehre aber einmal bestanden, so gilt die erstmalige berufliche Ausbildung als beendet.

Die Versicherte ist wegen angeborener Netzhaut-Degeneration am rechten Auge gänzlich blind und am linken Auge so gut wie blind. Während der letzten Jahre hatte ihr die IV verschiedene Hilfsmittel abgegeben sowie Beiträge zur Sonderschulung gewährt und die invaliditätsbedingten Mehrkosten einer kaufmännischen Berufslehre in verschiedenen Blindenheimen bezahlt. Im März 1964 hat die Versicherte ihre dreijährige Berufslehre mit schönem Erfolg abgeschlossen. Mit Eingabe vom 23. April 1964 ersuchte ein Blindenheim die zuständige IV-Kommission, die IV möge zur Ergänzung der Berufslehre einen sechsmonatigen Kurs in einer Schule in London bewilligen, was auf rund 3000 Franken zu stehen komme. Zur Begründung wurde ausgeführt, nur wenn sie zwei Fremdsprachen überdurchschnittlich gut kenne, dürfe eine blinde Tochter auf Vollbeschäftigung in einem kaufmännischen Büro hoffen. Laut Kommissionsbeschluß vom 21. Mai verfügte die Ausgleichskasse am 5. Juni 1964, die IV habe schon die kaufmännische Berufslehre finanziert und könne keine weiteren Ausbildungskosten übernehmen. Das Blindenheim beschwerte sich und wiederholte seine Vorbringen. Doch wies die kantonale Rekurskommission mit Urteil vom 17. September 1964 die Beschwerde ab.

Das Blindenheim hat rechtzeitig Berufung eingelegt. Es erneuert sein für die Versicherte gestelltes Gesuch und rügt, zu Unrecht erkläre der kantonale Richter, während ihrer Berufslehre habe die Versicherte die Sprachenkenntnis erworben, die man von einer frisch aus der Lehre kommenden kaufmännischen Angestellten verlange. Ein Blinder taue wenig für einen Teil der Büroarbeiten (z. B. Arbeit an der Rechenmaschine, Spedition, Buchhaltung) und müsse diesen Mangel durch außerordentliche Sprachenkenntnis wettmachen. Während die Ausgleichskasse sich mit dem Hinweis auf EVGE 1963, S. 200, begnügt, bezeichnet das BSV in seinem Mitbericht die Berufung als unbegründet und bemerkt hauptsächlich folgendes:

Zu Lasten der IV gehe eine berufliche Ausbildung nur insoweit, als sie für die künftige Erwerbstätigkeit eines Invaliden notwendig sei. Von einer Korrespondentin für Fremdsprachen fordere man, daß sie den Wortschatz, die Rechtschreibung und die Grundzüge der Stilistik kenne. Hiefür bedürfe

es — bei den heutigen Lehrmethoden — keines Aufenthaltes im fremdsprachlichen Gebiet. Auch stehe die Berufungsklägerin nicht vor dem Antritt eines Postens, für dessen Besetzung ein Engländeraufenthalt vorgeschrieben sei.

Mit nachträglichen Eingaben vom 10., 24. und 29. Dezember meldet das Blindenheim, die Versicherte habe vom 4. Mai bis 9. Oktober 1964 ihren Sprachkurs in London gemacht, im November bei einer Textilfabrik einen Monat Probezeit als Korrespondentin bestanden und sei seit Dezember dort vollbeschäftigte Angestellte; sie schreibe deutsche, französische und englische Korrespondenz ab Diktiergerät und erhalte monatlich 650 Franken Anfangslohn. Ohne den Engländeraufenthalt wäre eine volle Eingliederung dieser blinden Tochter kaum je gelungen. Während Abendkurse der kaufmännischen Berufsschulen einem sehenden Büroangestellten jede denkbare Weiterbildung ermöglichen, müsse der blinde Anwärter auf eine Korrespondentenstelle im Anschluß an die Berufslehre einige Monate in fremdsprachigen Gebieten verbringen und so sich bestmöglich «spezialisieren».

Das EVG wies die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Verursacht die erstmalige berufliche Ausbildung eines Invaliden, der noch nicht erwerbstätig gewesen ist, wegen der Art des Gebrechens namhafte zusätzliche Kosten, so muß die IV diese Aufwendungen ersetzen, sofern die Ausbildung den Fähigkeiten des Invaliden entspricht (Art. 16 IVG). Als erstmalige berufliche Ausbildung gilt jede Berufslehre oder Anlehre, sowie der Besuch einer Mittelschule, Fachschule oder Hochschule (Art. 5, Abs. 1, IVV).

Die Berufslehre soll dem Lehrling die für den künftigen Beruf notwendigen Fertigkeiten und Kenntnisse vermitteln (Art. 13 des Bundesgesetzes vom 26. 6. 30 über die berufliche Ausbildung; Art. 7 des Bundesgesetzes vom 20. 9. 63 über die Berufsbildung). Deswegen trägt die IV die invaliditätsbedingten Mehrkosten der Berufslehre eines invaliden Lehrlings immer auch dann bis zum Lehrabschluß, wenn wegen der Art des bestehenden Gebrechens die Lehre in einer Anstalt stattfinden oder länger als für gesundheitlich vollwertige Lehrlinge bemessen werden muß. Ist die Berufslehre aber einmal bestanden, so ist die erstmalige berufliche Ausbildung beendet: Eine allfällige berufliche Weiterbildung des jungen Invaliden geht dann nicht mehr zu Lasten der IV.

2. Nicht anders verhält es sich im vorliegenden Falle. Mit dem Abschluß der kaufmännischen Lehre im März 1964 war die erstmalige berufliche Ausbildung der blinden Versicherten beendet und die in Art. 16 IVG umschriebene Leistungspflicht der IV erloschen. Schon damals verfügte die Berufungsklägerin über die für eine junge Korrespondentin genügende Kenntnis der englischen Sprache und es hätte nicht notwendigerweise eines Fortbildungskurses in England bedurft, um für die Berufungsklägerin eine ganztägige Anstellung zu finden. Schon im Juli 1962 hatte der Leiter eines Blindenheims bescheinigt, er stelle diesem intelligenten, fleißigen und verträglichen Mädchen «die günstigste Prognose», und laut dem Lehrabschlußzeugnis vom 26. März 1964 hat die Versicherte sowohl in den Pflichtfächern — worunter deutsche Korrespondenz, Französisch und Maschinenschreiben — als auch in den fakultativen Fächern Englisch und französische Stenographie die Note «gut bis sehr gut» erhalten.

Das Blindenheim macht unter anderem geltend, nur sehende Büroangestellte hätten die Möglichkeit, durch den Besuch von Abendkursen bei den kaufmännischen Berufsschulen sich fachlich fortzubilden. Mit Rücksicht hierauf könnte man sich fragen, ob die IV einer blinden jungen Korrespondentin, die auf Wunsch des Arbeitgebers ihre Sprachenkenntnis vertiefen sollte, im Sinne einer erweiterten Berufslehre die Kosten der Anschaffung von Sprachplatten ersetzen dürfte. Allein heute braucht hierüber nicht entschieden zu werden.

3. Zum Gesuch der Versicherten vom 23. April 1964 hat die kantonale IV-Kommission am 21. Mai 1964 Stellung genommen. Doch hatte die Versicherte, ohne den Kommissionsbeschluß abzuwarten, ihren Engländeraufenthalt bereits anfangs Mai angetreten. Anscheinend hätte der kantonale Richter das erwähnte Gesuch auch schon auf Grund der Art. 60, Abs. 1, Buchst. b, IVG und Art. 78, Abs. 2, IVV ablehnen dürfen.

Urteil des EVG vom 11. März 1965 i.Sa. W.F.

Art. 17 IVG. Unter Umschulung sind grundsätzlich alle Eingliederungsmaßnahmen beruflicher Art zu verstehen, die notwendig und geeignet sind, einem Versicherten, der vor Eintritt der Invalidität bereits erwerbstätig war, eine möglichst gleichwertige Erwerbstätigkeit, nicht aber eine wesentlich höhere Berufsausbildung zu vermitteln.

Der 1946 geborene Versicherte besuchte die Primarschule und anschließend während zwei Jahren bis zum Frühjahr 1961 die Sekundarschule, womit seine Schulpflicht zu Ende war. Vom Frühjahr 1961 bis anfangs Dezember 1962 arbeitete er im elterlichen Landwirtschaftsbetrieb. Am 11. Dezember 1962 mußte ihm wegen einer bösartigen Knochenschwulst (osteogenes Sarkom) des mittleren und oberen Teiles des Schienbeines das linke Bein im unteren Drittel des Oberschenkels amputiert werden. Im Februar 1963 trat der Versicherte in ein Kollegium ein, wo er bis Ostern 1963 die zweite Sekundarschulklasse wiederholte und nachher die dritte Sekundarschulklasse besuchte. Gestützt auf eine Anmeldung zum Leistungsbezug vom Dezember 1962 sprach ihm die IV-Kommission für die Zeit dieses Schulbesuches einen Kostgeldbeitrag zu. Auf Beschwerde hin entschied die kantonale Rekurskommission, daß der Besuch der Sekundarschule im Kollegium für den Versicherten eine Umschulungsmaßnahme im Sinne von Art. 17 IVG darstelle, da er nach der Entlassung aus der Schulpflicht auf dem elterlichen Landwirtschaftsbetrieb eine Erwerbstätigkeit ausgeübt habe, die er seiner Invalidität wegen nicht weiterführen könne; demgemäß verhielt die kantonale Rekurskommission die IV, die gesamten Kosten des Sekundarschulbesuches zu übernehmen (Entscheid vom 1. 8. 63). Dieser Entscheid blieb unangefochten und erwuchs in Rechtskraft.

Im Herbst 1963 trat der Versicherte — für den die Regionalstelle nach Abschluß der dritten Sekundarschulklasse eine Berufslehre in Aussicht genommen hatte — im Kollegium in die dritte Klasse der technischen Abteilung über mit dem Ziel, nach fünf Jahren die Maturität Typus C zu bestehen. Nach Ein-

holung einer Meinungsäußerung des BSV beschloß die IV-Kommission am 18. Juni 1964, die Schulung in der technischen Abteilung grundsätzlich nicht zu übernehmen, da sie sich eignungsmaßig nicht aufdränge und daher nicht notwendig sei; immerhin erklärte sich die IV-Kommission bereit, für die Kosten der technischen Abteilung (Pflichtfächer) bis Ostern 1964 aufzukommen, da bis zu diesem Zeitpunkt auch die Sekundarschule gedauert hätte.

Gegen die Kassenverfügung vom 23. Juni 1964, durch die dieser Beschluß eröffnet wurde, beschwerte sich der Versicherte erneut bei der kantonalen Rekurskommission. Er machte geltend, daß die Ausbildung in der technischen Abteilung eine Umschulungsmaßnahme, darstelle, deren Kosten zu Lasten der IV gingen. Durch Entscheid vom 29. Oktober 1964 hieß die kantonale Rekurskommission die Beschwerde gut und führte aus, laut einem Bericht der Schulleitung vom 30. Juni 1964 hätten sich die Leistungen des Versicherten nach anfänglichen Schwierigkeiten eindeutig verbessert, weshalb die Eignung für ein Studium nicht verneint werden könne.

Den kantonalen Rekursentscheid hat das BSV durch Berufung an das EVG weitergezogen. Es beantragt die Wiederherstellung der Kassenverfügung vom 23. Juni 1964 und macht geltend: Wenn auch der Anspruch des Versicherten auf Umschulungsmaßnahmen anerkannt werde, so hätten sich diese doch im Rahmen des Notwendigen zu halten. Weder der Gesundheitszustand noch die Eignung des Versicherten ständen einer qualifizierten Berufslehre entgegen; es bestehe keine ausgesprochene Eignung zum Hochschulstudium, das im Rahmen eines Umschulungsplanes die einzige sinnvolle Fortsetzung der Ausbildung auf die Maturität darstellen würde. Der Versicherte erachtet die Berufung als unbegründet und verweist auf einen weiteren Bericht der Schulleitung vom 9. Januar 1965. In diesem Bericht wird erklärt, der Versicherte habe sich als solider und zuverlässiger Schüler ausgewiesen; nachdem er vor der Operation als Landwirt tätig gewesen sei, sehe er seinen Lebensweg in landwirtschaftlicher Richtung und beabsichtige, Agronom zu werden.

Das EVG hieß die vom BSV eingereichte Berufung im Sinne folgender Erwägungen gut:

1. Der Versicherte, der im elterlichen Landwirtschaftsbetrieb arbeitet und diese Tätigkeit wegen der inzwischen eingetretenen Invalidität nicht weiterführen kann, hat unbestrittenermaßen Anspruch auf Umschulungsmaßnahmen. Die Vorinstanz hat in einem frühern Verfahren entschieden, der Besuch der zweiten und dritten Sekundarschulklasse im Kollegium (an den sich nach der ursprünglichen Auffassung der Regionalstelle eine Berufslehre hätte anschließen sollen) stelle eine solche Maßnahme dar. Dieser unangefochtene, in Rechtskraft erwachsene Entscheid kann heute weder in tatbeständlicher noch in rechtlicher Hinsicht überprüft werden.

Indessen ist der Versicherte bereits vor dem Abschluß der dritten Sekundarschulklasse in die technische Abteilung des Kollegiums übergetreten, um nach fünfjährigem Studium die Maturität des Typus C zu bestehen. Es stellt sich daher heute die Frage, ob auch diese Ausbildung als Umschulungsmaßnahme anerkannt werden könne. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, daß die Maturität keinen Abschluß der Ausbildung darstellt; vielmehr ist nach der Maturität ein weiteres Studium erforderlich, das in der Regel an einer Hochschule erfolgen muß. Laut den Angaben der Schulleitung des

Kollegiums beabsichtigt der Versicherte, Agronom zu werden; er will also nach der Maturität an der ETH studieren.

2. Gemäß Art. 17, Abs. 1, IVG hat der Versicherte Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder wesentlich verbessert werden kann. Nach dem Sinn dieser Bestimmung sollen die Umschulungsmaßnahmen die wegen Eintritts einer Invalidität ganz oder teilweise verloren gegangene Erwerbsfähigkeit soweit als möglich wieder herstellen. Hiezu ist in der Regel ein dem bisherigen gleichwertiger Beruf geeignet, der den Fähigkeiten des Versicherten entspricht. Unter Umschulung ist demnach grundsätzlich die Summe der Eingliederungsmaßnahmen berufsbildender Art zu verstehen, die notwendig und geeignet sind, dem vor Eintritt der Invalidität bereits erwerbstätig gewesenen Versicherten eine seiner früheren möglichst gleichwertige Erwerbsmöglichkeit zu vermitteln. Demzufolge muß das Umschulungsziel in einem angemessenen und zweckmäßigen Verhältnis zur bisherigen Tätigkeit stehen. Zum gleichen Schluß führt eine analoge Anwendung des Rechtsgedankens von Art. 21, Abs. 2, IVG, wonach Hilfsmittel in einfacher und zweckmäßiger Ausführung abzugeben sind. Denn diese Bestimmung bringt den allgemeinen Grundsatz zum Ausdruck, daß Eingliederungsmaßnahmen einfach und zweckmäßig sein müssen. Würde man die Zweckbestimmung der Umschulung grundsätzlich nicht auf eine der früheren annähernd gleichwertigen Erwerbsfähigkeit beschränken, so entstände ein Mißverhältnis zwischen den Aufwendungen für die erstmalige Ausbildung gemäß Art. 16 IVG einerseits und den Aufwendungen für die Umschulung gemäß Art. 17 IVG andererseits, da ja beide darauf ausgerichtet sind, dem Versicherten diejenige Erwerbsfähigkeit zu verschaffen oder wiederzugeben, über die er ohne Invalidität mutmaßlich verfügt hätte. Immerhin kann man sich fragen, ob unter dem Titel Umschulung ausnahmsweise auch Leistungen zur Erreichung eines höheren Berufszieles zu gewähren seien, wenn sich erst auf Grund der Abklärungen der IV ergibt, daß der Versicherte über eine Begabung verfügt, die durch den vor der Invalidität ausgeübten oder einen ähnlichen Beruf offensichtlich ungenügend ausgewertet würde. Diese Frage stellt sich jedoch im vorliegenden Falle nicht, wie noch auszuführen sein wird.

3. Nachdem der Versicherte vor der Invalidität als Landwirt tätig war, kann eine Ausbildung zum Agronomen mit Maturität und Hochschulstudium, die sich über Jahre hinzieht, nicht mehr als einfache und zweckmäßige Maßnahme im Sinne des Gesetzes bezeichnet werden. Vielmehr wird mit dieser Ausbildung ein wesentlich höheres Berufsziel verfolgt. Der Versicherte, der zwar heute ein rechter Schüler ist, weist auch nicht eine derart außerordentliche Begabung auf, daß sich ein Hochschulstudium unter dem Titel Umschulung aufdrängen würde. Immerhin kann es beim Beschluß der IV-Kommission, von Ostern 1964 an keine Umschulungsmaßnahmen mehr zu gewähren, nicht sein Bewenden haben. Die IV-Kommission hat vielmehr abzuklären, welche Art der Umschulung nach der Eignung und der Invalidität des Versicherten im Hinblick auf den früher ausgeübten Beruf als zweckmäßig und angemessen erscheint. In diesem Umfang sind dem Versicherten Leistungen gemäß Art. 17 IVG zu gewähren, sofern er sich mit einer Umschulung im gewählten Rahmen einverstanden erklärt. Sollte er aber das Studium mit Maturität und Hochschulbildung weiterführen, so könnte sich die Frage stellen, ob an diese Aus-

bildung nicht Beiträge ausgerichtet werden können. Denkbar wäre eine analoge Anwendung der Praxis, wonach an Hilfsmittel, deren Ausführung nicht mehr «einfach» im Sinne von Art. 21, Abs. 2, IVG ist, unter Umständen Beiträge gewährt werden. Bei der Prüfung dieser Frage könnte zudem von Bedeutung sein, daß — anders als die Beschaffung bestimmter Hilfsmittel überdurchschnittlichen Wertes — die Erreichung des gewählten höheren Ausbildungszieles auf derart lange Sicht hin mehr oder weniger ungewiß ist.

Urteil des EVG vom 17. Dezember 1964 i. Sa. W. N.

Art. 21 IVG. Eine Brille ist auch dann nur in Ergänzung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen abzugeben, wenn sie zur Benützung eines von der IV abgegebenen Hilfsmittels, z. B. eines Motorfahrzeuges, erforderlich ist. (Erwägung 1)

Ein Motorfahrzeug ist in fahrtauglichem und verkehrssicherem Zustand abzugeben, was je nach den klimatischen Gegebenheiten die erstmalige Ausrüstung mit Winterpneus oder entsprechenden Vorrichtungen erheischt. (Erwägung 2)

Anfangs 1963 hat die IV dem gehbehinderten Versicherten leihweise einen Personenwagen als Hilfsmittel zur Verfügung gestellt. Nachdem sein Begehren um Erhöhung der von der Verwaltung für Privatfahrten bewilligten Kilometerzahl am 3. Februar 1964 im Berufungsverfahren abgewiesen worden war, ersuchte er im April 1964 u. a. um die Abgabe von Winterreifen und einer Brille zum Autofahren. Die IV-Kommission entsprach diesen Begehren jedoch nicht, und die zuständige Rekursbehörde wies die Beschwerde, welche der Versicherte gegen die Verfügung der Ausgleichskasse vom 30. Juni 1964 erhoben hatte, am 22. August 1964 ab.

Das EVG hat die vom Versicherten eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen abgewiesen.

1. Der Versicherte hat im Rahmen von Art. 14 IVV Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. Kosten für Brillen werden aber nur übernommen, wenn diese Hilfsmittel eine wesentliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen bilden (Art. 21, Abs. 1, IVG). Die IV darf Brillen nur abgeben, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Der Berufungskläger macht geltend, daß er die Brille lediglich zum Führen des ihm von der IV abgegebenen Motorfahrzeuges benötige. Damit steht der augenärztliche Bericht vom Mai 1964 in Übereinstimmung, wonach der Versicherte beim Autofahren unbedingt eine Brille tragen muß. Der Arzt hat eine Myopie leichten Grades diagnostiziert und gelegentliche Augenkontrollen als erforderlich bezeichnet, dagegen die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung verneint. Somit würde also die Brille im vorliegenden Fall nicht dazu dienen, eine medizinische Eingliederungsmaßnahme zu ergänzen, sondern zur Verwendung eines von der IV bewilligten Hilfsmittels. Das Gesetz gestattet aber nicht, zu diesem Zweck eine Brille abzugeben. Daß diese zwar notwendig ist, um das leihweise überlassene Motorfahrzeug zu führen, ändert daran nichts. Auch der Versicherte, welchem die IV z. B. eine Krücke abgegeben hat, bedarf zur Überwindung einer allfälligen Kurzsichtigkeit im Stra-

Benverkehr möglicherweise einer Brille. Trotzdem erlaubt Art. 21 IVG nicht, ihm eine solche abzugeben, ebenso wenig wie den Erwachsenen, die wegen eines Akkomodationsfehlers ohne Brille überhaupt arbeitsunfähig wären. Soweit die Berufung die Abgabe einer Brille zum Gegenstand hat, ist sie abzuweisen.

2. Hinsichtlich des Begehrens um Abgabe von Winterreifen ist vorerst zu bemerken, daß das EVG tatsächlich am 17. Dezember 1963 entschieden hat, dem heutigen Berufungskläger stehe kein Anspruch auf Abgabe zweier Winterpneus durch die IV zu (EVGE 1963, S. 270; ZAK 1964, S. 174). Damals stand aber die Neubereifung eines ältern Autos, das der Versicherte schon mehrere Jahre vor Inkrafttreten der IV angeschafft hatte, in Frage. Inzwischen hat er von der IV leihweise ein neues, mit der üblichen Sommerbereifung versehenes Motorfahrzeug erhalten. Es fragt sich deshalb, ob dem Berufungskläger ein Anspruch zustehe, daß die erstmalige Ausrüstung dieses Personenwagens von der IV mit Winterpneus ergänzt werde.

Nach Art. 21, Abs. 2, IVG werden die Hilfsmittel u. a. in zweckmäßiger Ausführung abgegeben. Darunter versteht man bei einem als Hilfsmittel abgegebenen Motorfahrzeug, daß es fahrtauglich und verkehrssicher sei. Nach dem bereits erwähnten Entscheid des EVG vom 17. Dezember 1963 gehört zum Begriff des fahrtauglichen, verkehrssicheren Automobils auch eine ordnungsgemäße Bereifung. Diese muß so beschaffen sein oder durch zweckmäßiges Zubehör den üblichen Anforderungen des Arbeitsweges so angepaßt werden können, daß sie diesen Anforderungen in allen Jahreszeiten entspricht; denn der Versicherte muß ja die existenzsichernde Erwerbstätigkeit, welcher das Fahrzeug zu dienen hat, dauernd ausüben können (vgl. Art. 15, Abs. 2, IVV).

Welches die winterlichen Anforderungen an die Bereifung eines als Hilfsmittel abgegebenen Automobils sind, läßt sich nicht allgemein festlegen. Sie können je nach der Gegend, wo der Versicherte wohnt und arbeitet, verschieden sein. Für Fahrten auf ebenen Straßen des südlichen Tessins und auch größerer Städte des Mittellandes mag während des ganzen Jahres eine normale Sommerbereifung genügen, sofern diese Verkehrswege stets schneefrei gehalten werden. Um aber die Fahrtüchtigkeit eines Personenwagens auf schneebedeckten Straßen zu gewährleisten, können für dessen Triebräder entweder Winterreifen oder annähernd den gleichen Zweck erfüllende, verhältnismäßig leicht auf den Sommerpneus anzubringende, verkehrstechnisch zuverlässige Vorrichtungen erforderlich sein. Ergäbe es sich, daß das Automobil mit Winterreifen ausgerüstet werden muß, so wäre ferner zu prüfen, ob der IV zugemutet werden kann, dem Versicherten darüber hinaus noch vier Sommerpneus abzugeben. Diese Fragen sind jeweils nach den besonderen verkehrstechnischen Anforderungen der einzelnen Arbeitswege zu beantworten.

Im vorliegenden Fall enthalten die Akten keine nähern Angaben über den winterlichen Arbeitsweg des Berufungsklägers. Es obliegt deshalb der IV-Kommission, noch zu prüfen, ob die gegenwärtige Ausrüstung des Personenwagens mit fünf Sommerreifen den Anforderungen des Arbeitsweges des Berufungsklägers auch im Winter genügt oder ob sie im Sinne des Gesagten zu ergänzen oder teilweise abzuändern ist (wobei auch der Austausch

einzelner Stück in Frage kommen könnte), damit das Fahrzeug seinen Zweck in fahrtauglichem und verkehrssicherem Zustand auch im Winter zu erfüllen vermag. Bei der Beurteilung dieser Fragen ist ausschließlich auf die Anforderungen des Arbeitsweges und nicht auf die umfangreichen Privatfahrten des Versicherten abzustellen.

Urteil des EVG vom 17. März 1965 i. Sa K. B.

Art. 21 IVG; Art. 14, Abs. 1, Buchst. g; Art. 15, Abs. 2 und Art. 16, Abs. 2, IVV. Reparaturen an Hilfsmitteln übernimmt die IV nur, wenn die Abgabebedingungen eingehalten werden. Demzufolge hat ein Versicherter keinen Anspruch auf Reparaturkosten-Vergütung, wenn er das Motorfahrzeug über die ihm zugestanden 4 000 km hinaus für Privatfahrten verwendet und es dadurch vorzeitig abnutzt.

Zufolge einer im Kindesalter durchgemachten Poliomyelitis ist das linke Bein des heute 55jährigen Versicherten ausgesprochen atrophisch (im Wachstum zurückgeblieben) und um 6 cm verkürzt. Durch diese Anomalie sind deutliche skoliotische Veränderungen (seitliche Verbiegung) der Wirbelsäule sowie eine schwere, seit Januar 1956 zunehmende Spondylarthrosis deformans (deformierende Erkrankung der kleinen Wirbelgelenke) eingetreten. Der Versicherte ist wegen dieser Gebrechen dermaßen gehbehindert, daß er, nach den Feststellungen der IV-Kommission, den Weg zur Arbeit ohne persönliches Motorfahrzeug nicht bewältigen könnte. Die Ausgleichskasse verfügte deshalb am 2. August 1962 die leihweise Abgabe eines Kleinautomobils und machte dabei ausdrücklich darauf aufmerksam, daß «Reparaturkosten und Beiträge an die teilweise Erneuerung ... nur dann von der IV übernommen werden, wenn sie trotz sorgfältigem Gebrauch auf Fahrten an den Arbeitsort notwendig werden».

Mit Schreiben vom 13. August 1962 teilte die IV-Kommission, «um allen Unklarheiten und Irrtümern von allem Anfang an vorzubeugen», dem Versicherten in Ergänzung der Kassenverfügung folgendes mit:

«Das Auto wird leihweise abgegeben und gehört der IV. Nicht destoweniger muß dem Auto wie einem eigenen Sorge getragen werden, vielleicht sogar eher mehr.

Das Auto wurde Ihnen für den Weg zur Arbeit bewilligt. Privatfahrten sind deshalb auf ein Minimum zu reduzieren, damit das Auto seinen Dienst viele Jahre lang versehen kann.

Für Privatfahrten wird Ihnen eine Marge von 4 000 Fahrkilometern bewilligt. Neben den Fahrten ins Geschäft, können Sie also ohne Nachteile gegenüber der IV weitere 4 000 Fahrkilometer fahren. Wenn das Auto vermehrt für Privatfahrten benützt wird, werden wir allf. Reparaturen nicht übernehmen und Ihnen auch später bei notwendigem Ersatz des Autos diese Überbeanspruchung anrechnen.»

Die Bewilligung des zugesprochenen Automobils entsprach durchaus dem Wunsche des Versicherten, welcher sich übrigens nach einer Probefahrt im Juli 1962 dahin geäußert hatte, er sei von der Leistung dieses Fahrzeuges überrascht. Platz sei darin genügend vorhanden. Im September 1962, nach-

dem er damit einige 100 km gefahren war, erklärte er erneut, er sei mit diesem Automobil «sehr gut zufrieden».

Am 7. April 1964 teilte der Versicherte der IV-Kommission mit, es habe sich «leider heute herausgestellt, daß dieser Wagen nicht das richtige Klein-Auto sei» für ihn. Im vergangenen Winter (1963/64) habe sein linkes Bein nämlich angefangen «abzukalten». Da es sich «um das Haben eines Beines oder nicht» handle, denke er an einen Wagenwechsel, und zwar komme für ihn nur ein größerer Wagen in Frage. In der Folge stellte sich heraus, daß das im August 1962 neu abgegebene Automobil einen Bruch der Kardan-Welle erlitten hatte und es — nach den Angaben des Versicherten selbst — bis zum 11. April 1964 22 119 km zurückgelegt hatte. Im Auftrage der IV-Kommission prüfte die IV-Regionalstelle die durch das neue Gesuch aufgeworfenen Fragen und berichtete am 28. Juli 1964 im wesentlichen folgendes: Der Versicherte habe während der zwei Jahre, in denen er im Besitze des Kleinwagens sei, insgesamt 25 300 km (Stand am 28. 7. 64) zurückgelegt. Der zu bewältigende Arbeitsweg betrage durchschnittlich nur 2 080 km im Jahr und dürfte daher «kaum Ausschlag auf die bereits auftretenden Reparaturen gehabt haben». Für Privatfahrten habe der Versicherte 21 000 km zurückgelegt und damit die jährliche Toleranzgrenze von 4 000 km um durchschnittlich 6 500 km überschritten. Diese Überschreitungen begründe er mit der Angabe, er habe in den letzten zwei Jahren mindestens 20mal nach einem Badekurort fahren müssen. Auch hätten aufgetretene familiäre Schwierigkeiten als moralischen Ausgleich verlangt, daß er größere Ferienreisen und ausgedehnte Sonntagsfahrten unternehme. Trotzdem, so bemerkt die IV-Regionalstelle, befinde sich das Automobil heute noch in ziemlich gutem Zustand, sei fahrtüchtig und entspreche bei einem normalen Betrieb den Anforderungen vollauf. Was die gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Gebrauchs dieses Wagens betreffe, so sei es eine medizinische Frage, ob solche Nachteile — wenn überhaupt vorhanden — bei normaler Fahrleistung weiterbestehen würden.

Gestützt auf einen entsprechenden Beschluß der IV-Kommission erließ die Ausgleichskasse am 21. September 1964 eine Verfügung, in welcher dem Versicherten im wesentlichen folgendes eröffnet wurde:

a. Das Gesuch um Abgabe eines neuen Automobils zu Lasten der IV wird abgelehnt.

b. Die durch die nicht gestatteten Fahrten entstandenen Reparaturen können durch die IV auf keinen Fall übernommen werden.

c. Die IV-Kommission beläßt dem Versicherten das Fahrzeug bis auf weiteres, droht ihm aber an, es «wegzunehmen», falls er die Gebrauchsvorschriften weiterhin mißachten sollte.

d. Sofern durch eine zuständige Stelle nachgewiesen werden kann, daß der Kleinwagen bei normalem Gebrauch die Gesundheit in wesentlichem Maße schädigt, steht es dem Versicherten frei, erneut an die IV-Kommission zu gelangen.

e. Die Lebensdauer des seinerzeit zugesprochenen Autos wird bei normaler Beanspruchung (Fahrt zum Arbeitsplatz, max. 4 000 km pro Jahr für

Privatfahrten) auf 8 Betriebsjahre geschätzt, das heißt, daß frühestens im August 1970 ein neues Gesuch für ein weiteres Fahrzeug hätte eingereicht werden können, wenn die Voraussetzungen gemäß Art. 15 IVV zu dieser Zeit noch erfüllt worden wären. Wird der Wagen dagegen übermäßig beansprucht, daß er vorzeitig ersetzt werden müßte, hat der Versicherte den Schaden selbst zu tragen, weil nämlich Art. 16, Abs. 2, IVV nicht beachtet wurde.

Die kantonale Rekurskommission wies die gegen diese Kassenverfügung gerichtete Beschwerde des Versicherten am 4. Dezember 1964 als unbegründet ab.

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

1. Nach Art. 21, Abs. 1, IVG in Verbindung mit Art. 14, Abs. 1, Buchst. g, IVV hat der Versicherte Anspruch auf ein Kleinautomobil, wenn ein solches Hilfsmittel zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig ist. Art. 15, Abs. 2, IVV bestimmt ferner, daß Motorfahrzeuge nur abgegeben werden, wenn dauernd eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit ausgeübt werden kann und der Versicherte wegen wesentlicher Gehbehinderung den Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug nicht bewältigen kann. Die Kosten der trotz sorgfältigen Gebrauchs erforderlichen Reparaturen und Erneuerungen eines Motorfahrzeuges werden gemäß Art. 16, Abs. 2, IVV von der IV übernommen, soweit die Reparatur- und Erneuerungsbedürftigkeit auf Fahrten an den Arbeitsort zurückzuführen sind. Hieraus ergibt sich, daß das Motorfahrzeug als Hilfsmittel für die berufliche Eingliederung dem Versicherten grundsätzlich nur zur Überwindung des Arbeitsweges zu dienen hat. — Zu diesem Schluß ist das EVG bereits in seinem Urteil vom 3. Februar 1964 gelangt, feststellend, daß die getroffene Regelung auch in ihren verordnungsrechtlichen Teilen gesetzmäßig sei: sie wolle offenbar nach Möglichkeit vermeiden, daß sich die Versorgung einzelner mit einem Motorfahrzeug innerhalb des Kreises der Gehbehinderten rechtungleich auswirke. Von diesem Anliegen entferne sich die Verwaltungspraxis, wonach die von der IV abgegebenen Automobile jährlich bis zu 4 000 km für Privatfahrten benutzt werden dürfen, beträchtlich genug, um Bedenken zu erwecken; denn die vielen Gehbehinderten (und Gehunfähigen), denen die IV kein Fahrzeug abgeben könne, dürften für ihre Privatfahrten bekanntlich nichts beanspruchen.

a. Trotz der im erwähnten Urteil geäußerten Bedenken scheint die Verwaltung an der Toleranzgrenze von 4 000 km für Privatfahrten festhalten zu wollen: So ist dem Versicherten diese Marge zugestanden worden. Der Richter kann sie aus den im zitierten Urteil angeführten Gründen jedenfalls nicht ausdehnen. Das BSV hat jene 4 000 km für «Privatfahrten» zugestanden, worunter grundsätzlich jegliche Benutzung zu verstehen ist, die nicht zur Überwindung des Arbeitsweges dient. Ob und, wenn ja, wie weit der gesetzlichen Zweckbestimmung des Fahrzeuges auch Fahrten entsprechen können, die unter Art. 51 IVG (Marginale: «Reisekosten») fallen, mag offen bleiben. Jedenfalls aber stellen Fahrten, die nicht durch Eingliederungsmaßnahmen der IV veranlaßt werden, «Privatfahrten» im Sinne der Versicherungspraxis dar, was auch für die häufigen Reisen gilt, die der Berufungskläger nach dem Badeort zu Kurzwecken unternommen zu haben behauptet.

b. Sodann vermag die Toleranzmarge für Privatfahrten der unmißver-

ständlichen Bestimmung des Art. 16, Abs. 2, IVV, laut welcher Reparatur- und Erneuerungskosten nur übernommen werden, «soweit die Reparatur- und Erneuerungsbedürftigkeit» des Fahrzeuges auf Reisen an den Arbeitsort zurückzuführen ist, grundsätzlich nicht zu derogieren. Die Toleranzmarge ist aber im Rahmen des Art. 16 IVV auch unter einem andern Titel erheblich, wie aus der nachstehenden Erwägung erhellt:

2. Gemäß Art. 16, Abs. 2, IVV erster Satz, übernimmt die IV die Kosten von Reparatur, Anpassung oder teilweiser Erneuerung, derer ein von ihr abgegebenes Hilfsmittel «trotz sorgfältigem Gebrauch» bedarf. Nach diesem Wortlaut ist sorgfältiger Gebrauch des Hilfsmittels Voraussetzung der Übernahme der Instandstellungskosten schlechthin. Nach der französischen Fassung könnte man den sorgfältigen Gebrauch zwar eher als Maßstab für die Bestimmung eines allfälligen Kostenanteils zu Lasten des Versicherten verstehen («*frais . . . déculant de l'usage normal . . .*»). Doch läßt sich bei Automobilen selten sagen, ob und wie weit die Instandstellung nach erfolgter Überbeanspruchung auch durch normalen Gebrauch nötig geworden wäre. Es ist deshalb angezeigt, entsprechend dem deutschen Wortlaut, den «sorgfältigen Gebrauch» grundsätzlich, unter Vorbehalt begründeter Ausnahmen, als unerläßliche Bedingung zu betrachten, ohne deren Erfüllung die Versicherung keine Reparaturkosten übernimmt; dies umso mehr, als es Verwaltungspraxis zu sein scheint, im Einzelfall dem Versicherten diese Bedingung ausdrücklich zu eröffnen.

Bei leihweise abgegebenen Hilfsmitteln, namentlich Automobilen, kann deren unsorgfältiger Gebrauch — in sinngemäßer Anwendung von Art. 309 OR — die IV veranlassen, die Sache früher zurückzufordern, als sie es normalerweise tun dürfte: die Abgabe des Hilfsmittels in Gebrauchsleihe wäre sonst kaum sinnvoll.

«Sorgfältig» im Sinne des Art. 16, Abs. 2, IVV kann jedenfalls nicht derjenige Gebrauch des Hilfsmittels sein, der ausdrückliche, gesetzmäßige Abgabebedingungen mißachtet. Bei Automobilen gilt dies auch für die Überschreitung der erwähnten Toleranzmarge; denn jede darüber hinausgehende Benützung stellt eine bestimmungswidrige und deshalb unzulässige Überbeanspruchung des zweckgebundenen Motorfahrzeuges dar.

3. Der Versicherte hat durch massive Überschreitung des ihm wohlbekannten Maßes zulässiger Benutzung des leihweise abgegebenen Automobils seine Sorgfaltspflicht gröblich verletzt. Bei dieser Sachlage war die IV sowohl befugt als verpflichtet, die entstandenen Reparaturkosten abzulehnen, deren Übernahme durch den Versicherten zu verlangen und ihm für den Fall weiterer Mißachtung der Gebrauchsvorschriften die «Wegnahme» des Fahrzeuges anzudrohen. Damit ist zugleich gesagt, daß die angefochtene Ablehnung der Abgabe eines neuen Automobils an den Versicherten zu Recht erfolgt ist, zumal nichts darauf schließen läßt, daß der «sorgfältige Gebrauch» des noch in seinem Besitze befindlichen Kleinwagens gesundheitsschädlich wäre.

Renten und Taggelder

Urteil des EVG vom 22. Januar 1965 i. Sa. E. K.

Art. 22, Abs. 1, IVG. Bei Eingliederung geht der Taggeldanspruch grundsätzlich nicht nur dann der Rente vor, wenn noch keine solche zugesprochen worden ist, sondern unterbricht auch einen bereits entstandenen oder im Entstehen begriffenen Rentenanspruch.

Der 1934 geborene Versicherte, verheiratet und Vater von zwei Kindern, ist gelernter Maler. Im Jahre 1955 erkrankte er an Lungentuberkulose, konnte dann aber später wieder auf seinem Beruf arbeiten, zuletzt als Leiter der Filiale eines Malergeschäftes. Im Herbst 1962 erlitt er einen Rückfall und mußte sich bis Ende Februar 1964 einer Kur unterziehen. Vom 1. September 1963 an erhielt er gemäß Art. 29, Abs. 1, IVG eine ganze Invalidenrente, da er 360 Tage ununterbrochen voll arbeitsunfähig war. Seit dem Frühjahr 1964 ist der Versicherte klinisch wieder hergestellt. Er darf aber auf ärztliche Weisung hin seinen früheren Beruf nicht wieder ausüben, da er sich körperlichen Anstrengungen und Witterungseinflüssen aussetzen würde, die ihm gesundheitlich nicht mehr zumutbar sind. Aus diesem Grunde vermittelte ihm die IV-Regionalstelle eine Lehrstelle, in welcher er sich innerhalb eines Zeitraumes von 2 Jahren ab 15. April 1964 zum Hochbauzeichner umschulen lassen kann. Von dieser Umschulung, die keine besonderen Kosten verursacht, nahm die IV-Kommission Kenntnis. Sie wollte zunächst die Rente sistieren und ein Taggeld ausrichten lassen. Nach Kenntnisnahme der Ausführungen in EVGE 1963, S. 279 (ZAK 1965, S. 43) wies sie aber die Ausgleichskasse an, während der Dauer der Umschulung weiterhin die Rente auszuzahlen. Am 15. Juni 1964 erließ die Ausgleichskasse dem Versicherten gegenüber eine entsprechende Verfügung. Der Versicherte beschwerte sich bei der kantonalen Rekurskommission mit dem Begehren um ein Taggeld für die Dauer der Umschulung: Es könne nicht der Sinn des IVG sein, daß er während der Umschulung die notwendigen Mittel zur Bestreitung des Lebensunterhaltes seiner Familie über Fürsorgeinstitutionen beschaffen müsse. Durch Entscheid vom 14. September 1964 wies die kantonale Rekurskommission die Beschwerde ab. Sie verwies ebenfalls auf das obgenannte Urteil des EVG und erklärte, als Rentenbezüger könnte der Versicherte nur dann ein Taggeld beanspruchen, wenn er unmittelbar vor der Eingliederung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hätte und durch die Eingliederung an dieser Tätigkeit gehindert würde. Diese Voraussetzungen seien aber nicht gegeben.

Den kantonalen Rekursentscheid hat der Versicherte durch Berufung an das EVG weitergezogen. Er stellt den Antrag, ihm während der Umschulung anstelle der Rente ein Taggeld auszurichten, das nach dem Erwerbseinkommen während der zuletzt voll ausgeübten Tätigkeit zu berechnen sei.

Das EVG hieß die Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Das Gericht hat in EVGE 1963, S. 279 (ZAK 1965, S. 43) gefunden, daß eine zugesprochene Rente grundsätzlich weiterlaufe, wenn nachträglich Eingliederungsmaßnahmen angeordnet werden, daß eine Kumulation von Rente und Taggeld nicht ausgeschlossen sei und daß dem Rentenbezüger nur dann ein Taggeld zustehe, wenn er unmittelbar vor Durchführung der

Eingliederungsmaßnahme eine Erwerbstätigkeit ausgeübt habe (Art. 21, Abs. 4, IVV), die durch die Eingliederung wenigstens vermutungsweise gestört werde. In EVGE 1964, S. 107 (ZAK 1965, S. 42), wurde erneut auf jenes Präjudiz hingewiesen und immerhin die Frage aufgeworfen, ob seine Tragweite nicht einzuschränken sei und der Verwaltung in gewissen Fällen nicht die Befugnis zustehen müsse, die Rente durch das Taggeld oder die Rente mit Taggeld durch ein nach abweichenden Grundsätzen berechnetes Taggeld zu ersetzen. Heute drängt sich — auch im Hinblick auf die Vorbringen des Versicherten und des BSV — eine erneute Prüfung des gesamten Problemkreises auf.

2. Nach dem System des Gesetzes geht die Eingliederung der Rente vor, was klar aus Art. 28, Abs. 2, und Art. 31, Abs. 1, IVG hervorgeht (EVGE 1962, S. 41; ZAK 1963, S. 37). Gemäß Art. 28, Abs. 2, IVG wird für die Bemessung der Invalidität das Erwerbseinkommen, das der Versicherte nach Eintritt der Invalidität «und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen» durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre. Und nach Art. 31, Abs. 1, IVG wird die Rente vorübergehend oder dauernd verweigert, wenn sich der Versicherte einer zumutbaren Eingliederungsmaßnahme entzieht oder widersetzt.

Immerhin ist es nicht ausgeschlossen, daß der Rentenanspruch entsteht, bevor Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt werden können, was namentlich in Fällen langdauernder Krankheit zutrifft (zweite Variante des Art. 29, Abs. 1, IVG). Geht aber die Eingliederung der Rente vor, dann besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Rente mehr, sobald Eingliederungsmaßnahmen beginnen, die einen Taggeldanspruch im Sinne von Art. 22 IVG auszulösen vermögen. Vielmehr hat hier mit dem Beginn der Eingliederungsmaßnahmen eine Neuprüfung hinsichtlich der Geldleistungen zu erfolgen; für Maßnahmen, die einen Anspruch gemäß Art. 22 IVG begründen können, bildet nämlich das Taggeld einen Bestandteil der Eingliederung, soll es doch wesentlich mit dazu beitragen, deren Erfolg zu gewährleisten. Demzufolge fällt die Rente nach dem System des Gesetzes grundsätzlich dahin, wenn solche Eingliederungsmaßnahmen in Frage stehen, die mit Taggeldanspruch verbunden sind. Es handelt sich hierbei — entgegen der Ansicht des BSV — nicht um eine Rentenrevision gemäß Art. 41 IVG. Denn die Tatsache allein, daß Eingliederungsmaßnahmen erfolgen, ändert den Invaliditätsgrad des Rentenbezügers nicht in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise. Umgekehrt muß nach Durchführung der Eingliederung die Frage des Rentenanspruches grundsätzlich neu, d. h. unabhängig von der Voraussetzung von Art. 41 IVG überprüfbar sein. Im Prinzip geht also der Taggeldanspruch gemäß Art. 22 IVG nicht nur dann der Rente vor, wenn noch keine solche zu laufen begonnen hat, sondern er unterbricht auch den bereits entstandenen oder in Realisierung begriffenen Rentenanspruch. Nachdem das Taggeld während eines bestimmten Zeitraumes in der Regel wesentlich mehr als die Rente beträgt, ist nicht einzusehen, weshalb Versicherte, die erst nach Beginn des Rentenanspruches eingliederungsfähig geworden sind, gegenüber andern einzugliedernden Versicherten erheblich benachteiligt werden sollen.

Immerhin muß der Grundsatz, daß das Taggeld der Rente vorgeht, Ausnahmen erleiden, so vor allem dann, wenn die Eingliederung nur zu sporadischen Taggeldansprüchen führt oder wenn das Taggeld kleiner ist als die Rente, was bei Nichterwerbstätigen nicht ausgeschlossen sein dürfte. Indessen braucht heute die Frage, für welche Fälle Ausnahmen notwendig sind, nicht abschließend erörtert zu werden, ebensowenig wie die Frage, welche Bedeutung im Lichte der grundsätzlichen Priorität von Art. 22 gegenüber Art. 28 IVG dem Art. 21, Abs. 4, IVV zukommt, der vom Taggeldanspruch des Rentenbezügers handelt.

3. Im vorliegenden Fall bezog der Versicherte vom 1. September 1963 an eine Rente nach langdauernder Krankheit, weil er noch nicht eingliederungsfähig war. Am 15. April 1964 konnte er dann eine Lehrstelle zur Umschulung auf einen neuen Beruf antreten. Da diese Eingliederungsmaßnahme einen Taggeldanspruch gemäß Art. 22 IVG auszulösen vermag und das Taggeld — wie die Berechnungen des BSV zeigen — wesentlich höher ist als die Rente, ist diese im April 1964 dahingefallen. Dem Versicherten steht während der Dauer der Umschulung das Taggeld zu, das von der Ausgleichskasse durch Verfügung festzusetzen ist.

Urteil des EVG vom 10. Februar 1965 i. Sa. M. A.

Art. 29, Abs. 1, IVG. Bei einem voraussichtlich rasch und unaufhaltsam zum Tode führenden Krebsleiden kann nicht ein weitgehend stabilisierter Zustand und damit eine bleibende Erwerbsunfähigkeit im Sinne des IVG angenommen werden.

Der 1901 geborene, an Lungenkrebs leidende Versicherte konnte vom 5. März 1964 an wegen seiner Krankheit keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen und meldete sich am 25. März 1964 zum Leistungsbezug bei der IV. Durch Verfügung vom 24. Juli 1964 brachte ihm die Ausgleichskasse zur Kenntnis, daß gemäß Beschluß der IV-Kommission zur Zeit kein Anspruch auf Rente bestehe, da noch keine volle Arbeitsunfähigkeit während 360 Tagen gegeben sei und auch nicht von bleibender Erwerbsunfähigkeit gesprochen werden könne.

Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hieß die kantonale Rekurskommission gut: sie sprach dem Versicherten vom 1. Mai 1964 an eine ganze Invalidenrente zu. Die Begründung des Rekursentscheides vom 4. Dezember 1964 läßt sich wie folgt zusammenfassen: Nach der neuesten Gerichtspraxis könne sich auch bei labilem Geschehen der Gesundheitszustand bald derart stabilisieren, daß von bleibender Erwerbsunfähigkeit gesprochen werden dürfe. In solchen Ausnahmefällen sei die Rente vom Zeitpunkt der Stabilisierung an, d. h. schon vor Ablauf der 360tägigen ununterbrochenen vollen Arbeitsunfähigkeit zu gewähren. Bisher habe man bei Krebsleiden die Rente erst nach vollständiger Arbeitsunfähigkeit während 360 Tagen ausgerichtet. Die neueste Gerichtspraxis, die auch auf Krebsleiden angewendet werden könne, führe jedoch im vorliegenden Fall zur Annahme, daß seit dem 1. Mai 1964 eine bleibende Erwerbsunfähigkeit bestehe: Ende April 1964 habe man den Versicherten mit inoperablem Krebs aus dem Spital entlassen, weshalb die Erwerbsunfähigkeit irreversibel geworden sei.

Die hiergegen erhobene Berufung des BSV hat das EVG mit folgender Begründung gutgeheißen:

Der Rentenanspruch entsteht sobald der Versicherte 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 von Art. 29, Abs. 1, IVG). Wie in EVGE 1964, S. 173; (ZAK 1964), S. 553 näher ausgeführt wird, entsteht ein Rentenanspruch wegen bleibender Invalidität nicht, ehe überwiegend wahrscheinlich geworden ist, daß ein weitgehend stabilisierter (und daher nicht unabwendbar letaler) im wesentlichen irreversibler Gesundheitsschaden vorliegt, der trotz allfälliger Eingliederungsmaßnahmen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten in rentenbegründendem Ausmaß dauernd beeinträchtigen wird. Gleichzeitig wird in jenem Entscheid gesagt, daß eine Erwerbsunfähigkeit, die zunächst unter dem Gesichtspunkt der zweiten Variante betrachtet werden muß, schon vor Ablauf der 360 Tage bleibenden Charakter annehmen könne. In solchen Fällen, die z. B. Myokardinfarkte oder Hirnschläge (EVGE 1964, S. 108; ZAK 1964, S. 430) betreffen können, darf die Rente schon vor Ablauf der 360 Tage ausgerichtet werden, weil anstelle des Kriteriums der zweiten Variante die Betrachtungsweise der ersten Variante Platz greift.

Bei einem voraussichtlich rasch und unaufhaltsam zum Tode führenden Krebsleiden muß die Frage nach der Entstehung des Rentenanspruches unter dem Gesichtspunkt der zweiten Variante beurteilt werden (EVGE 1962, S. 246; ZAK 1963, S. 88), und es geht nicht an, nach einiger Zeit auf eine bleibende Erwerbsunfähigkeit im Sinne der ersten Variante zu schließen. Denn die bleibende Erwerbsunfähigkeit setzt — wie bereits ausgeführt — voraus, daß der Gesundheitsschaden nicht nur im wesentlichen irreversiblen, sondern auch weitgehend stabilisierten Charakter aufweise; letzteres trifft nicht zu, wenn vorzusehen ist, daß das Leiden seiner Natur und Schwere nach bald den Tod herbeiführen wird.

Im vorliegenden Fall ist der Versicherte Ende April 1964 todkrank aus dem Spital entlassen worden: sein Leiden wies keine Tendenz zur Stabilisierung auf. Die IV-Kommission hat daher die Entstehung eines Rentenanspruches wegen bleibender Erwerbsunfähigkeit (erste Variante) mit Recht verneint. Als die IV-Kommission im Juni 1964 ihren Beschluß faßte, fehlte es auch an einer Erwerbsunfähigkeit nach voller Arbeitsunfähigkeit während 360 Tagen (der Versicherte mußte seine Arbeit erst am 4. März 1964 gänzlich einstellen), so daß kein Rentenanspruch im Sinne der zweiten Variante entstanden war. Ein solcher Rentenanspruch konnte auch in der Folgezeit nicht entstehen, da der Versicherte vor Ablauf einer 360tägigen vollen Arbeitsunfähigkeit gestorben ist.

Verfahren

Urteil des EVG vom 18. Februar 1965 i. Sa. M. M.

Art. 60, Abs. 1, IVG. Die IV hat keine Kosten für Abklärungsmaßnahmen zu übernehmen, die sie weder angeordnet noch bewilligt hat. Eine Ausnahme ist auf jeden Fall dann ausgeschlossen, wenn eine unter diesen Voraussetzungen durchgeführte ärztliche Untersuchung zur Abklärung des Falles nicht nötig war.

Die 1948 geborene Versicherte leidet an schmerzhaften Ermüdungserscheinungen der Wirbelsäule mit fortschreitender Deformation der Brustwirbelsäule und Trichterbrust. Sie wurde bei der IV am 15. Februar 1963 angemeldet, wobei namentlich medizinische Maßnahmen und Hilfsmittel verlangt wurden. Im Laufe des Monats April 1963 ersuchte die IV-Kommission den kantonalen Gesundheitsdienst, allfällige Akten der Versicherten einzusenden. Später wurde die Versicherte einer Berufsberatung unterzogen und der Regionalstelle überwiesen. Deren Bericht unterbreitete die IV-Kommission einem Kardiologen, der die Versicherte bereits am 25. Mai 1963 auf Veranlassung des kantonalen Gesundheitsdienstes untersucht hatte, mit dem Ersuchen um Mitteilung, ob hinsichtlich der vorgeschlagenen Eingliederungsmaßnahmen allfällige medizinische Kontraindikationen bestünden.

In der Folge bewilligte die Kommission der Versicherten die gewünschten Hilfsmittel.

Gegen diese Kassenverfügung erhob die Versicherte Beschwerde, worin sie insbesondere die Übernahme der Honorarkosten des Kardiologen für den Untersuchung vom 25. Mai 1963 durch die IV verlangte. Dieses Begehren wurde durch die kantonale Rekurskommission geschützt.

Das EVG hat die von der Ausgleichskasse in diesem Punkt eingelegte Berufung aus folgenden Erwägungen gutgeheißen:

Im vorliegenden Fall ist einzig die Frage zu klären, ob die IV die Kosten des Kardiologen für seinen Untersuchungsbericht vom 25. Mai 1963 zu übernehmen habe.

Art. 60 IVG und Art. 69 IVV ist zu entnehmen, daß die kantonalen IV-Kommissionen und ihre Sekretariate u. a. allein zuständig sind, die Eingliederungsfähigkeit eines Versicherten abzuklären, die Eingliederungsmaßnahmen zu bestimmen und nötigenfalls einen Gesamtplan für die Eingliederung aufzustellen (Art. 60, Abs. 1, Buchst. a und b IVG); logischerweise ist daraus die Schlußfolgerung zu ziehen, daß die IV nicht verpflichtet ist, die Kosten für Maßnahmen zu übernehmen, die sie weder angeordnet noch bewilligt hat.

Aus Art. 78, Abs. 2, IVV, der sich auf den allgemeinen Vollzugsauftrag von Art. 86, Abs. 2, IVG stützt und dessen Gesetzmäßigkeit vom EVG wiederholt bestätigt worden ist (vgl. z. B. EVGE 1962, 249, ZAK 1962, 442) ergibt sich im übrigen, daß die Versicherung im Rahmen der Verfügung der Ausgleichskasse nur Eingliederungsmaßnahmen vergütet, die vor der Durchführung durch die IV-Kommission bestimmt wurden, wobei immerhin gewisse Ausnahmen von diesem Grundsatz vorgesehen sind. Eine ähnliche Regelung fehlt allerdings für Abklärungsmaßnahmen, die die IV-Kommission in Stand setzen sollen, in Kenntnis aller Tatsachen des Falles zu entscheiden.

Es kann aber kein Zweifel bestehen, daß die IV grundsätzlich auch nicht zur Übernahme von Abklärungsmaßnahmen, die sie weder angeordnet noch bewilligt hat, verpflichtet ist. Das EVG hat sich in einem Fall gleichwohl die Frage gestellt, ob die IV die Kosten solcher Maßnahmen nicht trotz des Fehlens einer ausdrücklichen Bestimmung dann zu tragen hätte, wenn diese zur Abklärung des Falles notwendig waren, mindestens aber dann, wenn sie zudem aus wichtigen Gründen vor der Beschlußfassung der IV-Kommission durchgeführt werden mußten. Diese Frage, die in früheren Urteilen offengelassen worden war, braucht im vorliegenden Falle nicht entschieden zu werden, da sich nicht sagen läßt, daß der durch den Kardiologen ausgeführte Untersuch vom 25. Mai 1963 zur Abklärung der Ansprüche des Versicherten auf Leistungen der IV notwendig gewesen sei. Tatsächlich ist weder bewiesen noch glaubhaft gemacht worden, daß die IV-Kommission — hätte der Arzt die Untersuchung nicht bereits auf Grund eines Auftrages des kantonalen Gesundheitsdienstes vorgenommen — selbst eine solche Maßnahme angeordnet hätte. Andererseits war es naheliegend, daß die IV-Kommission, nachdem sie von der Durchführung eines Untersuch Kenntnis hatte, vor der Beschlußfassung die Meinungsäußerung des betreffenden Arztes einholte.

Es ist auch offensichtlich, daß im vorliegenden Fall kein Zusammenhang bestand zwischen der fraglichen Maßnahme und der Anfrage, welche die IV-Kommission im April 1963 an den kantonalen Gesundheitsdienst gerichtet hatte, da diese Stelle weder den kardiologischen Bericht noch die Honorarnote des Arztes an die IV-Kommission übermittelte.

Die Begleichung dieser Rechnung obliegt daher nicht der IV, sondern dem kantonalen Gesundheitsdienst, der den strittigen Bericht veranlaßt hat, oder allfälligen Dritten (die Eltern der Versicherten eingeschlossen), die auf Grund des kantonal-öffentlichen Rechts oder des eidgenössischen Zivilrechts hiefür belangt werden können.

**VON
MONAT
ZU
MONAT** Die *AHV-Beiträge für Verpflegung und Unterkunft in nichtlandwirtschaftlichen Berufen* sind in der AHVV niedergelegt. Am 21. September besprachen die beteiligten Kreise (Wirtschaftsverbände, Steuerbehörden, interessierte Sozialzweige des Bundes usw.) unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung die Anpassung der bisherigen Ansätze an die neuen wirtschaftlichen Verhältnisse.

*

In seiner Sitzung vom 22. September hat der *Ständerat* die *Gesetzesvorlage betreffend die Änderung des FLG* durchberaten (s. ZAK 1965, S. 297). Entsprechend den Anträgen seiner Kommission hat er beschlossen, die Kinderzulagen von 15 auf 25 Franken im Unterland und von 20 auf 30 Franken im Berggebiet zu erhöhen sowie die Einkommensgrenze für die Kleinbauern auf 8000 Franken festzusetzen. Ferner hat er die Altersgrenze für die bezugsberechtigten Kinder gemäß Antrag der Kommission von 15 auf 16 Jahre heraufgesetzt. Hingegen wurde ein Antrag, die Altersgrenze für Kinder, die in Ausbildung begriffen sind, von 20 auf 25 Jahre zu erhöhen, abgelehnt. In der Gesamtabstimmung wurde der Gesetzesentwurf mit 33 gegen 0 Stimmen, bei einigen Enthaltungen, angenommen.

*

Auf Einladung des Bundesamtes für Sozialversicherung trafen sich am 1. Oktober unter dem Vorsitz von Direktor Frauenfelder die Vertreter der kantonalen Behörden, die für die *Überwachung der Sonderschulen in der IV* zuständig sind. An der Tagung wurde die Zusammenarbeit des Bundesamtes für Sozialversicherung mit den Kantonen bei der Zulassung und Überwachung der Sonderschulen behandelt. Dr. Kiener, Bern, sprach über die Finanzierung der Sonderschulen aus kantonaler Sicht und Frau M. Fert, Genf, über die Erfassung und Plazierung der invaliden Kinder durch die kantonalen Behörden.

*

Die *Eidgenössische Kommission für die AHV und IV* tagte am 21. Oktober unter dem Vorsitz von Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung. Sie stimmte dem Entwurf einer Verordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV sowie dem

NOVEMBER 1965

Entwurf eines Bundesratsbeschlusses betreffend Änderung der Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über die AHV zu. Ferner genehmigte sie den Entwurf einer Departementsverfügung betreffend Verwaltungskostenzuschüsse an die kantonalen Ausgleichskassen.

*

Am 26. Oktober befaßte sich eine Spezialkommission unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung mit der Frage der weiteren den Ausgleichskassen nebst den bundesrechtlichen Aufgaben *übertragenen Aufgaben*. Die Diskussion ergab, daß die bisherige Verwaltungspraxis allen Bedürfnissen gerecht geworden ist, so daß von der Herausgabe eines diesbezüglichen Kreisschreibens abgesehen werden kann.

*

Am 28. Oktober versammelten sich auf Einladung des Bundesamtes für Sozialversicherung die *Ärzte der IV-Kommissionen*. Unter dem Vorsitz von Dr. Granacher wurde die neue Verordnung über Geburtsgebrechen erläutert und über die Einführung einer Gebrechensstatistik orientiert. Im weiteren fand eine Aussprache statt über die Auswirkungen der Süchtigkeit, insbesondere des Alkohols, auf die Leistungen der IV.

† Alt Bundesrat Dr. Walther Stampfli

Am 11. Oktober 1965 ist kurz vor seinem 81. Geburtstag alt Bundesrat Dr. Walther Stampfli verschieden. Es geziemt sich, dieser starken Persönlichkeit auch in der ZAK zu gedenken.

Dr. Walther Stampfli wurde im Sommer 1940 als Nachfolger seines verdienstvollen Landsmannes Hermann Obrecht in den Bundesrat gewählt. Als Vorsteher des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartementes waren ihm auch das Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit und das Bundesamt für Sozialversicherung unterstellt. Dem ersteren oblag die Durchführung der Lohn- und Verdienstersatzordnung; dem

letzteren war das Kriegsfürsorgeamt mit seinen mannigfaltigen Aufgaben beigeordnet. Beide Sparten führte Bundesrat Stampfli kraftvoll durch die wohl schwersten Zeiten, die unserem Land in seiner heutigen Gestaltung je beschieden waren.

Als sich, obschon noch in weiter Ferne, das Kriegsende abzuzeichnen begann, hielt Bundesrat Stampfli den Zeitpunkt für gekommen, die AHV zu verwirklichen. Verfassungsmäßig schon längst verankert, war sie bis dahin an der Ungunst der Zeit gescheitert. Nun hatte ihr die Lohn- und Verdienstersatzordnung den Weg geebnet. Dennoch galt es, die immer noch zahlreichen Vorurteile zu widerlegen und die damit verbundenen Widerstände zu beheben. Der bundesrätliche Gesetzesentwurf stammt vom Mai 1946, seine parlamentarische Verabschiedung vom Dezember 1946. Bundesrat Stampfli verstand es, dank seiner Sachkenntnis — er war Volkswirtschaftler und Versicherungstechniker zugleich — dank seiner Überzeugungskraft und seiner Debattierkunst den Gesetzesentwurf in wenig mehr als einem halben Jahr erfolgreich durch die zahlreichen parlamentarischen Klippen zu steuern.

Im Juli 1947 pflichtete das Schweizervolk der AHV in seltener Einmütigkeit bei. Das war nach der Aussage des Verstorbenen einer der schönsten Tage seines Lebens. Ende 1947 schied Bundesrat Stampfli aus dem Bundesrat aus und kehrte in seine Solothurner Heimat, der er immer seine Treue bewahrt hatte, zurück.

Mit den Problemen der Sozialversicherung blieb alt Bundesrat Stampfli auch nach seinem Rücktritt eng verbunden. Im besonderen lag ihm das Schicksal der Invaliden am Herzen. Er setzte sich wirksam für die Eingliederungsstätte Milchsuppe in Basel ein und stand der neu gegründeten Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft (SAEB) von 1952 bis 1962 als Präsident vor. Diese ernannte ihn in der Folge zum Ehrenpräsidenten. Als die Ausgleichskassen am 1. Februar dieses Jahres im Nationalratssaal ihres 25jährigen Bestehens gedachten, ließ es sich alt Bundesrat Stampfli nicht nehmen, am Anlaß teilzunehmen. Er durfte des Dankes aller Anwesenden teilhaftig werden, als ihn der bundesrätliche Sprecher, Bundespräsident Tschudi, ganz besonders begrüßte. Unser Land hat alt Bundesrat Stampfli auf dem Gebiete des sozialen Fortschrittes sehr viel zu verdanken und wird seiner stets ehrend gedenken.

Ergänzungsleistungen der Kantone

Unterschiede zu den Leistungen der AHV und IV

Die neuen Ergänzungsleistungen der Kantone haben zwar zur Voraussetzung, daß deren Bezüger Rentner der AHV oder IV oder Empfänger von Hilflosenentschädigungen sind; sonst aber muß man sich vom Gedanken frei machen, die Ergänzungsleistungen seien im Grunde genommen den Renten der AHV oder IV sehr verwandt.

Es ist schon früher gesagt worden, der Anspruch auf Ergänzungsleistungen hänge davon ab, daß das anrechenbare Einkommen der Bezüger eine gewisse Einkommensgrenze nicht erreiche oder übersteige (s. ZAK 1965, S. 394). Aber auch sonst unterliegt die Anspruchsberechtigung auf Ergänzungsleistungen abweichenden Bestimmungen. Das zeigt sich schon bei der Wahl der anzuwendenden Einkommensgrenzen. Für einen Ehemann, gleichgültig, ob er Anspruch auf eine Ehepaars-Altersrente, eine einfache Altersrente, eine ganze oder halbe Invalidenrente hat, ist die Einkommensgrenze für Ehepaare anzuwenden. Dasselbe gilt für die Ehefrau des noch nicht 65jährigen Ehemannes, die eine einfache Altersrente oder eine ganze oder halbe Invalidenrente bezieht. In allen diesen Fällen ist für die Ermittlung der Ergänzungsleistung die Einkommensgrenze für Ehepaare anzuwenden, aber auch das Einkommen beider Ehepartner anzurechnen. Eine gesonderte Berechnung ist unter Umständen nur möglich, wenn die Ehepartner getrennt leben.

Wenn Kinder vorhanden sind, macht sich der Einfluß der AHV- und IV-Renten stärker bemerkbar. Die Einkommensgrenze und das anrechenbare Einkommen der Kinder sind zu den Einkommensgrenzen und zum Einkommen der Eltern hinzuzuzählen, wenn die Kinder an der Rente des Familienoberhauptes beteiligt sind oder wenn sie einen eigenen Anspruch auf Renten (z. B. Waisenrenten) haben. Nicht unbedingt notwendig ist, daß die Kinder mit den Eltern zusammenleben. Das Zusammenleben ist nur Voraussetzung für die Zusammenrechnung der Einkommensgrenze und des Einkommens bei Vollwaisen und bei Mutterwaisen.

Für Mutterwaisen ist die Anspruchsberechtigung auf Ergänzungsleistungen erschwert. Maßgebend ist die Einkommensgrenze für Waisen. Als Einkommen angerechnet wird aber nicht nur das Einkommen der Waisen allein, sondern auch das des Vaters in dem Maße, als es den zum Lebensunterhalt des Vaters und der übrigen Mutterwaisen notwendigen Mindestbetrag überschreitet.

Die Bedeutung des Wohnsitzes

Eine besondere von der AHV und IV abweichende Note verleiht den Ergänzungsleistungen der Umstand, daß sie auf kantonalen Gesetzen beruhen und je nach der Finanzkraft der Kantone zu 30, 50 oder 70 Prozent von diesen finanziert werden. Dadurch erhebt sich automatisch die Frage der kantonalen Zuständigkeit, einer Frage, die in der AHV — abgesehen von der Zuständigkeit der Ausgleichskassen — fast keine Rolle spielt. Es ist durchaus verständlich, daß jeder Kanton versucht, die Zahl der Bezüger der kantonalen Ergänzungsleistungen zu beschränken. Aufgabe des Bundes ist es, dafür zu sorgen, daß bei Uneinigkeit der Kantone über ihre Zuständigkeit der im Bundesgesetz umschriebene Anspruch des berechtigten Bedürftigen verwirklicht wird.

Für die Ausrichtung und Finanzierung der Ergänzungsleistungen ist derjenige Kanton zuständig, in dem der Anwärter wohnhaft ist. Das ist in der Regel der Kanton, in dem er zivilrechtlichen Wohnsitz hat. Eine Ausnahme von dieser Regel hat das Eidgenössische Versicherungsgericht für Bezüger außerordentlicher Renten der AHV und IV aufgestellt. Der Bezug außerordentlicher Renten ist bekanntlich an den Wohnsitz in der Schweiz geknüpft. Volljährige Bezüger außerordentlicher Renten der AHV und IV müssen nicht nur ihren zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz haben, sondern sich auch in der Schweiz aufhalten. Spätestens ein Jahr nach dem Monat der Ausreise fällt die Rentenberechtigung dahin, es sei denn, daß sozialversicherungsrechtlich gesehen der Schwerpunkt aller Beziehungen nach wie vor schweizerisch geblieben sei. Mit einer ähnlichen Regelung werden sich die Kantone gegen Bezüger schützen, die ihren Aufenthalt im Ausland nehmen. Dabei werden sie jedoch kaum eine so lange Aufenthaltsfrist im Ausland zulassen. Aber auch bei Auseinanderfallen des Wohnsitzkantons und des Aufenthaltskantons innerhalb der Schweiz können sich Schwierigkeiten ergeben; vor allem bei Aufenthalt in der Anstalt eines andern Kantons. Hier dürfte nicht zuletzt der Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung eine Rolle spielen. Das Bundesgesetz überbindet dem Bundesrat die Koordination der Tätigkeit der Kantone. Dementsprechend ist im Entwurf zur Verordnung zum Bundesgesetz vorgesehen, daß das Bundesamt für Sozialversicherung den mutmaßlichen Wohnsitzkanton anweisen kann, die Ergänzungsleistungen auszuzahlen, wenn der Wohnsitz eines Anwärters auf Ergänzungsleistungen unbestimmt oder umstritten ist. Fest steht heute schon, daß das Bundesamt für Sozialversicherung um diese Aufgabe nicht zu beneiden sein wird.

Besondere Probleme stellen getrennte Ehegatten und getrennte Familienglieder. Die Tendenz des Gesetzgebers geht dahin, die Familie als Gesamtheit zu behandeln; d. h. Einkommensgrenzen und Einkommen der Ehepartner und Familienglieder nach Möglichkeit zusammenzuzählen. Gleiches gilt für die Freigrenze beim Vermögen und anrechenbare Vermögensteile. Werden getrennte Ehepartner oder Familienglieder als Alleinstehende behandelt, so führt dies meistens — wenn auch nicht immer — zu einer wesentlichen Mehrbelastung der Kantone und des Bundes. Der Bund läßt in dieser Frage den Kantonen immerhin eine gewisse Freiheit. Einzuschreiten hat er allenfalls nur, wenn die getrennten Ehepartner und Familienglieder in verschiedenen Kantonen Wohnsitz haben.

Für diesen Fall dürfte sich folgende Regelung empfehlen. Haben die getrennte Ehefrau oder das getrennte Familienglied, die in einem andern Kanton als der Ehegatte oder das Familienoberhaupt Wohnsitz haben, einen eigenen Anspruch auf AHV- oder IV-Renten, so sind sie als Alleinstehende zu behandeln und haben einen selbständigen Anspruch auf Ergänzungsleistungen in ihrem Wohnsitzkanton. Haben sie aber keinen selbständigen Rentenanspruch, so sehen sie sich der Möglichkeit beraubt, einer Ergänzungsleistung in ihrem Wohnsitzkanton teilhaftig zu werden. Sie sind daher in diesem Falle nicht als Alleinstehende zu behandeln. Ihre Einkommensgrenze und ihr allfälliges Einkommen ist demjenigen des Ehemannes oder des Familienoberhauptes im andern Kanton zuzurechnen.

Aus dieser Detailregelung kann ermessens werden, welche Probleme sich auf diesem Gebiet noch stellen werden. Die Verwaltungs- und Gerichtspraxis wird mit der Zeit eine feste Ordnung schaffen.

Süchtigkeit und Invalidenrente aus medizinischer Sicht¹

Anwendung von Artikel 7 IVG

A. Vorbemerkungen

Die nachstehenden Ausführungen umfassen keineswegs alle medizinischen Probleme, die Alkoholiker und andere süchtige Personen aufwerfen. Sie sollen lediglich als Grundlage für eine Diskussion anlässlich der

¹ Referat an der IV-Ärzte-Tagung vom 28. Oktober 1965. In einer der folgenden Nummern soll das Thema «Süchtigkeit und Invalidenrente» auch von der juristischen Seite her beleuchtet werden.

Tagung der IV-Aerzte vom 28. Oktober 1965 dienen. Mangels Zeit, aber auch im Hinblick auf eine möglichst genaue Fragestellung wollen wir die Fragen der Eingliederung beiseite lassen und uns auf die Renten beschränken: das heißt auf die Anwendung von Artikel 7 IVG, der in Absatz 1 bestimmt: «Hat ein Versicherter die Invalidität vorsätzlich oder grobfahrlässig oder bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert, so können die Geldleistungen dauernd oder vorübergehend verweigert, gekürzt oder entzogen werden.»

Wir werden hauptsächlich den Alkoholismus behandeln, da andere Süchtigkeitsformen bei Versicherten, die sich zum Bezug einer Rente der IV melden, offensichtlich sehr viel seltener auftreten: im Verlaufe von 18 Monaten haben wir 138 Fälle von Alkoholikern geprüft und einen einzigen, bei dem allein Süchtigkeit nach Beruhigungsmitteln bestand. Obwohl einige dieser Alkoholiker neben dem Alkoholabusus auch Drogen zu sich nahmen, war doch der Alkohol der Hauptgrund ihrer Invalidität.

B. Einleitung

Wie bekannt, hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in seinem Urteil J. B. vom 21. Mai 1962 (ZAK 1962, S. 438) und in einigen nachfolgenden Urteilen entschieden, daß ein Versicherter für seinen Alkoholismus verantwortlich gemacht werden kann und daß ihm deshalb gemäß Artikel 7 IVG eine Sanktion aufzuerlegen sei. Diese Rechtsprechung hat nicht die allseitige Zustimmung gefunden und es sind Kritiken gegen diesen Entscheid laut geworden. In welchem Maße rechtfertigte sich das vom sozialmedizinischen Standpunkt aus? Dieser Frage möchten wir nachgehen und versuchen, einige Grundsätze herauszuarbeiten, die es einer IV-Kommission erleichtern sollen, in voller Sachkenntnis ihre Entscheidung zu treffen.

Die stärksten Bedenken gegen die Anwendung von Artikel 7 auf Alkoholiker und Süchtige werden meist von Aerzten geäußert, die diese als Kranke betrachten, welche für ihren Zustand meist nicht verantwortlich seien und die es zu heilen gelte und nicht zu strafen. Dennoch ist es für eine Sozialversicherung, die gerecht sein will, wichtig, nachzuforschen, weshalb ihr — und in der Folge der Oeffentlichkeit — eine bestimmte Person zu Lasten fällt und wie diese zum Alkoholiker oder zum Süchtigen geworden ist. Gewiß war das anfängliche Ausmaß der Verantwortung für die Sucht nicht bei allen diesen Kranken dasselbe. Einige von ihnen waren durchaus zurechnungs- und urteilsfähig. Sie verfügten

über einen genügend starken Willen, um gegen ihre Süchtigkeit anzukämpfen. Sie haben es aber unterlassen, sei es aus Bequemlichkeit, Gleichgültigkeit, Gewohnheit oder auch ohne irgendeinen Grund. Andere dagegen besaßen dieses Urteilsvermögen und die Willenskraft entweder schon von Geburt an nicht, oder sie wurden ihrer durch gewisse Vorfälle oder schwere Krankheiten für kürzere oder längere Zeit beraubt. Eine sorgfältige Untersuchung der Aetiologie des Alkoholismus, der Umstände, unter welchen er auftrat und sich entwickeln konnte, wird uns in einer großen Anzahl von Fällen erlauben, die Verantwortlichkeit der Versicherten klarer und gerechter feststellen zu können. Sie wird uns außerdem ermöglichen, mit einiger Genauigkeit die Rolle des Alkoholismus bei der Invalidierung und die allfälligen mildernden Umstände zu erkennen.

C. Das sozial-medizinische Problem des Alkoholismus

I. Ist der Alkoholiker für sein Leiden verantwortlich?

Wir behandeln mit Bedacht das Problem als eine Einheit und trennen den medizinischen nicht vom sozialen Aspekt. Es gibt keinen Fall von Alkoholismus, bei dem das gesellschaftliche Milieu nicht eine Rolle gespielt hätte, entweder indem es im Alkoholiker den Hang zur Trunksucht weckte oder einfach dadurch, daß es im entscheidenden Moment nichts dagegen tat.

Man könnte gewiß alle Alkoholiker als von Geburt an kranke Personen betrachten und behaupten, daß diejenigen Alkoholiker wurden, die auf Grund ihrer Erbanlagen, ihrer sozialen Umgebung oder infolge schwerer psychischer oder physischer Traumata Alkoholiker werden mußten. Man würde gleichzeitig darauf hinweisen, daß diejenigen Personen, bei denen diese Veranlagung zur Trunksucht fehlte, keine Alkoholiker wurden. Diese fatalistische Auffassung spricht dem Menschen jegliches Urteils- und Entscheidungsvermögen ab; von einem denkenden und willenskräftigen Geschöpf wird er dadurch zum Triebwesen degradiert. Es wäre indessen falsch, diese Konzeption als absolut unbegründet abzutun. In der Schweizerischen Ärztezeitung vom 13. Dezember 1963 schreibt Professor G. Franconi, nachdem er eine Reihe von Krankheiten aufgezählt hat, deren Ursache das völlige Fehlen oder ein Mangel an Enzymen ist: «Man hat gute Gründe, anzunehmen, daß auch der alkoholischen Leberzirrhose eine Enzymopathie zugrunde liegt, die erst dann zur Krankheit führt, wenn reichlich Alkohol als Realisationsfaktor ge-

nossen wird. Dies erklärt, warum nicht alle Alkoholiker eine Leberzirrhose bekommen». Dem möchten wir folgendes beifügen: Wenn das Fehlen oder der Mangel an Enzymen eine Zirrhose hervorrufen können, weshalb sollte dann ein solcher Mangel nicht auch die Voraussetzungen schaffen, daß eine anscheinend harmlose und in den Grenzen des Normalen sich bewegende Gewohnheit sich zu einer schweren Krankheit entwickeln kann, von deren latentem Bestehen der Alkoholiker nichts ahnen konnte? Nicht nur im Hinblick auf den Alkoholismus als solchen, sondern auch in bezug auf die anderen Süchtigkeitsformen harrt hier ein Problem seiner Lösung.

Ungeachtet einer gewissen deterministischen Komponente im Alkoholismus, scheint es doch weder gerecht, nützlich, menschlich noch objektiv vertretbar zu sein, die Rolle der Willenskraft beim homo sapiens aufzuheben. Eine solche Auslegung der Tatsachen läßt sich nämlich mit der Wirklichkeit, wie sie uns in all jenen Personen entgegentritt, die wohl starke Anlagen zur Trunksucht hatten oder gar Alkoholiker geworden sind, dann aber ihrem Bedürfnis oder ihrer Gewohnheit widerstehen konnten, nicht vereinen. Wenn nun aber Menschen mit keineswegs außergewöhnlichen Fähigkeiten es über sich brachten, keinen Alkohol mehr zu trinken, dann ist es wohl erlaubt, dieselbe Ueberwindung auch von anderen Personen zu verlangen, deren Verhältnisse ähnlich gelagert sind. Es wäre daher ungerecht, unter dem Vorwand, daß die Alkoholiker zu verantwortungsunfähigen Personen geworden seien, Artikel 7 auf sie als unanwendbar zu erklären. Die Anwendung dieser Bestimmung erfordert dagegen eine sehr genaue Untersuchung der Verumständungen, unter denen sich Trunksucht entwickelt hat. Es gilt deshalb — vor allem gegenüber den Aerzten — festzustellen, daß nicht die Urteils- und Entschlußfähigkeit des bereits Kranken Objekt der Untersuchung ist — da in diesem Zeitpunkt solche unbestreitbar überhaupt nicht oder nur in ungenügendem Maße vorhanden ist — sondern diejenige im Zeitpunkt, zu dem der Versicherte zu trinken anfing. Folglich darf nicht behauptet werden, daß sich beim Alkoholismus von vornherein alles auf einfache physische oder psychische Mechanismen (Triebfunktionen) reduzieren läßt. Vielmehr ist anzunehmen, daß der Trunksüchtige am Anfang über genügend Urteilsfähigkeit und Willenskraft verfügte, was grundsätzlich seine Verantwortlichkeit bedingt.

Unter gewissen Verhältnissen sind die genannten Fähigkeiten allerdings, wenn überhaupt, nur in vermindertem Maße vorhanden, wobei die Verantwortlichkeit des Alkoholikers entsprechend aufgehoben oder

reduziert wird und sich die Anwendung einer milderen Sanktion rechtfertigt. Unser Vorhaben ist es daher, diese festzustellen, indem wir die verschiedenen Formen der Aetiologie und Pathogenese des Alkoholismus, d.h. seine Ursachen und Voraussetzungen analysieren.

II. Aetiologie und Pathogenese des Alkoholismus

In den meisten Fällen ist es äußerst schwierig, die primäre, entscheidende Ursache des Alkoholismus und die Umstände, die sein Entstehen und die nachfolgende Entwicklung begünstigten, auseinanderzuhalten. Wir versuchen eine Klassifizierung, indem wir nacheinander erst die physischen und dann die psychischen Krankheiten studieren, welche entweder das Entstehen von Alkoholismus durch die von ihnen hervorgerufene Sucht zum Trinken begünstigen oder den Kranken in bezug auf die Wirkung des Alkohols schwächen, so daß relativ kleine Mengen davon, die im allgemeinen als «normal» betrachtet werden, für die von der Krankheit Befallenen gefährlich sind.

Anschließend daran prüfen wir, was für Erscheinungen im persönlichen, familiären, beruflichen und sozialen Bereich eine Person zum Alkoholabusus verleiten können.

Wir müssen gleich feststellen, daß diejenigen physischen und psychischen Leiden, welche beim Einzelnen eine unvernünftige, gefährliche und unausweichliche Sucht zum Trinken auslösen, sehr selten sind, während die Liste der Verumstände, welche die Entwicklung zum Alkoholiker fördern, sehr lang ist.

1. *Physische Leiden, die ein Bedürfnis zum Trinken wecken*

Unter diesen mit einem anormalen Bedürfnis zum Trinken verbundenen Leiden figurieren vor allem die verschiedenen Formen von Diabetes. Das Bedürfnis ist oft so stark, daß die davon Betroffenen ihm nicht widerstehen können, ohne sich dabei sehr schlecht zu fühlen. Wenn aber das Bedürfnis zum Trinken unbezwinglich ist, so steht doch dem Kranken die Wahl des Getränkes frei. Es ist indessen klar, daß gewisse Berufsgewohnheiten, welche an sich harmlos sind, bei einem Kranken äußerst gefährlich werden können. Wir denken hiebei an den Weinbauer, der in seinem Rebberg seine «piquette» trinkt, an den Bauern, der vergorenen Most genießt, an den Bierbrauer. Im Fall von Diabetes werden alle drei versucht sein, von dem Getränk zu trinken, welches sie bei der Hand haben und das sie sonst in vernünftigem Maße genießen. Wir sind

in der Literatur auf keine andere chronisch verlaufende Krankheit gestoßen, die zum Trinken anregt. Gewisse vorübergehende Krankheitsstadien (Fieber, Grippe etc.) wecken zwar ebenfalls den Durst, aber lediglich während einer kurzen Periode, so daß daraus keine Gewohnheit entstehen dürfte.

2. Physische Leiden, welche eine Schwächung gegenüber der Wirkung des Alkohols bedingen

Schon zahlreicher sind die physischen Krankheiten, welche den menschlichen Organismus gegenüber der Wirkung des Alkohols anfällig machen. Dazu gehören die cranio-cerebralen Traumata, die Infektionskrankheiten des Gehirns und seiner Häute (Encephalitis, Meningitis), die Epilepsie in allen ihren Erscheinungsformen, die Leberinsuffizienz, die Niereninsuffizienz, gewisse Störungen des Metabolismus wie z.B. die Gicht und vielleicht auch endokrine Störungen der Hypophyse und Nebennieren.

3. Psychische Leiden, welche zum Trinken anregen können

Unter den psychischen Krankheiten, welche eine Person zum Trinken veranlassen können, müssen zwei Gruppen unterschieden werden:

- a. die psychischen Krankheiten, in deren Verlauf eine Person trinkt, weil sie von einem unwiderstehlichen Zwang angetrieben wird,
- b. die psychischen Krankheiten, in deren Verlauf ein Kranker nicht mehr aus einem unbezwingbaren Bedürfnis heraus trinkt, sondern weil er gewissen von der Krankheit in ihm hervorgerufenen Zuständen des Mißbehagens oder der Angst entgehen will.

4. Familiäre, soziale, berufliche Verhältnisse, welche die Entwicklung des Alkoholismus begünstigen

Es ist hier zum vornherein festzuhalten, daß solche Umstände, mit einigen wenigen Ausnahmen, die Verantwortlichkeit des Versicherten in sehr viel geringerem Maße herabsetzen können als dies in den bisher betrachteten Fällen zutraf. Es ist schon das Vorliegen mehrerer unter ihnen nötig, damit man sie in Rechnung stellen kann. Wir werden hier nur einige Umstände des persönlichen Bereichs aufzählen wie Schüchternheit, Ungeschicklichkeit, das Bedürfnis nach Gesellschaft, die Flucht aus dem Alltag, Anpassungsschwierigkeiten, Schmerzen körperlicher Art und der Gefühle, schwer zu ertragende physiologische oder psychische Belastungen, Minderwertigkeitsgefühle, die Suche nach einem relativ billigen Vergnügen, die Flucht in den Wachtraum, in die orale

Befriedigung, welche im Unterbewußtsein der Befriedigung des Liebesbedürfnisses entspricht, das Bedürfnis nach Kontakt mit der Umwelt, der kindliche Wunsch nach Omnipotenz, wie sie der Alkohol vermittelt, der Nachahmungstrieb, stärker bei unreifen Naturen zu Tage tretend, das Kompensationsbedürfnis, das Bedürfnis nach Ableitung von Aggressivitätsgefühlen gegenüber sich selbst und anderen, die Sucht nach einem glücklich machenden Sedativum, Unreife der Gefühle und die mangelnde Kontrolle der affektiven Reaktionen, manchmal sogar der vollständige Mangel an Aggressivität verbunden mit einer starken Passivität.

Im Familienbereich muß auf alle ungelösten Konfliktsituationen hingewiesen werden. Wir denken speziell an Konflikte zwischen dem Versicherten und seinen Eltern, dem Ehegatten oder seinen eigenen Kindern.

Auf dem beruflichen Gebiet sind zuerst die Berufe, welche den Alkoholismus fördern, zu nennen. Die Gefahr des Berufes ist gering, wenn eine Person körperlich und geistig gesund, aufgeweckt und nicht allzu sehr von persönlichen, familiären oder beruflichen Problemen belastet ist; deshalb die große Zahl solcher Berufsleute, die keine Alkoholiker sind.

Auch die gesellschaftlichen Gründe, aus denen heraus eine Person sich zum Trinken verleiten läßt, sind zahlreich: der Neid, die Unbefriedigtheit, Nichtanpassung. Dazu gesellt sich die schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen entspringende Armut, z.B. Arbeitslosigkeit, ungenügender Verdienst, lange Krankheit, allzu zahlreiche Familie, schlechte Wohnverhältnisse. In Frankreich schätzt man das Verhältnis der an alkoholischer Neurose leidenden Trinker, d. h. derjenigen, die eine ursprüngliche Persönlichkeitsstörung aufweisen zu demjenigen der Gewohnheitstrinker auf knapp 50 Prozent für die ersteren, und wenig mehr als die Hälfte für die letzteren. 1948 wurde in Amerika bei Alkoholikern, die wegen Alkoholikerpsychose (d.h. Veränderung der Persönlichkeit infolge Alkoholmißbrauch) in psychiatrischen Spitälern aufgenommen wurden, festgestellt, daß ein gutes Drittel davon vorher eine normale Persönlichkeit besaßen; diese waren somit aus streng psychischer Sicht für ihre Trunksucht voll verantwortlich. 1949 stellten sie 47 Prozent aller Fälle dar. Diese Zahlen erlauben uns, all denjenigen entgegenzutreten, welche in den Alkoholikern von Anfang an zum Alkoholismus prädestinierte Individuen erblicken und diese, indem sie ihnen die Verantwortlichkeit absprechen, ihrer Menschenwürde berauben. Wir sind nichtsdestoweniger überzeugt, daß auf sozialem Gebiet für die Alkoholiker sehr viel zu tun übrig bleibt.

D. Das sozial-medizinische Problem der Süchtigkeit

I. Im Allgemeinen

Die durch die Süchtigkeit im eigentlichen Sinne aufgeworfenen Probleme, d.h. das Einnehmen von beruhigenden oder anregenden Substanzen, deren Konsum erst eine Angewöhnung und dann ein Bedürfnis und eine Sucht nach sich zieht, sind gleichzeitig ähnlich und verschieden von den Problemen des Alkoholismus. Allgemein erfordert ihre Lösung die selbe sorgfältige Untersuchung.

II. Aetiologie und Pathogenese der Süchtigkeit

Es ist einfacher, die Süchtigen zu klassifizieren als die Alkoholiker und man kann mühelos und ohne allzuviel Willkür nach ihren Ursachen fünf Arten von Süchtigkeit unterscheiden.

1. *Süchtigkeit nach therapeutischem Gebrauch einer Droge (iatrogene Süchtigkeit)*

Es läßt sich sehr oft feststellen, daß Kranke, denen infolge schwerer physischer oder psychischer Leiden große Dosen von Betäubungsmitteln verabreicht wurden, sich an diese Mittel gewöhnten und schließlich sich ihrer kaum mehr enthalten konnten, ohne Erscheinungen äußerst unangenehmer Art zu gewärtigen. Diese Personen sind Opfer in zweifacher Hinsicht: erstens in bezug auf ihre ursprüngliche Krankheit, an der sie weiterhin leiden können, zweitens Opfer ihrer Gewohnheiten, als Folge der Behandlung ihres ursprünglichen Leidens. In diesen Fällen reduziert sich die Verantwortlichkeit der Versicherten zu einem Minimum: oft existiert sie gar nicht.

2. *Süchtigkeit infolge beruflichen Kontakts mit Drogen*

Zu dieser Gruppe gehören alle jene, welche täglich mit Drogen zu tun haben: Aerzte, Krankenpfleger; es bedeutet tatsächlich eine große Versuchung für diese Personen, die täglich die beruhigende oder anregende Wirkung dieser Drogen beobachten können, diese auf sich selbst anzuwenden, sobald sich bei ihnen ähnliche Störungen bemerkbar machen wie bei jenen, die vor ihren Augen mit diesen Mitteln geheilt wurden. Die Gefahr beruht insbesondere auf der Tatsache, daß ein Laie sich solche gefährlichen Drogen nur auf ärztliche Verordnung hin beschaffen kann oder doch nur nach einem Gang zur Apotheke, während sie dem Arzt oder der Krankenschwester gleich zur Verfügung stehen. Diese Süchtig-

keit läßt sich mit der Trunksucht des Rebbauern oder des Weinhändlers vergleichen. Die Verantwortlichkeit der von ihr Befallenen ist nicht ausgelöscht, aber sie ist doch eine reduzierte.

3. *Die Süchtigkeit der Neurotiker*

Es ist dies die Süchtigkeit derjenigen, welche zur Droge greifen, um so den Problemen des täglichen Lebens zu entgehen. Für die einen handelt es sich dabei zweifellos um eine einfache Ausflucht, für die anderen bedeutet sie ein Drama. Man darf in der Tat nicht vergessen, daß die Wahl der Droge oft durch vorgängige schwere neurotische oder psychopathologische Störungen bedingt ist. Die Verantwortlichkeit des Versicherten richtet sich daher nach der Schwere dieser Störungen einerseits, der durch den Psychiater festgestellten Urteils- und Entscheidungsfähigkeit, die der Versicherte besessen hatte, als er zur Droge griff, andererseits. Allgemein ist zu sagen, daß bei Süchtigkeit, viel öfter als bei Alkoholismus, die Diagnose auf eine neurotische oder psychopathologische Ursache lautet. In milderer Form findet sich diese Neurose bei zahlreichen Fabrikarbeitern, vor allem bei solchen, die Stückarbeit in der Feinmechanik verrichten, und für welche die Droge eine vorübergehende Erleichterung ihres Zustandes nervöser Spannung bedeutet, wie er durch die Feinheit der Arbeit und die Schnelligkeit, mit der sie verrichtet werden muß, hervorgerufen wird. Sie wird oft dadurch verschlimmert, daß es für diese Arbeiter ein Leichtes ist, sich das Medikament, welches während einiger Zeit durch Ausschaltung der Ermüdungsanzeichen eine bessere Produktivität gewährleistet, am Ort selbst zu beschaffen.

4. *Die Süchtigkeit der Personen mit schlechtem Lebenswandel*

Zu dieser Gruppe gehören die Prostituierten und solche Personen, die anrüchige Geschäfte aller Art betreiben. Diese in ihrer Gesamtheit zu verdammen, wäre wohl ungerecht; im allgemeinen dürfte aber ihre Verantwortlichkeit sehr viel größer sein als diejenige der Versicherten anderer Kategorien, weil sie doch öfters ihren «Beruf» mit vollem Wissen um alle Gefahren, die er birgt und damit insbesondere auch derjenigen des Handels mit Drogen (Rauschgifthandel) gewählt haben.

5. *Die Süchtigkeit der Sportler*

Hier liegt das einzige Beispiel von Süchtigkeit vor, das sich aus Praktiken heraus entwickelt, die in gewissen Sportlerkreisen als normal angesehen werden, nämlich das Doping.

Bemerkung: Bei medikamentöser Süchtigkeit, verbunden mit Trunksucht, darf auf das wahrscheinliche Bestehen von neurotischen Störungen geschlossen werden.

E. Folgerungen

Unsere Ausführungen zum sozial-medizinischen Aspekt des Alkoholismus und der andern Arten von Süchtigkeit teilen den Mangel aller verallgemeinernden Ueberlegungen: auf den Einzelfall treffen sie nicht immer genau zu. Dennoch hoffen wir, es sei uns gelungen das komplexe Problem etwas zu erhellen und eine möglichst rechtsgleiche Anwendung der einschlägigen Bestimmungen, insbesondere von Artikel 7 IVG, zu erleichtern.

Bau- und Einrichtungsbeiträge in der IV

Die IV verfügt weder über eigene Sonderschulen und Heime für bildungsunfähige Minderjährige noch über Eingliederungsstätten für die berufliche Ausbildung Invaliden und zur Durchführung medizinischer Maßnahmen. Sie ist deshalb auf außerhalb der Versicherung stehende öffentliche und gemeinnützige private Institutionen angewiesen, die sich dieser Aufgaben annehmen. Damit ihr jedoch genügend entsprechende Einrichtungen zur Verfügung stehen, gewährt sie — sofern in mindestens der Hälfte der Fälle oder der gesamten Aufenthaltstage Eingliederungsmaßnahmen der Versicherung durchgeführt werden — Beiträge an die Kosten für die Errichtung, den Ausbau und die Erneuerung von öffentlichen und gemeinnützigen privaten Sonderschulen und Eingliederungsstätten. Diese Beiträge betragen höchstens einen Drittel der anrechenbaren Kosten. Hat die IV an der Errichtung oder dem Ausbau einer Institution ein besonderes Interesse, weil beispielsweise dadurch verhindert werden kann, daß Maßnahmen mangels entsprechender Einrichtungen im Ausland durchgeführt werden müssen, so ist die Ausrichtung von Beiträgen bis zur Hälfte der anrechenbaren Kosten sowie zinsloser oder verzinslicher Darlehen möglich. In gleicher Weise kann die IV aber auch an die Errichtung, den Ausbau und die Erneuerung von öffentlichen und gemeinnützigen privaten Werkstätten für die Dauerbeschäftigung Invaliden sowie an die Errichtung und den Ausbau

von Wohnheimen für erwerbstätige Behinderte Beiträge gewähren. Dadurch soll einerseits die Bereitstellung von Arbeitsplätzen in geschützten Werkstätten für Invalide, welche nicht mehr ins freie Erwerbsleben eingliedert werden können, sowie andererseits die Schaffung geeigneter Unterkunftsmöglichkeiten für solche, die wohl noch erwerbstätig, jedoch für ihre persönlichen Belange auf die Hilfe Dritter angewiesen sind, gefördert werden.

Sind die gesetzlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Bau- und Einrichtungsbeiträgen erfüllt, so werden die Projektunterlagen (Baupläne und Kostenvoranschlag) in der Regel der Direktion der eidgenössischen Bauten zur Begutachtung unterbreitet. Ihre bautechnische Stellungnahme bildet alsdann die Grundlage für die vorläufig provisorische Ermittlung des Beitrages, der bis zu 100 000 Franken vom Bundesamt für Sozialversicherung, bis zu 500 000 Franken vom Eidgenössischen Departement des Innern und bei über 500 000 Franken vom Bundesrat dem Gesuchsteller zugesichert wird. Die endgültige Festsetzung des Beitrages erfolgt erst auf Grund der dem Bundesamt für Sozialversicherung mit sämtlichen Originalrechnungen und Zahlungsbelegen einzureichenden Bauabrechnung, die nochmals der erwähnten Direktion zur Begutachtung vorgelegt wird.

In der Zwischenzeit können im Rahmen des Baufortschrittes Akontozahlungen gewährt werden.

Im Laufe der Jahre 1960 bis 1964, d. h. in den ersten fünf Jahren seit Inkrafttreten der IV, sind dem Bundesamt für Sozialversicherung 259 Gesuche um Gewährung von Bau- und Einrichtungsbeiträgen eingereicht worden. Von diesen wurden 20 wieder zurückgezogen oder abgelehnt, weil die Voraussetzungen für die Ausrichtung eines Beitrages nicht erfüllt waren. Von den verbleibenden 239 Subventionsgesuchen — denen gesamthaft Bau- und Einrichtungskosten von rund 200 Mio Franken zu Grunde liegen — wurden in 166 Fällen Beiträge zugesichert; 73 Begehren befanden sich Ende 1964 noch in Bearbeitung. Von den 166 zugesicherten Beiträgen konnten deren 107 bis Ende 1964 endgültig abgerechnet werden.

Die nachstehende Tabelle gibt die den verschiedenen Institutionen in den einzelnen Jahren zugesprochenen Bau- und Einrichtungsbeiträge wieder. Dazu ist zu bemerken, daß Beiträge erst zugesichert werden konnten, nachdem die Vollziehungsverordnung in Kraft getreten war, d. h. vom 1. Januar 1961 an.

Zugesicherte Bau- und Einrichtungsbeiträge

Art der Betriebe	1961	1962	1963	1964	Total
	Anzahl der Beiträge				
Sonderschulen und Anstalten für bildungsunfähige Minderjährige	6	18	22	36	82
Anstalten zur Durchführung beruflicher Eingliederungsmaßnahmen	1	9	13	14	37
Anstalten zur Durchführung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen	—	1	3	3	7
Werkstätten für die Dauerbeschäftigung Invalider	1	8	13	12	34
Wohnheime für erwerbstätige Invalide	2	3	—	1	6
Total	10	39	51	66	166
	Beträge in Tausend Franken				
Sonderschulen und Anstalten für bildungsunfähige Minderjährige	346	1 073	8 785	11 738	21 942
Anstalten zur Durchführung beruflicher Eingliederungsmaßnahmen	20	1 264	1 267	1 564	4 115
Anstalten zur Durchführung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen	—	32	9 069	70	9 171
Werkstätten für die Dauerbeschäftigung Invalider	1	46	898	72	1 017
Wohnheime für erwerbstätige Invalide	377	85	—	1 501	1 963
Total	744	2 500	20 019	14 945	38 208

Von den 166 zugesicherten Subventionen im Gesamtbetrag von 38,2 Mio Franken entfallen 55 auf Einrichtungen (Maschinen, Mobiliar usw.) und 111 auf Bauvorhaben. Die im Einzelfalle zugesprochenen Beträge sind denn auch sehr unterschiedlich. Sie liegen zwischen 77 Franken und etwas über 5 Mio Franken, wobei dieser bis heute höchste Beitrag den Neubau einer Eingliederungsstätte zur Durchführung medizinischer Maßnahmen betrifft.

In 20 Fällen entschied der Bundesrat über die Zusicherung von Beiträgen im Gesamtbetrag von über 30 Mio Franken. Davon betrafen 8 Entscheide einen Beitrag von mehr als einem Drittel der anrechenbaren Kosten, wobei in 5 Fällen zusätzlich noch zinslose Darlehen von insgesamt 3,34 Mio Franken gewährt wurden. Das Eidgenössische De-

partement des Innern erließ 29 Verfügungen, während die restlichen 117 Zusicherungen durch das Bundesamt für Sozialversicherung erfolgten.

An die zugesicherten Bau- und Einrichtungsbeiträge im Gesamtbetrag von 38,2 Mio Franken wurden bis Ende 1964 insgesamt 17,8 Mio Franken ausbezahlt. Davon entfallen 7,4 Mio Franken auf abgeschlossene Bau- und Einrichtungsabrechnungen und 10,4 Mio Franken auf vorläufige Akontozahlungen. Da auch den endgültig abgerechneten Subventionsbegehren Akontozahlungen vorausgegangen sind, verteilen sich die ausgerichteten 17,8 Mio Franken auf insgesamt 190 Einzelzahlungen. Ende 1964 beliefen sich somit die zugesicherten, jedoch noch nicht ausbezahlten Beiträge auf rund 20 Mio Franken. Wie eingangs erwähnt, lagen im selben Zeitpunkt noch 73 pendente Gesuche vor. Diese werden voraussichtlich weitere 21 Mio Franken an Beiträgen beanspruchen, so daß allein die Ende 1964 noch nicht endgültig erledigten Subventionsbegehren Beiträge von insgesamt rund 41 Mio Franken erwarten lassen. Man darf also wiederholen, was auf Seite 217 des laufenden Jahrganges der ZAK zu lesen war: «Im Anstaltswesen hat die IV eine neue Lage geschaffen».

Auskunftserteilung an Krankenkassen

Oft befallen Krankheit und Invalidität die gleichen Personen, die dadurch sowohl mit der Krankenkasse als auch mit der IV zu tun bekommen. Obwohl Krankenversicherung und IV in ihrer Struktur und Zielsetzung große Unterschiede aufweisen, drängt sich im Einzelfall eine Zusammenarbeit zwischen ihren Organen auf, weil dadurch die rasche und zweckmäßige Behandlung der Versicherungsfälle gefördert wird, was durchaus im Interesse der Versicherten liegt. Diese Zusammenarbeit ist insofern erleichtert worden, als Artikel 40 KUVG nunmehr eine durch strafrechtliche Sanktionen im Widerhandlungsfall gesicherte Verpflichtung zur Verschwiegenheit enthält, der alle an der Durchführung des Gesetzes beteiligten Personen unterstellt sind.

Im Hinblick auf diese Verhältnisse hat das Bundesamt für Sozialversicherung die Organe der IV generell ermächtigt, den vom Bund anerkannten Krankenkassen Auskünfte zu erteilen oder Akteneinsicht zu gewähren, soweit diese zur Beurteilung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen oder deren Bemessung notwendig sind (Rz 9 des Kreis-

schreibens vom 1. Februar 1965 über die Schweigepflicht und Akteneinsicht).

Allerdings besteht für die Organe der IV *keine Verpflichtung*, den Auskunftsbegehren der Krankenversicherung nachzukommen. Es ist in ihr Ermessen gestellt, die Auskünfte zu verweigern, z. B. dann, wenn die Nachforschungen und der Aufwand in keinem Verhältnis zu den erreichbaren Resultaten stehen. Auch ist für Erteilung medizinischer Auskünfte die schriftliche Zustimmung des Arztes der IV-Kommission einzuholen (Rz 16 des erwähnten Kreisschreibens). Aber Ermessen bedeutet nicht Willkür. Jede Weigerung, der Krankenkasse Auskunft zu erteilen oder Akteneinsicht zu gewähren, muß daher begründet sein. Findet sich die Krankenkasse nicht damit ab, so kann sie die Angelegenheit dem Bundesamt für Sozialversicherung zum Entscheid unterbreiten (Rz 27 des Kreisschreibens).

Zur Zeit beschäftigt die Krankenkassen ein Problem ganz besonderer Art. Es handelt sich um die Beschaffung der Unterlagen für die Geltendmachung von Bundesbeiträgen an die Krankenpflegekosten Invaliden, die sich in einer Heilanstalt aufhalten. Verlangt wird hierfür ein Beleg, aus dem hervorgeht, daß der Versicherte während des Bezuges der Leistungen, für welche Beiträge geltend gemacht werden, Bezüger einer Rente oder einer Hilflosenentschädigung der IV war. Man hat sich daher gefragt, in welcher Form die Organe der AHV oder IV den Krankenkassen bei diesem Nachweis behilflich sein könnten.

Eine nähere Prüfung dieser Frage hat gezeigt, daß eine Mitwirkung der AHV- und IV-Organe ein Übermaß an Arbeit verursachen würde, ohne daß gleichzeitig für die Genauigkeit der Auskünfte garantiert werden könnte. Deshalb hat das Departement des Innern in der Verfügung 3 über die Krankenversicherung betreffend die Geltendmachung der Bundesbeiträge an die Krankenpflege Invaliden die Regelung getroffen, daß als Beleg eine entsprechende *Erklärung des Versicherten* auf einheitlichem Formular genügt. Wird die Erklärung trotz Mahnung der Krankenkasse nicht innert angemessener Frist ausgefüllt, so kann die Krankenkasse unter Verwendung eines vorgedruckten Formulars die *Zentrale Ausgleichsstelle*, die den Überblick über alle in einem bestimmten Zeitraum ausgerichteten IV-Renten und Hilflosenentschädigungen hat, um eine entsprechende Bescheinigung ersuchen. Wird einem IV-Kommissionssekretariat oder einer AHV-Ausgleichskasse trotzdem von einer Krankenkasse ein solches Formular zugestellt, so ist diese zu ersuchen, sich damit an die Zentrale Ausgleichsstelle zu wenden.

Prinzipiell erteilen die Organe der IV Auskünfte nur auf Anfrage hin.

In diesem Zusammenhang sei jedoch daran erinnert, daß die Sekretariate der IV-Kommissionen in den in Rz 85 des Kreisschreibens über das Verfahren genannten Fällen die Krankenkassen von sich aus (in der Regel über die Zentralstelle der Krankenkassen in Solothurn) über die erfolgte Anmeldung zu informieren haben, nämlich immer dann, wenn der Versicherte medizinische Eingliederungsmaßnahmen geltend macht und ersichtlich ist, daß er sich wegen seiner Behinderung bereits bei der Krankenkasse angemeldet hat. Die Krankenkasse wird dann jeweils ersucht, von der Bezahlung der Kosten von Eingliederungsmaßnahmen abzusehen, da diese allenfalls von der IV übernommen werden könnten, und sich, wenn es verlangt wird, auf die Erteilung einer Kostengutsprache zu beschränken für den Fall, daß die Leistungspflicht der IV verneint würde.

Die Krankenkassen gehören nicht zum ordentlichen Adressatenkreis von Kassenverfügungen. Immerhin kann eine Krankenkasse am Ausgang des Verfahrens interessiert sein, insbesondere dann, wenn die Kosten einer medizinischen Maßnahme, die schon durch sie bezahlt worden sind, durch die IV übernommen werden. Für diese Ausnahmefälle hat das Bundesamt für Sozialversicherung in seinem Kreisschreiben vom 28. Mai 1962 über die Vergütung der Kosten von Eingliederungsmaßnahmen der IV (Abschnitt B) das Verfahren festgelegt. Verlangt eine Krankenkasse von der IV die Bezahlung einer von ihr erbrachten Leistung, so wird eine Kopie der Kassenverfügung an die Zentralstelle der Krankenkassen in Solothurn zugestellt, die auf Grund der maßgebenden Tarife den Betrag errechnet, den die Zentrale Ausgleichsstelle der betreffenden Krankenkasse und allfälligen weiteren Zahlungsempfängern vergüten wird.

Die Statistik der Eingliederungsmaßnahmen 1964

Die vorliegende statistische Erhebung erstreckt sich auf das Berichtsjahr 1. Februar 1964 bis 31. Januar 1965. Gegenstand der Erhebung sind die gezählten Behandlungsfälle sowie die entsprechenden ausbezahlten Leistungen. Die Auswertung erfolgt nach einem dreistufigen Schema. Charakteristisch dafür ist die Verminderung der Anzahl Fälle von der dritten zur ersten Stufe durch Ausschaltung von Mehrfachzählungen; die Summe der Gesamtleistungen bleibt in jeder Stufe hingegen gleich groß.

Die *erste Stufe*, in der die Zahl der Fälle identisch ist mit der Zahl der Bezüger, wird durch Tabelle 1 veranschaulicht. Aus ihr geht hervor,

wie viele Personen, aufgeteilt nach Geschlecht, während der Beobach-
tungsperiode je Sachleistungen erhalten haben. Der Anteil der leicht
höhere Durchschnittskosten aufweisenden männlichen Bezüger beträgt
57 Prozent.

Eingliederungsmaßnahmen nach Geschlecht

1. Stufe

Tabelle 1

Geschlecht	Fälle	Kosten in Franken	
		absolut	je Fall
Männlich	38 174	31 663 319	829
Weiblich	29 117	23 063 174	792
Total	67 291	54 726 493	813

In der *zweiten Stufe* wird nach der Art der Maßnahme unterschieden. Die Zahl der Fälle ist in Tabelle 2 deshalb größer als in Tabelle 1, weil auf eine Person mehr als eine Maßnahme entfallen kann. Die Differenz betrug 13 367, woraus aber nicht etwa geschlossen werden darf, daß so viele Bezüger in den Genuß von mehr als einer Maßnahme gekommen sind. Denn in einzelnen Fällen dürften drei oder sogar vier Maßnahmen miteinander kombiniert sein.

Innerhalb der vier Arten von Maßnahmen kommt den medizinischen Maßnahmen die größte Bedeutung zu, entfallen auf diese doch rund 60 Prozent aller Fälle. Die höchsten Durchschnittskosten verursachen jedoch die Maßnahmen beruflicher Art; hier aber ist die Zahl der Fälle niedrig.

Eingliederungsmaßnahmen nach Art der Maßnahme

2. Stufe

Tabelle 2

Art der Maßnahme	Fälle	Kosten in Franken	
		absolut	je Fall
Medizinische Maßnahmen	48 225	30 879 843	640
Maßnahmen beruflicher Art	2 771	6 531 530	2 357
Sonderschulung und	10 769	10 754 183	999
Beiträge an Bildungsunfähige	18 893	6 560 937	347
Hilfsmittel			
Total	80 658	54 726 493	678

Hinsichtlich der Ursachen, welche zur Invalidität, beziehungsweise zu Eingliederungsmaßnahmen führen, werden drei verschiedene Arten unterschieden. Im Jahre 1964 waren auf der zweiten Stufe 52 348 Fälle von Maßnahmen auf *Geburtsgebrechen*, 19 031 Fälle auf *Krankheit* und 2 411 Fälle auf *Unfall* zurückzuführen; in 6 868 Fällen war eine Zuordnung nicht möglich. Die Gliederung nach der Art der Maßnahme fällt für jede der drei Ursachen anders aus als für die Gesamtheit aller Eingliederungsmaßnahmen gemäß Tabelle 2. Die spezifischen Abweichungen sind aus Tabelle 3, in der neben den absoluten Zahlen auch Verhältniszahlen enthalten sind, besonders gut ersichtlich.

*Eingliederungsmaßnahmen nach Art der Maßnahme
und Ursache der Invalidität*

2. Stufe

Tabelle 3

Art der Maßnahme	Fälle		Kosten je Fall in Fr.	
	absolut	in %	absolut	Index ¹⁾
Geburtsgebrechen				
Medizinische Maßnahmen	34 487	66	679	95
Maßnahmen beruflicher Art	1 557	3	2 411	336
Sonderschulung ²⁾	8 526	16	1 020	142
Hilfsmittel	7 778	15	213	30
Total	52 348	100	717	100
Krankheit				
Medizinische Maßnahmen	7 284	38	789	111
Maßnahmen beruflicher Art	937	5	2 378	336
Sonderschulung ²⁾	1 742	9	913	129
Hilfsmittel	9 068	48	432	61
Total	19 031	100	708	100
Unfall				
Medizinische Maßnahmen	773	32	1 047	117
Maßnahmen beruflicher Art	179	7	2 311	258
Sonderschulung ²⁾	72	3	968	108
Hilfsmittel	1 387	58	627	70
Total	2 411	100	897	100
¹⁾ Der Wert 100 bezieht sich auf den jeweiligen Gesamtdurchschnitt ²⁾ Einschließlich Beiträge an Bildungsunfähige				

Bei den Geburtsgebrechen stehen die medizinischen Maßnahmen im Vordergrund, bei Krankheit und Unfall jedoch die Hilfsmittel, die hier durchschnittlich auch mehr kosten, was ebenso für die anteilmäßig an zweiter Stelle liegenden medizinischen Maßnahmen gilt. Andererseits sind die Maßnahmen beruflicher Art sowie die Sonderschulung und Beiträge an Bildungsunfähige weniger von der Ursache der Invalidität abhängig.

Jede der vier Arten von Maßnahmen setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen. Die Berücksichtigung dieser Zerlegung in Komponenten führt in der *dritten Stufe* nochmals zu einer Erhöhung der Zahl der Fälle. Wie Tabelle 4 zeigt, handelt es sich beim Übergang in die dritte Stufe um 16 045 Mehrfachzählungen, die hauptsächlich bei den medizinischen Maßnahmen auftreten.

Bei den *medizinischen Maßnahmen* wird unterschieden zwischen ambulanter Behandlung (38 767 Fälle) und Anstaltsbehandlung (19 936 Fälle). Hier kamen 10 478 Bezüger in den Genuß einer kombinierten Behandlung. Innerhalb der *Maßnahmen beruflicher Art* überwog die erstmalige berufliche Ausbildung (2 455 Fälle), wogegen Umschulung und Wiedereinschulung relativ selten vorkommen. Die Kapitalhilfe beschränkt sich auf Einzelfälle, ist aber mit hohen Kosten verbunden (Durchschnitt: 11 769 Franken).

Eingliederungsmaßnahmen nach Art der Maßnahme

2. bzw. 3. Stufe

Tabelle 4

Art der Maßnahme	Anzahl Fälle		
	2. Stufe	3. Stufe	Mehrfachzählungen
Medizinische Maßnahmen	48 225	58 703	10 478
Maßnahmen beruflicher Art	2 771	3 060	289
Sonderschulung und Beiträge an Bildungsunfähige	10 769	12 465	1 696
Hilfsmittel	18 893	22 475	3 582
Total	80 658	96 703	16 045

In *Sonderschulen* wurden rund 10 000 Personen ausgebildet, und zwar zur Hauptsache im Internat, wobei gesamthaft gesehen die Kosten ins Gewicht fallen (8,0 Mio von insgesamt 10,8 Mio Franken). In 2 242 Fällen wurden Beiträge an Bildungsunfähige ausgerichtet, von denen

die meisten (62 Prozent) sich in Anstaltspflege befinden und durchschnittlich 655 Franken erhielten. Der Beitrag an die in Hauspflege betreuten Bildungsunfähigen fiel mit durchschnittlich 705 Franken etwas höher aus.

Die Abgabe von *Hilfsmitteln* umfaßt neben Hilfsmitteln im engeren Sinn künstliche Glieder (1 270 Fälle), hauptsächlich aber Stütz- und Führungsapparate, orthopädische Korsetts und orthopädisches Schuhwerk (13 201 Fälle) sowie Fahrzeuge (1 305 Fälle). Die 768 motorisierten Fahrzeuge verursachten die höchsten Durchschnittskosten, nämlich 1 395 Franken. Im übrigen variieren die mittleren Auslagen zwischen 158 und 608 Franken. Der niedrige Gesamtdurchschnitt von 347 Franken (Tabelle 2) ist auf den hohen Anteil der orthopädischen Geräte (221 Franken) zurückzuführen.

Abschließend seien noch die in der Beobachtungsperiode ausgerichteten *Taggelder* erwähnt. In insgesamt 3 192 Fällen wurden Leistungen in der Höhe von 6,6 Mio Franken gewährt. Zur Anwendung kam dabei ein Eingliederungszuschlag von 10 Prozent oder 30 Prozent. Das Schwergewicht ruht indessen auf dem maximalen Ansatz, wurden doch während 300 241 von insgesamt 437 501 Tagen entsprechende Taggelder ausbezahlt, bei einem Kostenanteil von 5,1 Mio Franken. Der mittlere Eingliederungszuschlag von 20 Prozent beschränkte sich auf Einzelfälle.

Durchführungsfragen der IV

Hilfsmittel: Ausrüstung der Motorfahrzeuge mit Winterpneus oder Schneeketten¹

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat unlängst erkannt, daß die IV Motorfahrzeuge in fahrtauglichem und verkehrssicherem Zustand abzugeben habe, was je nach den klimatischen Gegebenheiten auch die erstmalige Ausrüstung mit Winterpneus oder entsprechenden Vorrichtungen in sich schließe. In der Regel dürfte hiefür die in der ZAK 1962, Seite 214, vorgesehene Möglichkeit, anstelle von Normalpneus Winterpneus zu liefern, zweckmäßig sein. Nur ausnahmsweise dürfte es sich rechtfertigen, *zusätzlich* zu den Sommerpneus Winterreifen oder Schneeketten abzugeben. In diesen Fällen ist beim Einholen der Zustimmung des Bundesamtes für Sozialversicherung zur Motorisierung entsprechend Antrag zu stellen. Der Ersatz abgenützter Reifen geht nach wie vor nicht zu Lasten der IV.

¹ Aus IV-Mitteilungen, Nr. 65

Wiedergabe ärztlicher Feststellungen in Kommissions- beschlüssen und Kassenverfügungen ¹

Immer wieder kommt es vor, daß Versicherte erstmals aus der Kassenverfügung die genaue ärztliche Diagnose ihres Leidens erfahren. Soweit es sich um schwerwiegende Fälle handelt, kann eine solche Erkenntnis — insbesondere bei empfindsamen Menschen — ernsthafte körperliche oder seelische Reaktionen auslösen. Um diesen Schwierigkeiten nach Möglichkeit vorzubeugen, muß folgendes beachtet werden:

1. Es hängt vom Einzelfall ab, ob und wieweit der medizinische Sachverhalt beim Versicherten als bekannt vorausgesetzt werden darf. In zahlreichen offenkundigen Fällen (z. B. Amputationen) ist diese Kenntnis ohne weiteres anzunehmen. Bestehen jedoch Zweifel, ob eine ärztliche Feststellung dem Versicherten überhaupt oder in ihrem vollen Umfang bekannt ist (z. B. im Falle einer multiplen Sklerose), so ist bei der Abfassung der Kommissionsbeschlüsse und Kassenverfügungen entsprechende Zurückhaltung zu üben. Medizinische Tatsachen sind nur soweit zu erwähnen, als dies für die rechtsgenügende Ausfertigung der Kassenverfügung unumgänglich ist, wobei unter Verzicht auf Einzelheiten eine möglichst allgemeine Formulierung zu wählen ist.

2. Von Zitaten aus Arztberichten ist abzusehen, weil die Gefahr besteht, daß der Versicherte auch bei einem an sich bekannten Tatbestand unzutreffende Schlußfolgerungen zieht. Wo die Erwähnung medizinischer Tatsachen, von denen anzunehmen ist, daß sie dem Versicherten nicht oder nicht in ihrer vollen Tragweite bekannt sind, zur Begründung der Kassenverfügung unumgänglich ist, wird den IV-Kommissionen empfohlen, die Formulierung mit dem behandelnden Arzt zu besprechen.

3. Bei Geburtsgebrechen ist an Stelle der Diagnose lediglich die entsprechende Nummer des Geburtsgebrechens gemäß Artikel 2 GgV in der Beschlußmitteilung bzw. der Verfügung festzuhalten (z. B. «Behandlung des Geburtsgebrechens Nr. 189»); denn in der Regel sind die Eltern nicht in der Lage, den medizinischen Fachausdruck richtig zu würdigen und ziehen daraus oft unzutreffende Schlüsse, was sich auf die Beziehung zum Kind nachteilig auswirken kann.

4. Es ist davon auszugehen, daß die Rechtspflegebehörden diesen Gesichtspunkten bei der Abfassung ihrer Urteile ebenfalls gebührend Rechnung tragen. In Fällen, in denen besondere Vorsicht geboten ist, haben die IV-Kommissionen die Rechtspflegebehörden in geeigneter Weise rechtzeitig darauf aufmerksam zu machen.

¹ Aus IV-Mitteilungen, Nr. 65; leicht veränderte Fassung

Bernasconi Giacomo: *La femme et l'AVS en Suisse.* In «Revue Syndicale Suisse», Organe mensuel de l'Union Syndicale Suisse, Nr. 3, Jg. 57, S. 77—86, Bern, 1965.

Fricker Kurt: *Rechnungsgrundlagen in der AHV.* In Sonderdruck aus «Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik», Jg. 101, Heft 2, 1965, S. 118—126, Verlag Stämpfli & Cie., Bern.

Hochreutener Marthy: *Soziale Eingliederung als wesentliche Voraussetzung für die berufliche Eingliederung geistig Behinderter.* 58 S., Diplomarbeit der Schule für Sozialarbeit, Luzern, 1964.

Kobelt Alfred: *Das Erziehungspersonal in Heimen.* In «Schweizer Erziehungsrundschau», Nr. 11, 37. Jg., S. 263—268, Künzler Buchdruckerei AG, St. Gallen, 1965.

Saxer Arnold: *Social Security in Switzerland.* 132 S.; Verlag Paul Haupt, Bern, 1965. Auf Anregung der Stiftung Pro Helvetia hat Dr. Saxer, langjähriger Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung, 1963 eine Übersicht über die «Soziale Sicherheit in der Schweiz» veröffentlicht. Diese Zusammenfassung erläuterte das weitschichtige Thema in allgemein verständlicher Weise (s. ZAK 1963, S. 431). Nun liegt eine englische Fassung vor, die der Entwicklung bis anfangs 1965 Rechnung trägt. So berücksichtigt sie insbesondere die sechste AHV-Revision, die gleichzeitige Verbesserung der EO, die Auswirkungen der beiden Gesetzesänderungen auf die IV, das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV sowie die Neuordnung der Krankenversicherung. Ebenso sind die statistischen Ergebnisse bis und mit 1963 nachgetragen. Kennern der englischen Sprache sei das «Vademecum» von Dr. Saxer bestens empfohlen.

M I T T E I L U N G E N

**Neue
parlamentarische
Vorstöße**
Kleine Anfrage
Baudère
vom 20. September
1965

Nationalrat Baudère hat am 20. September 1965 folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«Auf dem Gebiete der Geburtsgebrechen wird immer mehr Gewicht darauf gelegt, Eingliederungsmaßnahmen zugunsten invalider Kinder im Kreise deren Familie durchzuführen.

Dadurch erwachsen den Eltern außerordentlich schwere Lasten. Es ist nämlich nicht immer möglich — und auch nicht immer angezeigt, sich auf eine entsprechende Anpassung der Wohnung zu beschränken. Oft muß, im Gegenteil, an den Bau eines Hauses gedacht werden, das den Bedürfnissen der erforderlichen Behandlung und Eingliederung voll entspricht.

Bei aller Anerkennung der beträchtlichen Anstrengun-

gen, die bisher unternommen wurden, und der von der IV geleisteten Dienste, möchte ich dem Bundesrat die Frage unterbreiten, ob er nicht der Auffassung ist, daß die Leistungen dieser Versicherung erweitert werden könnten, beispielsweise durch die Gewährung von Baukrediten zu niedern Zinsen oder von anderen, eventuell kombinierten Hilfen, sofern es die Bedürfnisse des Falles rechtfertigen?

Dadurch würde man es einer gewissen Zahl von invaliden Kindern ermöglichen, sich unter bestmöglichen Bedingungen zu entwickeln und ihre wirtschaftliche Selbständigkeit — vermutlich ebensorasch wie auf andere Weise — zu erlangen».

Kleine Anfrage
Genoud
vom 22. September
1965

Nationalrat Genoud hat am 22. September 1965 folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«Vom 1. Januar 1966 an werden in unserem Lande die Ergänzungsleistungen zur AHV ausgerichtet werden, dies nach Maßgabe der von jedem Kanton und Halbkanton zu erlassenden Ausführungsgesetze. Wird diese Hilfe nach Auffassung des Bundesrates auch den im Auslande niedergelassenen betagten und verwaisten Schweizerbürgern zuteil werden, welche die AHV anerkannt haben?

Wenn dies der Fall ist — was wir als wünschbar erachten —, halten wir dafür, daß diese Leistungen für alle im Auslande wohnenden Berechtigten — ohne Rücksicht auf die Regelung ihres Heimatkantons — nach den gleichen Grundsätzen festgesetzt werden sollten, um eine unterschiedliche Behandlung der im gleichen Lande wohnenden Bezüger zu verhindern. Wie denkt der Bundesrat hierüber?»

Initiative Dafflon
vom 6. Oktober 1965

Nationalrat Dafflon hat am 6. Oktober 1965 folgende Initiative betreffend Anpassung der AHV-Renten an die Teuerung eingereicht:

«Als die eidgenössischen Räte im Dezember 1964 das AHVG revidierten, stand der Landesindex der Konsumentenpreise auf 205 Punkten. Ende September 1965 erreichte er jedoch 217 Punkte.

Um die Kaufkraft der AHV- und IV-Renten zu erhalten, reiche ich, gestützt auf Art. 93, Abs. 1, der Bundesverfassung nachstehend wiedergegebene Initiative ein, die Art. 34 des AHVG durch zwei neue Absätze ergänzen will. Ziel der neuen Bestimmungen ist es, die Renten um 7 Prozent zu erhöhen und vorzuschreiben, daß die Renten jedesmal, wenn der Indexstand um weitere 5 Punkte ansteigt, entsprechend anzupassen seien.

Mein Antrag hat folgenden Wortlaut:

Abänderung des AHVG vom 20. Dezember 1946

Art. 34, Abs. 4 und 5 (neu)

⁴ Die Renten werden um 7 Prozent erhöht und gelten als einem Stand des Indexes der Konsumentenpreise von 217 Punkten angepaßt.

⁵ Bei jeder Veränderung des Indexstandes um 5 Punkte werden die Renten entsprechend angepaßt.

Volksbegehren des «Beobachters»

Das im Juli 1962 vom «Schweizerischen Beobachter» eingereichte Volksbegehren für zeitgemäßere AHV- und IV-Renten mit Teuerungsausgleich (s. ZAK 1962, S. 371) ist am 6. September 1965 zurückgezogen worden, da die gestellten Begehren auf Rentenerhöhung durch die sechste AHV-Revision erfüllt worden seien. Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 10. September von diesem Rückzug Kenntnis genommen.

Ergänzungs- leistungen im Kanton Genf

Der Große Rat des Kantons Genf hat in seiner Sitzung vom 14. Oktober 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. Dagegen ist kein Mietzinsabzug vorgesehen, da diese Frage kantonale durch Mietzinszuschüsse geregelt werden soll. Die Referendumsfrist wird am 19. November 1965 ablaufen.

Ergänzungs- leistungen im Kanton Schwyz

Als erster Kanton hat Schwyz am 31. Oktober 1965 das kantonale Gesetz über Ergänzungsleistungen dem Volke zur Abstimmung unterbreitet. Es wurde mit 5745 Ja gegen 836 Nein angenommen. Das Gesetz sieht die Ergänzung des Einkommens von Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenrentnern bis zu den im Bundesgesetz vorgesehenen Einkommensgrenzen von jährlich 3000 Franken für Alleinstehende, 4800 Franken für Ehepaare und 1500 Franken für Waisen vor.

Familienzulagen im Kanton Appenzell A. Rh.

Der Kantonsrat des Kantons Appenzell A. Rh. hat am 18. Oktober 1965 die Vollziehungsverordnung zum Gesetz über die Kinderzulagen für Arbeitnehmer erlassen. Daraus seien folgende Bestimmungen erwähnt:

1. Ausländische Arbeitnehmer

Gemäß Art. 6, Abs. 2, des Gesetzes wird der Anspruch ausländischer Arbeitnehmer auf Zulagen für ihre Kinder im Ausland durch die Vollziehungsverordnung geregelt. Nach Paragraph 3, Abs. 2 dieser Verordnung sind nur die ehelichen Kinder und die Adoptivkinder bis zum zu-

rückgelegten 16. Altersjahr zulageberechtigt. Im Gegensatz zu den im Inland lebenden Kindern sind somit nicht zulageberechtigt: außereheliche Kinder, Stief- und Pflegekinder sowie Kinder zwischen dem 16. und 20. Altersjahr, die in Ausbildung begriffen oder infolge von Krankheit oder eines Gebrechens erwerbsunfähig sind. Der Anspruch ist an die Voraussetzung geknüpft, daß der Arbeitnehmer nicht aus einer andern, gleichartigen öffentlichen Kasse Kinderzulagen oder entsprechende Familienzulagen erhalten oder verlangen kann.

2. Anerkennung von Familienausgleichskassen

Gemäß Art. 11, Abs. 3 des Gesetzes werden die Bedingungen für die Anerkennung einer Familienausgleichskasse durch die Vollziehungsverordnung geregelt. Nach Paragraph 7 der Verordnung wird eine Familienausgleichskasse anerkannt, wenn sie nachweist, daß

- a. ihr mindestens 500 Arbeitnehmer angehören;
- b. sie die gesetzlichen Mindestleistungen erbringt;
- c. sie für eine geordnete Geschäftsführung Gewähr leistet;
- d. die Kassenvorschriften den Bestimmungen des Gesetzes und der Vollziehungsverordnung entsprechen.

3. Inkrafttreten

Das Gesetz über die Kinderzulagen für Arbeitnehmer und die Vollziehungsverordnung treten am 1. Januar 1966 in Kraft. Von diesem Zeitpunkt an werden die Arbeitgeberbeiträge erhoben und die Kinderzulagen für Arbeitnehmer ausgerichtet.

Familienzulagen im Kanton Uri

Durch Landratsbeschluß vom 27. Oktober 1965 betreffend die Änderung von Ansätzen gemäß Gesetz über die Kinderzulagen werden auf den 1. Januar 1966 folgende Neuerungen eingeführt.

1. Kinderzulagen für Arbeitnehmer und Selbständigerwerbende

Bisher waren das zweite Kind der Familie mit zwei Kindern und alle Kinder der Familien mit drei und mehr Kindern zulageberechtigt. Nunmehr besteht für alle Kinder Anspruch auf Zulagen.

Der Ansatz der Zulage wird von 15 auf 20 Franken je Kind und Monat erhöht.

2. Erhöhung der Beiträge der Arbeitnehmer und Selbständigerwerbenden

Der Beitrag der Arbeitgeber und der Selbständigerwerbenden wird von 1 auf 1,5 Prozent der Lohnsumme bzw. des Erwerbseinkommens im Sinne der AHV erhöht.

3. Erhöhung der Einkommensgrenze für Selbständigerwerbende

Der Grundbetrag der Einkommensgrenze wird von 6500 auf 11 000 Franken und der Kinderzuschlag von 700 auf 800 Franken erhöht.

Adressenverzeichnis AHV/IV/EO

Seite 8: Ausgleichskasse 18, Graubünden, und
Seite 24: IV-Kommission Graubünden, und
Seite 25: IV-Regionalstelle Graubünden
Neue Adresse: Rosenweg 4, 7001 Chur
Die Postadresse bei der IV-Kommission (Bahnhofstr. 19) fällt weg.

Seite 13, Ausgleichskasse 54, Bindemittel
Neue Adresse: Talstraße 83, 8001 Zürich
Neue Tel.-Nr.: (051) 27 95 87

Personelles

Als Nachfolger für den als Mitglied der Eidgenössischen Kommission für die AHV und IV zurückgetretenen Staatsrat Dr. Plinio Cioccarì hat der Bundesrat Landammann und Nationalrat Jakob Langenauer, Rehetobel, gewählt. Landammann Langenauer ersetzt Regierungsrat Dr. Cioccarì ebenfalls in der Eidgenössischen Expertenkommission für die Revision der IV.

† Eugène Bertrand

Der Leiter der Ausgleichskasse des schweizerischen Tabakverbandes, Eugène Bertrand, verschied am 14. Oktober 1965 nach längerer Krankheit. Der Verstorbene ist 1907 im Tessin geboren. Er durchlief die Schulen von Burgdorf und genoss dort eine solide kaufmännische Ausbildung. Nach verschiedenen Beschäftigungen trat er anfangs 1948 als Kassenleiter-Stellvertreter in den Dienst der Ausgleichskasse Tabak in Bern. Von Ende 1955 bis Januar 1962 war er in gleicher Funktion bei der Ausgleichskasse für das Installations-, Spengler- und Bedachungsgewerbe in Zürich tätig. Dann kehrte er als Vorsteher der Ausgleichskasse Tabak in die Bundesstadt zurück. Eugène Bertrand war einer der Stillen im Lande. Seiner nicht immer leichten Aufgabe wurde er zuverlässig, mit Sachkenntnis und treuer Pflichterfüllung gerecht. Das Bundesamt für Sozialversicherung, die Zentrale Ausgleichsstelle und die Ausgleichskassen werden den Verblichenen in guter Erinnerung behalten.

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Beiträge

Urteil des EVG vom 10. April 1965, i. Sa. M. L.

Art. 9, Abs. 1, AHVG. Für den Inhaber einer Einzelfirma oder den Teilhaber einer Personengesellschaft gilt als Beitragsobjekt im Prinzip der sogenannte Vermögensstandsgewinn im Sinne der steuerrechtlichen Praxis des Bundesgerichtes. (Erwägung 2)

Art. 9, Abs. 1, AHVG; Art. 17, Buchst. d, AHVV. Entsprechend dem Wehrsteuerrecht gilt als Beitragsobjekt auch der Kapitalgewinn, der aus der Überführung eines Vermögenswertes vom Geschäftsins Privatvermögen erzielt wird (sog. Privatentnahme). Der Begriff des Kapitalgewinnes im Sinne von Art. 17, Buchst. d, AHVV stimmt überein mit dem in Art. 21, Abs. 1, Buchst. d, WStB umschriebenen. (Erwägung 3)

M. L. ist unbeschränkt haftender Gesellschafter der Firma L. & Co. Im Jahre 1962 wurde eine Liegenschaft, die bei der Firma mit 157 000 Franken zu Buche stand, in das Privatvermögen M. L.'s übergeführt und der Übernahme wert im Einverständnis mit der Steuerbehörde auf 300 000 Franken festgesetzt. Der so entstandene Kapitalgewinn von 143 000 Franken wurde M. L. gutgeschrieben. Bei der Veranlagung M. L.'s für die Wehrsteuer wurde dieser Gewinn seinem Erwerbseinkommen zugerechnet und auch für die Festsetzung der Beiträge berücksichtigt.

M. L. beschwerte sich mit dem Begehren, von der Erhebung des Beitrages abzusehen. Die kantonale Rekurskommission hieß die Beschwerde gut. Das BSV legte Berufung ein. Das EVG hieß diese gut und stellte dabei die folgenden Erwägungen an:

1. ...

2. Beitragsrechtlich gilt das Geschäftsvermögen einer Person, solange sie im betreffenden Unternehmen selbständig erwerbstätig ist, als an der Bildung ihres geschäftlichen Einkommens beteiligt. Das trifft zunächst einmal — kraft der durch Art. 9, Abs. 2, Buchst. e, AHVG und Art. 18, Abs. 2, AHVV begründeten *presumptio iuris et de iure* — im Ausmaß von vier-einhalb Prozent des «im Betrieb arbeitenden eigenen Kapitals» zu, welches präsumptive Einkommen jedoch gemäß dieser Sondernormen als Beitragsobjekt ausscheidet. Davon abgesehen betrachtet das AHVG als reines Erwerbseinkommen des Inhabers oder Teilhabers eines buchführungspflichtigen Personenunternehmens grundsätzlich alles, was er in der Berechnungsperiode aus der betrieblichen Tätigkeit und aus dem investierten eigenen Kapital im Betrieb herauswirtschaftet. Als Beitragsobjekt wird mithin im Prinzip der sogenannte Vermögensstandsgewinn im Sinne der steuerrechtli-

chen Praxis des Bundesgerichtes erfaßt, d. h. der «Unterschiedsbetrag zwischen dem Betriebsvermögen am Schluß des Wirtschaftsjahres und dem Betriebsvermögen am Schluß des vorangegangenen Wirtschaftsjahres, vermehrt um den Wert der Entnahmen und vermindert um den Wert der Einlagen» (Blumenstein, System des Steuerrechts, S. 160).

Darunter fallen u. a. diejenigen eingetretenen und verbuchten Unterschiede im Werte des betrieblichen Vermögens, die sich aus der Veräußerung geschäftlicher Vermögensstücke ergeben. Handelt es sich dabei um Mehrwerte, d. h. um Kapitalgewinne, so gehören sie zum Beitragsobjekt derjenigen natürlichen Person, die sie im eigenen Unternehmen erzielt hat: Sie hat davon gemäß Art. 9, Abs. 1, AHVG, Art. 17, Buchst. c und d, und Art. 20 AHVV die persönlichen Beiträge zu entrichten.

Der Kapitalgewinn gilt aber beitragsrechtlich auch dann als Beitragsobjekt, wenn er aus der Verwertung von Vermögensstücken im Sinne von Art. 21, Abs. 1, Buchst. d, WStB, d. h. aus einer Überführung von Vermögenswerten aus dem Geschäftsvermögen in das Privatvermögen des Geschäftsinhabers herrührt. Daß der Inhaber dieses Privatvermögens personenrechtlich identisch ist mit dem Inhaber (oder Teilhaber) des Unternehmens, welcher das Vermögensstück verwertet, ist beitragsrechtlich unerheblich; entscheidend ist nur das Eintreten eines Kapitalgewinnes im buchführungspflichtigen Unternehmen. Auch in dieser Beziehung stimmt die beitragsrechtliche mit der wehrsteuerrechtlichen Betrachtungsweise überein. Wenn Art. 17, Buchst. d, AHVV, die eingetretenen und verbuchten Kapitalgewinne zum Einkommen aus selbständiger Tätigkeit zählt, so hat diese Bestimmung den Kapitalgewinn im Sinne von Art. 21, Abs. 1, Buchst. d, WStB im Auge, der nicht nur durch Veräußerung, sondern auch durch Verwertung von Vermögensstücken (d. h. durch deren Übergang vom Geschäfts- ins Privatvermögen des Unternehmers) eintreten kann.

Renten

Urteil des EVG vom 30. März 1965 i. Sa. R. D.

Art. 22 bis AHVG. Für Kinder von Altersrentnern, die nach zurückgelegtem 18. Altersjahr eine Ausbildung antreten, beginnt der Anspruch auf Zusatzrente am ersten Tag des dem Ausbildungsbeginn folgenden Monats.

Die 1901 geborene und 1946 verwitwete Versicherte erhält seit dem 1. Januar 1964 eine ordentliche einfache Altersrente. Ihre 1942 geborene Tochter hat am 1. Oktober 1964 eine dreijährige Lehre als Krankenschwester begonnen. Die Ausgleichskasse bewilligte die von der Versicherten beantragte Zusatzrente für die Tochter und setzte den Rentenbeginn auf den 1. November 1964 fest.

Die Versicherte beschwerte sich dagegen und verlangte, daß ihr eine Zusatzrente ab Beginn der Lehre zugesprochen werde. Die Rekursbehörde bestätigte die Verfügung der Ausgleichskasse mit der Begründung, daß

der Rentenanspruch am ersten Tag des dem Lehrbeginn folgenden Monats entstehe.

Das EVG hat die dagegen erhobene Berufung mit folgender Begründung abgewiesen:

1. Der am 1. Januar 1964 in Kraft getretene Art. 22 bis AHVG gewährt den Altersrentnern für jedes Kind, das im Falle ihres Todes eine Waisenrente erhalten könnte, Anspruch auf eine Zusatzrente. Für Kinder, denen die einfache Waisenrente zustehen würde, wird die einfache Kinderrente, für solche, denen die Vollwaisenrente zustehen würde, die Doppel-Kinderrente gewährt. Es besteht kein Anspruch auf eine Waisenrente, falls eine Zusatzrente beansprucht werden kann (Art. 28 bis AHVG).

Gemäß Art. 25, Abs. 2, und Art. 26, Abs. 2, AHVG erlischt der Anspruch auf eine Waisenrente im allgemeinen mit der Vollendung des 18. Lebensjahres. Diese Bestimmungen sehen aber (in der ab 1. Januar 1964 geltenden Fassung) vor, daß der Rentenanspruch für Kinder, die noch in Ausbildung begriffen sind, bis zum Abschluß der Ausbildung, längstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr, bestehen bleibt.

Da die Tochter der Berufungsklägerin Vaterweise ist, hätte sie beim Tod ihrer Mutter Anspruch auf eine Vollwaisenrente. Sie hat nach Vollendung des 18. Lebensjahres eine Lehre begonnen. Dabei ist zu sagen, daß die Krankenschwester-Lehre dem Begriff der Ausbildung in den angeführten gesetzlichen Bestimmungen entspricht, und daß vor allem der während der Lehre bezogene Natural- und Barlohn wesentlich geringer ist als derjenige einer ausgebildeten Krankenschwester (s. EVGE 1960, S. 109; ZAK 1960, S. 318). Der Gesetzestext ermöglicht es in erster Linie, Kindern, die während der Ausbildung das 18. Lebensjahr vollenden, die Waisenrente weiterhin auszurichten. Die Rechtsprechung hat aber festgestellt, daß der Anspruch auf eine Rente auch jenen Waisen zusteht, die ihre Lehre oder ihre Studien nach Vollendung des 18. Lebensjahres beginnen (s. z. B. EVGE 1950, S. 61; ZAK 1950, S. 164). Es ist somit unbestritten, daß für die Zeit, während der sich die Tochter in der Lehre befindet, aber längstens bis zur Vollendung ihres 25. Altersjahres, ein Anspruch der Berufungsklägerin auf eine Doppel-Kinderrente besteht.

2. Streitig ist nur der Rentenbeginn. Während die Ausgleichskasse und die Vorinstanz die Zusatzrente ab 1. November 1964 gewährten, verlangt die Berufungsklägerin deren Zusprechung ab 1. Oktober.

Für jene Waisen, die bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf eine Rente hatten und die später mit einer Berufsausbildung beginnen, setzen Art. 25, Abs. 2, und Art. 26, Abs. 2, AHVG den Neubeginn des Rentenanspruchs nicht fest. Auch Art. 22 bis AHVG sagt hierüber nichts in bezug auf die Zusatzrenten aus. Die Lösung ergibt sich jedoch offensichtlich aus dem gesetzlichen System.

Wie die Vorinstanz festgestellt hat, sind die AHV-Renten für ganze Kalendermonate geschuldet und zahlbar. Sie werden nie für Bruchteile von Monaten aufgeteilt. In allen Fällen, in denen das AHV-Gesetz den Rentenbeginn ausdrücklich festlegt, bestimmt es hiefür den ersten Tag des Kalendermonats, welcher dem rentenbegründenden Ereignis folgt (s. Art. 21, Abs. 2; Art. 22, Abs. 3; Art. 23, Abs. 3; Art. 25, Abs. 2 und Art. 26, Abs. 2, AHVG). Ebenso wird die Rente für den Kalendermonat, in dem der Renten-

anspruch erlischt, voll ausbezahlt (Art. 44, Abs. 2, AHVG). Das Ereignis, welches für eine mehr als 18jährige Waise neuerdings Anspruch auf eine Rente begründet, ist der Beginn der Ausbildung. Daraus hat das EVG den Schluß gezogen, daß der Anspruch in diesem Fall entsprechend dem allgemeinen Grundsatz am ersten Tag des dem Ausbildungsbeginn folgenden Monats beginne (s. EVGE 1953, S. 152; ZAK 1953, S. 335). Die selben Gründe und damit auch die gleiche Lösung müssen folglich auch für den Beginn einer Kinder-Zusatzrente nach Art. 22 bis AHVG gelten.

Die Berufungsklägerin macht geltend, daß ein Kind, welches am Anfang eines Monats mit der Ausbildung beginne, eine Monatsrente «verliere», wenn ihr diese erst vom Beginn des folgenden Monats an zustehe. Dieses Argument kann indessen kein Abweichen vom klaren und zusammenhängenden System des Gesetzes rechtfertigen; es könnte übrigens ebensogut von jedem Versicherten, der in den ersten Tagen eines Monats das Rentenalter erreicht, oder von der Frau und den Kindern, die ihren Ehemann und Vater in den ersten Tagen des Monats verlieren, angerufen werden. Die Behauptungen der Berufungsklägerin, daß die Rente in andern Fällen schon für den Monat ausbezahlt worden sei, in dem die Lehre begonnen wurde, ist rechtlich wirkungslos; denn niemand kann aus fehlerhaften Verfügungen in ähnlichen Fällen Rechte für sich ableiten.

Im vorliegenden Fall hat die Tochter der Berufungsklägerin ihre Lehre im Oktober 1964 begonnen; wobei es keine Rolle spielt, daß dies bereits am ersten Tag dieses Monats geschah. Der Anspruch auf eine Kinder-Zusatzrente ist am ersten Tag des Kalendermonats entstanden, welcher dem Ereignis folgte, das den Versicherungsfall auslöste, d. h. am 1. November 1964 . . .

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 1. April 1965 i.Sa. E.W.

Art. 11 IVG. Die Haftung der IV besteht grundsätzlich auch dann, wenn lediglich ein teilweiser adäquater Kausalzusammenhang zwischen einer Eingliederungsmaßnahme und einer den Versicherten schädigenden Krankheit oder eines ihn beeinträchtigenden Unfalls vorhanden ist.

Der 1923 geborene Versicherte leidet seit Jahren an chronischer spastischer Bronchitis. Er mußte deswegen Ende September 1960 seine Stelle als Magaziner aufgeben. Die IV, bei der der Versicherte sich im Juli 1962 angemeldet hatte, gewährte ihm vom 1. Juli 1962 an auf Grund der zweiten Variante von Art. 29, Abs. 1, IVG eine ganze einfache IV-Rente nebst den gesetzlichen Zusatzrenten für die Ehefrau und die drei unmündigen Kinder. Diese Rente wurde vom 30. November 1963 an nicht mehr ausgerichtet, weil der Versicherte gemäß Verfügung der Ausgleichskasse (vom 3. Dezember 1963) vom 4. November 1963 an während eines Jahres in einer Eingliederungsstätte zum kaufmännischen Angestellten umgeschult werden sollte und während dieser Zeit Taggelder zu-

gesprächen erhielt. Am 29. Mai 1964 teilte der Chefarzt dieser Eingliederungsstätte der Regionalstelle mit, der Versicherte sei am 28. Mai 1964 nach Hause entlassen worden, weil er «wegen zu häufiger medizinisch bedingter Absenzen» den Jahreskurs nicht erfolgreich hätte bestehen können. Der Versicherte sei während der Weihnachtsferien zu Hause an Grippe erkrankt. Mitte Januar sei er, wiederum im Urlaub, neuerdings krank geworden, was einen Arbeitsausfall im Kurs vom 17. Januar bis 12. Februar 1964 bedeutet habe. Mitte März sei eine Nervenentzündung im rechten Arm aufgetreten. Die Behandlung sei vorerst neben dem Kursbesuch durchgeführt worden. Da diese nicht zum Erfolg geführt habe, sei eine «dreiwöchige massivere Behandlung mit strenger Bettruhe» angeordnet worden. Daraufhin sei fast völlige Beschwerdefreiheit eingetreten. Doch habe er sich in der Folge, ohne böse Absicht, unzumutbar verhalten, so daß ein «starker Recidiv der so hartnäckigen Neuritis» erfolgt sei. Der Versicherte sei nun angewiesen worden, sich sofort in ärztliche Behandlung zu begeben.

Die Regionalstelle meldete diesen Sachverhalt der IV-Kommission und erklärte, sie werde vermutlich auf eine Weiterführung der Schulung des Versicherten verzichten und diesen, nach Ausheilung der Nervenentzündung direkt zu plazieren versuchen. Auf eine Anfrage der IV-Kommission, ob es sich bei der Nervenentzündung im rechten Arm des Versicherten um ein Leiden handle, das mit der Eingliederung in kausalem Zusammenhang stehe, teilte ein Arzt von der Eingliederungsstätte mit, bisher sei noch nie ein Kursteilnehmer im Zusammenhang mit den Schreibfächern an einer Nervenentzündung eines Armes erkrankt. Deshalb könne «praktisch mit Sicherheit» angenommen werden, daß «der Beginn dieser Erkrankung in keiner Kausalität mit dem Unterricht» stehe. Auf «gezielte Befragung» hin habe der Versicherte, der ein rechtsgesteuertes Automobil besitze, erklärt, die Gewohnheit zu haben, beim Autofahren den Ellbogen aus dem offenen Fenster zu strecken. Es müsse lediglich noch festgehalten werden, daß die bereits ausgebrochene Erkrankung anfänglich infolge der weiteren Teilnahme am Kurs weniger leicht bessern konnte als bei der späteren völligen Ruhigstellung im Bett.

Die IV-Kommission beschloß am 25. Juni 1964, dem Versicherten ab 29. Mai 1964 vorläufig kein Taggeld mehr auszurichten, da der Umschulungskurs in der Eingliederungsstätte am 28. Mai 1964 wegen einer nicht eingliederungsbedingten Krankheit abgebrochen worden sei. Die Regionalstelle werde beauftragt, für den Versicherten eine geeignete Stelle zu suchen. Diesen Beschluß eröffnete die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 22. Juli 1964.

Der Versicherte beschwerte sich gegen diese Verfügung. Er beantragte, ihm sei vom 29. Mai 1964 an solange «eine angemessene Entschädigung» zuzusprechen, bis er eine geeignete Stelle antreten könne. Wäre sein Leiden rechtzeitig behandelt worden, so hätte er den Kurs beenden können.

Das kantonale Obergericht wies die Beschwerde am 11. November 1964 ab. Die Motive lassen sich wie folgt zusammenfassen: Auf Grund von Art. 19 IVV bestehe kein Anspruch auf Taggeld, weil der Arbeitsvermittlung keine «Umschulung» vorausgegangen sei, zumal der Kurs in der Eingliederungsstätte vorzeitig habe abgebrochen werden müssen. Auch ein Anspruch im Sinne von Art. 11, Abs. 1, IVG sei nicht gegeben; denn es sei nicht nachgewiesen, daß die Nervenentzündung durch eine Eingliederungsmaßnahme verursacht worden sei.

Der Versicherte hat den Entscheid der Vorinstanz an das EVG weitergezogen. Gestützt auf Art. 11, Abs. 1, IVG und die ihm von seinem Hausarzt erteilte Auskunft stellt er den Antrag, die IV habe die Heilungskosten zu übernehmen und ihm bis zum 28. September 1964 (dem Datum seiner Eingliederung) eine Entschädigung auszurichten. Ausgleichskasse und BSV schloßen auf Abweisung der Berufung.

Das EVG hat beim Chefarzt eines Krankenhauses, der zugleich Hausarzt des Versicherten ist, einen Bericht eingeholt. Dieser betrachtet es als «sehr wohl möglich, wenn nicht sogar wahrscheinlich, daß krampfhaftes, anhalten-des Maschinenschreiben» zum Leiden des Versicherten — einer Epikondylitis humeri — beigetragen habe. Dieses Zeugnis ist den Parteien und dem BSV zur Stellungnahme übermittelt worden. In ihrer Vernehmlassung teilt die Ausgleichskasse mit, sie habe den Bericht des Arztes dem ärztlichen Mitglied der IV-Kommission unterbreitet. Dieser Arzt nehme an, das Maschinenschreiben sei eine Teilursache der Nervenentzündung. Das BSV hält die Auffassung des untersuchenden Arztes für überzeugend und beantragt die Gutheilßung der Berufung.

Das EVG hieß die vom Versicherten eingereichte Berufung im Sinne folgender Erwägungen zu:

1. Gemäß Art. 11, Abs. 1, IVG hat der Versicherte Anspruch auf Ersatz der Heilungskosten für Krankheiten und Unfälle, die durch Eingliederungsmaßnahmen verursacht werden. Er kann zudem den Ersatz des durch die Eingliederungsmaßnahmen verursachten und nach dem ersten Absatz dieser Bestimmung nicht gedeckten Schadens beanspruchen, wenn ihm, obwohl er hinsichtlich der Invalidität die Voraussetzungen für den Rentenanspruch erfüllt, Eingliederungsmaßnahmen zugemutet werden (Art. 11, Abs. 2, IVG).

Nach dieser Ordnung vermag das interkurrente Auftreten einer Krankheit oder eines Unfalls während der Umschulungszeit allein die Haftung der Versicherung nicht zu begründen. Das liefe nämlich auf eine reine Kontemporalitätshaftung hinaus, während das Gesetz eine Verursachung voraussetzt. Die Haftung besteht grundsätzlich nur dann, wenn eine von der IV angeordnete Eingliederungsmaßnahme die adäquate Ursache einer den Versicherten schädigenden Krankheit oder eines diesen beeinträchtigenden Unfalls ist (EVGE 1962 S. 52, Erwägung 2). Der die Haftung auslösende Kausalzusammenhang ist prinzipiell bereits gegeben, falls die in Frage stehende Eingliederungsmaßnahme lediglich eine adäquate Ursache der Krankheit oder des Unfalls ist (vgl. dazu Maurer, Recht und Praxis der Unfallversicherung, 2. Aufl., S. 228, Ziffer 4, und die dort zitierte Literatur). Wie groß in diesem Falle das Maß der Haftung ist, wird vom Gesetz nicht ausdrücklich vorgeschrieben und ist von der Rechtsprechung bisher nicht entschieden worden.

2. Der Arzt, der den Versicherten nach dessen Entlassung aus der Eingliederungsstätte behandelte, stellte in seinem Bericht vom 17. Februar 1965 fest, die Schmerzen im rechten Arm des Versicherten seien im Epicondylus lateralis des rechten Oberarmes lokalisiert gewesen und hätten dorsal über den Unterarm bis in die Gegend des Handgelenks ausgestrahlt. Die ausgesprochene Druckempfindlichkeit des Epicondylus lateralis sowie die Besserung bei Ruhigstellung und Einspritzung von Ultracortenol ließen «keinen Zweifel darüber daß es sich um eine Epicondylitis gehandelt habe». Von dieser überzeugenden Diagnose ist auszugehen und es muß geprüft werden, ob diese

Krankheit durch die von der IV-Kommission angeordnete Umschulung adäquat verursacht worden sei.

Der Arzt von der Eingliederungsstätte teilte der IV-Kommission am 12. Juni 1964 mit, es könne «praktisch mit Sicherheit angenommen werden», daß «der Beginn dieser Erkrankung» nicht durch den Unterricht verursacht worden sei. Er führt die Erkrankung anscheinend auf eine Erkältung zurück, die der Versicherte sich während eines Wochenurlaubes beim Autofahren zugezogen haben soll.

Der Hausarzt hält es für «sehr wohl möglich, wenn nicht sogar wahrscheinlich, daß krampfhaftes, anhaltends Maschinenschreiben zum Leiden beigetragen habe».

Ein weiterer Arzt, dem der Fall von der Ausgleichskasse vorgelegt wurde, ist der Ansicht, das Maschinenschreiben sei eine Teilursache der Krankheit.

Dafür, daß ein teilweiser Kausalzusammenhang gegeben sei, spricht auch die Erklärung des Versicherten, mit der rechtzeitigen wirksamen Behandlung der Epicondylitis habe man zugewartet, um den Umschulungserfolg zu retten. Dieses Bestreben kommt ebenfalls in den ärztlichen Berichten der Eingliederungsstätte vom 20. und 29. Mai 1964 zum Ausdruck. Zudem ist zu beachten, daß im Schreiben des Arztes von der Eingliederungsstätte vom 12. Juni 1964 die Verursachung nur hinsichtlich des «Beginns der Erkrankung» verneint und überdies festgestellt wurde, «daß die bereits ausgebrochene Erkrankung anfänglich infolge der weiteren Teilnahme am Kurs weniger leicht bessern konnte als bei der späteren völligen Ruhigstellung im Bett». In diesem Zusammenhang ist ferner die Darstellung der Beschwerdeschrift zu würdigen, wonach der erkrankte rechte Vorderarm «durch die starke Fingerbetätigung beim Maschinenschreiben» allmählich anschwell. Schließlich ist auch die Feststellung des Hausarztes, er habe den Versicherten früher nie wegen einer Nervenentzündung im rechten Arm behandelt, von einer gewissen Bedeutung.

Angesichts dieses Sachverhalts gelangt man zur Bejahung des teilweisen adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen der Umschulung und der Epicondylitis. Es wird Sache der IV-Kommission sein, nach Abklärung der Dauer und der Kosten der Heilbehandlung sowie der Voraussetzungen für die Taggeldgewährung im Sinne von Art. 23, Abs. 1, IVV zu prüfen, in welchem Umfange dem Versicherten Leistungen gemäß Art. 11 IVG gebühren. (Möglicherweise könnte auch der zweite Satz des Art. 19 IVV beachtlich sein.) Dabei bleibt es der Kommission anheimgestellt, zu entscheiden, ob die vorliegende Teilkausalität Anspruch auf die vollen Leistungen gebe und ob gegebenenfalls vom Zeitpunkt an, in welchem die mit der Heilung der Epicondylitis zusammenhängenden Leistungen ihr Ende finden, die früher zugesprochenen Rentenleistungen wieder in Frage kommen könnten, sofern sie damals überhaupt begründet waren.

Urteil des EVG vom 22. März 1965 i. Sa. A.E.

Art. 12 IVG. Bei einer 52-jährigen Hausfrau stellt eine Arthrodese (gelenkversteifende Operation) dann eine medizinische Eingliederungsmaßnahme dar, wenn dadurch der Versicherten ermöglicht wird, weiterhin ihren Haushalt zu besorgen.

Die 1913 geborene, als Hausfrau tätige Versicherte erlitt im September 1959 eine Schenkelhalsfraktur rechts. In der Folge kam es zu einer Femurkopfnekrose (Oberschenkelkopfnekrose), und die Versicherte konnte nur noch an Krücken gehen. Wiederholte ärztliche Behandlungen und Badeskuren vermochten hieran nichts zu ändern. Im Oktober 1963 meldete sich die Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV-Kommission und verlangte die Gewährung medizinischer Maßnahmen sowie die Abgabe einer Hohmann-Bandage. Der behandelnde Arzt teilte der IV-Kommission im gleichen Monat mit, er habe wegen der bisherigen Erfolglosigkeit der therapeutischen Vorkehren keine Vorschläge mehr zu machen. Daraufhin beschloß die IV-Kommission, keine Leistungen zu gewähren, da die medizinischen Vorkehren einschließlich der Hohmann-Bandage zur Behandlung des Leidens an sich gehörten, die nicht zu Lasten der IV gehe. Dieser Beschluß wurde der Versicherten von der Ausgleichskasse durch Verfügung vom 22. Januar 1964 eröffnet.

Gegen diese Verfügung beschwerte sich die Versicherte bei der kantonalen Rekursbehörde. Sie machte geltend, daß die medizinischen Vorkehren der Wiedereingliederung dienen und daß die Hohmann-Bandage ein Hilfsmittel darstelle. In einer Beschwerdeergänzung führte sie aus, sie stehe bei einem Professor in Behandlung, der in nächster Zeit eine Operation (Versteifung des Hüftgelenkes) vornehmen wolle, die eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit verspreche; es sollte daher zur weiteren Abklärung von diesem Professor ein Gutachten eingeholt werden. Durch Entscheid vom 10. Juli 1964 verhielt die kantonale Rekursbehörde die IV, die Kosten der Hohmann-Bandage unter dem Titel Hilfsmittel zu übernehmen. Dagegen lehnte es die Rekursbehörde ab, medizinische Maßnahmen zu gewähren. Sie hielt dafür, daß eindeutig labiles pathologisches Geschehen vorliege, weshalb die medizinische Vorkehren zur eigentlichen Leidensbehandlung gehörten; unter diesen Umständen erübrigten sich die von der Versicherten verlangten weiteren Abklärungen.

Gegen die Verweigerung medizinischer Maßnahmen erhebt die Versicherte Berufung beim EVG. Sie verweist auf einen Bericht von einem Oberarzt, in dem erklärt wird, die Versteifungsoperation stelle eine medizinische Eingliederungsmaßnahme dar. Die Ausgleichskasse und das BSV halten auf Grund dieses Arztberichtes dafür, daß die Versteifungsoperation als Eingliederungsmaßnahme von der IV zu übernehmen sei.

Nach Abschluß des Rechtsschriftenwechsels ist von einem weiteren Professor ein Gutachten eingeholt worden, dem sich u.a. entnehmen läßt:

«Das Leiden beruht auf einem mehr oder weniger ausgedehnten nekrotischen Zusammenbruch des Schenkelkopfes, d.h. des einen kugeligen Anteils des Hüftgelenkes. Die Nekrose entsteht infolge Behinderung der Blutzufuhr, am häufigsten als Folge eines Bruches des Schenkelhalses oder als Folge von Komplikationen eines solchen. Wenige Monate, manchmal erst nach 1—2 Jahren nach dem Schenkelhalsbruch, treten Schmerzen, Beeinträchtigung der

Beweglichkeit und der Tragfähigkeit des Hüftgelenkes ein. Die Hoffnung, daß mit der Heilung des schwersten Knochenbruches der Gliedmaßen, eben des Schenkelhalsbruches, nach einer Reihe von Wochen zunehmend wieder freie Beweglichkeit und Belastungsfähigkeit des Beines eintreten werde, wird nicht selten durch Komplikationen getrübt . . .

Ein erheblicher Teil der Schenkelhalsbrüche kommt nicht zur Heilung ad integrum, sondern es kommt zu einer Heilung mit mehr oder weniger großem Dauerschaden. Unter den Ursachen, die zu Dauerschaden führen können, ist die Kopfnekrose am bedeutendsten . . . Gelegentlich besteht Hoffnung, die Nekrose in relativem Frühstadium ganz oder teilweise beheben zu können. Dies kann durch eine Ueberpflanzung lebenden Knochengewebes (Spongiosaplastik) versucht werden. Diese operative Maßnahme gehört ohne Zweifel ganz überwiegend zur Behandlung des Schenkelhalsbruches und seiner unmittelbaren Folgen (Behandlung des Leidens an sich).

Wenn diese Hoffnung aufgegeben werden muß oder wenn die schon vorgenommene Spongiosäubertragung erfolglos geblieben ist, so entsteht eine Mißform des Kopfes. Dieser schließt sich in der Folgezeit in degenerative Veränderung auch der Gelenkpfanne an. Es entsteht eine deformierende Arthrose des Hüftgelenkes, eine Coxarthrose. Ihre Folgen sind Beeinträchtigung der Beweglichkeit, der Belastungsfähigkeit, Versteifung in ungünstiger Stellung, dauernde oder zeitweise Schmerzen. Der Zustand kann Ursache von weitgehender Dauerinvalidität sein und ist dann weitgehend stabil. Der Knochenbruch kann längst geheilt sein. Es ist ein Defektzustand eingetreten. Dieser kann oft wesentlich und dauernd so weit beseitigt werden, daß zwar eine Versteifung des Gelenkes in günstiger Lage in Kauf genommen werden muß, daß aber Belastungs- und Gehfähigkeit sowie Schmerzlosigkeit erreicht werden. Dieser operativen Versteifung (Arthrodese) kommt der Charakter einer Defektbeseitigung und unter gegebenen übrigen Voraussetzungen der Wiedereingliederung in die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu.»

Den Parteien und dem BSV ist Gelegenheit gegeben worden, sich zu diesem Gutachten zu äußern. Das EVG hieß die von der Versicherten eingereichte Berufung im Sinne folgender Erwägungen gut:

1

Die Behandlung eines durch einen Unfall verursachten Knochenbruches ist ohne Zweifel als Behandlung des Leidens an sich zu bewerten. Zieht sich die Heilung des Bruches infolge von Komplikationen in die Länge oder tritt die Heilung gar nicht ein, so gehören die deswegen notwendigen medizinischen Vorkehren ebenfalls noch zur Behandlung des Leidens an sich, sofern sie mit der primären Behandlung sachlich und zeitlich zusammenhängen. Das trifft selbst dann zu, wenn nun ein stabiler Endzustand vorliegt.

2. Die bei der Versicherten bisher durchgeführten medizinischen Vorkehren gehörten überwiegend zur Behandlung des Schenkelhalsbruches und stellen daher keine medizinischen Eingliederungsmaßnahmen dar, die von der IV hätten übernommen werden können. Das trifft insbesondere auch für die 1962 durchgeführte Spongiosaplastik zu, wie aus dem Gutachten eines Arztes klar hervorgeht.

Einer näheren Prüfung bedarf dagegen die Frage, ob die in Aussicht genommene Arthrodese eine Eingliederungsmaßnahme darstelle oder nicht. Hier-

zu hat die Vorinstanz mit Recht Stellung genommen, nachdem die Verwaltung medizinische Maßnahmen wegen der Art des Leidens generell verweigert hat. Aus dem Gutachten des Professors geht hervor, daß nach Schenkelhalsbruch und Kopfnekrose eine deformierende Arthrose des Hüftgelenkes, d.h. eine Art der Coxarthrose entstehen könne, daß diese Arthrose einen Defektzustand darstelle und daß im vorliegenden Fall der stabile Zustand am 24. Februar 1964 (an welchem Tag ein Röntgenbild gemacht wurde) sicher erreicht gewesen sei. Durch die Arthrose kann dieser Defektzustand oft wesentlich und dauernd so weit beseitigt werden, daß zwar eine Versteifung des Gelenkes in günstiger Lage in Kauf genommen werden muß, daß aber Belastungs- und Gehfähigkeit sowie Schmerzlosigkeit erreicht werden. Die Arthrodeese geht also in solchen Fällen einen Defektzustand an, weshalb die Vorkehr nicht ohne weiteres zur Behandlung des Leidens an sich zu zählen ist. Vielmehr muß geprüft werden, ob der Eingriff der Eingliederung im erforderlichen gesetzlichen Umfang diene. Das muß unter den gegebenen Verhältnissen bejaht werden, ist doch die Vorkehr geeignet, einer erst 52-jährigen, stark behinderten Hausfrau wieder die Besorgung ihres Haushaltes zu ermöglichen. Es läßt sich auch nicht sagen, die Arthrodeese hänge mit der primären Behandlung des Knochenbruches sachlich und zeitlich derart eng zusammen, daß der Eingriff aus diesem Grunde zur eigentlichen Leidensbehandlung gehöre. Der Knochenbruch liegt mehr als fünf Jahre zurück und ist längst geheilt. Ferner sah der behandelnde Arzt im Oktober 1963 den Zustand als stationär an und erklärte sich außerstande, weitere therapeutische Vorschläge zu machen, was ebenfalls darauf schließen läßt, daß die eigentliche Leidensbehandlung abgeschlossen ist. Demnach stellt die Arthrodeese eine medizinische Maßnahme dar, die nicht mehr zur Unfallbehandlung gerechnet werden kann.

Die Berufung ist somit dahin gutzuheißen, daß die IV die vorgesehene Arthrodeese als medizinische Eingliederungsmaßnahme zu übernehmen hat.

Renten

Urteil des EVG vom 23. März 1965 i. Sa. A. O.

Art. 7 und Art. 31 IVG. Lehnt es ein Versicherter ab, seine Erwerbsfähigkeit durch zumutbare medizinische Heilbehandlung, deren Kosten nicht von der IV übernommen werden können, wieder herstellen zu lassen, so ist sein Verhalten im Sinne eines Selbstverschuldens gemäß Art. 7 und nicht als Ablehnung einer zumutbaren Eingliederungsmaßnahme gemäß Art. 31 zu beurteilen.

Der 1908 geborene Versicherte, der keinen Beruf erlernt hatte, war von 1950 an als Vertreter, Magaziner und Lagerist tätig. Im Oktober 1960 wurde er wegen eines Leistenbruchs (hernia inguinalis) rechts operiert; im Anschluß an diese Operation erlitt er zwei Lungenembolien.

Anfangs Dezember 1961 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. In seinem Bericht an die IV-Kommission vom 24. März 1962 diagnostizierte der Arzt einen kleineren Leistenbruch links sowie eine Herz-

erweiterung mit gelegentlichen Kreislaufschwächen. Er schätzte die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten auf ca. 33 $\frac{1}{4}$ Prozent und erklärte gleichzeitig, daß die subjektiven Beschwerden überwertet würden. Durch Verfügung vom 3. Mai 1962 teilte die Ausgleichskasse dem Versicherten mit, laut Beschluß der IV-Kommission liege die Invalidität unter 50 Prozent, weshalb kein Anspruch auf Rente bestehe. Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde zog der Versicherte wieder zurück, weil sich die IV-Kommission bereit erklärt hatte, nach Prüfung der Eingliederungsfrage in einer Invalidenwerkstätte über den Rentenanspruch erneut zu befinden.

Am 16. August 1962 trat der Versicherte in eine Invalidenwerkstätte ein. Doch verließ er diese bereits am 12. September 1962 wieder, mit der Begründung, er halte die zugewiesene Arbeit nicht aus. Die Regionalstelle teilte hiezu der IV-Kommission mit, sie könne sich des Eindrucks nicht erwehren, daß der Versicherte seine Beschwerden stark übertreibe. Durch eine weitere Verfügung vom 10. April 1963 brachte die Ausgleichskasse dem Versicherten zur Kenntnis, die IV-Kommission habe wiederum beschlossen, keine Rente zu gewähren, da die Invalidität unter 50 Prozent liege.

Der Versicherte beschwerte sich bei der kantonalen Rekurskommission und berief sich auf einen Bericht eines Arztes, den dieser auf Grund einer Untersuchung vom 2. Februar 1963 der IV-Kommission übermittelt hatte. Er diagnostizierte neben den bereits bekannten Leiden eine Cholecystopathie (Gallenblasenleiden) und erklärte, der Versicherte habe im März 1963 zweifellos eine Gallenkolik durchgemacht. Wenn man alle Beschwerden, insbesondere auch die Hernie links berücksichtige, die der Versicherte wegen der Emboliegefahr nicht operieren lassen wolle, müsse eine dauernde 50prozentige Arbeitsunfähigkeit angenommen werden.

Die Rekurskommission holte bei einem Spital ein Gutachten ein. Der Oberarzt erklärte in dem am 19. August 1964 erstatteten Gutachten, daß der Versicherte an folgenden Beschwerden leide:

1. Einklemmungserscheinungen (Inkarzeration) im Bereich des Leistenbruchs links. (Die Gefahr einer Inkarzeration sei sicher vorhanden, und der Nachweis von okkultem Blut im Stuhl deute auf eine Schädigung des Darmes hin. Durch eine Hernieoperation in einer großen Klinik mit Erfahrung in der Antikoagulantien-Therapie könnte die Arbeitsfähigkeit wesentlich verbessert werden. Dagegen genüge das Tragen eines gut sitzenden Bruchbandes bei der großen Hernie kaum, um Beschwerdefreiheit zu erlangen; ebensowenig werde dadurch die Gefahr der Einklemmung behoben).
2. Kolikartige Gallenblasenbeschwerden in unregelmäßigen Abständen.
3. Atemnot (Dyspnoe) bei Anstrengung, zeitweise Schwindel. (Die Herzuntersuchung zeige annähernd normale Befunde, so daß eine recht gute Erholung anzunehmen sei).
4. Allgemein herabgesetzte Leistungsfähigkeit.

Den weiteren Ausführungen des Gutachtens läßt sich entnehmen: Der Versicherte sei in seinem jetzigen Zustand nur noch für leichte Arbeit (Botengänge) einzusetzen, während eine Tätigkeit als Magaziner oder Lagerist wegen der Hernie nicht mehr in Frage komme. Auch eine sitzende Beschäftigung erscheine als wenig günstig, weil dabei ebenfalls Einklemmungserscheinungen im Bereiche des Bruches aufgetreten seien. Die Arbeits-

unfähigkeit sei hinsichtlich der Tätigkeit als Magaziner auf 66 $\frac{1}{3}$ Prozent, hinsichtlich einer anderen Arbeit auf 50 Prozent zu veranschlagen. Dieser Grad der Beeinträchtigung dürfte seit der Untersuchung vom 2. Februar 1963 bestehen. Die Beurteilung vom März 1962 erscheine als zutreffend, da sich das Leiden inzwischen verschlimmert habe.

Gestützt auf diese Darlegungen und den Bericht des Arztes kam die kantonale Rekurskommission in ihrem Entscheid vom 12. Oktober 1964 zum Schluß, daß die Invalidität seit 1. Februar 1963 mindestens 50 Prozent betrage; demzufolge wurde die Ausgleichskasse verhalten, dem Versicherten von jenem Zeitpunkt an eine halbe IV-Rente auszurichten. Im übrigen überwie die Rekurskommission die Akten der IV-Kommission, damit sie prüfe, ob wegen der Hernie medizinische Maßnahmen anzuordnen seien.

Den kantonalen Rekursentscheid hat der Versicherte an das EVG weitergezogen mit dem Antrag, vom 1. Februar 1963 an die ganze IV-Rente auszurichten. Zur Begründung dieses Begehrens macht er geltend, er sei nicht in der Lage, durch Botengänge oder andere leichte Beschäftigungen mehr als einen Drittel des Einkommens zu erzielen, das er bei voller Leistungsfähigkeit zu erreichen vermöchte. Es sei ihm trotz seinen Bemühungen nicht einmal gelungen, eine seinen Leiden angepaßte Beschäftigung zu finden. In einer Berufungsergänzung wird überdies mitgeteilt, daß es die IV-Kommission inzwischen abgelehnt habe, für die Hernienoperation aufzukommen.

Das EVG hat die Berufung mit folgender Begründung abgewiesen:

Ein Anspruch auf Rente steht dem Versicherten zu, wenn er mindestens zur Hälfte invalid ist; ist er weniger als zu zwei Dritteln invalid, so wird ihm nur die Hälfte der zutreffenden Rente gewährt (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 erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre (Art. 28, Abs. 2, IVG).

Im vorliegenden Fall geht aus den Akten hervor, daß die Invalidität des an einem Leistenbruch links leidenden Versicherten durch eine Operation wesentlich vermindert werden könnte. Es ist daher vorab zu prüfen, welche Bedeutung der Weigerung des Versicherten zukommt, sich diesem Eingriff zu unterziehen. Die Operation stellt, wie auch die IV-Kommission gefunden hat, keine medizinische Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG dar; es handelt sich um eine eigentliche Leidensbehandlung, die von der IV nicht übernommen werden kann.

Gemäß Art. 31, Abs. 1, IVG wird einem Versicherten die Rente vorübergehend oder dauernd verweigert, wenn er sich einer zumutbaren Eingliederungsmaßnahme entzieht oder widersetzt, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erwarten läßt. Art. 31, Abs. 1, IVG handelt somit von den Folgen der Widersetzlichkeit gegen «zumutbare Eingliederungsmaßnahmen» mit Bezug auf dem Rentenanspruch. Als solche Maßnahmen können nach System, Sinn und Wortlaut des Gesetzes nur «Leistungen der Versicherung zur Eingliederung Invaliden ins Erwerbsleben» gemäß Art. 8 IVG verstanden werden, mithin lediglich Vorkehren, die von der IV angeordnet worden sind (oder hätten angeordnet werden sollen). Soweit medizinische Vorkehren in Frage stehen, fallen daher unter Art. 31 IVG nur solche, für

die die IV aufkommt, indem sie die daraus entstehenden Kosten übernimmt, dem Versicherten gemäß Art. 22 ff. IVG Taggelder gewährt und für allfällige gesundheitsschädliche Folgen der Maßnahmen nach Maßgabe von Art. 11 IVG haftet.

Betrifft somit Art. 31 IVG eigentliche Eingliederungsmaßnahmen der IV, so fragt es sich, ob diese Norm sinngemäß oder analog auch auf Fälle wie der vorliegende anwendbar sei, bei denen zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit medizinische Maßnahmen angezeigt sind, die nicht unter Art. 12 IVG fallen. Das ist zu verneinen: es müssen hier wesentliche Unterschiede beachtet werden, denen weder eine sinngemäße, noch eine analoge Anwendung von Art. 31 IVG allgemein gerecht werden kann. Unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit ist es grundsätzlich nicht einerlei, ob eine bestimmte medizinische Vorkehrung — auch wenn sie für Leben und Gesundheit nicht als gefährlich erscheint — die IV gemäß Art. 11, 12 und 22 ff. IVG verpflichtet oder nicht. An sich medizinisch durchaus indizierte Maßnahmen können unter Umständen demjenigen, der dafür selber aufzukommen hat, dennoch unzumutbar sein: Zu denken ist beispielsweise an Minderbemittelte, denen es der erforderliche Spitalaufenthalt während längerer Zeit verwehren würde, ihre Erwerbsfähigkeit zu verwerten, auf die sie dringend angewiesen sind; oder an Versicherte, die für hilflose, ständiger Betreuung bedürftige Angehörige zu sorgen haben und diese nicht Dritten anvertrauen können, um sich selber gehörig behandeln zu lassen.

Freilich dürften derartige Fälle seltener sein als diejenigen, in denen es Versicherte ohne triftige Gründe ablehnen, die eigene Erwerbsfähigkeit durch harmlose, in jeder Hinsicht zumutbare Behandlungsmaßnahmen wiederherstellen oder doch wesentlich verbessern zu lassen. Bei solchem Verhalten wird man, jedenfalls nach gehöriger Mahnung, sagen müssen, daß der Versicherte das Fortbestehen der eigenen Erwerbsunfähigkeit in dem Maße, in dem er sie zumutbarerweise wiederherstellen lassen könnte, durch eigene grobe Fahrlässigkeit verursache. Und das rechtfertigt die Anwendung von Art. 7 IVG, wonach die Geldleistungen dauernd oder vorübergehend verweigert oder gekürzt werden können, wenn ein Versicherter die Invalidität grobfahrlässig herbeigeführt oder verschlimmert hat (s. auch EVGE 1962, S. 104; ZAK 1962, S. 438). Demzufolge kann die Ablehnung von Behandlungsmaßnahmen, die nicht unter Art. 12 IVG fallen, nur im Rahmen von Art. 7 IVG und nicht nach Art. 31, Abs. 1, IVG geahndet werden, was allerdings keineswegs ausschließt, daß der Rechtsgedanke von Art. 31 für die Anwendung von Art. 7 herangezogen werde.

Wenn der Berufungskläger sich geweigert hat, die medizinisch indizierte Hernienoperation links vornehmen zu lassen, so kann hierin unter den gegebenen Umständen keine grobe Fahrlässigkeit erblickt werden, die einen Entzug oder eine Kürzung der Rentenleistungen rechtfertigen würde. Der 1908 geborene Versicherte hat sich bereits 1960 einer Hernienoperation rechts unterzogen und im Anschluß an diesen Eingriff zwei lebensgefährliche Lungenembolien erlitten. Zwar erklärt der Arzt, daß der zweite Eingriff in einer großen Klinik mit Erfahrung in der Antikoagulantien-Therapie durchzuführen wäre; es erscheint aber doch als begreiflich, wenn sich der Versicherte — auch angesichts seines fortgeschrittenen Alters — nicht mehr der Gefahr von Embolien aussetzen will.

Die Vorinstanz hat dem Versicherten vom 1. Februar 1963 an eine halbe Rente zugesprochen. Der Beginn der rentenbegründenden Invalidität ist nicht streitig; zu prüfen bleibt lediglich, ob der Invaliditätsgrad Anspruch auf eine halbe oder eine ganze Rente gibt. Für die Bestimmung der Invalidität ist nach dem Gesagten auf den gegebenen körperlichen Zustand des Versicherten abzustellen.

Dem Entscheid der Vorinstanz liegt die Annahme zugrunde, daß der invalide Versicherte durch eine zumutbare Tätigkeit mehr als einen Drittel des Einkommens zu erzielen vermöchte, das er bei voller Leistungsfähigkeit erreichen könnte. Es besteht kein hinreichender Grund, von diesem Entscheid abzugehen. Zwar kann der Versicherte wegen seiner Hernie nur noch leichte Arbeit ausführen; die Tätigkeiten eines Magaziners oder Lageristen kommen für ihn nicht mehr in Frage, und auch eine sitzende Beschäftigung ist wegen der Einklemmungserscheinungen nicht angezeigt. Das heißt aber keineswegs, daß der Versicherte, der nach Angaben von verschiedener Seite seine Beschwerden subjektiv überwertet und daher seine Arbeitsfähigkeit unterschätzt, nur noch für Botengänge tauglich wäre. Es sind auch andere leichte Beschäftigungen, z. B. als Helfer bei einer Tankstelle oder als Liftführer, in Betracht zu ziehen; sogar eine Vertretertätigkeit, die der Versicherte schon früher ausgeübt hat, erscheint nicht als ausgeschlossen. Mit einer der genannten oder einer ähnlichen zumutbaren Tätigkeit vermöchte der ungelernete Versicherte schätzungsweise mehr als einen Drittel des Lohnes eines voll leistungsfähigen Magaziners zu erreichen, sofern er den ihm zumutbaren Arbeitswillen aufbringt. Er kann übrigens die IV-Kommission um die Vermittlung geeigneter Arbeit ersuchen (Art. 18 IVG). Schließlich bleibt ihm das Recht gewahrt, bei der IV-Kommission die Abgabe eines Bruchbandes oder von Bandagen zu verlangen, Hilfsmittel, welche die ungünstigen Auswirkungen der Hernie auf das Erwerbsleben wenigstens zu mildern vermöchten.

Dem Versicherten steht somit — entsprechend dem vorinstanzlichen Entscheid — vom 1. Februar 1963 an nur die halbe Rente zu, was zur Abweisung der Berufung führt.

Verfahren

Urteil des EVG vom 30. Juli 1965 i. Sa. J. M. Ch.

Art. 14 IVG. Die von der IV gewährten medizinischen Maßnahmen sind grundsätzlich Sachleistungen.

Art. 27 IVG. Die Gewährung solcher Maßnahmen schafft ein Auftragsverhältnis zwischen der IV und den Durchführungsstellen (Arzt und Spital). Die IV kommt ihren Verpflichtungen nach, indem sie diese Stellen entsprechend den festgelegten Tarifverträgen entschädigt.

Im März 1964 wurde zu Gunsten des vierzehnjährigen Versicherten, der an Agenesie der linken Ohrmuschel mit Imperforation des Gehörganges leidet, das Begehren um Leistungen der IV gestellt. Auf Vorschlag eines Spezialisten

der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sprach die IV-Kommission als medizinische Eingliederungsmaßnahme die Kostenübernahme einer Otoplastik zu; sie präziserte dann, daß die Kostenübernahme der Behandlung wie auch «der Unterbringung und Pflege in der allgemeinen Abteilung» zum «offiziellen Tarif» erfolge und daß die Operation von einem (namentlich genannten) Spezialisten der plastischen Chirurgie in einer Klinik durchzuführen sei, die mit der IV einen Tarifvertrag abgeschlossen hat.

Der von diesem Beschluß in Kenntnis gesetzte Chirurg teilte der IV-Kommission mit, daß es sich um eine schwierige Ohrmuschel-Rekonstruktion mit Gewebeverpflanzung handle, die drei Operationssitzungen notwendig mache; das Honorar sei für jede dieser Sitzungen auf 1000 Franken festzusetzen. Das BSV, welches von dieser Tarifrage in Kenntnis gesetzt wurde, teilte dem Arzt unter Hinweis auf die Vereinbarung mit der Verbindung der Schweizer Ärzte folgendes mit:

«Auf Grund dieser tariflichen Vereinbarung kann die IV im vorliegenden Fall je Operationssitzung gemäß Position 185 des SUVA-Tarifbeschlusses nur 525 Franken (300 Franken plus 75 Prozent Teuerungszuschlag) übernehmen.

Sofern der Versicherte ausdrücklich wünscht, auf der privaten Spitalabteilung behandelt zu werden, so bleibt es Ihnen anheimgestellt, ihm direkt zusätzlich noch Rechnung zu stellen. Bei Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung übernimmt die IV die vollen Kosten gemäß geltendem Tarif mit befreiender Wirkung für den Versicherten (vgl. IV-Interimstarif, Buchst. A 2)».

Daraufhin erließ die Ausgleichskasse eine dem Beschluß der IV-Kommission entsprechende Verfügung.

Der Vater des Versicherten ersuchte den Chirurgen, seinen Sohn für die ganze Dauer der Behandlung und Hospitalisierung in der allgemeinen Abteilung unterbringen zu lassen.

Gleichzeitig erhob er Beschwerde gegen die Verfügung der Ausgleichskasse. Die Rekurskommission wies die Beschwerde, soweit darauf einzutreten war, ab.

Der Vater des Versicherten erhob Berufung und erklärte, er sei der Auffassung, die IV habe die Kosten der chirurgischen Behandlung ganz zu übernehmen. Neben den der IV gemäß Tarif gestellten Rechnungen stelle der Chirurg ihm direkt eine zusätzliche Honorarrechnung von 600 Franken für die drei am 5. September 1964, 14. November 1964 und 11. Januar 1965 vorgenommenen Operationen. Der Berufungskläger erinnert daran, daß entsprechend seinem ausdrücklichen Begehren die Operationen in einer Klinik durchgeführt wurden, die mit der IV eine Tarifvereinbarung eingegangen war und ihm daher keine Rechnung gestellt habe, ferner daß der Mangel an Spezialisten der plastischen Chirurgie seine Wahl eingeschränkt habe und ihm der betreffende Chirurg im übrigen empfohlen worden sei.

Die Ausgleichskasse schließt sich den Erwägungen der Vorinstanz an und fügt ihrer Vernehmlassung eine Stellungnahme der IV-Kommission bei, in der erklärt wird, es wäre stoßend, wenn der Versicherte die Operationskosten im Ausmaß der Verpflichtung der Versicherung übernehmen müßte. Das BSV beantragt die Abweisung der Berufung.

Das EVG hat die Berufung mit folgender Begründung abgewiesen:

1. Der Anspruch auf medizinische Maßnahmen zu Lasten der IV ist grundsätzlich nicht bestritten. Streitig ist indessen die Verpflichtung der IV zur Übernahme der zusätzlichen Honorare, welche der Chirurg neben den der IV gemäß Tarif gestellten Rechnungen, vom Versicherten fordert. Die Lösung dieser Frage ist von den rechtlichen Beziehungen abhängig, die sich aus der Gewährung medizinischer Maßnahmen und dem Ausmaß der Verpflichtungen der IV gegenüber dem Arzt ergeben.

2. Die medizinischen Maßnahmen gehören zu den Leistungen der IV zur Eingliederung in das Berufsleben (Art. 8, Buchst. a, IVG). Diese Maßnahmen umfassen die Spital- oder Hauspflege, die von einem Arzt oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen gewährt wird, wie auch die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien (Art. 14, Abs. 1, IVG). Der in einer Kranken- oder Kuranstalt untergebrachte Versicherte hat überdies Anspruch auf Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung; läßt er sich in einer anderen Abteilung unterbringen, obwohl die Maßnahme in der allgemeinen Abteilung durchgeführt werden könnte, so hat er die zusätzlichen Kosten selbst zu tragen (Art. 14, Abs. 2, IVG).

Beim Entscheid über die Gewährung von Behandlungen in Anstalts- oder Hauspflege berücksichtigt die IV den Vorschlag des behandelnden Arztes und die persönlichen Verhältnisse des Versicherten in billiger Weise (Art. 14, Abs. 3, IVG).

Es ergibt sich aus diesen gesetzlichen Vorschriften, daß die IV mit der Zuspicherung medizinischer Maßnahmen dem Versicherten grundsätzlich eine Sachleistung in Gestalt der Behandlung, Unterbringung und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung gewährt. Es handelt sich somit nicht um eine einfache Beitragsleistung an eine vom Invaliden selbst gewählte Eingliederungsmaßnahme (wie dies bei den IV-Beiträgen an die Sonderschulung gemäß Art. 19 IVG der Fall ist; s. z. B. EVGE 1964, S. 240). Vielmehr werden die medizinischen Maßnahmen als solche von der IV veranlaßt, die damit auch das Risiko im Rahmen von Art. 11 IVG trägt (während die Maßnahmen, bei denen die IV sich auf Beiträge beschränkt, keine solche Verantwortung nach sich ziehen; s. ZAK 1965, S. 444).

Es ist somit Sache der IV, den Arzt und die Anstalt mit der Ausführung der von ihr angeordneten Maßnahmen zu beauftragen. Auf diese Weise entsteht das Verhältnis vom Mandant zum Mandatär zwischen der IV und der mit der Ausführung betrauten Durchführungsstelle. Im Hinblick auf das dem Versicherten zustehende freie Wahlrecht (im Sinne von Art. 26 IVG), werden der Arzt und die Anstalt anhand einer Kopie der dem Versicherten als Verfügung oder in einer anderen zulässigen Form zugestellten Beschlüßeröffnung orientiert (Art. 76, Abs. 2, IVV). Der bezeichneten Durchführungsstelle steht es frei, diesen Antrag anzunehmen oder ihn abzulehnen.

Die Gewährung medizinischer Maßnahmen schafft somit einerseits eine versicherungsrechtliche Beziehung zwischen IV und Versichertem und andererseits ein Auftragsverhältnis zwischen IV und der bezeichneten Durchführungsstelle. Demgegenüber entsteht im allgemeinen auf Grund des IVG kein direktes Rechtsverhältnis zwischen dem Versicherten und der von der IV beauftragten Durchführungsstelle. Anders liegen die Fälle, wo der Versicherte auf eigene Kosten die in Art. 14, Abs. 2, in fine IVG vorgesehenen

zusätzlichen Leistungen verlangt (Behandlung und Unterbringung in einer anderen als der allgemeinen Abteilung); ebenso liegen die Verhältnisse anders, wenn Tarifvereinbarungen gemäß Art. 27, Abs. 3, IVG fehlen.

3. Zur Feststellung des Umfanges der Verpflichtungen der IV gegenüber der beauftragten Durchführungsstelle ist abzustellen auf den entsprechenden Vertrag, auf Grund dessen eine bestimmte Durchführungsstelle im gegebenen Fall besondere Maßnahmen anzuwenden hat, wie auch auf die allgemeinen Bestimmungen, welche die Zusammenarbeit der Durchführungsstellen mit den Organen der IV regeln und die Behandlungstarife festlegen (Art. 27, IVG; Art. 24, Abs. 2 IVV).

a. Im vorliegenden Fall hat die IV dem Versicherten eine Verfügung zugestellt, in der ihm genau umschriebene medizinische Maßnahmen zugesprochen wurden, mit deren Durchführung ein vom Vater des Versicherten gewählter Arzt betraut wurde. Eine Kopie dieser Verfügung wurde dem Chirurgen gesandt; das BSV hat überdies vor Beginn der Behandlung diesen Arzt über die Rechtslage und den Umfang der IV-Leistungen aufgeklärt. Da der Arzt die fragliche Behandlung durchführte, ohne gegenüber der IV irgendeinen Vorbehalt zu erklären, muß daraus geschlossen werden, daß er die Bedingungen des Auftrages akzeptiert hat.

b. Die Verbindung der Schweizer Ärzte (deren Mitglied der Chirurg gemäß der im «Schweizerischen medizinischen Jahrbuch» regelmäßig erscheinenden Liste seit langem ist) und das BSV haben im Frühjahr 1963 eine am 1. April 1963 in Kraft getretene Vereinbarung betreffend «IV-Interimstarif für Konsultation und Besuch sowie für orthopädische und kinderchirurgische Leistungen» abgeschlossen. Diese Vereinbarung sieht vor, daß die medizinischen Maßnahmen gemäß SUVA-Tarif vergütet werden, zuzüglich des jeweils geltenden Teuerungszuschlages unter Vorbehalt der Bestimmungen unter Buchst. B des IV-Interimstarifes (vgl. IV-Interimstarif, Buchst. A 1 und 4). Der IV-Interimstarif sieht ausdrücklich vor, daß die IV im Falle ambulanter Behandlung oder bei Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung einer Kranken- oder Kuranstalt sämtliche Kosten der im geltenden Tarif umschriebenen Maßnahmen übernimmt, womit der Versicherte von jeglicher Kostenverpflichtung befreit ist. Nur wenn der Versicherte ausdrücklich verlangt, in der Privatabteilung einer Kranken- oder Kuranstalt behandelt zu werden, gehen die diesbezüglichen Kosten zu seinen Lasten (vgl. IV-Interimstarif Buchst. A 2). Es erübrigt sich im vorliegenden Fall, auf die sich bei der Behandlung in der Privatabteilung aufwerfenden Fragen einzutreten, da feststeht, daß der Versicherte in der allgemeinen Abteilung behandelt und gepflegt worden ist.

Die im SUVA-Tarif oder in den besonderen Bestimmungen des IV-Interimstarifes nicht aufgeführten Behandlungen werden gemäß der Tarifpositionen, denen sie am nächsten kommen, entschädigt (vgl. IV-Interimstarif Buchst. A 3). Wie das BSV hervorhebt, sind die im vorliegenden Fall zur Anwendung gekommenen medizinischen Maßnahmen in den Tarifen nicht besonders erwähnt. Sie hätten den «Größeren Plastiken als selbständige Operation» (Position 182 des SUVA-Tarifes) gleichgestellt werden können; im Hinblick auf ihre Schwere wurden sie indessen als «Größere Operation» unter die Position 185 dieses Tarifes subsumiert, was gestattete, sie mit einer doppelt so hohen Vergütung zu bezahlen. Der Chirurg hat sich zur Anwendung

dieser Position nicht geäußert und sie in seiner der IV übermittelten Honorarnote nicht mehr erwähnt.

c. Aus den vorstehenden Erwägungen ergibt sich, daß die IV die vom Versicherten begehrte Behandlung als solche zugesprochen hat, nämlich eine Otoplastik in drei Operationssitzungen sowie Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung. Sie ist im übrigen ihren Verpflichtungen gegenüber dem Arzt nachgekommen, indem sie ihn entsprechend dem üblicherweise anwendbaren Tarif und entsprechend den Bedingungen des erteilten Auftrages entschädigt hat. Endlich hat sie die Spitalrechnung entsprechend dem zwischen der IV und dieser Anstalt abgeschlossenen Tarifvertrag bezahlt (was im übrigen nicht bestritten ist, indem diese Klinik keine zusätzliche Rechnung gestellt hat). Die IV hat somit alle Kosten der von ihr angeordneten Maßnahmen übernommen im Rahmen ihrer gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen. Der Versicherte kann somit gegenüber der IV bezüglich der medizinischen Behandlungskosten keine Rechte geltend machen.

Im übrigen ist folgendes hervorzuheben: Wenn der Arzt einzelne Bedingungen des Auftrages nicht angenommen hätte, oder wenn er nicht Mitglied der Verbindung der Schweizer Ärzte gewesen wäre, welche für ihre Mitglieder den SUVA-Tarif und den IV-Interimstarif abgeschlossen hat, so hätten die in diesen Tarifen festgesetzten Beträge als Höchstbeträge zu gelten, bis zu denen den Versicherten im Sinne von Art. 27, Abs. 3, IVG und Art. 24, Abs. 3, IVV die Kosten der Eingliederungsmaßnahmen vergütet werden können; die IV könnte somit zu keinen weitergehenden Leistungen verpflichtet werden.

4. Man kann sich noch fragen, ob der Arzt — nachdem die IV ihren Verpflichtungen voll nachgekommen ist — gegenüber dem Versicherten einen direkten Anspruch besitzt für den Honorarteil, der über den von der Versicherung angewendeten Tarif hinausgeht.

Eine solche Schuldforderung kann jedenfalls nicht aus dem Sozialversicherungsrecht hergeleitet werden: denn es wurde keine Behandlung in der Privatabteilung im Sinne von Art. 14, Abs. 2, IVG durchgeführt, noch fehlten tarifliche Vereinbarungen im Sinne von Art. 27, Abs. 3, IVG. Als einziger Rechtsgrund käme eine privatrechtliche Vereinbarung zwischen dem Arzt und dem Patienten in Frage. Die Beurteilung dieses Verhältnisses fällt jedoch nicht in die Zuständigkeit des Gerichtes. Will der Arzt eine solche Forderung geltend machen, und der Patient will sie bestreiten, so ist es in erster Linie Sache des Zivilrichters, die Gültigkeit einer solchen Vereinbarung zu prüfen.

Urteil des EVG vom 18. August 1965 i. Sa. C. B.

Art. 48 IVG und Art. 78, Abs. 2, IVV. Art. 78, Abs. 2, IVV findet auf Eingliederungsmaßnahmen, die sich in der Leistung von Beiträgen erschöpfen, keine Anwendung; in diesen Fällen gilt sinngemäß Art. 48 IVG. Bestätigung der Praxis. (Erwägung 2a und b)

Art. 20 und Art. 46 IVG; Art. 77, Abs. 1, IVV. Der Wechsel einer Anstalt für bildungsunfähige Minderjährige berührt den rechtzeitig angemeldeten Anspruch des Versicherten auf Leistungen der IV nicht. Er macht daher weder eine neue Anmeldung noch eine Meldung im Sinne von Art. 77, Abs. 1, IVV notwendig. (Erwägung 2c)

Die 1955 geborene Versicherte leidet seit Geburt an mongoloider Idiotie. Sie ist bildungsunfähig und gänzlich hilflos. Nachdem der zuständige Amtsvormund die Versicherte, die damals in einem Kinderheim lebte, im April 1960 bei der IV angemeldet hatte, beschloß die IV-Kommission am 11. Juli 1960, «ab 1. Januar 1960 bis zur Erlangung der Volljährigkeit bzw. Austritt aus dem Heim» einen Kostgeldbeitrag von 3 Franken je Tag zu gewähren. Diesen Beschluß eröffnete die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 29. Juli 1960.

Am 10. Januar 1961 mußte die Versicherte in ein anderes Kinderheim verbracht werden, weil sie im ersteren nicht mehr tragbar war. Von dieser Tatsache erhielt die IV-Kommission erst am 26. November 1964 Kenntnis, als der Nachfolger des Amtsvormundes mitteilte, man habe es seinerzeit offenbar unterlassen, den Heimwechsel zu melden, weswegen auch keine Kostgeldbeiträge mehr entrichtet worden seien. Es werde um rückwirkende Nachzahlung dieser Beiträge ab 10. Januar 1961 ersucht. Mit Beschluß vom 7. Dezember 1964 sprach die IV-Kommission der Versicherten ab 25. November 1964 einen täglichen Kostgeldbeitrag von 3 Franken zu, was dem Amtsvormund durch Verfügung vom 17. Dezember 1964 eröffnet wurde.

Auf Beschwerde des Amtsvormundes hin entschied die kantonale Rekursbehörde am 26. Februar 1965, für die Zeit vom 10. Januar 1961 bis 25. November 1964 könnten die Beiträge nicht mehr ausgerichtet werden, weil der Heimwechsel nicht rechtzeitig im Sinne von Art. 78, Abs. 2, IVV gemeldet worden sei.

Das EVG hat die hiegegen erhobene Berufung mit folgender Begründung gutgeheißen:

1. Streitig ist, ob die IV den täglichen Kostgeldbeitrag von 3 Franken auch für die Zeit vom 10. Januar 1961 bis 25. November 1964 bezahlen müsse. Diese Frage ist in materieller Beziehung gemäß Art. 20 IVG und Art. 13 IVV zu entscheiden. Darnach wird einem bildungsunfähigen Minderjährigen, der sich wegen seiner Invalidität in einer Anstalt aufhalten muß, ein Beitrag von 3 Franken im Tag gewährt. Es ist mit Recht nicht bestritten worden, daß die anspruchsbegründenden Voraussetzungen — Minderjährigkeit, Bildungsunfähigkeit, invaliditätsbedingter Anstaltsaufenthalt — seit dem 1. Januar 1960 stets gegeben waren. Streitig ist, ob der Anspruch für den oben genannten Zeitraum verwirkt sei.

2. a. Wer auf Leistungen der IV Anspruch erhebt, hat sich bei der zuständigen IV-Kommission auf amtlichem Formular anzumelden (Art. 46 IVG und Art. 65 IVV). Damit die IV-Kommission die für den Anspruch entscheidenden Verhältnisse zuverlässig abklären (Art. 69 ff. IVV) und die ihr übertragene Anordnung der Eingliederungsmaßnahmen (Art. 60, Abs. 1, Buchst. b IVG) sachgemäß vornehmen kann, muß der Versicherte sich möglichst bald anmelden, nachdem er vom anspruchsbegründenden Sachverhalt Kenntnis bekommen hat. Meldet er sich mehr als sechs Monate nach Entstehung des Rentenanspruches an, so wird die Rente nur vom Monat der Anmeldung an ausbezahlt (Art. 48, Abs. 2, IVG). Diese Regelung gilt nach der Praxis sinngemäß auch für die Hilflosenentschädigungen (s. EVGE 1962, S. 364; ZAK 1963, S. 190) und die Eingliederungsmaßnahmen, die sich in der Leistung von Beiträgen erschöpfen. Eingliederungsmaßnahmen dagegen, deren Verwirklichung an und für sich sowohl der IV-Kommission als auch dem Versicher-

ten möglich ist, unterstehen in formeller Hinsicht der Regelung von Art. 78, Abs. 2 IVV.

b. Da die streitigen Leistungen sich in der Zahlung von Beiträgen erschöpfen, ist die Frage, ob der Anspruch teilweise verwirkt sei, durch sinn-gemäße Anwendung von Art. 48 IVG zu entscheiden.

c. Nach Art. 48, Abs. 2, IVG muß der Anspruch innert sechs Monaten seit dessen Entstehung angemeldet werden, wenn der Versicherte die volle Leistung erhalten will. Eine weitere Meldung hat erst zu erfolgen, falls eine für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung eintritt (Art. 77, Abs. 1, IVV). Es ist zu prüfen, ob der Wechsel der Anstalt im Sinne von Art. 20, Abs. 1, IVG am Anspruch auf Kostgeldbeiträge etwas Wesentliches ändere.

Der Beitrag an das Kostgeld wird gemäß Art. 20, Abs. 1, IVG gewährt, wenn der Versicherte minderjährig sowie bildungsunfähig ist und wegen seiner Invaldität in einer Anstalt untergebracht werden muß («qui doivent être placés dans un établissement»). Auch die zuletzt genannte Voraussetzung des invaliditätsbedingten Anstaltsaufenthaltes war hier stets gegeben. Der Heimwechsel und dessen Gründe berührten den rechtzeitig angemeldeten Anspruch der Versicherten mithin nicht, und zwar weder grundsätzlich noch maßlich. Deshalb war auch keine Meldung im Sinne von Art. 77, Abs. 1, IVV — geschweige denn eine neue Anmeldung — notwendig, wenn auch zu sagen ist, daß die Unterlassung der sofortigen Mitteilung des Heimwechsels für die Verwaltung unerwünscht war, was übrigens von der Amtsvormundschaft nicht bestritten wird. Daß der Wechsel der Anstalt nicht innert sechs Monaten bekannt gegeben wurde, konnte somit am Anspruch nichts ändern. Die Verjährung wäre erst mit dem Ablauf der fünfjährigen Frist (Art. 48, Abs. 1, IVG) eingetreten. Da diese Frist noch nicht abgelaufen ist, besteht die Forderung auf Nachzahlung der umstrittenen Beiträge ab 10. Januar 1961 zu-recht. Daran vermag der Umstand, daß die Verfügung der Ausgleichskasse vom 29. Juli 1960 alternativ bis «zu Erlangung der Volljährigkeit bzw. zum Austritt aus dem Heim» terminiert war, nichts zu ändern; denn dadurch wurde der umstrittene Anspruch ebenfalls nicht betroffen. Die Verfügung umfaßte für den Fall des Heimwechsels nur einen Teil dieses Anspruches. Wenn die Ausgleichskasse angenommen haben sollte, es sei mit dem Wechsel der Heimleitung ein neuer Anspruch entstanden, weil diese nun die Kostgeldbeiträge habe beanspruchen können, so wäre dies nicht zutreffend. Selbst wenn man nämlich davon ausginge, daß die neue Heimleitung «Drittperson» im Sinne von Art. 76, Abs. 1, AHVV sei, so stünde ihr nicht der aus Art. 20, Abs. 1, IVG fließende Anspruch auf Kostgeldbeiträge zu, sondern bloß der sich aus Art. 76, Abs. 1, AHVV ergebende Anspruch auf Auszahlung dieser Beiträge (s. ZAK 1964, S. 182, Erwägung 2).

Urteil des EVG vom 13. April 1965 i. Sa. H. H.

Art. 69 IVG und Art. 84, Abs. 1, AHVG. Die Weigerung einer Ausgleichskasse, einem Versicherten außerhalb eines laufenden oder künftigen sozialversicherungsrechtlichen Verfahrens Akteneinsicht zu gewähren, kann nicht Gegenstand einer gemäß Art. 84 AHVG weiterziehbaren Verfügung sein.

Das EVG wies eine Berufung des 1950 geborenen Versicherten ab. Das Urteil enthielt folgenden Passus: «Ein Verbleiben des Knaben bei den Eltern, die selber als debil gelten, wäre aussichtslos und unhaltbar gewesen». Anschließend teilte der Präsident der IV-Kommission dem Präsidenten des EVG mit, der Vater des Berufungsklägers halte sich darüber auf, daß er als debil gelten sollte. Er bestreite das energisch und wolle die ihm gutschheinenden Schritte gegenüber jener, von ihm als ehrenrührig empfundenen Qualifikation unternehmen. Zu diesem Zwecke verlange sein Anwalt die Herausgabe der Akten bzw. Einsichtnahme in dieselben. Er, der Präsident der IV-Kommission, halte dafür, daß der Entscheid über die Gewährung der Akteneinsicht« auf Grund einer für das EVG maßgebenden Bestimmung zu treffen» sei. Das Gericht antwortete, nach abgeschlossenem Gerichtsverfahren fehle ihm die Zuständigkeit, über Akten zu verfügen, die im allgemeinen Gewahrsam der Verwaltungen ständen, so daß es auch nicht über das Begehren um Akteneinsicht befinden könne.

Daraufhin erteilte das BSV der zuständigen Ausgleichskasse die Weisung, zu entscheiden, daß im vorliegenden Fall Akteneinsicht aus grundsätzlichen und administrativen Erwägungen nicht gewährt werden könne. In der Folge erließ die Ausgleichskasse eine entsprechende Verfügung mit dem Hinweis, daß hiegegen innert 30 Tagen Beschwerde bei der kantonalen AHV-Rekurskommission erhoben werden könne.

Eine gegen die Kassenverfügung erhobene Beschwerde erledigte der Präsident der kantonalen Rekurskommission durch Nichteintreten: Über das Begehren um Akteneinsicht habe die zuständige Verwaltungsbehörde, d. h. das Sekretariat der IV-Kommission, zu entscheiden. Nach Verweigerung der Akteneinsicht könne der verwaltungsinterne Rechtsweg beschritten werden. Dagegen seien die verwaltungsrechtlichen Instanzen zur Behandlung des Streitfalles nicht zuständig.

Diese Präsidialverfügung haben sowohl der Beschwerdeführer wie das BSV durch Berufung an das EVG weitergezogen.

Ersterer stellt den Antrag, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und das Begehren um Einsichtnahme in die Akten gutzuheißen. In einer ergänzenden Eingabe wendet er sich dagegen, daß man ihn und seine Frau als debil bezeichnet habe. Aus diesem Grunde wünsche er Akteneinsicht; in den unwahren Angaben der Versicherungsbehörden liege eine Ehrverletzung, wofür er eine entsprechende Entschädigung verlange.

Die Berufung des BSV wendet sich dagegen, daß die Vorinstanz auf die Beschwerde nicht eingetreten ist, und verweist auf ein Rechtsgutachten von Prof. Imboden über den Umfang des Beschwerderechtes gemäß Art. 84 AHVG (publiziert in ZAK 1950, S. 475). Darnach sei es nicht ausgeschlossen, daß dort, wo nicht über eine eigentliche Forderung oder Schuld befunden werde, materiell eine Verfügung vorliege. Das treffe immer dann zu, wenn eine Ausgleichskasse in Ausübung der ihr übertragenen öffentlichen Befugnisse eine Anordnung treffe, welche die Rechtsstellung des Privaten in irgend einer Weise verändere. Das BSV verlangt daher die materielle Beurteilung des Begehrens um Akteneinsicht, und zwar in abschlägigem Sinne.

Das EVG wies die Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Über das Recht auf Akteneinsicht als Bestandteil des rechtlichen

Gehörs in einem sozialversicherungsrechtlichen Verfahren hat sich das Gericht im vorliegenden Fall nicht auszusprechen. Denn der Berufungskläger verlangt nicht Akteneinsicht, um ein sozialversicherungsrechtliches Interesse zu wahren, sondern um Genugtuung wegen angeblicher Ehrverletzung durch «unwahre Angaben der Versicherungsbehörden» zu erlangen. Somit fragt es sich nur, ob die schriftliche Weigerung der Ausgleichskasse, die zum erwähnten Zweck verlangte Einsicht in die Akten eines erledigten Sozialversicherungsprozesses zu gewähren, unter den Verfügungsbegriff von Art. 84 AHVG falle, der kraft Art. 69 IVG auch für die Rechtspflege in der IV gilt. Das ist zu verneinen.

2. Als Verfügungen gemäß Art. 84 AHVG, die durch die Rechtspflegeorgane der AHV überprüft werden können, gelten nur solche, die in einem rechtlich erheblichen Zusammenhang mit der Anwendung eines der Sozialversicherungsgesetze stehen, welche diese Rechtspflegebestimmung als für ihren Anwendungsbereich gültig erklären (AHVG, IVG, EOG, FLG). Kassenbescheide dagegen, die keine materiell- oder verfahrensrechtlichen Ansprüche aus einem der erwähnten Sozialversicherungsgesetze berühren, fallen nicht unter Art. 84 AHVG. Dem widersprechen die Ausführungen von Prof. Imboden in seinem Rechtsgutachten nicht. Wohl sind darnach Gegenstand der Beschwerde gemäß Art. 84 AHVG alle hoheitlichen Verwaltungsakte, d. h. alle Anordnungen, die von den Ausgleichskassen in Ausübung der ihnen übertragenen öffentlichen Befugnisse getroffen werden und die die Rechtsstellung der Privaten in irgend einer Weise verändern». Damit können aber nur Anordnungen sozialversicherungsrechtlichen Charakters gemeint sein, die Interessen tangieren, welche sich aus einem der Bundesgesetze ergeben, denen Art. 84 AHVG als integrierender Bestandteil angehört. Eine abweichende Auffassung müßte z. B. dazu führen, daß die allfällige Weigerung einer Kasse, die Akten eines verstorbenen Versicherten einem seiner Erben zwecks Durchsetzung erbrechtlicher Ansprüche herauszugeben, ebenfalls Gegenstand einer gemäß Art. 84 AHV weiterziehbaren Verfügung sein könnte. Das entspräche jedoch weder dem Wortlaut noch dem wahren Sinn dieser Rechtspflegebestimmung, welche nur der Durchsetzung sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche zu dienen hat und keine weitergehende Kontrollbefugnisse der Sozialversicherungsgerichte über die Geschäftsführung der Ausgleichskassen statuiert. Daher kann es nicht Sache dieser Gerichte sein, Anordnungen zu überprüfen, die die Ausgleichskassen hinsichtlich der in Art. 45, Buchst. g, IVV erwähnten Aufgabe der IV-Kommissions-Sekretariate (Aufbewahrung der Akten) außerhalb eines aktuellen oder künftigen sozialversicherungsrechtlichen Verfahrens treffen.

Die Vorinstanz ist somit auf die Beschwerde gegen den Kassenentscheid betreffend Akteneinsicht mit Recht nicht eingetreten.

VON
MONAT
ZU
MONAT

Unter dem Vorsitz von Ständerat Auf der Maur und im Beisein von Bundespräsident Tschudi und Direktor Saxer, Beauftragter für Sozialversicherungsabkommen, tagte am 8. November die *Kommission des Ständerates für die Vorberatung der Bundesbeschlüsse über die Genehmigung der von der Schweiz mit der Bundesrepublik Deutschland, mit Österreich und mit dem Fürstentum Liechtenstein abgeschlossenen Sozialversicherungsabkommen*. Die Kommission stimmte nach einläßlicher Diskussion den drei Vorlagen einstimmig zu.

*

Der *Arbeitsausschuß der Studiengruppe für technische Fragen* tagte am 9. November unter dem Vorsitz von Dr. Naef vom Bundesamt für Sozialversicherung. Der Ausschuß erörterte die Frage, ob und wie die Versicherungsnr. auszugestalten wäre, um eine einwandfreie *Identifikation* des Versicherten bei der Verwendung von Lochkarten- oder Datenverarbeitungsanlagen zu gewährleisten.

*

Die in sechs Kantonen mit der Durchführung einer probeweisen *statistischen Erfassung der Gebrechensursachen in der IV* gemachten Erfahrungen wurden am 11. November mit Ärzten der IV-Kommissionen und Vertretern der Kommissionssekretariate unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung ausgewertet. Auf Grund dieser Aussprache wird die Gebrechensstatistik auf 1. Januar 1966 allgemein eingeführt werden.

*

Das Eidgenössische Departement des Innern hat die *Verwaltungskostenzuschüsse an die kantonalen Ausgleichskassen* gemäß Artikel 69, Absatz 2, AHVG durch eine Verfügung vom 16. November neu geordnet.

*

Der Bundesrat hat mit Beschluß vom 19. November die *Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über die AHV* in mehreren Punkten abändert. Für den Inhalt dieser Änderungen sei auf S. 523 dieser Nummer verwiesen.

*

Am 23. und 24. November tagten die *Vertreter der kantonalen Durchführungorgane für Ergänzungsleistungen zur AHV und IV* unter dem

Vorsitz von Dr. Weiss, Präsident der Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen, und im Beisein von Vertretern des Bundesamtes für Sozialversicherung. Hauptgegenstand der Diskussion bildete der Entwurf eines Musters für Vollzugsverordnungen zu den Ergänzungsleistungsgesetzen der Kantone.

*

Der Bundesrat hat am 6. Dezember die *Verordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV* erlassen. Nach diesem Gesetz gewährt der Bund Beiträge an Kantone, die eine eigene Ordnung zur Ausrichtung von Ergänzungsleistungen einführen. Die Verordnung des Bundesrates bestimmt nun, daß den finanzstarken Kantonen 30 Prozent, den mittelstarken 50 Prozent und den finanzschwachen 70 Prozent der im Kanton ausbezahlten Ergänzungsleistungen vergütet werden. Sie regelt ferner die Einzelheiten über die Ausrichtung der Bundesbeiträge an die Kantone und an die Schweizerischen Stiftungen «Für das Alter» und «Für die Jugend» sowie an die Schweizerische Vereinigung «Pro Infirmitas» und enthält die erforderlichen Koordinations- und Kontrollvorschriften.

Die von Einkommens- und Vermögensgrenzen abhängigen Ergänzungsleistungen bezwecken, Rentnern der AHV und IV sowie Bezüglern von Hilflosenentschädigungen der IV eine zusätzliche Hilfe zu gewähren. Sie treten — sobald die kantonalen Gesetze in Kraft sind — ganz oder teilweise an die Stelle der bisherigen kantonalen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenbeihilfen oder -fürsorgen. Die Voraussetzungen für die Zusprechung von Ergänzungsleistungen werden durch die Kantone bestimmt, welche die hiefür notwendigen Vorschriften erlassen. In allen Kantonen sind die gesetzgeberischen Vorarbeiten an die Hand genommen worden. Dabei muß in jedem Kanton das für den Erlaß eines Gesetzes notwendige Verfahren, einschließlich einer allfälligen Volksabstimmung, eingehalten werden, weshalb die Anmeldungen für Ergänzungsleistungen im Jahre 1966 erst auf die amtlichen Bekanntmachungen in den einzelnen Kantonen hin einzureichen sind. Bis dahin wird empfohlen, von Rückfragen abzusehen.

Zum Jahreswechsel

Wenn in der ZAK, wie schon so oft, in der Dezemberrückschau auf das zu Ende gehende Jahr gehalten wird, so macht dieser Brauch für einmal etwas Mühe. 1965 war, im Gegensatz zum Vorjahr mit seiner sechsten AHV- und zweiten EO-Revision, nach außen hin ein Zeitabschnitt ohne markante Entwicklungen. Dennoch ist den Durchführungsorganen der AHV, IV und EO die Arbeit keineswegs ausgegangen.

*

Über die sechste AHV-Revision hat die ZAK seinerzeit laufend berichtet, zusammenfassend in der letzten Dezemberrückschau. Diese Darstellung war, wie sich inzwischen gezeigt hat, da und dort wohl etwas zu optimistisch. Bei einer Gesetzesänderung von solchem Ausmaß ist es nicht damit getan, daß der Versicherte möglichst rasch in den Genuß der verbesserten Leistungen kommt. Die Revision ist vielmehr erst dann abgeschlossen, wenn auch die nach außen nicht sichtbaren administrativen Dienste der Ausgleichskassen Ende Feuer signalisieren können. Dieses Signal aber ließ in Einzelfällen bis spät in das laufende Jahr hinein auf sich warten.

Aus solchen Erfahrungen müssen die notwendigen Lehren gezogen werden. Die maschinelle Verwaltungstechnik hat in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt, die im Rahmen des Möglichen noch besser genutzt werden sollten. Das ist beim bewußt dezentralen Aufbau der AHV nicht immer leicht. Dennoch darf das Ziel, verwaltungsmäßig auf der Höhe zu bleiben, nie aus dem Auge gelassen werden.

*

Am 19. März 1965 hat die Bundesversammlung das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV verabschiedet. Es garantiert in Zukunft allen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenrentnern ein bescheidenes Existenzminimum. Der Bund ist dabei zwar nur der Subventionsgeber; der eigentliche Vollzug liegt bei den Kantonen. Die Vorarbeiten zur Einführung der kantonalen Ergänzungsleistungsgesetze haben einen erfreulichen Stand erreicht, und man darf annehmen, daß die neuen Leistungen in den meisten Kantonen im Verlaufe des Jahres 1966 zu fließen beginnen. Bis auf 3 Ausnahmen haben die Kantone die Durchführung der neuen Aufgabe ihren Ausgleichskassen übertragen.

*

Die IV steht seit 6 Jahren in Kraft. Von 1960 bis Ende 1965 haben ihre Leistungen weit mehr als 1 Milliarde Franken betragen und die

früheren Annahmen erheblich hinter sich gelassen. Es liegt aber in der Natur der Sache, daß gleichwohl Wünsche nach einem Ausbau laut geworden sind. Eine durch das Eidgenössische Departement des Innern eingesetzte Expertenkommission hat im Laufe dieses Jahres die vielen Revisionspostulate geprüft. Ihre Arbeiten sind noch im Gange, dürften aber nächstes Jahr abgeschlossen werden können.

*

Durch die zweite EO-Revision sind die Erwerbsausfallentschädigungen wesentlich heraufgesetzt worden. Obwohl schon seit 1964 in Kraft, haben sich die Verbesserungen wegen der zeitlichen Verschiebungen in der Abrechnung erstmals in diesem Jahre voll ausgewirkt. Der Mehraufwand gegenüber dem Vorjahr beträgt gegenwärtig 10 Millionen Franken und er wird, weil diesmal besonders viele Dienstleistungen in den Spätherbst fallen, noch ansteigen. Erstmals wurden auch Entschädigungen an Zivilschutzpflichtige ausbezahlt. Indessen fällt diese Sparte noch wenig ins Gewicht, denn die Aufgebote beschränkten sich bisher im allgemeinen auf das Kader.

*

Die kantonalen Ausgleichskassen richten von Bundes wegen die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern aus. Die betreffende Ordnung stammt aus dem Jahre 1944, wurde 1948 aus dem Vollmachtenregime in das ordentliche Recht überführt und 1958 sowie 1962 erweitert und verbessert. Heute sollen die Ansätze — gestützt auf einen bundesrätlichen Gesetzesentwurf vom 31. Mai 1965 — erneut erhöht werden. Im Zeitpunkt, in dem diese Zeilen erscheinen, dürften die parlamentarischen Beratungen wohl in positivem Sinne beendet sein.

*

Über diese Fixpunkte hinaus ist das abgelaufene Jahr auch sonst bemerkenswert. Das Ausgleichssystem in der schweizerischen Sozialversicherung und das dadurch bedingte Instrument der Ausgleichskassen sind 25 Jahre «alt» geworden. Auf 1. Februar 1940 für die Lohnersatzordnung geschaffen, wurde damit nach dem Zweiten Weltkrieg der Weg zur AHV geebnet. Die Ausgleichskassen gedachten am 25. Geburtstag in einer würdigen Feier im Nationalratssaal dieser schöpferischen Tat. Dabei wurde ihnen von höchster Seite — nämlich durch Herrn Bundespräsident Tschudi, in seiner Eigenschaft als Vorsteher des Eidgenössischen Departementes des Innern — der Dank für die bisherige erfolgreiche Wirksamkeit ausgesprochen.

*

Schließlich gehört auch die ZAK zu den Jubilaren. Ihre Vorgängerin, die Monatsschrift «Die Lohn- und Verdienstersatzordnung», erschien erstmals am 15. Januar 1941. Wie dem Geleitwort zu entnehmen ist, handelte es sich darum, «die von den eidgenössischen Instanzen — dem hohen Bundesrat, dem Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit und der Eidgenössischen Aufsichtskommission für Lohnersatzordnung — herausgegebenen Beschlüsse, Verfügungen und Entscheide einer breiteren, direkt interessierten Öffentlichkeit zu vermitteln». 1946 wurde das Blatt in «Zeitschrift für die Ausgleichskassen» umbenannt, 1948 ging die Redaktion an das Bundesamt für Sozialversicherung über, und 1962 erhielt die Zeitschrift ihr heutiges Gewand. Die ZAK ist ihrer Aufgabe nunmehr während 25 Jahren nachgekommen. Ihr Sachbereich hat sich ständig erweitert. Sie will heute mehr sein als nur eine Gesetzes- und Entscheidungssammlung. Ihr Ziel ist die allgemeine Information über die von ihr betreuten Versicherungsweige.

Ein Hauptanliegen der ZAK bestand seit jeher darin, ihre Leser über die letztinstanzliche Rechtsprechung zu orientieren. Hier hat die IV mit ihrer ausgesprochenen Kasuistik eine neue Lage geschaffen. Der zur Verfügung stehende Raum reichte schon seit einiger Zeit nicht mehr aus, um die Durchführungsstellen innert nützlicher Frist über die Judikatur auf dem laufenden zu halten. Mit dem Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV kommt eine neue Materie zum Zuge. Daher wird von 1966 an der Umfang der Zeitschrift um 8 Seiten je Nummer erweitert. Diese Tatsache und der Umstand, daß die leidige Teuerung auch vor der ZAK nicht Halt macht, wird den Leserkreis — so hoffen wir es — mit dem unvermeidlichen Preisaufschlag versöhnen.

*

Vor soviel Rückblick ist der Ausblick auf das nächste Jahr zu kurz gekommen. Es mag sich später noch Gelegenheit bieten, auf neue Entwicklungen und Tendenzen hinzuweisen. An Arbeit wird es jedenfalls auch im neuen Jahr nicht fehlen. Zu deren Bewältigung wünschen wir allen in der AHV- und IV-Verwaltung und ihren zugewandten Orten tätigen Mitarbeitern Kraft und Gesundheit. Ihnen und allen übrigen Lesern der ZAK entbieten wir unsere besten Wünsche zum Jahreswechsel!

Für die Redaktion und ihre
Mitarbeiter aus der
Unterabteilung AHV/IV/EO

Albert Granacher

Ergänzungsleistungen der Kantone

Voraussichtliches Inkrafttreten und in Aussicht genommene Einkommensgrenzen

Wie bereits in der ZAK 1965, S. 356 ausgeführt, handelt es sich beim Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV um ein Subventionsgesetz, in dessen Genuß nur diejenigen Kantone gelangen werden, die ein eigenes, den vom Bund vorgeschriebenen Voraussetzungen entsprechendes kantonales Ergänzungsleistungsgesetz ein- und durchführen werden. Eine bei den Kantonen durchgeführte Umfrage hat nun ergeben, daß von den 25 Kantonen und Halbkantonen — selbst wenn ihr Gesetz erst im Laufe des Jahres 1966 rechtswirksam wird — 21 in ihren Gesetzesentwürfen das Inkrafttreten auf 1. Januar 1966 vorsehen, um damit vom frühest möglichen Zeitpunkt an der Bundesbeiträge teilhaftig zu werden. Zu diesen Kantonen zählen die ganze Westschweiz und der Tessin. Von den 4 Kantonen und Halbkantonen, die ein späteres Inkrafttreten in Aussicht nehmen, beabsichtigt einer (Basel-Stadt) das kantonale Gesetz frühestens am 1. April 1966 und ein anderer (Nidwalden) frühestens am 1. Juli 1966 in Kraft treten zu lassen. Die übrigen 2 Kantone (Bern und Glarus) sehen vor, ihr Gesetz spätestens am 1. Januar 1967 in Kraft zu setzen. Jedenfalls kann damit gerechnet werden, daß spätestens am 1. Januar 1967 das vom Bundesgesetzgeber erstrebte Ziel erreicht sein wird, es ausnahmslos allen Kantonen ermöglicht zu haben, zeitgemäße Ergänzungsleistungen auszurichten.

Was die Einkommensgrenzen betrifft, so wurde bereits früher (s. ZAK 1965, S. 395) darauf hingewiesen, daß es der Bund den Kantonen in Berücksichtigung ihrer besonderen Verhältnisse freistellt, die im Bundesgesetz vorgesehenen Einkommensgrenzen bis zu einem Fünftel herabzusetzen. Wie die bei den Kantonen durchgeführte Umfrage nun aber ergab, wird voraussichtlich kein einziger der 25 Kantone und Halbkantone von dieser Möglichkeit generell Gebrauch machen. Bei einem oder zwei Kantonen stellt sich höchstens noch die Frage, ob allenfalls nur die für Waisen vorgesehene Einkommensgrenze von 1500 Franken gesenkt werden soll. Der Subventionsanteil des Bundes wird sich deshalb wie erwartet wahrscheinlich auf rund 100 Millionen Franken im Jahr belaufen.

Selbstverständlich unterstehen diese Angaben gewissen Vorbehalten, da die verschiedenen kantonalen Gesetzesentwürfe im Zeitpunkt der Niederschrift dieser Zeilen erst zum kleineren Teil von der kantonalen gesetzgebenden Behörde schon behandelt sind und nachher noch in vielen Fällen dem Volk unterbreitet werden müssen.

Änderung der Vollzugsverordnung zur AHV auf 1. Januar 1966

I. Allgemeines

Die Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über die AHV vom 31. Oktober 1947 ist durch einen Bundesratsbeschluß vom 19. November 1965 zum neunten Male geändert worden¹. Die beschlossenen Änderungen treten mit einer Ausnahme am 1. Januar 1966 in Kraft und werden in einer neuen «Textausgabe AHVG/AHVV» enthalten sein, die sich gegenwärtig im Druck befindet².

Die neueste Änderung der Vollzugsverordnung erfolgte nicht wie die meisten ihrer Vorgängerinnen unmittelbar im Anschluß an eine Gesetzesrevision; sie hat vielmehr einige ganz verschiedene Beweggründe. Den zeitlichen Anlaß gab das Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (ELG) auf den 1. Januar 1966. Dieses Gesetz stellt in Artikel 3 präzise Normen über die Anrechnung von vorhandenem Einkommen und Vermögen bei der Festsetzung der Ergänzungsleistungen auf. Es drängt sich auf, diese Normen so weit wie möglich auch für die Berechnung der außerordentlichen Renten mit Einkommensgrenzen anzuwenden.

Die Gelegenheit einer Verordnungsänderung wurde benützt, um auch einige weitere Bestimmungen in Revision zu ziehen. Auf dem Gebiet der Beiträge erwiesen sich gewisse Anpassungen an die neuen wirtschaftlichen Verhältnisse als notwendig. Bei den Bestimmungen über die Renten mußten einige Lücken geschlossen bzw. eine vermehrte Übereinstimmung mit der Regelung in der IV hergestellt werden. Ferner waren verschiedene organisatorische Vorschriften zu ändern, damit der technischen Entwicklung gefolgt werden kann oder ein bereits bestehender faktischer

¹ s. Aufzählung der einzelnen Änderungen in ZAK 1965, S. 314

² Bestellungen sind an das Drucksachenbüro der Bundeskanzlei, 3003 Bern, zu richten

Zustand legalisiert wird. Bei allen diesen Änderungen bestand das Bestreben, für administrative Belange in der Vollzugsverordnung nur die Grundsätze festzulegen und alle Einzelheiten dem Bundesamt für Sozialversicherung zur Regelung in besonderen Weisungen und Wegleitungen zuzuweisen.

Die Revisionsvorschläge beruhen zum Teil auf eingehenden Studien von besonderen Fachgremien (z. B. der Gemischten Kommission für die Zusammenarbeit zwischen AHV- und Steuerbehörden), zum Teil auch auf Vorschlägen der Ausgleichskassen. Die Eidgenössische Kommission für die AHV und IV hat gestützt auf Artikel 73, Absatz 2, AHVG die Änderungen anlässlich ihrer Sitzung vom 21. Oktober 1965 begutachtet und gutgeheißen.

II. Die einzelnen Änderungen

Artikel 7, Buchstabe c

Im Gegensatz zu den Dienstaltersgeschenken, die üblicherweise nur nach 25, 40 oder 50 Dienstjahren beim gleichen Arbeitgeber ausgerichtet werden und beitragsfrei sind, sollen von den *Treueprämien*, die in kürzeren Abständen (beispielsweise alle 2, 3, 5 oder 10 Jahre) zur Auszahlung kommen, die AHV-Beiträge erhoben werden. Diese neue Bestimmung bestätigt die geltende Gerichtspraxis.

Artikel 8^{bis}, Absatz 3

Siehe Bemerkungen zu Artikel 143.

Artikel 11

Die eidgenössischen und kantonalen Steuerbehörden beabsichtigen, die Bewertung der Naturallöhne den gestiegenen Lebenshaltungskosten anzupassen. In der Landwirtschaft wird sich diese Erhöhung automatisch auch für die AHV auswirken, da gemäß Artikel 10, Absatz 1, AHVV die Ansätze der Wehrsteuer maßgebend sind. Für die nichtlandwirtschaftlichen Berufe ist die für die AHV maßgebende Bewertung hingegen in der Vollzugsverordnung festgelegt. Diese erfährt nun eine Erhöhung um 1,50 Franken im Tag, so daß die neuen Ansätze wie folgt lauten:

Morgenessen	Fr. 1.—	(wie bisher)
Mittagessen	Fr. 2.50	(bisher Fr. 2.—)
Abendessen	Fr. 2.—	(bisher Fr. 1.50)
Unterkunft	<u>Fr. 1.50</u>	(bisher Fr. 1.—)
Zusammen	Fr. 7.—	(bisher Fr. 5.50)

Um den Ausgleichskassen die Anpassung der Abrechnungsformulare für die Beitragspflichtigen zu ermöglichen, werden diese neuen Ansätze erst auf den 1. Januar 1967 in Kraft gesetzt.

Artikel 22 bis 27 sowie Artikel 29, Absatz 1

Die Revision dieser Artikel bezweckt, die Regeln über die Festsetzung der Beiträge Selbständigerwerbender einfacher, klarer und übersichtlicher als bisher darzustellen und in einzelnen Punkten zu ergänzen. An materiellen Neuerungen sind zu nennen: Gemäß Artikel 23, Absatz 3 haben inskünftig die von den Steuerbehörden auf Grund von Zwischenveranlagungen erstatteten Meldungen die gleiche Wirkung wie die Meldungen, die auf einer ordentlichen Veranlagung beruhen. Artikel 25, Absatz 3 verpflichtet die Ausgleichskassen ausdrücklich, ihre eigenen Einschätzungen den nachträglich gemeldeten Steuerveranlagungen anzupassen. Dabei wird indessen nach wie vor eine Toleranzgrenze anzuwenden sein.

Neu aufgenommen wurde eine Bestimmung über die Einschätzung des Einkommens durch die Ausgleichskassen (Art. 26). Sie schafft u. a. die rechtlichen Grundlagen für die ermessensweise Veranlagung in jenen Fällen, da der Beitragspflichtige die für die Einschätzung durch die Ausgleichskasse erforderlichen Tatsachen nicht oder nicht vollständig angibt.

Artikel 34 und 35

Diese beiden neuen Artikel fassen die Vorschriften über die Zahlung und die Abrechnung in knapper Weise zusammen und passen sie der heutigen Praxis an. Sie beschränken sich darauf, die Grundsätze aufzustellen, während alle Einzelheiten in der vorgesehenen Wegleitung über den Beitragsbezug geordnet werden sollen.

Artikel 49, Absatz 4

Pflegekinder werden inskünftig nur einen Anspruch auf Waisenrenten geltend machen können, wenn der Pflegevater bzw. die Pflegemutter unmittelbar vor dem Tode in der schweizerischen AHV versichert war. Es gilt somit auch für Pflegekinder die bereits bei den Mutterwaisen eingeführte Versicherungsklausel. Damit wird insbesondere verhindert, daß die AHV Waisenrenten an Pflegekinder im Ausland ausrichten muß, deren Ernährer lange Zeit vor seinem Tode die Schweiz verlassen hatte. Die Abklärung von Pflegeverhältnissen im Ausland bietet verständlicherweise nicht geringe Schwierigkeiten.

Artikel 54

Diese neue Bestimmung stützt sich auf den bei der sechsten AHV-Revision neu gefaßten Artikel 30, Absatz 6, AHVG und entspricht der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (siehe ZAK 1959, S. 390).

Artikel 57, Buchstabe f

Artikel 60, Absatz 1

Artikel 61, Absatz 2

Diese drei Artikel über die Berechnung der außerordentlichen Renten mit Einkommensgrenzen werden dem ELG angepaßt. Somit können inskünftig die ins Gewicht fallenden Kosten für Arzt, Arznei und Krankenpflege vom anrechenbaren Einkommen abgezogen werden, was sich vor allem beim Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der IV auswirken wird. Die Freigrenzen beim Vermögen (Notpfennig) werden erhöht. Andererseits wird die bisher geltende Privilegierung des Liegenschaftsvermögens (nur hälftige Anrechnung) aufgehoben, damit für die außerordentlichen Renten und die Ergänzungsleistungen die gleichen Regeln gelten.

Artikel 67, Absatz 2

Während die kantonalen Ausgleichskassen bisher verpflichtet waren, alle Vierteljahre durch Publikationen auf die Rentenberechtigung hinzuweisen, sieht der neue Wortlaut wie in der IV als Verpflichtung nur noch eine mindestens jährliche Publikation vor.

Artikel 131

Schon seit 1951 hat das Bundesamt für Sozialversicherung im Auftrag des übergeordneten Departementes die Gesuche betreffend Übertragung weiterer Aufgaben an die AHV-Ausgleichskassen behandelt und entschieden. Diese Zuständigkeit wird nun in der Vollzugsverordnung verankert.

Artikel 137

Siehe Bemerkungen zu Artikel 143.

Artikel 138, Absatz 3

Bei schuldhafter Nichtzahlung von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträgen kann der entgangene Betrag beim Arbeitgeber auch nach Ablauf der Verjährungsfrist als Schadenersatz eingefordert werden

(Art. 52 AHVG). Bis dahin war es jedoch nicht möglich, diese nachträglich eingebrachten Beiträge den Versicherten im IBK gutzuschreiben, was allgemein als stoßend empfunden wurde. Die neue Bestimmung schafft hier Abhilfe.

Artikel 142, Absatz 1

Die Neufassung der Artikel 34 und 35 macht eine besondere Bestimmung über den Ausgleich der Rechnungssalden überflüssig.

Artikel 143

Der neue Wortlaut sieht vor, daß die Ausgleichskassen die Form der Abrechnung bestimmen. In diesem Zusammenhang mußte auch der bisherige Artikel 8^{bis}, Absatz 3, angepaßt werden. Artikel 137, der von den Belegen für die IBK-Eintragung handelt, konnte aufgehoben werden.

Artikel 148, Absatz 2

Artikel 152

Artikel 153, Absatz 1 und 2

In allen diesen Fällen handelt es sich um die Anpassung organisatorischer Vorschriften an die heutigen Verhältnisse. Die Einzelheiten sind in den einschlägigen Weisungen des Bundesamtes zu regeln.

Artikel 174, Absatz 1, Buchstabe d

Diese Änderung ist nur redaktionell.

Artikel 176, Absatz 3

Die Erteilung von Bewilligungen für Ausnahmen von der Schweigepflicht ist schon im Jahre 1950 dem Bundesamt für Sozialversicherung delegiert worden. Diese Ordnung wird nun lediglich in der AHVV verankert.

Artikel 210

Die bisherige Bestimmung mit der Aufzählung einzelner Formulare entsprach den heutigen Verhältnissen nicht mehr. In Anlehnung an die Regelung in der IV stellt der neue Wortlaut nur noch den Grundsatz auf, daß das Bundesamt für Sozialversicherung die amtlichen Formulare bezeichnet und herausgibt. Außerdem kann es die Verwendung weiterer einheitlicher Formulare vorschreiben. Das Bundesamt wird dabei wie bisher bei der Einführung neuer Formulare und bei wesentlichen Änderungen die betroffenen Versicherungsorgane konsultieren.

Artikel 211

Die Einzelheiten über die Pauschalfrankatur sind in einem Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung festgehalten. Der neue Artikel beschränkt sich deshalb auf den Grundsatz betreffend die Anwendung der Pauschalfrankatur.

Inkrafttreten

Die dargelegten Änderungen treten mit einer Ausnahme auf den 1. Januar 1966 in Kraft. Die Erhöhung der Naturallohnansätze gemäß Artikel 11 kann erst auf den 1. Januar 1967 wirksam werden, da diese Maßnahme umfangreiche administrative Vorbereitungen (u. a. Änderung der Abrechnungsformulare der Arbeitgeber) erfordert.

Ergänzung der Versichertennummer mit einer Prüfziffer

Mit der fortschreitenden Automation des Lohnwesens in Wirtschaft und Verwaltung erhält die Versichertennummer der AHV eine zunehmende Bedeutung. Sie dient nicht mehr nur zur Kennzeichnung des einzelnen Versicherten im Verkehr mit der Ausgleichskasse des Arbeitgebers, sondern ebenso sehr als betriebsinterner Ordnungsbegriff (s. auch ZAK 1965, S. 399).

Bei der Verwendung der Versichertennummer, wie beispielsweise bei der Übernahme vom Versicherungsausweis auf die Personalkarte oder von dieser auf die Lohnbescheinigung, sind jeweils Verschriebe möglich. So können einzelne Ziffern falsch gelesen und niedergeschrieben werden oder Ziffernverstellungen innerhalb der drei Nummerngruppen vorkommen. Bei den herkömmlichen Verarbeitungsmethoden werden in der Regel solche Verschriebe und fehlerhafte Ablesungen wenn nicht unmittelbar nach der erstmaligen Verwendung der Versichertennummer, so doch bei einem späteren Arbeitsvorgang erkannt: Die in Klarschrift anfallenden oder zu erstellenden Belege unterliegen einer visuellen Kontrolle, welche die rechtzeitige Behebung von Fehlern ermöglicht.

Anders verhält es sich bei der automatischen Verarbeitung mit neuzeitlichen Datenträgern. Bei der manuellen Erstellung von Lochkarten falsch übernommene oder verstellt wiedergegebene Ziffern der Versicherten-

tennummer werden — sofern der Fehler nicht bereits bei der anschließenden Prüflöschung erkannt und berichtigt wird — in den späteren Verarbeitungsstadien kaum mehr erfaßt und somit auch nicht angezeigt. Nachträglich könnten derartige Verschiebe nur noch durch gezielte visuelle Kontrollen ermittelt werden. Ein solches Vorgehen würde indessen die Vorteile der automatischen Verarbeitung beeinträchtigen und beim Magnetbandverfahren überhaupt nicht mehr möglich sein.

Da die erwähnten Fehlerquellen bestehen bleiben, sind für die automatische Datenverarbeitung entsprechende Sicherungsvorkehrungen unerläßlich. Diese müssen dafür Gewähr bieten, daß allfällige Nummernverschiebe und Ziffernverstellungen entweder schon bei der Erstellung eines Datenträgers (Lochkarte, Lochstreifen) oder während der nachfolgenden maschinellen Verarbeitung ohne menschliches Zutun erkannt, festgehalten und angezeigt werden. Eine solche automatische Kontrolle kann denn auch erreicht werden, wenn die als Ordnungsbegriff dienende Kenn-Nummer mit einem besonderen Zeichen ergänzt wird, das in der Regel aus einer einstelligen Ziffer besteht. Es handelt sich dabei indessen nicht um einen beliebig gewählten Wert, sondern um eine aus der zu prüfenden Kenn-Nummer selbst nach einer bestimmten mathematischen Formel (Modulus) errechnete Zahl. Diese bildet einen integrierenden Bestandteil des Ordnungsbegriffs und erscheint somit stets auf dem einzelnen Datenträger. Bei dessen Erstellung oder späteren Verarbeitung kann nun auf Grund der Kenn-Nummer nach der gleichen mathematischen Formel die Kontrollrechnung jeweils automatisch wiederholt und das ermittelte Ergebnis mit dem auf dem Datenträger enthaltenen Prüfzeichen verglichen werden. Besteht keine Übereinstimmung, so wird die Abweichung in geeigneter Weise angezeigt oder ausgedruckt.

Eine solchermaßen abgesicherte automatische Prüfung ist auch für die Versichertenummer angezeigt, wenn sie auf neuzeitlichen, als Eingabemittel für die automatische Verarbeitung dienenden Datenträgern verwendet wird. Es ist deshalb vorgesehen, die Versichertenummer der AHV in naher Zukunft mit einer Prüfziffer zu ergänzen. Da diese bei Anwendung des Modulus 11 beispielsweise für die Versichertenummer 123.45.678 eine 6 ist, würde die vollständige Nummer auf 123.45.678-6 lauten. Über die Einzelheiten des Verfahrens und des Vorgehens werden zu gegebener Zeit nähere Weisungen und Mitteilungen folgen.

Aus den Jahresberichten 1964 der Ausgleichskassen, IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen

Allgemeines

Bei der Durchsicht der Jahresberichte der AHV- und IV-Organen für das Jahr 1964 stellt man fest, daß die letztjährige Arbeit ganz im Zeichen der beiden Großereignisse, nämlich der sechsten AHV- und der zweiten EO-Revision stand.

Die mit den Revisionen erzielten Leistungsverbesserungen haben in weiten Volkskreisen Zustimmung und Freude ausgelöst. Die Ausgleichskassen wissen von zahlreichen Dankesbezeugungen der Rentner zu berichten, die von ihnen gerne entgegengenommen wurden. So schreibt eine Ausgleichskasse z. B. folgendes:

«Die Leistungen der sechsten AHV-Revision haben in ihrer Gesamtheit alle Vorgängerinnen überschattet. Sie darf als großzügig und zeitaufgeschlossen bezeichnet werden. Das ist weitverbreitete Ansicht im Schweizervolk. Dafür zeugen vor allem die außerordentlich zahlreichen Anerkennungen und Dankesbezeugungen aus Kreisen der glücklichen Rentner oder deren Angehörigen».

Wenn auch die Verbesserungen der Versicherungsleistungen mit Genugtuung registriert wurden, so verschweigen die berichterstattenden Stellen andererseits nicht, daß sie wegen der verhältnismäßig kurzen Zeit, die für die Durchführung der Revision zur Verfügung stand, zum Teil bis an die Grenze des Zumutbaren beansprucht wurden. In zahlreichen Berichten wird ganz allgemein auf den Mangel an geeigneten und genügenden Arbeitskräften aufmerksam gemacht. Besondere Schwierigkeiten bereitet es offenbar den Versicherungsorganen, die älteren Jahrgänge durch jüngere, gut geschulte Nachwuchskräfte zu ersetzen. Überhaupt scheint der immer umfangreicher und komplizierter werdenden Arbeit eine gewisse Grenze gesetzt, die die Versicherungsorgane nur unter Beziehung moderner technischer Einrichtungen zu bewältigen vermögen.

Mehrfach wird in den Jahresberichten auf die gute Zusammenarbeit unter allen Organen hingewiesen, ohne die vorab die rasche Durchführung der sechsten AHV-Revision nicht denkbar gewesen wäre. Im übrigen enthalten die Jahresberichte wiederum eine Fülle von An-

regungen und Vorschlägen zuhanden der Aufsichtsbehörde, auf die an dieser Stelle nicht eingetreten werden kann. Mit den aufgeworfenen Fragen wird sich, soweit sie auf die Änderung der gesetzlichen Vorschriften über die IV abzielen, zum Teil auch die Expertenkommission für die Revision der IV zu befassen haben.

Organisation

Die Organisation der *AHV-Ausgleichskassen* hat im wesentlichen keine größeren Veränderungen erfahren. Verschiedene Ausgleichskassen bezogen neue Büroräumlichkeiten, da die bisherigen zu eng wurden. Auch mußten einzelne Ausgleichskassen zusätzlich neues Personal einstellen und nur in wenigen Fällen waren Austritte zu verzeichnen. Die Gesamtzahl der von den Ausgleichskassen einschließlich ihrer Zweigstellen am Ende des Geschäftsjahres beschäftigten Arbeitskräfte ist mit 2 224 (2 206) ziemlich stationär geblieben. 1 248 Arbeitskräfte entfallen auf die kantonalen Ausgleichskassen, 898 auf die Verbandsausgleichskassen und die restlichen 78 auf die beiden Ausgleichskassen des Bundes.

Das größte Anliegen aller *IV-Kommissionen* bestand in der raschen Erledigung der angemeldeten Fälle. Aber nicht immer konnten die Kommissionen die von ihnen angestrebte Frist von zwei bis drei Monaten zur Erledigung der Fälle einhalten und den Stand der aus dem Vorjahr übernommenen unerledigten Fälle angemessen herabsetzen.

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt der Geschäftsumfang folgendes Bild: Aus dem Jahre 1963 wurden 13 998 (Vorjahr 14 108) hängige Anmeldungen übernommen. Neu wurden im Berichtsjahr 49 004 (44 174) Anmeldungen entgegengenommen. Behandelt wurden 47 075 (44 284) Anmeldungen und in weiteren 50 320 (46 522) Fällen faßten die *IV-Kommissionen* Beschluß, was ein Total von 97 395 (90 806) behandelten Geschäften im Jahre 1964 ergibt. Auf Ende des Berichtsjahres waren 15 927 (13 998) Anmeldungen hängig. Verschiedentlich wird in Berichten darauf hingewiesen, daß diese Entwicklung der IV die ursprünglichen Annahmen bei weitem übersteigt.

Die 11 *IV-Regionalstellen* beschäftigten am Ende des Berichtsjahres 82 (70) Angestellte; davon befaßten sich 56 (48) mit Berufsberatung und Stellenvermittlung, während 26 (22) im Kanzleidienst eingesetzt waren. Sie weisen in ihren Berichten verschiedentlich auf Mangel an qualifiziertem Personal hin, das für die Tätigkeit in der beruflichen Eingliederung Invalider genügend ausgebildet ist.

Die *IV-Regionalstellen* haben aus dem Vorjahr 6 270 (4 870) Aufträge übernommen, wobei an neueingegangenen Aufträgen 12 315 (11 646)

hinzukamen. Davon wurden 11 868 (10 246) Aufträge erledigt. Demnach lagen am Jahresende 6 717 Aufträge vor, die noch zu bearbeiten waren.

Verfahren

Den Jahresberichten der *IV-Kommissionen* kann entnommen werden, daß die Eingliederungsfälle im Vergleich zu den Rentenfällen immer noch im Zunehmen begriffen sind, was u. a. darauf zurückgeführt wird, daß die Krankenkassen ihre Mitglieder in vermehrtem Maße an die IV verweisen.

Es sind nicht allein die neuen Aufträge, die die Kommissionen beschäftigten, sondern auch alle jene Fälle, die durch die Kommission schon einmal behandelt wurden. Oft war der Versicherte schon an einem Arbeitsplatz eingegliedert oder auf Kosten der IV ausgebildet worden. Viele Fälle kommen so von den Kommissionen und Sekretariaten gar nicht mehr weg. Auch haben die IV-Organen immer wieder feststellen können, daß viele IV-Berechtigte erst durch ihren Arzt oder durch die Krankenkasse auf ihre Bezugsberechtigung hingewiesen werden, so daß ihre Anmeldung vielfach verspätet erfolgt. Die Tatsache, daß die Zahl der Anmeldungen immer noch zunimmt, läßt immerhin den Schluß zu, daß die IV immer mehr ins Bewußtsein der Bevölkerung eindringt.

Infolge der sich ständig häufenden Arbeitslast wurde von verschiedenen IV-Kommissionen wiederholt die Frage aufgeworfen, ob die Bagatellfälle nicht vom Präsidenten und einem Arzt allein erledigt werden könnten, statt daß sie in Sitzungen oder im Zirkulationsverfahren behandelt werden müssen, eine Frage, die im Zusammenhang mit der IV-Revision geprüft wird.

In ihrem Bemühen, die Eingliederungsfälle rasch zu erledigen, sind die IV-Kommissionen weitgehend von der geleisteten Vorarbeit der IV-Regionalstellen, von den vollständigen Angaben der Versicherten und von der schnellen Abgabe des Arztberichtes abhängig. Gerade das letztere wird oft nur nach mehrmaliger Mahnung erreicht.

Lobend heben auch einige *IV-Regionalstellen* hervor, daß den Eingliederungsbestrebungen von industrieller Seite immer mehr Verständnis entgegengebracht wird. Die Versicherten selbst bekunden im allgemeinen ihr Einverständnis mit den getroffenen Maßnahmen und erleichtern damit ihre Eingliederung.

Anrechnung von AHV-Beitragszeiten in den ausländischen Rentenversicherungen

In der schweizerischen AHV und IV entsteht der Anspruch auf ordentliche Renten für Schweizerbürger bekanntlich schon nach einem einzigen vollen Beitragsjahr. Ausländer erwerben unter Vorbehalt abweichender staatsvertraglicher Bestimmungen diesen Rentenanspruch dagegen erst nach zehnjähriger Beitragsentrichtung. Auf Grund von Sozialversicherungsabkommen gelten indessen heute für die Staatsangehörigen von vierzehn Ländern besondere Mindestbeitragsdauern. Die Mehrzahl dieser Abkommen verlangt für den Regelfall fünf Beitragsjahre; in den jüngsten, seit Einführung der IV und der Pro-rata-temporis-Berechnung der Renten, d. h. nach dem 1. Januar 1960 abgeschlossenen Abkommen wird, unter völliger Gleichstellung der begünstigten Staatsangehörigen mit den Schweizerbürgern, die Mindestbeitragsdauer auf ein Jahr herabgesetzt. Die zuletzt erwähnte Regelung gilt zur Zeit für italienische und jugoslawische Staatsangehörige; für die Deutschen steht sie bevor.

Die Gesetzgebungen der meisten Vertragsstaaten weisen im Vergleich zur Schweiz bedeutend längere Mindestbeitragsdauern für die Begründung eines Rentenanspruches auf, unterscheiden dagegen in der Regel nicht zwischen Einheimischen und Ausländern. Häufig findet sich bezüglich der Bedingungen eine Zweiteilung: Altersrenten einerseits, mit einer Mindestbeitrags- bzw. -versicherungsdauer (gelegentlich auch Wartezeit genannt) von fünfzehn Jahren, und Hinterlassenen- sowie Invalidenrenten andererseits mit einer Wartezeit von fünf Jahren.

Wenn die Schweiz beim Abschluß von Staatsverträgen in den Jahren vor 1960 die Mindestbeitragsdauer für die Angehörigen des Partnerstaates auf fünf Jahre herabsetzte, so verlangte sie jeweils, soweit nötig, das Gegenrecht für ihre Landsleute. Erforderlich war eine solche Regelung dort, wo die Entstehung eines Rentenanspruches beim Partnerstaat eine fünf Jahre übersteigende Mindestbeitrags- oder -versicherungsdauer zur Voraussetzung hatte, also in den Fällen von fünfzehn jähriger Wartezeit bei Altersrenten. Die betreffenden Staaten gewährten, dem international allgemein angewandten Prinzip der «Totalisation der Versicherungszeiten» folgend, die Gegenleistung in Form einer Anrechnung schweizerischer Versicherungszeiten auf ihre fünf Jahre übersteigenden Wartezeiten.

Dieselbe Lösung wird beim neuen Vertragstyp, d. h. in den Abkommen mit Italien und Jugoslawien aus dem Jahre 1962 und im Abkommen mit der Bundesrepublik Deutschland vom Februar 1964, das gegen-

wärtig den eidgenössischen Räten zur Genehmigung unterbreitet ist, in noch erweitertem Umfang angewandt: die genannten Länder totalisieren auf Grund der Vertragsbestimmungen schweizerische Versicherungszeiten praktisch in allen Fällen, wo die Wartezeit mit Beiträgen gemäß ihrem innerstaatlichen Recht allein nicht erfüllt wird. Im Ergebnis bedeutet das, daß ein Schweizer in diesen Ländern ungeachtet der verhältnismäßig langen Wartezeiten von fünf oder fünfzehn Jahren ebenfalls bereits nach einem einzigen Beitragsjahr einen Leistungsanspruch besitzt, sofern er genügend schweizerische AHV-Zeiten zur Auffüllung der Lücke nachweisen kann. Er befindet sich in jenen Ländern hinsichtlich der Entstehung eines Leistungsanspruchs somit in der gleichen Lage, wie die Bürger dieser Staaten in der schweizerischen AHV und IV.

Die Liste der Vertragspartner, die gegenwärtig auf Grund getroffener Vereinbarungen schweizerische Versicherungszeiten in der einen oder anderen Weise totalisieren, umfaßt folgende Staaten (alphabetische Reihenfolge): Bundesrepublik Deutschland, Italien, Jugoslawien, Luxemburg, Niederlande, Oesterreich und die Tschechoslowakei. Auch das Fürstentum Liechtenstein ist in diesem Zusammenhang aufzuführen, wengleich die mit diesem Nachbarland gewählte und als «Integration» bezeichnete Regelung eine besondere Lösung darstellt.

Es mag auffallen, daß Frankreich in der vorstehenden Liste als einziger Nachbarstaat der Schweiz nicht figuriert. Diese Tatsache findet ihre Erklärung darin, daß das französische System auch im Versicherungsfall des Alters Renten schon nach bloß fünfjähriger Beitragsdauer gewährt. Wohl sind diese Leistungen in Anbetracht der kurzen Versicherungsdauer verhältnismäßig klein («Renten» werden bei Versicherungsdauern von fünf bis zu fünfzehn Jahren gewährt; ab fünfzehn Jahren Beitragsentrichtung entsteht Anspruch auf «Pension», Vollpension gibt es bei mindestens dreißig Beitragsjahren), maßgebend war jedoch, daß nach fünf Beitragsjahren in beiden Staaten Anspruch auf wiederkehrende Leistungen im Altersfall ohne Berücksichtigung fremder Beitragszeiten entstehen kann, weshalb eine Totalisation im Abkommen entbehrlich war. Die in absehbarer Zeit vorzunehmende Revision des aus dem Jahre 1949 stammenden schweizerisch-französischen Abkommens wird Gelegenheit bieten, die Totalisationsfrage erneut zu prüfen.

Durchführungsfragen der AHV und IV

Zur Erfassung der «Blankglaser»

Der Blankglaser ist ein hauptsächlich in der Ostschweiz ansässiger Spezialhandwerker, der für Glasgroßhandlungen bei Bauten die Verglasungsarbeiten auf Beton und Eisen vornimmt. Er erhält einen Akkordlohn. Laut Typvertrag liefert der Glasgroßhändler Glas und Kitt, verlangt Arbeitsrapporte, überzeugt sich davon, daß der Blankglaser und seine Hilfskräfte gegen Unfall versichert sind und ist bei der Übergabe der fertigen Arbeit an den Bauherrn anwesend. Der Glasgroßhändler hat auch ein Weisungsrecht.

Der Blankglaser entlohnt seine Hilfskräfte und trägt die Spesen, was jedoch bei der Festsetzung des Akkordlohnes berücksichtigt wird. Ein eigentliches Geschäftsrisiko nach der Art eines freien Unternehmers trägt der Blankglaser nicht.

Eine kantonale Rekurskommission hatte zu entscheiden, ob die Blankglaser AHV-rechtlich als Selbständig- oder Unselbständigerwerbende zu behandeln seien. Sie kam zum Schluß, die Merkmale der unselbständigen Erwerbstätigkeit überwögen, und der Glasgroßhändler habe für die Blankglaser abzurechnen. Dies ist auch die Ansicht des Bundesamtes für Sozialversicherung. Auf Anfrage hin hat es der «Vertglas» (Genossenschaft der Schweizerischen Glasgroßhändler) diese Auffassung bekannt gegeben. Sollten Ausgleichskassen Blankglaser zu ihren Mitgliedern zählen, dann haben sie dafür zu sorgen, daß diese Akkordnehmer als Unselbständigerwerbende erfaßt werden. Es ist Pflicht der Glasgroßhändler als Arbeitgeber für diese Handwerker mit der zuständigen Ausgleichskasse abzurechnen.

Angeborene Oligophrenie; Behandlung erethischen und apathischen Verhaltens

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat zur Frage der Abgabe beruhigender Medikamente an Versicherte, die an erethischer Idiotie leiden, Stellung genommen (s. ZAK 1965, S. 547). Auf Grund der Erwägung, daß im konkreten Falle auch mit einer bloß teilweisen Erwerbsfähigkeit nicht werde gerechnet werden können, wurde der Anspruch auf medikamentöse Behandlung abgewiesen, wobei offen blieb, ob es sich dabei um ein dauernd oder periodisch behandlungsbedürftiges Leiden handle (Art. 2, Abs. 2, IVV). Mit Inkrafttreten der neuen Verordnung

über Geburtsgebrechen am 1. September 1965 besteht in dieser Hinsicht eine neue Rechtslage. Ziffer 403 von Artikel 2 dieser Verordnung führt nämlich die konnatale Oligophrenie als Geburtsgebrechen auf, wenn auch, dem heutigen Stande der medizinischen Wissenschaft entsprechend, lediglich die Behandlung erethischen und apathischen Verhaltens auf Grund von Artikel 13 IVG zu Lasten der IV erfolgen kann. Sofern nicht vollständige Bildungsunfähigkeit erwiesen ist, haben derartige Kinder deshalb inskünftig Anspruch auf Behandlung der genannten Begleiterscheinungen der Oligophrenie.

Ausnahmefälle beim Strabismus concomitans ¹

ZAK 1965, Seite 184, äußerte sich zur Frage des Strabismus. Seither hatte sich die IV mit weiteren Fällen zu befassen, die einer zusätzlichen Erläuterung bedürfen.

Wenn in der Regel beim einseitigen Schielen die Sehschwäche (Amblyopie von 0,2 und weniger) und beim Wechselschiel der Schielwinkel (mindestens 30 °) entscheidend sind, ob gemäß Artikel 1, Absatz 2, GgV Leistungen der IV zugesprochen werden können, so können solche auch gewährt werden, wenn beim Strabismus unilateralis die Amblyopie noch nicht so hochgradig (0,2) ist, der Schielwinkel jedoch, bei korrigierter Refraktionsanomalie und beim Blick in die Ferne mindestens 30 ° beträgt.

Zusätzliche Schielabweichungen von der Horizontallinie (Strabismus sursum oder deorsum vergens) erschweren das Krankheitsbild und dessen Behandlung; sie sind deshalb in Grenzfällen entsprechend zu berücksichtigen.

Motorfahrzeuge: Ersatz von Fahrzeugen, die ohne Kostenbeteiligung der IV angeschafft wurden; Reparaturkosten ²

Gemäß neuester Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes schließt Artikel 78, Absatz 2, IVV die Ausrichtung von Amortisationsbeiträgen an vom Versicherten selbst angeschaffte Motorfahrzeuge aus, wenn ein entsprechendes Begehren nicht innert sechs Monaten bei der IV gestellt wird (s. ZAK 1965, S. 557).

In derartigen Fällen ist die IV jedoch grundsätzlich zur Übernahme der auf den Arbeitsweg zurückzuführenden Reparaturkosten verpflichtet. Erweist es sich bei Prüfung dieser Frage, daß die Übernahme der Reparaturkosten für die IV unwirtschaftlich wäre, so ist die Frage der

¹ Aus IV-Mitteilungen, Nr. 65

² Aus IV-Mitteilungen, Nr. 66

Abgabe eines neuen Fahrzeuges bzw. die Gewährung von Amortisationsbeiträgen an einen vom Versicherten selbst neu gekauften Wagen zu prüfen.

Zuständigkeit für die Gewährung von Taggeldern ¹

Das Bundesamt für Sozialversicherung ist in letzter Zeit wiederholt angefragt worden, ob die Zusprechung von Taggeldern zu den von der IV gewährten Eingliederungsleistungen in den Zuständigkeitsbereich der IV-Kommissionen oder in denjenigen der Ausgleichskassen falle.

Wie in den Richtlinien für die Gewährung von Taggeldern in der IV vom 22. Januar 1960 in Abschnitt D I und II ausgeführt wird, ist es grundsätzlich Sache der Ausgleichskasse, sowohl die Anspruchsvoraussetzungen für das Taggeld abzuklären und über den Anspruch zu entscheiden, wie auch das Taggeld zu bemessen (vgl. Art. 54, Abs. 1, Buchst. c, IVG). Diese Regelung ist nicht zuletzt deshalb getroffen worden, weil die IV-Kommission auf Grund der ihr bei der Beschlußfassung über die Eingliederungsmaßnahmen zur Verfügung stehenden Unterlagen meistens gar nicht in der Lage wäre, über den Taggeldanspruch und die Höhe desselben zu befinden. Dagegen ist es ihr in der Regel möglich, die Aufgabe der Ausgleichskassen zu erleichtern, indem in der Beschlusses-Mitteilung nebst der Präzisierung der Art, der voraussichtlichen Dauer und der Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen auch noch Angaben vermittelt werden, die unmittelbar für die Abklärung und Festsetzung des Taggeldanspruches von Bedeutung sind, so namentlich in bezug auf die Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitsverhinderung oder über Art und Zeit der zuletzt voll ausgeübten Tätigkeit.

Von dieser Regel besteht nun allerdings eine Ausnahme: Bei Wartezeiten obliegt es der IV-Kommission zu entscheiden, ob tatsächlich eine taggeldberechtigende Wartezeit im Sinne von Artikel 18, Absatz 1, IVV vorliegt und ein Anspruch auf ein Wartezeittaggeld gegeben ist und für wie lange dieses ausgerichtet werden kann, wobei sie einen entsprechenden Hinweis über ihren Entscheid zuhanden der Ausgleichskasse in der Beschlusses-Mitteilung anbringt (vgl. Richtlinien für die Gewährung von Taggeldern in der IV vom 22. 1. 60, Abschnitt D II 1, letzter Absatz). Auch hier ist es dann aber Sache der Ausgleichskasse, die übrigen Anspruchsvoraussetzungen abzuklären, den Taggeldbetrag festzusetzen, diesen zuzusprechen und auszuzahlen.

¹ Aus IV-Mitteilungen, Nr. 66

Einsicht in medizinische Akten durch den Arzt einer Eingliederungsstätte ¹

Es kommt vor, daß der Arzt, dem die medizinische Betreuung der In-saßen einer Eingliederungsstätte obliegt, vom Sekretariat der IV-Kommission Einsicht in die medizinischen Akten des von ihr eingewiesenen Versicherten verlangt. In einem solchen Fall darf der gesuchstellende Arzt nicht als Dritter im Sinne des Kreisschreibens vom 1. Februar 1965 über die Schweigepflicht und Akteneinsicht angesehen werden. Vielmehr ist er als medizinischer Mitarbeiter der mit der Eingliederung betrauten Institution aufzufassen, womit er unter den vom Geltungsbereich des genannten Kreisschreibens ausgeklammerten Personenkreis (Rz 2) fällt.

Dem in dieser Eigenschaft tätigen Arzt müssen alle Angaben und Unterlagen zur Verfügung stehen, die zur richtigen Ausführung des der Eingliederungsstätte von der IV-Kommission erteilten Auftrages notwendig sind. Wenn er Einsicht in die medizinischen Akten des von der IV-Kommission eingewiesenen Versicherten wünscht, hat das Sekretariat einem solchen Gesuch zu entsprechen, ohne daß hierfür eine Vollmacht des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters erforderlich wäre. Aus Gründen der Diskretion erscheint es jedoch angebracht, das medizinische Dossier in einem doppelten Umschlag zum Versand zu bringen, wobei der innere die folgende Aufschrift tragen sollte: «Dieser Umschlag enthält vertrauliche medizinische Mitteilungen und darf nur durch den Arzt geöffnet werden».

L I T E R A T U R H I N W E I S E

Kretschmer Anna Maria: Das schwachbefähigte Kind an der Normalschule. In Heft 30 der Schriftenreihe «Erziehung und Psychologie», Beihefte der Zeitschrift «Schule und Psychologie», Ernst Reinhardt Verlag, Basel, 89 S., 1964.

Lambert P., Albert A. und Frache C.: Problèmes de Rééducation Neuro-musculaire. Notre Expérience des Techniques de H. Kabat et de B. Bobath. In «Revue des Séminaires Belges de Réadaptation», 1964, Bd. 6, Nr. 2, S. 57—86, Verviers.

Landolt H.: Was muß der Epileptiker selbst zu seiner Heilung beitragen? Herausgegeben von der Schweizerischen Liga gegen Epilepsie, Fachverband der Schweizerischen Vereinigung Pro Infirmis und Mitglied der Internationalen Liga gegen Epilepsie. 15 S., Zürich, 1965.

¹ Aus IV-Mitteilungen, Nr. 66

Morel R., Peltier D. et Routier J.: La Réadaptation des asthmatiques. In «Réadaptation», revue mensuelle, Heft 116, 1965, S. 34—36, Paris.

Rossier A.: Über die Rehabilitation der Paraplegiker. In Nr. 3 der Acta clinica, Documenta Geigy, 112 S., J. R. Geigy SA., Basel, 1964.

Berufsvorbereitung der Hörgeschädigten und Sprachgeschädigten und ihre Eingliederung in das Erwerbsleben. Aufklärungsschrift, herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 8 S., Bonn, 1965.

Die Hörgeschädigten. Aufklärungsschrift, herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 24 S., 2. Auflage, Bonn, 1965.

Die Sprachgeschädigten. Aufklärungsschrift, herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 24 S., Bonn, 1964.

Die wirtschaftliche und gesellschaftliche Eingliederung Behinderter. Herausgegeben vom Bund Schweizer Militärpatienten, 217 S., Bern, 1965.

Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg/Schweiz. Ein Studienführer in Loseblattform. Erhältlich beim Sekretariat des genannten Institutes, Place du Collège 21, 1700 Freiburg.

Kindlicher Autismus. Erschienen in «Pro Infirmis», Nr. 6, Jg. 24, S. 181—202, Zürich, 1965. Mit Beiträgen von Feldmann H., Züblin W., Klimm H. und Junker K. S.

Les cardiaques dans la vie. Artikelfolge, erschienen in «Réadaptation», revue mensuelle, Heft 116, 1965, S. 6—22, Paris.

Orientation scolaire et professionnelle des jeunes handicapés physiques. Artikelfolge, erschienen in «Réadaptation», revue mensuelle, Heft 120, Paris, 1965.

Problèmes posés par la myopathie. Probleme der Myopathie (zu Lähmung führende Muskelerkrankungen). Artikelfolge, erschienen in «Réadaptation», revue mensuelle, Heft 118, S. 7—35, 1965, Paris.

MITTEILUNGEN

**Ergänzungsleistungen
im Kanton Freiburg**

Der Große Rat des Kantons Freiburg hat in seiner Sitzung vom 16. November 1965 das Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV einstimmig gutgeheißen. Die vorgesehenen Einkommensgrenzen entsprechen den im Bundesgesetz aufgeführten Höchstansätzen. Der Pauschalabzug vom Erwerbseinkommen und vom Jahresbetrag der Renten und Pensionen wurde auf 240 Franken bzw. 400 Franken festgesetzt. Ein Mietzinsabzug ist nicht vorgesehen.

**Familienzulagen
im
Kanton Schaffhausen**

In der Volksabstimmung vom 14. November 1965 wurde mit 9 844 Ja gegen 2 803 Nein eine Gesetzesänderung angenommen, wonach der Mindestansatz der Kinderzulage mit Wirkung ab 1. Januar 1966 20 Franken je Kind und Monat beträgt (vgl. ZAK 1965, S. 367).

**Verbands-
ausgleichskassen:
Errichtung,
Umwandlung,
Mitspracherecht**

Verbände, welche auf Januar 1948 keine Ausgleichskasse errichtet haben, können innert bestimmten Zeitabständen auf diesen Verzicht zurückkommen. Auf 1. Januar 1966 bot sich diese Gelegenheit zum vierten Male. Der Schweizerische Coiffeurmeister-Verband hat davon Gebrauch gemacht und auf nächstes Jahr eine eigene Ausgleichskasse errichtet.

Auf denselben Zeitpunkt waren die Gründerverbände berechtigt, weitere Verbände in den Kreis ihrer bestehenden Ausgleichskasse einzubeziehen. Das ist auf Anfang 1966 bei den Ausgleichskassen Tapezierer-Dekorateur, Photo und EXFOUR der Fall.

Gleichzeitig konnte das Mitspracherecht der Arbeitnehmerverbände im Kassenvorstand der Verbandsausgleichskassen neu geordnet werden. In zwei Fällen sind neue Anmeldungen eingegangen. Bei einer Ausgleichskasse haben die Arbeitnehmerverbände auf ihr Mitspracherecht verzichtet.

**Adressenverzeichnis
AHV/IV/EO**

Seite 9, Ausgleichskasse 30, Tapezierer-Dekorateur
Neuer Gründerverband: Verband Schweizerischer Möbel-
Detailisten

Seite 19, Ausgleichskasse 92, Photo
Neuer Gründerverband: Schweizerischer
Optiker-Verband

Seite 19, Ausgleichskasse 95, EXFOUR
Neue Gründerverbände: Verband deutschschweizerischer
Erziehungsinstitute und Privatschulen; Verband Kunst-
stoff verarbeitender Industriebetriebe der Schweiz

Auf Seite 22 neue Ausgleichskasse nachtragen:
Nummer und Kurzbezeichnung: 113 Coiffeure
Ausgleichskasse des Schweizerischen
Coiffeurmeister-Verbandes
Caisse de compensation de l'Association suisse
des maîtres coiffeurs

Cassa di compensazione dell'Associazione svizzera
dei padroni parrucchieri
Bern, Seilerstraße 7 / Postfach 2196, 3001 Bern
Tel. (031) 25 72 33 / Postcheckkonto 30-6215
Gründerverband:

Schweizerischer Coiffeurmeister-Verband

Seite 28, Kantonale Rekursbehörde Luzern
Neue Adresse:
Versicherungsgericht des Kantons Luzern
Hirschengraben 16, 6002 Luzern

Personelles

Anstelle des am 12. Januar 1965 verstorbenen Kassen-
leiters der Ausgleichskasse «Zürcher Arbeitgeber», Ar-
thur Frey, ist Walter Tobler gewählt worden.

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Beiträge

Urteil des EVG vom 31. Mai 1965 i. Sa. J. J.

Art. 4 AHVG. Der Eigentümer von Liegenschaften erzielt Erwerbseinkommen, wenn er sich nicht bloß auf deren vermögensmäßige Verwaltung im Rahmen des Ueblichen beschränkt, sondern sie überwiegend und in mehr oder weniger umfassender Weise betrieblich nutzt. Zu diesem Erwerbseinkommen gehört der Ertrag aus der Vermietung von möblierten Zimmern wie von unmöblierten Wohnungen. (Erwägungen 2 und 3)

J. J., der im Staatsdienst tätig ist, ließ sein Zehnfamilienhaus im Jahre 1953 derart umändern, daß es seither außer zwei unmöblierten Zweizimmerwohnungen und der von ihm benützten Wohnung achtzehn möblierte Zimmer umfaßt.

Es entstand Streit darüber, ob der Ertrag aus dieser Nutzung und Bewirtschaftung beitragsfreier Kapitalertrag oder beitragspflichtiges Erwerbseinkommen sei. Auf Berufung des BSV hin erkannte das EVG mit folgender Begründung auf Erwerbseinkommen:

1. Streitig ist, ob das Einkommen, das der Versicherte in den Jahren 1957/60 durch Nutzung und Bewirtschaftung seiner Liegenschaft erzielte, ganz oder teilweise als Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit zu betrachten sei.

Gemäß Art. 9, Abs. 1, AHVG gilt als Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit jedes Erwerbseinkommen, das nicht Entgelt für in unselbständiger Stellung geleistete Arbeit ist. Ob dieses Einkommen aus haupt- oder nebenberuflicher Tätigkeit stamme, ist unerheblich (Art. 8, Abs. 2, AHVG). Vom reinen Kapitalertrag schulden die Versicherten keine Beiträge, weil die bloße Verwaltung des eigenen Vermögens nicht Erwerbstätigkeit ist (Oswald, AHV-Praxis Nr. 56 ff.; EVGE 1957, S. 174; ZAK 1958, S. 28, und ZAK 1961, S. 171). Wie das EVG bereits im Fall W. (Oswald, AHV-Praxis Nr. 60; ZAK 1952, S. 97) entschieden hat, gilt die Vermietung von Wohnungen eines sogenannten Renditenhauses als Vermögensverwaltung, sofern diese Tätigkeit sich auf die Erträgnisse des Vermögensobjektes an sich beschränkt und nicht betrieblichen Charakter hat. Hingegen erkannte das Gericht damals, der Betrieb eines Appartementhauses unterscheide sich wesentlich von der bloßen Vermögensverwaltung, da er eine auf Erwerb gerichtete Tätigkeit in sich schließe und dadurch den Charakter einer wirtschaftlichen Unternehmung erhalte. An dieser Rechtsprechung ist festgehalten worden. So wurde die Tätigkeit einer alleinstehenden Frau, die zwölf der insgesamt vierzehn möblierten Zimmer ihres Hauses als Einzel- und Doppelzimmer vermietete und größtenteils selber reinigte und instandhielt, als selbständige Erwerbstätigkeit qualifiziert. Gleich bewertet wurde im Fall K. (s. ZAK 1965, S. 37) die Vermietung von rund vierzig möblierten Zimmern in vier Wohnhäusern, wo-

bei allein schon die Kontrolle des Mobiliarverschleißes und die periodische Erneuerung von Ausstattungsstücken als entscheidend angesehen wurde.

2. Nach den Akten steht fest, daß J. J. in seinem Haus achtzehn möblierte Zimmer vermietete, diese reinigen und instandhalten ließ und den Mietern zudem noch die Bettwäsche zur Verfügung stellte. Er nutzte sein Haus somit überwiegend als Appartementhaus. Daß er dies bloß nebenberuflich tat, ist unerheblich. Entscheidend ist, daß seine Tätigkeit — welcher die Arbeit der Hilfspersonen zuzurechnen ist — sich der Art nach von der im Rahmen des Ueblichen bleibenden rein vermögensmäßigen Nutzung einer ungefähr gleichwertigen Liegenschaft klar unterscheidet. Der Unterschied kommt hier übrigens auch darin zum Ausdruck, daß das Einkommen, das dem Versicherten aus dem umgeänderten Haus zufließt, nicht lediglich der Ertrag des im Rahmen des Ueblichen (d. h. als Renditenhaus) genutzten Vermögensobjektes ist, sondern der Gegenwert für die Gesamtleistung, die auch verschiedene Arbeitsleistungen zum Wohle des Mieters umfaßt. Übrigens wäre im vorliegenden Fall auf Grund der Erfahrung selbst dann, wenn keine Nebenleistungen erbracht würden, anzunehmen, die Leitung des Appartementbetriebes von achtzehn möblierten Zimmern sei als selbständige Erwerbstätigkeit zu bewerten, da der Vergleich dieser Tätigkeit mit der rein vermögensmäßigen Nutzung einer ungefähr gleichwertigen Liegenschaft einen Unterschied qualitativer Art erkennen läßt, der insbesondere in der notwendigen Kontrolle des Mobiliarverschleißes und in der periodisch erforderlichen Erneuerung von Ausstattungsstücken sowie im erhöhten Risiko in Erscheinung tritt. Daß die Sachlage, wie der Berufungsbeklagte behauptet, im Fall K. wesentlich anders gewesen sei als hier, trifft nicht zu. Zwar hat K. hauptberuflich rund vierzig möblierte Zimmer vermietet, dagegen zeitweise weder die Reinigung besorgt noch die Bettwäsche zur Verfügung gestellt. Allen Tatbeständen ist jedoch gemeinsam, daß die Eigentümer sich nicht bloß auf die vermögensmäßige Verwaltung ihrer Liegenschaften im Rahmen des Ueblichen beschränkten, sondern ihre Häuser überwiegend und in mehr oder weniger umfassender Weise betrieblich nutzten, um einen entsprechenden Gewinn zu erzielen. Entgegen der Auffassung der Vorinstanz kann nicht ausschlaggebend sein, wie stark die betriebliche Nutzung den Hauseigentümer und dessen Hilfspersonen beansprucht; denn es ließe sich nicht rechtfertigen, die größeren Appartementbetriebe wegen des erforderlichen Arbeitsaufwandes der Beitragspflicht zu unterstellen, die kleineren dagegen, trotz der Wesensgleichheit, von dieser Pflicht auszunehmen, weil der Arbeitsaufwand geringer wäre. Dabei ist zu beachten, daß «Erwerbseinkommen» und «Erwerbstätigkeit» Begriffe des AHV-Rechtes sind, für deren Umschreibung die privat- oder steuerrechtliche Betrachtungsweise nicht ohne weiteres maßgebend sein kann (s. EVGE 1959, S. 39; ZAK 1959, S. 207, Erwägung 3).

3. Somit ist die umstrittene Tätigkeit J. J.'s als Erwerbstätigkeit im Sinne von Art. 9, Abs. 1, AHVG zu betrachten. Nach der Praxis gilt in solchen Fällen das gesamte aus der Liegenschaft herausgewirtschaftete Einkommen (inklusive des Eigenzinses) als Erwerbseinkommen. Entgegen dem Eventualbegehren des Versicherten erfolgt in der Regel keine Differenzierung nach Einkommen, das durch die betriebliche Nutzung, und Einkommen, das anderswie, hauptsächlich durch reine Vermietung, erzielt wird. Gemäß dem Grund-

satz der einheitlichen Erfassung solchen Erwerbes entscheidet der überwiegende Charakter der Nutzungsart — betriebliche Nutzung oder bloße Vermögensverwaltung — über die gesamte AHV-rechtliche Erfassung oder Nichterfassung.

4. . . .

Urteil des EVG vom 9. Juni 1965 i. Sa. D. H.

Art. 9, Abs. 1, AHVG; Art. 6, Abs. 1, AHVV. Personen, die ihren Wohnsitz in der Schweiz haben, schulden auch vom Einkommen Beiträge, das sie im Ausland durch eine selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit erzielen. Nicht erforderlich ist, daß es nach der Schweiz transferiert werden kann.

D. H. ist Komplementärin einer Kommanditgesellschaft in der Schweiz und Inhaberin einer Einzelfirma im Ausland. Entsprechend der Steuermeldung setzte die Ausgleichskasse die Beiträge auch von dem im Ausland erzielten Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit fest. D. H. erhob Beschwerde, indem sie geltend machte, das im Ausland erzielte Einkommen könne nicht nach der Schweiz transferiert werden. Gegen den abweisenden Entscheid der kantonalen Rekursbehörde legte D. H. Berufung ein. Diese wurde vom EVG aus folgenden Erwägungen abgewiesen.

. . . Streitig ist lediglich, ob die Berufungsklägerin auch für denjenigen Teil ihres Erwerbseinkommens persönliche Beiträge zu entrichten habe, der wegen des ausländischen Transferverbotes nicht in die Schweiz überführt werden kann.

Es steht fest, daß die Berufungsklägerin ihren zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz hat und demgemäß obligatorisch versichert ist (Art. 1, Abs. 1, Buchst. a, AHVG). Bei der Unterstellung unter das Versicherungsobligatorium ist in erster Linie der Wohnsitz maßgebend. Dieser ist auch dementsprechend für die Beitragspflicht entscheidend. Es ist nicht erforderlich, daß auch die Erwerbstätigkeit in der Schweiz ausgeübt werde. Art. 1, Abs. 1, Buchst. b, AHVG, welcher die «natürlichen Personen, die in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben», dem Versicherungsobligatorium unterwirft, bezieht sich nur auf Personen, die keinen Wohnsitz in der Schweiz haben, sondern hier nur erwerbstätig sind. In diesem Sinn hat die Rechtssprechung schon wiederholt festgestellt, daß erwerbstätige Personen, die in der Schweiz domiziliert sind, schweizerische AHV-Beiträge vom gesamten Einkommen schulden, das sie dank einer im Inland oder Ausland entfalteten selbständigen oder unselbständigen Erwerbstätigkeit erzielen (s. EVGE 1959, S. 17; ZAK 1959, S. 482; ZAK 1957, S. 314; ZAK 1960, S. 308); vgl. auch Art. 6, Abs. 1, AHVG. Von ihrem Auslandeinkommen werden nur dann keine schweizerischen Beiträge erhoben, wenn auf sie Art. 1, Abs. 2, Buchst. b, AHVG (in Verbindung mit Art. 3 AHVV) anwendbar ist. Die von der Berufungsklägerin im Beschwerdeverfahren vertretene Auffassung, das im Ausland erzielte Einkommen sei für die persönlichen Beiträge nur maßgebend, wenn «die Tätigkeit im Ausland im Zuge der inländischen Erwerbstätigkeit vorgefallene», geht fehl. Gerade weil der Wohnsitz an sich schon Anknüpfungspunkt des Versicherungsobligatoriums und damit der Beitragspflicht ist, kommt es nicht darauf an, wo das Erwerbseinkommen erzielt wurde. Auch der ausschließlich im Ausland erzielte Erwerb ist für die Berechnung der Beiträge maßgebend.

Andernfalls müßten jene Personen, die in der Schweiz domiziliert sind, aber ihren Erwerb ausschließlich im Ausland erzielen, als Nichterwerbstätige behandelt werden.

Es ist unbestritten, daß das erwähnte Erwerbseinkommen im Ausland tatsächlich realisiert worden ist. Die Berufungsklägerin möchte aber das aus Gründen des ausländischen öffentlichen Rechts nicht transferierbare Einkommen als in der Schweiz nicht realisiert behandelt wissen. Sie hält dafür, ein in der Schweiz domizilierter Versicherter sei für Auslandseinkommen nur beitragspflichtig, wenn er darüber auch an seinem Wohnsitz verfügen könnte. Nur unter dieser Voraussetzung könnte das im Ausland erzielte Einkommen für die persönlichen Beiträge maßgebend sein. Dieser Auffassung ist indessen folgendes entgegenzuhalten:

Wenn gemäß Art. 1, Abs. 1, Buchst. a, AHVG der Wohnsitz genügt, um eine Person dem Versicherungsobligatorium zu unterstellen und — in Verbindung mit Art. 3 AHVG — der Beitragspflicht zu unterwerfen, ohne Rücksicht darauf, wo sie ihr Erwerbseinkommen erzielte, dann ist es grundsätzlich auch unerheblich, wo die Realisation dieses Einkommens eintritt. Für die Beitragspflicht in der Schweiz auf Grund ausländischen Einkommens genügt es somit, daß dieses im Ausland realisiert worden ist; denn eben erst mit der Realisation im Ausland wird es — in AHV-rechtlichem Sinn — erzielt als ausländisches Einkommen. Eine weitere, über diese Begriffsmerkmale hinausgehende Voraussetzung der Beitragspflicht läßt sich weder dem Gesetz noch der Vollziehungsverordnung entnehmen. Dabei liegt keineswegs etwa eine Unterlassung des Gesetzgebers vor, die als Gesetzeslücke im Sinne der gesetzlichen Ordnung auszufüllen wäre. Vielmehr sprechen gute Gründe dafür, daß die Berechnung der Beiträge nicht von ausländischen Devisenvorschriften abhängig gemacht und den Verwaltungsorganen der AHV nicht die kaum lösbare Aufgabe übertragen werden wollte, die wirtschaftliche Bedeutung von im Ausland realisiertem Einkommen für den in der Schweiz domizilierten Beitragspflichtigen abzuklären. Es ist nämlich durchaus damit zu rechnen, daß ausländisches Einkommen auch dann nutzbringend verwendet werden kann, wenn es ausländischen Devisenrestriktionen unterworfen ist.

In diesem Zusammenhang sei auf ein Urteil (EVGE 1959, S. 17) verwiesen, wo das EVG entschieden hat, daß für die Ermittlung des für die Beitragsberechnung maßgebenden Einkommens auch erhebliche ausländische Steuern nicht vom Roheinkommen abgezogen werden können (vgl. Art. 9, Abs. 2, AHVG). Jenem Entscheid liegt die Erkenntnis zugrunde, daß ausländische öffentlichrechtliche Eingriffe, die bereits realisiertes Einkommen begrifflich voraussetzen, die schweizerische Beitragspflicht nicht berühren. An diesem Grundsatz, der auch im vorliegenden Fall gilt, ist festzuhalten.

Es ergibt sich somit, daß es unzulässig ist, denjenigen Erwerbsteil der Berufungsklägerin, der infolge des ausländischen Transferverbotes nicht in die Schweiz überführt werden kann, von dem für die Beitragsberechnung maßgebenden Einkommen auszunehmen. Bei dieser Rechtslage sind die von der Versicherten im einzelnen vorgebrachten Einwände — insbesondere ihre devisenrechtlichen Überlegungen — für den Ausgang des Berufungsverfahrens nicht entscheidend. Es erübrigt sich deshalb, näher auf sie einzutreten. Die Berufung ist im Haupt- und Eventualantrag abzuweisen.

Renten

Urteil des EVG vom 13. Mai 1965 i. Sa. A. R.

Art. 23, Abs. 3, AHVG. Bis zum Erlaß einer zivilrichterlichen Ungültigerklärung hat auch die zweite Witwe eines Bigamisten, obwohl diese Ehe an einem Nichtigkeitsgrund leidet, Anspruch auf eine Witwenrente (Art. 120, Ziffer 1; Art. 132, Abs. 1 und 2, ZGB).

Der 1903 geborene ungarische Staatsangehörige hatte sich 1931 in Ungarn verheiratet. 1948 begab er sich ins Ausland und kehrte in der Folge nicht mehr in seine Heimat zurück. 1953 erwarb er die österreichische Staatsbürgerschaft und heiratete im gleichen Jahr die Schweizerbürgerin A. R. 1956 flüchtete die erste Ehefrau des Versicherten, deren Ehe nie aufgelöst worden war, aus Ungarn. 1960 konnte sie in die Schweiz einreisen (Flüchtlingsstatut). Nachdem der Versicherte 1961 gestorben war, wurde seine Bigamie bekannt. Die erste Ehefrau hatte sich bisher als seine Schwägerin ausgegeben, während die zweite Ehefrau angab, bis nach dem Ableben ihres Ehemannes vom Fortbestand seiner ersten Ehe nichts gewußt zu haben.

Während die 1895 geborene erste Ehefrau eine auf Grund der Beiträge des verstorbenen Versicherten berechnete einfache Altersrente erhielt, wurde die Auszahlung der Witwenrente der zweiten Ehefrau auf Grund einer Weisung des BSV durch die Ausgleichskasse bis zur Abklärung der zivilrechtlichen Verhältnisse sistiert und schließlich ein Rentenanspruch verneint. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hieß die kantonale Rekursbehörde gut mit der Begründung, daß die umstrittene zweite Ehe zivilrechtlich und damit auch AHV-rechtlich gültig sei und die Verwaltungsorgane nicht die Kompetenz hätten, vorfrageweise zivilrechtliche Verhältnisse zu beurteilen.

Dagegen legte das BSV Berufung ein, in der es u. a. ausführte, daß es nach schweizerischem Zivilrecht, auf welches das AHV-Recht abstellt, nicht zwei Witwen geben könne, daß aber eine Bereinigung der zivilrechtlichen Verhältnisse aus unbekanntem Gründen unterblieben sei. Da es einerseits nicht Sache der AHV sein kann, eine solche Abklärung, auf die die direkt betroffenen Instanzen offenbar verzichteten, vorzunehmen, die AHV sich aber andererseits auf eindeutige, klare zivilrechtliche Verhältnisse stützen können, sollte den AHV-Organen für ihre Belange die Möglichkeit zustehen, die zivilrechtlichen Verhältnisse vorfrageweise so zu beurteilen, wie es der Zivilrichter getan hätte, wenn es zu einem entsprechenden Urteil gekommen wäre. Da die zweite Ehe durch den Zivilrichter ungültig erklärt worden wäre, stellte das BSV den Antrag auf Wiederherstellung der einen Rentenanspruch verneinenden Verfügung der Ausgleichskassen, eventuell auf Aussetzung des letztinstanzlichen Urteils bis zum Ergang eines durch das zuständige AHV-Organ zu erlangenden zivilrechtlichen Urteils.

Das EVG hat die Berufung auf Grund folgender Erwägungen abgewiesen:

1. Das EVG hält sich um der Rechtseinheit willen an die Regel, daß Begriffe, denen im Privatrecht zum Schutz des öffentlichen Interesses oder der Persönlichkeit ein bestimmter Inhalt zuerkannt wird, im Bereich der Sozialversicherung gleich gehandhabt werden (EVGE 1960, S. 97; ZAK 1960, S. 316;

vgl. auch das bei Imboden, Schweiz. Verwaltungsrechtsprechung, 2. Aufl., S. 132 wiedergegebene Urteil des EVG vom 5. 12. 59; EVGE 1959, S. 273, betr. Arbeitslosenversicherung). Diese Praxis bezieht sich insbesondere auf die Beurteilung familienrechtlicher Statusfragen (EVGE 1953, S. 226; ZAK 1954, S. 74; EVGE 1959, S. 198, Erwägung 2; ZAK 1959, S. 492; EVGE 1961, S. 185; EVGE 1963, S. 221; ZAK 1964, S. 48). So ist ein Kind, das während der Ehe geboren wurde, aber nachweisbar nicht vom Ehemann abstammt, auch für das Gebiet der AHV als ehelich zu betrachten, wenn die Ehelichkeit nicht erfolgreich angefochten worden ist (Art. 252 ff. ZGB und EVGE 1956, S. 232; ZAK 1956, S. 478). Und die Witwe behält auch gemäß AHVG ihren Status solange bei, als sie nicht wieder heiratet oder der Zivilrichter nicht ihre durch den Tod aufgelöste Ehe als ungültig erklärt (EVGE 1956, S. 116; ZAK 1956, S. 348). Heiratet sie erneut, so verliert sie den Witwenstatus; eine spätere Ungültigerklärung dieser Ehe vermag daran nichts zu ändern, da die Ungültigerklärung gemäß Art. 132, Abs. 2, ZGB nur ex nunc wirkt (EVGE 1957, S. 56; ZAK 1957, S. 211).

Die Organe, die eidgenössisches Sozialversicherungsrecht anwenden, sind grundsätzlich nicht befugt, von einer gegebenen familienrechtlichen Lage abzuweichen und selbständig über Statusfragen zu befinden. In EVGE 1956, S. 62 (ZAK 1956, S. 318), worauf das BSV hinweist, ist nichts Gegenteiliges erklärt worden. Damals ging es übrigens gar nicht um die Frage des Status. Zu entscheiden war vielmehr, ob der Wortlaut von Art. 27, Abs. 2, AHVG dem gesetzlichen Zweck entspreche (vgl. auch EVGE 1956, S. 236; ZAK 1957, S. 39). Das Gericht kam zum Schluß, die gesetzliche Regelung sei nicht abschließend und bedürfe für gewisse Fälle der Ergänzung.

2. Im vorliegenden Rechtsstreit ist von niemandem bestritten worden, daß die Ehe des Versicherten und der Berufungsbeklagten nichtig war, weil der Ehemann, als er diese Ehe schloß, schon verheiratet war (Art. 120, Ziffer 1, ZGB). Eine Nichtigerklärung ist indessen nicht erfolgt. Diese Ehe hat deshalb die Wirkung einer gültigen Ehe (Art. 132, Abs. 2, ZGB). Die Berufungsbeklagte ist somit als Witwe anzusehen und hat auf Grund von Art. 23 AHVG Anspruch auf eine Witwenrente, da sie im Zeitpunkt der Verwitwung das 40. Altersjahr zurückgelegt hatte und während mehr als 5 Jahren verheiratet war. Ob anders zu entscheiden wäre, wenn man annehmen müßte, die Berufungsbeklagte mache diesen Anspruch auf rechtsmißbräuchliche Weise geltend, kann offen gelassen werden; denn ein solcher Tatbestand ist nicht erwiesen, d. h. es ist nicht nachgewiesen, daß die Berufungsbeklagte im Zeitpunkt der Trauung bösgläubig war. Dieser Nachweis ließe sich, wie aus der Berufungsschrift geschlossen werden muß, auch nicht durch die Briefe erbringen, welche die erste Ehefrau besitzen soll. Insbesondere wäre das Schreiben vom 9. Januar 1952, auf welches das BSV vor allem abstellt, dazu nicht geeignet. Danach soll der Versicherte seiner ersten Frau mitgeteilt haben, «seine Freundin (d. h. die Berufungsbeklagte) schließe sich seiner Bitte an, sie möchte ihn freigeben». Die Berufungsbeklagte macht demgegenüber geltend, sie habe die erwähnten Briefe nicht gekannt und beherrsche übrigens die ungarische Sprache nicht. Vom wahren Sachverhalt habe sie erst nach dem Tod ihres Mannes Kenntnis bekommen. Bis zu jenem Zeitpunkt habe sie geglaubt, die erste Ehe ihres Mannes sei nach dessen Flucht aus Ungarn geschieden worden. — Bei dieser Sachlage ist von der Edition

der angerufenen Briefe abzusehen. Auch kann dahingestellt bleiben, ob die Bösgläubigkeit, wäre sie nachgewiesen, für sich allein den Rechtsmißbrauch zu begründen vermöchte.

3. Der Eventualantrag des BSV, «das letztinstanzliche Urteil sei bis zum Ergang eines durch das zuständige AHV-Organ zu erlangenden zivilrichterlichen Urteils auszusetzen», ist ebenfalls abzuweisen, zumal die Ungültigkeit einer Ehe erst wirksam wird, «nachdem der Richter die Ungültigerklärung ausgesprochen hat» (Art.132, Abs.1, ZGB). Ob das Urteil in einem Fall auszusetzen wäre, in dem gegen die Witwe eines Bigamisten der dringende Verdacht bestünde, sie sei beim Abschluß der Ehe bösgläubig gewesen (ZGB Art.122, Abs. 3), kann offen bleiben; denn ein derartiger Verdacht wird hier — wie schon ausgeführt — durch die Akten nicht begründet.

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 25. Mai 1965 i. Sa K. L.

Art. 5, Abs. 2 und Art. 12, Abs. 1, IVG. Die Kosten medizinischer Vorkehren dürfen dann nicht der IV belastet werden, wenn überhaupt keine Möglichkeit besteht, daß diese Maßnahmen der Erwerbsfähigkeit eines nichterwerbstätigen Minderjährigen förderlich sein werden.

Der im Jahre 1950 geborene Versicherte wurde als anstaltsbedürftiger bildungsunfähiger Versicherter bei der IV angemeldet. Sein Vater ersuchte um einen Kostgeldbeitrag an den Aufenthalt in einem Heim, in welchem das Kind am 1. Oktober 1961 eingewiesen wurde. Aus dem von einem Arzt am 21. Februar 1962 erstatteten Bericht geht — gestützt auf Beobachtungen in den Jahren 1958 und 1959 — hervor, daß beim Versicherten neben verschiedenen Mißbildungen erethische (erregbare) Idiotie vorliegt, die besonders wegen ausgesprochener Unruhe schon 1958 zu mehrmonatiger Spitalbehandlung geführt hatte, wo die Unruhe medikamentös «ordentlich beeinflußt werden konnte». Das Kind könnte nicht geschult, aber praktisch wahrscheinlich noch etwas gefördert werden; die Ausübung einer Erwerbstätigkeit werde ihm kaum möglich sein. Die IV-Kommission gewährte vorerst einen vorläufig auf zwei Jahre befristeten Beitrag an den Heimaufenthalt und später gewisse medizinische Maßnahmen, die heute nicht zur Diskussion stehen. Am 13. Januar 1964 wurde der IV-Kommission gemeldet, der Knabe befinde sich seit dem 12. Juli 1963 wieder zuhause; er sei unrein, was einen großen Wäscheverschleiß zur Folge habe, und müsse ständig beaufsichtigt werden. Dem Gesuch entsprechend beschloß die Kommission, bis zur Volljährigkeit des Versicherten den Höchstbeitrag an die Hauspflege zu leisten. Sämtliche Verfügungen der kantonalen Ausgleichskasse erlangten unangefochten Rechtskraft.

Auf vorgedrucktem Formular ersuchte die ärztliche Leitung des erwähnten Heimes am 16. November 1964 die IV um Übernahme der Kosten für

beruhigende Medikamente, deren der Versicherte wegen der Erethie «für die Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen im Sinne der Erziehung, zur Mithilfe im Haushalt, im Garten bei landwirtschaftlichen Arbeiten, sowie zu selbständigem Sticken, Zeichnen und Malen unter Aufsicht» bedürfe. Die IV-Kommission lehnte dieses Begehren mit der Begründung ab, daß die erethische Idiotie kein Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG sei; die Übernahme auf Grund von Art. 12 IVG sei deshalb nicht möglich, weil die Behandlung des Knaben auf die Heilung des Leidens an sich und nicht auf die Wiedereingliederung gerichtet sei.

Die Beschwerde, welche der Vater des Versicherten gegen die Kassenverfügung vom 30. November 1964 erhob, hieß die Rekursbehörde am 18. Januar 1965 gestützt auf Art. 12 IVG gut. Sie stellte sich auf den Standpunkt, daß bei geistig geschädigten Kindern jede Maßnahme, die geeignet ist, auch nur eine minimale Erwerbsfähigkeit zu bewirken, gefördert werden müsse. Diesem Zweck diene im vorliegenden Fall eine intensive pädagogische Betreuung des immerhin bis zu einem gewissen Grad bildungsfähigen Knaben; die Betreuung werde aber durch die Verabreichung von Beruhigungsmitteln überhaupt erst ermöglicht.

Das BSV hat diesen Entscheid mit Berufung an das EVG weitergezogen. Es beantragt die Wiederherstellung der umstrittenen Kassenverfügung. Zur Begründung bringt es im wesentlichen folgendes vor: Der Knabe sei zwar praktisch bildungsfähig, doch müßten die verordneten Dämpfungsmittel dauernd abgegeben werden, da sie keinen heilenden Einfluß hätten, sondern lediglich symptomatisch wirkten. Die Behandlung erfülle deshalb die zeitlichen Voraussetzungen des Art. 2 IVV nicht. Überdies sei beachtlich, daß sich der Knabe wieder bei seinen Eltern befinde und ihm offenbar keine zielgerichtete Förderung im Sinne einer Sonderschulung oder beruflichen Vorbereitung zuteil werde.

Das EVG hieß die vom BSV eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Es ist streitig, ob dem Versicherten wegen der erethischen Idiotie ein Anspruch auf medizinische Maßnahmen zustehe.

Art. 13 IVG bestimmt, daß minderjährige Versicherte Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen haben, sofern diese Gebrechen ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können. Die erethische Idiotie gilt nach der vom Bundesrat erstellten Liste nicht als Geburtsgebrechen. Deshalb steht dem Versicherten jedenfalls auf Grund des Art. 13 IVG kein Anspruch zu.

Es kann sich demnach lediglich fragen, ob sich ein Anspruch allenfalls aus Art. 12 IVG ableiten lasse, wonach einem Versicherten medizinische Maßnahmen gewährt werden, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbstätigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Wie in EVGE 1962, S. 308, näher dargetan wird, muß zunächst geprüft werden, ob die medizinisch indizierten Vorkehren der Behandlung des Leidens an sich angehören, welche den möglicherweise ebenfalls vorhandenen Eingliederungszweck stets überschattet. Dies trifft in der Regel dann zu, wenn die Vorkehren überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dienen. Gehören sie

nicht zur Behandlung des Leidens an sich, so ist abzuwägen, ob sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung im erforderlichen zeitlichen und maßlichen Umfang oder andern Zwecken dienen.

Für die Beurteilung der Frage, ob bei minderjährigen Versicherten Vorkehren vorwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und geeignet seien, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern, ist von Art. 5, Abs. 2, IVG auszugehen. Nach dieser Bestimmung gelten nichterwerbstätige Minderjährige mit einem körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als invalid, wenn der Gesundheitsschaden wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird. Daraus folgt einmal, daß man sich bei nichterwerbstätigen Minderjährigen hinsichtlich der Frage, ob ihre Invalidität Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen gibt, in den Zeitpunkt versetzen muß, da sie ins Erwerbsleben eintreten werden. Aus Art. 5, Abs. 2, in Verbindung mit Art. 12, Abs. 1, IVG ergibt sich ferner, daß die Kosten medizinischer Vorkehren im Sinn dieser letzten Bestimmung nicht der IV belastet werden dürfen, wenn überhaupt keine Möglichkeit besteht, daß diese Maßnahmen der Erwerbsfähigkeit des Versicherten förderlich sein werden. Demnach steht minderjährigen Versicherten mit absoluter Invalidität kein Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen zu. Andererseits haben auch bloß praktisch bildungsfähige Minderjährige Anspruch auf medizinische Maßnahmen, sofern damit gerechnet werden kann, daß sie, wenn auch nur in beschränktem Ausmaß, erwerbsfähig sein werden. Hierzu genügt es, wenn sie in einer Anstalt oder in einer geeigneten Familie zu arbeiten befähigt sind. Erforderlich ist aber, daß sie mit einer solchen Arbeit wenigstens teilweise ihren Unterhalt zu verdienen vermögen.

2. Im vorliegenden Fall bieten die Akten keinen Anhaltspunkt dafür, daß der versicherte Knabe voraussichtlich je einmal in diesem Sinne seinen Unterhalt mehr oder weniger werde selber verdienen können.

Urteil des EVG vom 18. Mai 1965 i. Sa. S. F.

Art. 13 IVG. Die in der GgV aufgeführten Gebrechen sind nur dann auf Kosten der IV zu behandeln, wenn vermutet werden darf, daß das in Art. 9 IVG umschriebene allgemeine Eingliederungsziel wenigstens möglicherweise erreichbar sei. (Erwägung 2)
Steht die volle und irreversible künftige Erwerbsunfähigkeit eines Kindes fest, so hat es keinen Anspruch auf medizinische Eingliederungsmaßnahmen zu Lasten der IV. (Erwägung 3)

Die 1952 geborene Versicherte leidet an verschiedenen Geburtsgebrechen (Little'sche Krankheit, Mißbildung beider Hüftgelenke, Defekte der Füße) und ist schwachsinnig. Die Ärzte einer Klinik nahmen von 1954 an verschiedene orthopädische Eingriffe vor: 1954 wurden die Hüften eingerenkt (reponiert), 1960 erfolgten beidseits intertrochantere Varisations- und Derotations-Osteotomien (Knochenschnitt zur Stellungskorrektur) und 1961 wegen der Plattfüße verschiedene Operationen. Die Kosten der Eingriffe wurden seit 1960 von der IV übernommen, ohne daß die Versicherte eines freien selbständigen Gehens fähig geworden wäre.

Anschließend an die Operation des Jahres 1960 traten erstmals epileptische Anfälle auf, und die früher auffällig ruhige Versicherte wurde bösartig. Sie wurde in eine Anstalt eingewiesen, welche eine höchstwahrscheinlich pränatale Epilepsie wegen angeborener cerebraler Kinderlähmung diagnostizierte. Die IV kam auch für die Behandlung der Epilepsie auf, die sie ebenfalls als Geburtsgebrechen betrachtete. Anfangs Juni 1964 teilte die Anstalt der IV-Kommission mit, die Versicherte sei seit dem 24. April 1964 zum zweiten Male hospitalisiert worden und es könnten — wie bereits beim ersten Klinikaufenthalt — sehr viele Anfälle beobachtet werden. Der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär; sie sei nicht schulungsfähig und werde nie erwerbsfähig sein; wegen der Invalidität und der Unruhe der Versicherten könne man sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht befördern. Rund ein Jahr vorher hatte eine Klinik der IV-Kommission gegenüber noch die Auffassung vertreten, es dürfe damit gerechnet werden, daß die Versicherte bei geeigneter Behandlung später zu leichteren Hilfsarbeiten taugen werde. Am 30. Juni 1964 beschloß die IV-Kommission, vom 1. Juli 1964 an keine medizinischen Maßnahmen mehr zu gewähren: Auf Grund der Unterlagen müsse endgültig angenommen werden, daß die Versicherte nie im Sinne des IVG eingliederungsfähig sein werde.

Gegen die Kassenverfügung vom 3. August 1964, die diesen Beschluß eröffnete, beschwerte sich der Vater der Versicherten bei der kantonalen Rekurskommission. Er machte geltend, daß die Behandlung der Geburtsgebrechen weiterhin notwendig sei, weshalb die IV die entsprechenden Leistungen erbringen müsse.

Durch Entscheid vom 10. November 1964 wies die kantonale Rekurskommission die Beschwerde ab mit folgender Begründung: Versicherte hätten wegen Geburtsgebrechen nur dann Anspruch auf medizinische Maßnahmen, wenn eine gewisse Aussicht auf Heilung oder Besserung bestehe. Das treffe nach den Angaben der Anstalt bei der Versicherten nicht zu.

Den kantonalen Rekursentscheid hat der Vater der Versicherten durch Berufung an das EVG weitergezogen mit dem Begehren, weiterhin medizinische Maßnahmen zu gewähren. Er vertritt die Auffassung, daß Maßnahmen im Zusammenhang mit Geburtsgebrechen grundsätzlich immer dann zu Lasten der IV gingen, wenn sie medizinisch angezeigt seien. Daß Aussicht auf Erlangung der Erwerbsfähigkeit besteht, sei nicht erforderlich. Die Ausgleichskasse stellt keinen Antrag. In seinem Mitbericht schließt sich das BSV der vom Vater der Versicherten vertretenen Ansicht an und beantragt die Gutheißung der Berufung. Das BSV geht davon aus, daß die Geburtsgebrechen begrifflich weder zu den Krankheiten noch zu den Unfällen gehörten und daher von der Kranken- und Unfallversicherung nicht gedeckt würden. Die Einführung der IV habe Anlaß gegeben, diese Lücke zu schließen und alle medizinischen Maßnahmen wegen Geburtsgebrechen in die IV einzubeziehen. Einzig Bagatellfälle würden außer Acht gelassen, indem die Behandlung der in der bundesrätlichen Liste mit Stern (*) bezeichneten Gebrechen nicht zu Lasten der IV gehe, wenn im Einzelfall das Gebrechen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten offensichtlich nicht zu beeinflussen vermöge. Dagegen hätten schwerinvaliden Kinder trotz späterer Erwerbsunfähigkeit Anspruch auf alle medizinischen Maßnahmen zur Behandlung der in der bundes-

rätlichen Liste enthaltenen Geburtsgebrechen. Diese Liste führe denn auch eine Anzahl von Gebrechen an, welche die Bildungsunfähigkeit der Betroffenen in sich schlossen. Nach Abschluß des Rechtschriftenwechsels hat die Anstalt dem Gericht noch mitgeteilt, daß die Versicherte auch unter Berücksichtigung der Entwicklung bis zur Volljährigkeit zu 100 Prozent erwerbsunfähig sein werde.

Das EVG wies die Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Gemäß Art. 13 IVG haben minderjährige Versicherte Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen 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. Diesem Auftrag ist der Bundesrat in der GgV nachgekommen.

Auszugehen ist von der Tatsache, daß die Behandlung von Geburtsgebrechen nach der Systematik des Gesetzes eine Eingliederungsmaßnahme darstellt und daß die Eingliederungsmaßnahmen grundsätzlich durch Art. 9 IVG beherrscht werden. Gemäß Abs. 1 dieser Bestimmung besteht Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen, «soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern». Weitergehende Leistungen werden allerdings in dem ebenfalls unter den Eingliederungsmaßnahmen figurierenden Art. 20 IVG zugestanden, der von den Pflegebeiträgen an Bildungsunfähige handelt. Daß Art. 13 gleich wie Art. 20 IVG einen Anspruch auf Leistungen ohne Eingliederungscharakter gäbe, läßt sich aber nicht sagen. Art. 20 IVG ist seinem Wortlaut nach unmißverständlich Ausnahmebestimmung, die keinen Eingliederungszweck verfolgt; das trifft für Art. 13 IVG nicht zu, da hier die Maßnahme nach dem Wortlaut der Bestimmung mit der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit in Zusammenhang steht. Art. 9 IVG beherrscht somit auch Art. 13 IVG und erlaubt nicht, der IV Behandlungen von Geburtsgebrechen zu überbinden, wenn überhaupt keine Möglichkeit besteht, daß diese Maßnahmen der Erwerbsfähigkeit des Versicherten förderlich seien. Da Art. 13 IVG den Anspruch auf Behandlung schon bejaht wissen will, wenn das Gebrechen die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen kann, muß für die Gewährung von Maßnahmen allerdings die bloße Möglichkeit einer Förderung der späteren Erwerbsfähigkeit genügen. Wenn in der bundesrätlichen Botschaft zum IVG (S. 43) ausgeführt wird, es dürfe im Einzelfall darauf verzichtet werden, die Frage der künftigen Erwerbsfähigkeit zu beantworten, so kann dies nur bedeuten, daß die Aufnahme eines Gebrechens in die GgV die Vermutung begründe, das Leiden werde die künftige Erwerbsfähigkeit des Betroffenen beeinträchtigen. Diese Vermutung ist aber widerlegt, wenn es auch bei Berücksichtigung der weiteren Entwicklung bis zur Volljährigkeit naturwissenschaftlich als sicher erscheint, daß das gebrechliche Kind nie wird erwerbstätig sein können. Hiefür sprechen auch die Ausführungen des Berichtes der Expertenkommission (S. 61). Darnach sollen bei Geburtsgebrechen nur die zur Erreichung des gesteckten Zieles notwendigen medizinischen Maßnahmen gewährt werden und nur diejenigen, die geeignet sind, eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit herbeizuführen.

Wäre übrigens jede Behandlung eines auf der Liste enthaltenen Gebrechens ohne Rücksicht auf ihre Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit zu übernehmen, dann hätte das IVG folgerichtig bestimmen müssen, daß die Hilfsmittel, ohne welche die Gewährung medizinischer Maßnahmen oft praktisch nutzlos wäre, selbst denjenigen unter Art. 13 IVG fallenden Versicherten zukommen, die mit Sicherheit nie erwerbsfähig sein werden. Art. 21 IVG knüpft aber die Abgabe von Hilfsmitteln an die Bedingung, daß sie für das Erwerbsleben notwendig seien, weshalb ein Bildungsunfähiger keinen Anspruch darauf erheben kann. Hieraus muß geschlossen werden, daß minderjährigen Versicherten mit absoluter Invalidität überhaupt kein Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen zusteht. Bei einem solchen Sachverhalt fällt nur noch die Ausrichtung von Pflegegeldern gemäß Art. 20 IVG in Betracht, die — wie bereits gesagt — keine Eingliederungsmaßnahmen darstellen.

2. Das BSV, das die Behandlung jedes auf der Liste erwähnten Gebrechens unabhängig von den Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit des einzelnen Versicherten grundsätzlich der IV belasten will, geht offenbar davon aus, die in Art. 13 IVG erwähnte Erwerbsfähigkeit sei ein abstrakter, unpersönlicher Begriff, im Gegensatz zur Bedeutung dieses Ausdruckes in allen andern einschlägigen Gesetzesstellen (z. B. Art. 9, 12, 17 IVG) und in der gesamten Sozialversicherung überhaupt. Indessen kann die Erwerbsfähigkeit im Sinne des IVG nur als eine Eigenschaft von Menschen verstanden werden, die in irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens in der Lage sind oder voraussichtlich sein werden, irgendeine — wenn auch noch so bescheidene — nutzbringende Tätigkeit auszuüben. Wenn also Art. 13 IVG den minderjährigen Versicherten Anspruch auf die Behandlung von Geburtsgebrechen gibt, die «ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können», so kann damit nichts anderes gemeint sein als eine Beeinträchtigung derjenigen Erwerbsfähigkeit, die jeder einzelne dieser Minderjährigen zum mindestens möglicherweise im Erwerbsalter haben wird. Das drückt der italienische Text von Art. 13 IVG besonders klar aus, indem er von der Erwerbsfähigkeit derjenigen Versicherten spricht, von welchen diese Norm handelt: «Gli assicurati minorenni hanno diritto a tutti i provvedimenti sanitari necessari per la cura delle infermità congenite, che possono sminuire la loro capacità al guadagno...»

Was die weitere Behauptung des BSV betrifft, daß die Geburtsgebrechen begrifflich nicht zu den Krankheiten gehörten und daher von der Krankenversicherung nicht gedeckt würden, so ist immerhin auf den seit 1. Januar 1965 geltenden Art. 5, Abs. 3 und 4, KUVG hinzuweisen. Hieraus läßt sich schließen, daß die Krankenkassen die Aufnahme von Kindern aus gesundheitlichen Gründen — also auch wegen Geburtsgebrechen — nicht verweigern können; es steht ihnen bloß die Möglichkeit offen, einen Versicherungsvorbehalt anzubringen, der aber spätestens nach fünf Jahren dahinfällt. Das wird durch Art. 14 der Verordnung III vom 15. Januar 1965 bestätigt; denn darnach sind die Geburtsgebrechen den Krankheiten gleichgestellt, für die die gesetzlichen Pflichtleistungen zu erbringen sind. Und aus Art. 17 dieser Verordnung geht hervor, daß die Krankenkassen — wenn kein Versicherungsvorbehalt besteht — grundsätzlich leistungspflichtig sind, soweit die Be-

handlungskosten nicht zu Lasten der IV (oder einer andern Sozialversicherung) gehen.

Auch der Einwand des BSV, daß verschiedene in der GgV aufgeführte Leiden absolute Bildungsunfähigkeit bewirken, vermag am Ausgang des Verfahrens nichts zu ändern. Abgesehen davon, daß bei einzelnen vom BSV in diesem Zusammenhang genannten Geburtsgebrechen (z. B. Hydrocephalus, Kretinismus, angeborene Lipoidstoffwechselstörungen) die absolute Bildungsunfähigkeit kaum in jedem Falle feststeht, kann die GgV selbstverständlich nur insoweit Geltung beanspruchen, als sie sich im Rahmen des Gesetzes hält. Das bedeutet, daß die in der GgV aufgeführten Geburtsgebrechen nur dann auf Kosten der IV zu behandeln sind, wenn vermutet werden darf, das in Art. 9 IVG umschriebene allgemeine Eingliederungsziel sei wenigstens möglicherweise erreichbar.

3. Im vorliegenden Fall muß nach dem Bericht der Anstalt vom Juni 1964 und nach den im Berufungsverfahren eingeholten ergänzenden Auskünften dieser Anstalt mit Sicherheit angenommen werden, daß die Versicherte auch unter Berücksichtigung der weiteren Entwicklung bis zur Volljährigkeit nie erwerbsfähig sein wird. Der Vater der Versicherten stellt das gar nicht in Abrede. Steht aber die volle irreversible Erwerbsunfähigkeit des Kindes fest, so ist nach dem Gesagten der Anspruch auf Weiterführung der Behandlung materiell nicht begründet. Formell sind zwar der Versicherten durch eine rechtskräftige Verfügung vom 25. Juli 1963 medizinische Maßnahmen «bis zunächst 31. Dezember 1966» gewährt worden. Seither ist aber durch den Bericht der Anstalt vom Juni 1964 die Bildungsunfähigkeit der Versicherten festgestellt worden. Gestützt auf dieses neue entscheidende Beweismittel war die IV-Kommission berechtigt, die Verfügung vom 25. Juli 1963 zu revidieren und einen Anspruch auf medizinische Maßnahmen vom 1. Juli 1964 an zu verneinen. Gegen diese Verfügung vom 3. August 1964, durch die dieser Beschluß der IV-Kommission eröffnet wurde, läßt sich daher auch verfahrensrechtlich nichts einwenden.

Urteil des EVG vom 22. Mai 1965 i. Sa. D. R.

Art. 13 und Art. 28, Abs. 2, IVG; Art. 1, Abs. 2, GgV. Beeinträchtigt ein Hautfehler zwar die Eignung zu diesem oder jenem Beruf, aber nicht die Erwerbstätigkeit an sich, so besteht kein Anspruch auf eine IV-Leistung.

Die 1963 geborene Versicherte wurde bei der IV Mitte September 1964 mit dem Vermerk angemeldet, das Kind habe «Muttermale an der linken Achsel und am Bauch». Der behandelnde Arzt teilte der IV-Kommission am 4. Oktober 1964 mit, er habe bei der Versicherten am 26. August 1964 einzelne kleine Haemangiome (kleine Blutgefäßgeschwulste) über der linken Schulter und ein Haemangiom von der Größe eines Rappens am Bauch festgestellt. Die Veränderungen bestünden seit der Geburt, hätten aber auf den Schulbesuch und auf die berufliche Ausbildung keinen Einfluß. Die Röntgenbestrahlung sei eingeleitet worden. Die Ausgleichskasse eröffnete dem Vater der Versicherten mit Verfügung vom 24. Oktober 1964, die IV-Kommission habe

die Übernahme der Röntgenbehandlung durch Beschluß vom 14. Oktober 1964 abgelehnt. Der Vater der Versicherten beschwerte sich gegen die Verfügung und machte geltend, das Geburtsgebrechen beeinflusse die spätere Erwerbsfähigkeit, z. B. dann, wenn seine Tochter Mannequin zu werden beabsichtige.

Mit Entscheid vom 19. Februar 1965 wies die Vorinstanz die Beschwerde ab, weil die Erwerbsfähigkeit durch den «angeborenen Hautdefekt» (Ziffer *6 GgV) nicht beeinträchtigt werde. Der Vater hat Berufung eingelegt. Die Ausgleichskasse beantragt, die Berufung sei abzuweisen und teilt mit, daß das umstrittene Geburtsgebrechen nach der Auffassung des Arztes der IV-Kommission der Ziffer *97 der Geburtsgebrehensliste entspreche.

Das EVG wies die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

Die IV-Kommission hat angenommen, das umstrittene Geburtsgebrechen entspreche Ziffer *97 GgV (Haemangioma cavernosum = erhabenes Feuermal). Dies scheint nach dem ärztlichen Bericht als zutreffend. Übrigens würde sich am Ausgang des Streites nichts ändern, wenn es sich um ein Geburtsgebrechen im Sinne von Ziffer *6 GgV (angeborene Hautdefekte) oder Ziffer *9 GgV (Naevi und Xanthome — Muttermale und Gelbzellenmale) handeln sollte; denn auch diese Gebrechen sind in der bundesrätlichen Geburtsgebrehensliste mit einem Stern (*) bezeichnet, was gemäß Art. 1, Abs. 2, GgV bedeutet, daß keine medizinischen Maßnahmen zu gewähren sind, «wenn im Einzelfall das Gebrechen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten offensichtlich nicht zu beeinflussen vermag».

Unter Erwerbsfähigkeit versteht die Rechtsprechung die Fähigkeit, durch eine Tätigkeit auf dem gesamten in Betracht fallenden Arbeitsmarkt Einkommen zu erzielen (EVGE 1958, S. 92, Erwägung 2). Ihr Grad wird nach Art. 28, Abs. 2, IVG in der Weise ermittelt, daß das Einkommen, das der Versicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, mit dem Erwerbseinkommen verglichen wird, das er zu erreichen vermöchte, wenn er nicht invalid geworden wäre. Kann ein Versicherter — beispielsweise infolge Berufswechsels — nach Eintritt einer bleibenden Gesundheitsschädigung ebensoviel verdienen wie zuvor als Gesunder, so ist seine Erwerbsfähigkeit gemäß IVG nicht beeinträchtigt, ungeachtet des Umstandes, daß er möglicherweise im einen oder anderen Beruf nicht mehr oder nur beschränkt arbeitsfähig ist (vgl. für die entsprechende Regelung des MVG: EVGE 1964, S. 139, Erwägung 2 und S. 212, Erwägung 3). Das Gesetz kennt denn auch den Begriff der Berufsunfähigkeit nicht (vgl. dazu das anders konzipierte deutsche Recht: Georg Wannagat, Lehrbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 1, S. 261, und den Kommentar Jantz-Zweng zur deutschen Rentenversicherung, S. 73). Das gilt ebenfalls für die Auslegung des Begriffes der Erwerbsfähigkeit im Sinne von Art. 13 IVG und Art. 1, Abs. 2, GgV. Ein Geburtsgebrechen, das einem Kind voraussichtlich bloß den Zugang zum einen oder anderen Beruf erschwert oder verschließt, beeinflusst demzufolge die spätere Erwerbsfähigkeit offensichtlich nicht. So ist es auch im vorliegenden Fall. Selbst wenn angenommen werden müßte, der Versicherten werde infolge ihres Geburtsgebrehens der Zugang zum Beruf eines Mannequins oder zu einer ähnlichen Tätigkeit erschwert oder sogar verschlossen, wäre dies nach Art. 1, Abs. 2, GgV unbeachtlich. Die an-

gefochtene Verfügung und der Entscheid der Vorinstanz entsprechen somit dem Gesetz.

Urteil des EVG vom 20. April 1965 i.Sa. A.M.

Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 15, Abs. 1, IVV. Zum Zwecke der «funktionellen Angewöhnung» kann ein Hilfsmittel nur dann abgegeben werden, wenn diese Angewöhnung für die spätere Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich des Versicherten von Bedeutung ist. (Erwägung 1)

Von «Bedeutung» ist die Angewöhnung nur dann, wenn praktisch damit gerechnet werden kann, daß der Versicherte wenn nicht im Erwerbsleben, so doch in einem eigenen Aufgabenkreis tätig werde. (Erwägung 2)

Der 1901 geborene Versicherte leidet an einem multiplen Myelom (vom Knochenmark ausgehende Geschwulst). Nachdem er noch — mit Unterbrüchen — bis am 24. November 1963 gearbeitet hatte, war er vom 24. Februar bis 15. Mai 1964 in Spitalbehandlung. Zu diesem Zeitpunkt wurde er in bettlägerigem Zustand nach Hause entlassen. Am Entlassungstag meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV und verlangte u.a. Hilfsmittel; er wies darauf hin, daß man ihm im April 1964 im Spital ein Stützkorsett abgegeben habe. Die IV-Kommission beschloß am 28. August 1964, die Kosten des Korsetts nicht zu übernehmen, da es, wenigstens vorläufig nicht zur Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sei.

Gegen die Kassenverfügung vom 30. September 1964, durch die dieser Beschluß eröffnet wurde, beschwerte sich der Versicherte am 7. Oktober 1964 bei der kantonalen Rekurskommission. Er führte aus, daß er vor 2 Monaten zu Hause das Bett habe verlassen können, was ihm ohne das Stützkorsett nicht möglich gewesen wäre; überdies sollte ihm dieses Hilfsmittel erlauben, «sich dem Erwerbsleben wieder einzugliedern». Durch Entscheid vom 8. Dezember 1964 wies die kantonale Rekurskommission die Beschwerde ab mit der Begründung, im Zeitpunkt des Beschlusses der IV-Kommission sei nicht festgestellt, ob der Versicherte je wieder arbeitsfähig sein werde; er habe damals das Stützkorsett nicht für eine Eingliederung benötigt.

Den kantonalen Rekursentscheid hat der Versicherte durch Berufung an das EVG weitergezogen mit dem Begehren, die Kosten des Stützkorsetts der IV-Kommission zu belasten. Er macht in Ergänzung der Beschwerdevorbringen geltend, daß er zur Zeit des Beschlusses der IV-Kommission bereits die ersten Steh- und Gehversuche mit dem Korsett und zwei Krücken gemacht habe. Heute gehe er mit dem Invalidenstock selber zum Arzt. Er sei daher zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung gemäß Art. 15 IVV auf das Korsett angewiesen gewesen, und die Eingliederung ins Erwerbsleben könne erhofft werden. Die Ausgleichskasse enthält sich einer Stellungnahme. In seinem Mitbericht führt das BSV aus, der Versicherte könne laut eingeholter Auskunft des behandelnden Arztes mit Hilfe eines Stockes gehen und wäre zur Zeit sogar in der Lage, leichtere Heimarbeiten zu verrichten. Da somit auf Grund des Gesundheitszustandes Aussicht auf eine beschränkte Erwerbstätig-

keit bestehe, seien die Voraussetzungen für die Abgabe eines Hilfsmittels durch die Invalidenversicherung gegeben.

Das EVG wies die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG werden dem Versicherten diejenigen Hilfsmittel abgegeben, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. Art. 15, Abs. 1, IVV bestimmt ergänzend, daß ein Hilfsmittel abgegeben wird, wenn der Versicherte für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit in seinem Aufgabenbereich, für seine Schulung, seine Ausbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung darauf angewiesen ist.

Wie aus EVGE 1963, S. 144 (ZAK 1963, S. 502), hervorgeht, kommt es grundsätzlich nicht darauf an, ob und, wenn ja, wie weit das Hilfsmittel neben dem genannten Eingliederungszweck auch andern Zwecken dient. Eine Abwägung nach dem überwiegenden Zweck, wie sie Art. 12 IVG hinsichtlich der medizinischen Vorkehren erforderlich macht, kennt Art. 21, Abs. 1, IVG nicht. Zur Abgabe eines Hilfsmittels genügt es somit, daß es zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder einer Tätigkeit im Aufgabenbereich des Versicherten gemäß Art. 5, Abs. 1, IVG notwendig ist. Zum Zwecke der «funktionellen Angewöhnung» kann aber ein Hilfsmittel nur dann abgegeben werden, wenn diese Angewöhnung für die spätere Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich des Versicherten von Bedeutung ist; zudem läßt sich fragen, ob ein vor der Invalidierung Erwerbstätiger nicht auch dann Anspruch auf ein Hilfsmittel habe, wenn feststeht, daß er in Zukunft nur noch als Nichterwerbstätiger im eigenen Aufgabenbereich tätig werden kann.

2. Im vorliegenden Fall konnte im Zeitpunkt des Beschlusses der IV-Kommission (August 1964), der für die Beurteilung des Anspruches maßgebend ist, nach dem Stand der Dinge nicht genügend vorausgesehen werden, daß die durch das Stützkorsett ermöglichte funktionelle Angewöhnung von der erforderlichen «Bedeutung» sei. Der Versicherte vermochte sich damals nur in der eigenen Wohnung mühsam zu bewegen. Von «Bedeutung» ist die Angewöhnung jedenfalls nur dann, wenn im Zeitpunkt des Beschlusses der IV-Kommission über den Anspruch praktisch damit gerechnet werden kann, daß der Versicherte wenn nicht im Erwerbsleben, so doch in einem eigenen Aufgabenkreis tätig werde; denn andernfalls würde man sich mit einer aus dem gesetzlichen Rahmen fallenden funktionellen Angewöhnung begnügen. Und von einem eigenen Aufgabenbereich dürfte übrigens kaum schon dann gesprochen werden, wenn ein Versicherter im Haushalt, den seine Ehefrau voll zu führen in der Lage ist, lediglich etwas mitzuhelfen vermag. Eine weitergehende Tätigkeit als eine solche Mithilfe wäre aber für den Versicherten nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des Beschlusses der IV-Kommission auf keinen Fall in Frage gekommen.

Die IV-Kommission hat es daher im August 1964 mit Recht abgelehnt, dem Versicherten ein Hilfsmittel zuzusprechen. Die seitherige Entwicklung in seinem Gesundheitszustand ändert entgegen der Auffassung des BSV am Ausgang des Verfahrens nichts, denn die Berücksichtigung dieser Entwicklung würde den Grundsatz verletzen, daß der Beschluß der IV-Kommission nach dem damaligen Tatbestand und der damals möglichen Erkenntnis zu beurteilen ist. Was sich seither ereignet hat, vermag gegebenenfalls Grund zu einem

neuen Beschluß der IV-Kommission zu geben, weshalb ihr die Akten zu überweisen sind.

Urteil des EVG vom 24. Juni 1965 i. Sa. P. P.

Art. 21 IVG; Art. 78, Abs. 2, IVV. Hilfsmittel, die ein Versicherter aus hinreichenden Gründen vor Beschluß der IV-Kommission anschaffte, gehen nur dann zu Lasten der IV, wenn die Anmeldung innert sechs Monaten nach der Anschaffung eingereicht wurde; erfolgt die Anmeldung mehr als sechs Monate später, so ist der Anspruch auf jeden Fall verwirkt.

Der 1930 geborene Versicherte verlor im Dezember 1948 infolge eines Unfalls beide Beine. Seit Frühjahr 1949 trägt er Haftprothesen. Die SUVA richtet ihm eine gekürzte Rente aus. Nachdem der Versicherte 1951 geheiratet hatte, war er bis 1954 in der Uhrenindustrie tätig. Im Jahre 1955 zog das Ehepaar an einen neuen Wohnort. Die Ehefrau arbeitete in der Folge in einer Fabrik, während ihr Mann nicht mehr erwerbstätig war.

Ende März 1960 meldete sich der Versicherte bei der IV zum Bezuge von Leistungen an. Der untersuchende Arzt diagnostizierte eine «Oberschenkelamputation nach Gritti beidseits». Den Zustand des «nur noch für sitzende Arbeit geeigneten» Versicherten bewertete der Arzt als stationär. Der Invalide, der «seine Frau allein arbeiten lasse» und zu Hause das einzige Kind hüte, besitze ein Motorrad mit Seitenwagen und «könnte schließlich damit auch an eine Arbeitsstelle fahren». Nachdem die Eingliederung des Versicherten an dessen Verhalten gescheitert war, beschloß die IV-Kommission am 13. Dezember 1961, zur Zeit keine Leistungen zu gewähren. Auf ein neues Begehren könne «erst wieder eingetreten werden, wenn der Versicherte sich in bezug auf berufliche Eingliederungsmaßnahmen anders einstellt». Die Verfügung vom 11. Januar 1962, mit der die Ausgleichskasse diesen Beschluß eröffnete, wurde von der kantonalen Rekurskommission, bei welcher der Versicherte sich beschwerte, geschützt. Der Beschwerdeentscheid vom 17. April 1962 erwuchs in Rechtskraft. Ende August 1964 teilte der Versicherte der IV-Kommission mit, er arbeite seit zehn Monaten in einem Unternehmen. Mit geliehenem Geld habe er ein gebrauchtes Automobil gekauft, um den Arbeitsweg bewältigen zu können. Doch vermöge er die monatlichen Raten kaum zu bezahlen. Die IV-Kommission wies das Gesuch am 6. Oktober 1964 mit folgender Begründung ab:

«Das Automobil wurde mehr als sechs Monate vor der Geltendmachung des Anspruches gekauft. Infolge verspäteter Anmeldung kann deshalb kein Kostenbeitrag gewährt werden».

Diesen Beschluß eröffnete die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 6. November 1964.

Der Versicherte zog die Verfügung an die kantonale Rekurskommission weiter und verlangte «Zusprache eines Amortisationsbeitrages an das gekaufte Automobil». Die Rekurskommission wies die Beschwerde mit Entscheidung vom 1. März 1965 ab und stützte sich dabei auf Art. 78, Abs. 2, IVV.

Der Versicherte hat Berufung eingelegt. Er behauptet, Art. 78, Abs. 2, IVV sei auf den streitigen Fall nicht anwendbar und stellt folgendes Rechtsbegehren:

1. Es sei grundsätzlich festzustellen, daß der Berufungskläger Anspruch auf ein Automobil als Hilfsmittel hat;
2. Die Berufungsbeklagte habe dem Berufungskläger für das angeschaffte Automobil einen jährlichen Amortisationsbeitrag zu vergüten.

Das BSV beantragt in seinem Mithericht, dem Versicherten sei vom 29. August 1964 (d. h. dem Datum der Anmeldung) an ein jährlicher Amortisationsbeitrag von 725 Franken sowie ein ebenfalls jährlicher, pauschaler Beitrag an die Reparaturkosten von 100 Franken zu bezahlen. Ausgleichskasse und IV-Kommission unterstützen nunmehr dieses Begehren, nachdem sie anfänglich auf Abweisung der Berufung geschlossen hatten.

Das EVG wies die eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Der Versicherte hat gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG 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 der Liste des Bundesrates sind u. a. «Fahrzeuge mit den jeweils notwendigen Anpassungen an das Gebrechen» aufgeführt (Art. 14, Abs. 1, Buchst. g, IVV). Die Hilfsmittel werden zu Eigentum oder leihweise abgegeben (Art. 15, Abs. 3, IVV). Bedarf ein von der Versicherung gewährtes Hilfsmittel trotz sorgfältigen Gebrauchs der Reparatur, Anpassung oder teilweisen Erneuerung, so übernimmt die Versicherung die dadurch entstehenden Kosten, sofern nicht ein Dritter ersatzpflichtig ist. Bei Motorfahrzeugen werden diese Kosten nur übernommen, soweit die Reparatur- oder Erneuerungsbedürftigkeit des Fahrzeuges auf Fahrten an den Arbeitsort zurückzuführen ist. Ganz geringfügige Kosten gehen zu Lasten des Versicherten (Art. 16, Abs. 2, IVV).

Nach Art. 78, Abs. 2, IVV (neue Fassung) trägt die Versicherung im Rahmen der Verfügung der Ausgleichskasse die Kosten für Eingliederungsmaßnahmen, die vor der Durchführung von der Kommission bestimmt worden sind. Ferner übernimmt sie 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. 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. Der Anspruch erlischt jedoch in jedem Fall spätestens mit Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats, in welchem die Maßnahme durchgeführt wurde.

2. a. Der Berufungskläger hat sein Automobil anfangs Februar 1963 gekauft. Die entsprechende Anmeldung erfolgte am 29. August 1964. Somit wurde die in Art. 78, Abs. 2, IVV genannte Frist von sechs Monaten erheblich überschritten. Der Versicherte fordert gleichwohl jährliche Amortisationsbeiträge und behauptet, Art. 78, Abs. 2, IVV sei hier nicht anwendbar.

b. Wer auf Leistungen der IV Anspruch erhebt, hat sich bei der zuständigen IV-Kommission auf amtlichem Formular anzumelden (Art. 46 IVG und Art. 65 IVV). Damit die IV-Kommission die für den Anspruch entscheidenden Verhältnisse zuverlässig abklären (Art. 69 ff. IVV) und die ihr übertragene Anordnung der Eingliederungsmaßnahmen (Art. 60, Abs. 1, Buchst. b, IVG) sachgemäß vornehmen kann, muß der Versicherte sich möglichst bald anmelden, nachdem er vom anspruchsbegründenden Sachverhalt Kenntnis bekommen hat. Meldet er sich mehr als sechs Monate nach Entstehung des Rentenanspruchs an, so wird die Rente nur vom Monat der Anmeldung an ausbezahlt (Art. 48, Abs. 2, IVG). Diese Regelung gilt nach der Praxis sinngemäß auch für die Hilflosenentschädigung (EVGE 1962, S. 364) und die Eingliederungsmaßnahmen, die sich in der Leistung von Beiträgen erschöpfen. Eingliederungsmaßnahmen dagegen, deren Verwirklichung an und für sich sowohl der IV-Kommission als dem Versicherten möglich ist, unterstehen in formeller Hinsicht der Regelung von Art. 78, Abs. 2, IVV. In einem Falle erörterte das Gericht die Frage, ob die Abgabe von Hilfsmitteln (Art. 8, Buchst. d, IVG) ebenfalls nach Art. 78, Abs. 2, IVV zu beurteilen sei. Darnach ist zwar fraglich, ob eine direkte Anwendung dieser Bestimmung möglich sei; denn bei der Gewährung eines Hilfsmittels kann man kaum von «Durchführung einer Maßnahme» (Art. 78, Abs. 2, IVV) sprechen, weil sich hier die Hauptleistung in der Übertragung des Besitzes an einer Sache im Rechtssinne erschöpft. Jedenfalls aber drängt sich die sinngemäße Anwendung dieser Vorschrift auch bei Hilfsmitteln auf, da die IV dafür zu sorgen hat, daß dem Versicherten vollwertige zweckmäßige Hilfsmittel (vgl. Art. 21, Abs. 2, IVG) abgegeben werden, was in der Regel voraussetzt, daß die IV-Kommissionen die Hilfsmittel selber bestimmen. Zwingen wichtige Gründe den Versicherten zur vorzeitigen Anschaffung eines Hilfsmittels, so übernimmt die IV die entsprechenden Kosten nur, sofern die Anmeldung innert sechs Monaten seit der Anschaffung eingereicht wurde und die Zweckmäßigkeit des Hilfsmittels feststeht (vgl. EVGE 1962, S. 342, wo ausnahmsweise ein jährlicher Amortisationsbeitrag an die Kosten eines Automobils zugesprochen wurde, ohne das dadurch aber der grundsätzliche Charakter des Anspruches auf Abgabe eines Hilfsmittels angetastet worden wäre). Wird ein Hilfsmittel dagegen ohne hinreichende Gründe vor der Zusage durch die IV-Kommission angeschafft, so können die Kosten nicht übernommen werden. Erfolgt die Anmeldung, wie im streitigen Fall, mehr als sechs Monate nach der eigenmächtigen Anschaffung, so ist der Anspruch auf jeden Fall verwirkt.

c. Wenn das BSV hier Amortisationsbeiträge vom Zeitpunkt der Anmeldung an übernehmen möchte, obwohl der Anspruch gemäß Art. 78, Abs. 2, IVV verwirkt ist, so widerspricht dies nicht bloß dem im Gesetz verankerten Grundsatz, daß es Sache der IV-Kommission ist, Art und Umfang der Eingliederungsmaßnahmen zu bestimmen (Art. 60, Abs. 1, Buchst. b, IVG; EVGE 1963, S. 71, Erwägung 1), sondern hebt zudem den Charakter des Anspruches aus Art. 21 IVG auf Abgabe eines Hilfsmittels auf und führt im Ergebnis dazu, die Hilfsmittel generell von der in Art. 78, Abs. 2, IVV enthaltenen Regelung auszunehmen. Alsdann wäre nicht einzusehen, weshalb man Beiträge an die Kosten verspätet angemeldeter Operationen weiter-

hin verweigern könnte; denn solche Eingriffe erfüllen — insbesondere bei Jugendlichen — ihren Zweck meist während eines viel längeren Zeitraums als ein Automobil oder eine Prothese. Art. 78, Abs. 2, IVV erlaubt indessen weder das eine noch das andere und der Richter ist nicht befugt, diese Ordnung umzustoßen (EVGE 1963, S. 219, Erwägung 2).

d. Bei dieser Sachlage braucht nicht näher untersucht zu werden, ob die Amortisationsbeiträge in der vom BSV geforderten Höhe gerechtfertigt wären. Es sei in diesem Zusammenhang bloß darauf hingewiesen, daß das Automobil des Versicherten, das im Februar 1963 als Okkasionswagen angeschafft worden war, im September dieses Jahres bereits 80 000 km zurückgelegt hatte. Alter, Beschaffenheit und Dauer der voraussichtlichen Fahrtüchtigkeit sind nicht bekannt, so daß die vom BSV beantragte, vom Normalfall ausgehende Zuspache von Amortisationsbeiträgen selbst dann kaum zugänglich wäre, wenn Art. 78, Abs. 2, IVV der rückwirkenden Uebernahme der Kosten nicht entgegenstände.

e. An diesem Ergebnis vermag auch der Hinweis des BSV nichts zu ändern, die Versicherten würden in derartigen Fällen durch die Ablehnung ihrer Ansprüche dazu veranlaßt, «das Hilfsmittel zu verkaufen und Ansprüche auf ein neues Hilfsmittel zu erheben». Abgesehen davon, daß dies nur innerhalb der Schranken von Treu und Glauben geschehen dürfte und ein rechtsmißbräuchliches Verhalten die in Art. 21, Abs. 1, IVG geforderte «Notwendigkeit» nicht zu begründen vermöchte, würde eine solche Lösung unter Umständen zweckmäßiger sein als die Finanzierung eines so gut wie ausgedienten Vehikels.

3. a. In der umstrittenen Verfügung wurde ein «Kostenbeitrag» an das Automobil des Versicherten verweigert, und der Versicherte hat in der Beschwerde- und Berufungsschrift lediglich einen jährlichen Amortisationsbeitrag verlangt. Das BSV beantragt überdies die Gewährung eines pauschalen Beitrages an die Reparaturkosten. Diesem Begehren hat sich die Ausgleichskasse angeschlossen. Weil eine Tatbestandsgesamtheit in Frage steht (EVGE 1962, S. 345, Erwägung 1) ist darauf einzutreten.

b. Die Praxis hat entschieden, es sei für die Beantwortung der Frage, ob die IV für Reparaturkosten im Rahmen von Art. 16, Abs. 2 IVV aufzukommen habe, ohne Belang, daß das Motorfahrzeug nicht von der IV abgegeben wurde; maßgebend sei einzig, daß ein solches Fahrzeug gewährt werden müßte, wenn der Versicherte noch keines besäße (EVGE 1961, S. 254, Erwägung 1). Im vorliegenden Fall wäre somit die Übernahme von Reparaturkosten im Rahmen von Art. 78, Abs. 2, IVV (EVGE 1963, S. 69) an und für sich nicht ausgeschlossen. Indessen lagen im maßgebenden Zeitpunkt keine zureichenden Angaben des Versicherten darüber vor, ob die Vornahme von Reparaturen sich überhaupt lohnte. Zudem war damals nicht nachgewiesen, daß solche Kosten «trotz sorgfältigen Gebrauchs» (Art. 16, Abs. 2, IVV) notwendig geworden waren, geschweige denn, inwieweit die Reparaturbedürftigkeit des Fahrzeugs «auf Fahrten an den Arbeitsort» zurückzuführen war (Art. 16, Abs. 2, IVV). Ein Anspruch auf Übernahme von Reparaturkosten bestand deshalb im maßgebenden Zeitpunkt nicht.

Urteil des EVG vom 30. April 1965 i. Sa. K. S.

Art. 78, Abs. 2, IVV. Diese Bestimmung ist nicht anwendbar, wenn sich die von der IV zu gewährende Eingliederungsmaßnahme in der Übernahme der invaliditätsbedingten Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung erschöpft.

Der 1948 geborene Versicherte ist infolge eines Geburtsgebrechens am linken Auge blind. Mit dem rechten Auge kann er normal sehen. Er wohnt bei seinen Eltern und beabsichtigte ursprünglich, Chemielaborant zu werden, zumal er dazu von kompetenter Seite ermutigt worden war. Doch wurde er in der Folge von keinem der angefragten Unternehmen als Lehrling angenommen. Da ergriff er die Möglichkeit, bei einer Firma eine dreijährige Lehre als Physiklaborant zu bestehen. Er begann am 27. April 1964 die Lehre und mietete zunächst am Arbeitsort ein Zimmer. Seit dem 1. Juni 1964 lebt er wieder bei den Eltern und fährt mit dem Zug täglich zwischen seinem Wohnsitz und dem Arbeitsort hin und her. Die IV-Kommission holte eine ärztliche Auskunft ein und beauftragte die IV-Regionalstelle mit der Abklärung der Verhältnisse. Die Regionalstelle kam in ihrem Bericht vom 14. August 1964 zum Schluß, dem Versicherten erwüchsen bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung wegen seiner Invalidität zusätzliche Bahnkosten von 21 Franken im Monat, die von der IV übernommen werden sollten. Die IV-Kommission beschloß jedoch am 24. August 1964 entgegen diesem Antrag, die Mehrkosten nicht zu tragen, «da die Lehre nicht invaliditätsbedingt ist». Diesen Beschluß eröffnete die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 11. September 1964.

Der Vater des Versicherten beschwerte sich gegen diese Verfügung und machte geltend, sein Sohn habe in der näheren Umgebung seines Wohnortes kein Unternehmen finden können, das ihn zum Chemie- oder Physiklaboranten ausgebildet hätte. Die kantonale Rekurskommission wies die Beschwerde am 18. Dezember 1964 ab. Zur Begründung wurde angeführt, der Versicherte hätte den Beschluß der IV-Kommission abwarten müssen; denn es seien keine wichtigen Gründe im Sinne von Art. 78, Abs. 2, IVV vorhanden gewesen, die den vorzeitigen Antritt der Lehrstelle rechtfertigen könnten. Zudem wäre es «bestimmt» möglich gewesen, die Lehre eines Chemielaboranten im Wohnortskanton oder in dessen unmittelbaren Umgebung zu bestehen. Die Mehrkosten seien mithin nicht invaliditätsbedingt.

Das EVG hieß die vom Vater des Versicherten eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Gemäß Art. 16 IVG hat der Versicherte, der noch nicht erwerbstätig war und dem infolge seiner Invalidität bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung in wesentlichem Umfange zusätzliche Kosten entstehen, Anspruch auf Ersatz dieser Kosten, sofern die Ausbildung seinen Fähigkeiten entspricht. Streitig ist, ob die IV die durch die Ausbildung entstehenden zusätzlichen Bahnkosten vergüten müsse.

Die kantonale Rekurskommission vertritt die Auffassung, daß ein allfälliger Anspruch gemäß Art. 78, Abs. 2, IVV verwirkt sei. Nach dieser Vorschrift trägt die Versicherung «im Rahmen der Verfügung der Ausgleichskasse die Kosten für Eingliederungsmaßnahmen, die vor der Durchführung von der IV-Kommission bestimmt worden sind. Überdies übernimmt

sie 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. Die Anmeldefrist läuft nicht, solange der Versicherte vom anspruchsbegründenden Sachverhalt keine Kenntnis hat». — Zur Frage, ob Art. 78, Abs. 2, IVV grundsätzlich auch auf Gesuche um Beiträge im Sinne des Art. 16 IVG anwendbar sei, ist folgendes zu sagen: «Anspruchsbegründender Sachverhalt» im Sinne des dritten Satzes von Art. 78, Abs. 2, IVV und von Art. 16 IVG war im vorliegenden Fall die erstmalige berufliche Ausbildung des Versicherten, sofern dadurch erhebliche invaliditätsbedingte zusätzliche Kosten erwachsen. Es ist offensichtlich, daß die IV-Kommission nur darüber zu befinden hatte, ob ein anspruchsbegründender Sachverhalt gegeben war, nicht aber selber Anordnungen hinsichtlich der Gestaltung dieses Sachverhaltes treffen konnte. Unter diesen Umständen stellte sich die Frage der Anwendbarkeit von Art. 78, Abs. 2, IVV gar nicht. Nach Art. 16 IVG erschöpft sich die von der IV-Kommission zu treffende Eingliederungsmaßnahme in der Übernahme der erheblichen invaliditätsbedingten Mehrkosten. Art. 78, Abs. 2, IVV hat zum Zweck, zu verhindern, daß eine der IV obliegende Entscheidung ohne wichtige Gründe vom Versicherten getroffen werde. Art. 78, Abs. 2, IVV ist demzufolge in Fällen, in denen die IV lediglich über die Gewährung von Beiträgen zu befinden hat, gegenstandslos; denn diesen Entscheid kann der Versicherte oder ein an seiner Stelle handelnder Dritter ohnehin nicht selber treffen. In derartigen Fällen 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 anmeldet. Da der Versicherte seine Lehre erst rund 3 Monate nach der Anmeldung begonnen hat, steht einem allfälligen Anspruch gemäß Art. 16 IVG kein formelles Hindernis entgegen.

2. Die Vorinstanz nimmt an, der Berufungskläger sei nicht «wegen seiner Invalidität gezwungen gewesen, den Beruf eines Physiklaboranten zu ergreifen». Er hätte trotz der Erblindung des linken Auges ebensogut eine Lehre als Chemielaborant antreten können. Es hätte sich dafür im hochindustrialisierten Wohnorts- oder Nachbarkanton bestimmt eine Lehrstelle finden lassen.

Nach den Akten steht fest, daß der Versicherte und die IV-Regionalstelle sich bei verschiedenen Betrieben der chemischen Industrie erfolglos um eine Lehrstelle bemühte. Überall wurde die Anfrage mit der Begründung abgewiesen, Einäugige könnten grundsätzlich keine Lehre als Chemielaboranten bestehen.

Da von den Versicherten nur eine sorgfältige, nicht aber eine erschöpfende Abklärung der Ausbildungsmöglichkeiten gefordert werden kann, war es angesichts des negativen Ergebnisses der erwähnten Umfrage verständlich und auch sachgemäß, daß der Versicherte die sich bietende Gelegenheit ergriff, bei einer bekannten Firma eine Lehrstelle als Physiklaborant anzutreten, zumal er dafür offenbar geeignet erschien und die dadurch entstehenden Mehrkosten praktisch die zusätzlichen Bahnkosten nicht überstiegen. Diese wegen der Invalidität des Versicherten erwachsenen Mehrkosten betragen nach dem Bericht der IV-Regionalstelle 21 Franken, nach der

Berufungsschrift ab November 1964 23 Franken je Monat. Der in Art. 5, Abs. 2, IVV vorgeschriebene Mindestbetrag von 240 Franken im Jahr ist somit erreicht.

Renten

Urteil des EVG vom 29. April 1965 i. Sa. H. F.

Art. 29, Abs. 1, IVG. Geht die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten auf einen dekompensierten Herzklappenfehler und eine erbliche Hautkrankheit mit Star (Katarakt) zurück, die keine bleibenden, weitgehend stabilisierten und irreversiblen Gesundheitsschäden darstellen und die auch bei Berücksichtigung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich nicht dauernd beeinträchtigen werden, so liegt keine Dauerinvalidität im Sinne der ersten Variante vor. Dagegen bleibt ein allfälliger Rentenanspruch wegen langdauernder Krankheit im Sinne der zweiten Variante nach 360tägiger vollständiger Arbeitsunfähigkeit vorbehalten.

Die 1938 geborene Versicherte ist seit vielen Jahren krank. Sie leidet an einem dekompensierten Herzklappenfehler, einem Rothmund-Syndrom und an Sehstörungen. Nachdem sie früher Bureauarbeiten verrichtet hatte, war sie ab 1. Januar 1962 als Lernschwester tätig und beabsichtigte nach eineinhalb-jähriger Lernzeit Krankenschwester zu werden. Seit anfangs August 1963 war sie arbeitsunfähig. Der Arzt hielt in seinem Gutachten vom 27. November 1963 fest, die Versicherte leide in letzter Zeit zunehmend an Herzbeschwerden und dürfe sich deshalb nicht anstrengen. Als Krankenschwester werde sie nicht tätig sein können, weil dieser Beruf ihre Kräfte überfordere. Leichtere Arbeit werde die Versicherte vielleicht später ausführen können. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Die Regionalstelle berichtete am 8. Januar 1964, wegen des schlechten Allgemeinzustandes könne die Eingliederungsfrage zur Zeit nicht abgeklärt werden, doch wäre zu prüfen, ob «allenfalls schon jetzt eine dauernde wenigstens 50prozentige Invalidität angenommen werden müsse». Die IV-Kommission kam zur Überzeugung, es handle sich um ein labiles pathologisches Geschehen und lehnte am 22. Januar 1964 die Ausrichtung einer Rente «zur Zeit» ab.

Die kantonale Rekurskommission wies die gegen die entsprechende Verfügung der Ausgleichskasse erhobene Beschwerde am 30. September 1964 ab und lud die IV-Kommission ein, zu prüfen, «ob nicht seit 1. August 1964 ein Rentenanspruch bestehe». Sowohl die Versicherte, wie die Ausgleichskasse haben gegen dieses Urteil Berufung erhoben. Beide wurden vom EVG mit folgender Begründung abgewiesen:

1. Streitig ist, ob und gegebenenfalls von welchem Zeitpunkt an der Versicherten eine Rente zustehe. Diese Frage ist nach den Verhältnissen zu beantworten, wie sie am 22. Januar 1964 gegeben waren, als die IV-Kommission den umstrittenen Beschluß faßte (EVGE 1964, S. 128, Erwägung 2; ZAK 1964, S. 438).

Gemäß Art. 28, Abs. 1, IVG besteht ein Anspruch auf eine ganze Rente, wenn der Versicherte mindestens zu zwei Dritteln ($66\frac{2}{3}$ Prozent) invalid ist. Liegt der Invaliditätsgrad zwischen 50 Prozent und $66\frac{2}{3}$ Prozent, so wird nur

eine halbe Rente gewährt. Einem von wirtschaftlicher Härte Betroffenen, der wenigstens zu 40 Prozent erwerbsunfähig ist, kann ebenfalls eine halbe Rente ausgerichtet werden (EVGE 1962, S. 78, Erwägung 4; ZAK 1962, S. 317). Invalid ist ein Versicherter dann, wenn er infolge einer körperlichen oder geistigen Gesundheitsschädigung, die auf einen Unfall oder eine Krankheit oder ein Geburtsgebrechen zurückgeht, voraussichtlich bleibend oder während längerer Zeit erwerbsunfähig ist (Art. 4 IVG).

Nach Art. 29, Abs. 1, IVG entsteht der Rentenanspruch, sobald der Versicherte mindestens zur Hälfte bleibend erwerbsunfähig geworden ist (1. Variante) oder während 360 Tagen ununterbrochen gänzlich arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig ist (2. Variante).

2. a. Die Ausgleichskasse hält «die Praxis des EVG zu Art. 29, Abs. 1, IVG für unbefriedigend.» Das gibt Anlaß, die Rechtsprechung zusammenzufassen und zu erläutern, zumal bei der Kasse über die Motive dieser Judikatur Unklarheit herrscht. . . .

b. Gemäß Art. 29, Abs. 1, IVG entsteht der Rentenanspruch auf zwei verschiedene Weisen. Entweder muß eine voraussichtlich bleibende Erwerbsunfähigkeit in rentenbegründendem Ausmaß vorliegen, oder es muß während 360 Tagen eine gänzliche und ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit bestanden haben und alsdann noch eine Erwerbsunfähigkeit in rentenbegründendem Ausmaß gegeben sein. (Die Frage der dritten Möglichkeit der Entstehung des Rentenanspruches braucht hier nicht erörtert zu werden. Vgl. dazu EVGE 1963, S. 300, Erwägung 3; ZAK 1964, S. 549, und ZAK 1964, S. 551). Die zweite Variante ist vom Gesetzgeber für längere Zeit dauernde Krankheiten (evolutive Leiden) vorgesehen worden, bei denen in der Regel naturgemäß ungewiß ist, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmaß die durch das Leiden bewirkte Gesundheitsschädigung und die damit verbundene Erwerbsunfähigkeit bleibenden Charakter haben werden. Der Zweck dieser Variante ist in der Botschaft des Bundesrates zum IVG wie folgt näher umschrieben worden (S. 63):

«Im letzteren Fall deckt also die Versicherung die Folgen der langandauernden Krankheit. Dabei haben wir uns bemüht, dem Dauercharakter der Invalidität Rechnung zu tragen und gleichzeitig einen weitgehenden Anschluß an die Leistungen der Krankengeldversicherung herzustellen. In Anlehnung an den Expertenbericht haben wir die Mindestdauer der Krankheit auf 360 aufeinanderfolgende Tage angesetzt. Damit wird die Invalidenrente zwar nicht in jedem Fall an die Stelle ausfallender Leistungen der Krankengeldversicherung treten, weil die Leistungsdauer in der Krankenversicherung nicht einheitlich geregelt ist. Immerhin wird sich aber in einer Großzahl von Fällen die Brücke zur Krankenversicherung schlagen lassen. Es muß Sache der Krankenversicherung sein, allfällige Lücken durch ergänzende Leistungen auszufüllen.»

Das bedeutet einerseits, daß bei akuten Krankheiten primär die Frage zu prüfen ist, ob die zweite Variante des Art. 29, Abs. 1, IVG anwendbar sei, und andererseits, daß labiles pathologisches Geschehen in der Regel keine Invalidität im Sinne des Art. 4 IVG begründet (vgl. ZAK 1964, S. 306). Diese Grundsätze gelten ebenfalls für evolutive Leiden, die auf einen Unfall zurück-

gehen. Zwar erwähnt die Botschaft dies nicht eigens, doch unterscheidet sich das von einem Unfall herrührende Leiden nicht beachtlich von einer gewöhnlichen akuten Krankheit, weshalb beide Leidensformen rechtlich gleich behandelt werden müssen. Es verhält sich hier ähnlich wie im Rahmen des Art. 12, Abs. 1, IVG, wo ebenfalls eine Abgrenzung zwischen der IV einerseits und der Kranken- und Unfallversicherung andererseits gefunden werden muß (Botschaft zum EVG, S. 41).

c. Demgegenüber ist die Hauptvariante I von Art. 29, Abs. 1, IVG grundsätzlich für jene Fälle berechnet, in denen — nach wesentlichem Abklingen des labilen pathologischen Geschehens — eine voraussichtlich bleibende Gesundheitsschädigung und eine dadurch verursachte dauernde Erwerbsunfähigkeit gegeben sind (EVGE 1962, S.248; ZAK 1963, S. 88). Nun ist der Grad der Erwerbsunfähigkeit gemäß Art. 28, Abs. 2, IVG in der Weise zu ermitteln, daß das Erwerbseinkommen, das der Versicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, mit dem Einkommen verglichen wird, das er zu erreichen vermöchte, wenn er nicht erwerbsunfähig geworden wäre. Wie die Erfahrung lehrt, lassen sich die Eingliederung des Versicherten im Rahmen des Möglichen und die Frage, wieviel er als Invaliden zumutbarerweise verdienen könne, in der Regel erst beantworten, wenn der Gesundheitszustand des Versicherten genügend stabil geworden ist. Das Merkmal der Stabilisierung ermöglicht ferner eine objektive Abgrenzung der Fälle, die nach der ersten Variante zu behandeln sind, von den Fällen, die auf Grund der zweiten Variante geprüft werden müssen. Daß ein solcher weitgehend stabilisierter Gesundheitszustand (und infolgedessen grundsätzlich auch der damit verbundene Grad der Erwerbsunfähigkeit von mindestens $66\frac{2}{3}$ Prozent oder 50 Prozent oder, im Falle der Härte, von 40 Prozent) von bleibender Dauer sei, kann erst dann angenommen werden, wenn der Zustand im wesentlichen irreversibel ist. Wegen bleibender Invalidität entsteht deshalb nach der Praxis kein Rentenanspruch, bevor überwiegend wahrscheinlich ist, daß ein weitgehend stabilisierter, im wesentlichen irreversibler Gesundheitsschaden vorliegt, der, auch bei Berücksichtigung allfällig notwendiger Eingliederungsmaßnahmen, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten voraussichtlich in rentenbegründendem Ausmaß dauernd beeinträchtigen wird. Bei älteren Versicherten ist eine bleibende Erwerbsunfähigkeit — die erforderliche Stabilität des Zustandes auch hier vorausgesetzt — bereits dann anzunehmen, wenn der Gesundheitsschaden im wesentlichen so lange als irreversibel erscheint, als die gemäß IVG maßgebende Aktivitätsperiode dauert. Diese endet mit dem Beginn des Rentenalters im Sinne des AHVG, da die Leistungen der IV alsdann grundsätzlich durch diejenigen der Alters- und Hinterlassenenversicherung abgelöst werden (EVGE 1964, S. 174, Erwägung 1; ZAK 1964, S. 553).

d. Diese Ordnung schließt nicht aus, daß ein Fall, der primär unter dem Gesichtspunkt der zweiten Variante betrachtet werden muß, später — möglicherweise schon vor Ablauf der 360 Tage — auf Grund der ersten Variante zu beurteilen ist, weil sich der Zustand des Versicherten — zum Beispiel nach einem Hirnschlag oder Myokardinfarkt — bald derart gefestigt

hat, daß neben der Irreversibilität auch die erforderliche Stabilität eingetreten ist (ZAK 1964, S. 429, Erwägung 1). Ausgeschlossen ist hingegen die Anwendung der ersten Variante auf voraussichtlich rasch und unaufhaltsam zum Tode führende Krankheiten (z. B. gewisse Krebsleiden), weil außer der notwendigen Stabilität des Zustandes der voraussichtliche Dauercharakter des Leidens fehlt. Bei derartigen Krankheiten ist die Frage des Rentenbeginns nach der zweiten Variante von Art. 29, Abs. 1, IVG, zu beurteilen. Fehlt es an der Voraussetzung der 360 Tage dauernden gänzlichen und nicht unterbrochenen Arbeitsunfähigkeit, so gehört der Fall in das Gebiet der Krankenversicherung.

3. Die Anwendung dieser Grundsätze ergibt im vorliegenden Fall, daß jedenfalls bis zum maßgebenden Zeitpunkt kein Rentenanspruch entstanden war.

Wie aus dem Bericht des Arztes und dem Protokoll der IV-Kommission zu entnehmen ist, nahm im August 1963 ein labiles pathologisches Geschehen seinen Anfang. Wohl bezeichnete der Arzt den Zustand als «sich verschlechternd». Gleichzeitig schrieb er aber: «Leichtere Arbeit vielleicht später ausführbar.» Die Ausgleichskasse macht nun auf Grund einer Auskunft der Mutter der Versicherten geltend, es handle sich dabei um ein Versehen. Der Arzt habe gewußt, daß die Berufungsklägerin «nie wieder werde erwerbstätig sein können». Aus dem ärztlichen Bericht vom 27. November 1963 ergibt sich jedoch, daß kein Versehen vorlag. Der Arzt schrieb nämlich mit eigener Hand, die Versicherte sei «zur Zeit» arbeitsunfähig; es sei «unbestimmt», wie lange dieser Zustand dauern werde. «Im Augenblick» könne die Versicherte keine Tätigkeit ausüben. — Damit steht praktisch im Einklang, daß sie der Regionalstelle Ende Dezember 1963 mitteilte, der Arzt «habe ihr gesagt, daß vor Sommer 1964 überhaupt nicht an irgendwelche Arbeitsaufnahme gedacht werden könne». Die Regionalstelle kam bei dieser Sachlage zur Überzeugung, daß Eingliederungsmaßnahmen «im heutigen Zeitpunkt» nicht ins Auge gefaßt werden könnten. Wenn es der Versicherten «gesundheitlich wieder besser gehe, müsse die Augenoperation vorgenommen werden».

Weil das Leiden der Berufungsklägerin im maßgebenden Zeitpunkt nicht hinreichend stabilisiert und nicht voraussichtlich irreversibel war, konnte u. a. die Frage der Eingliederung nicht abgeklärt werden. Eine bleibende Invalidität von mindestens 50 Prozent (oder 40 Prozent im Falle der Härte) war unter diesen Umständen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit voraussehbar. Der Fall mußte nach wie vor gemäß der zweiten Variante des Art. 29, Abs. 1, IVG beurteilt werden. Da die Arbeitsunfähigkeit am 22. Januar 1964 noch nicht 360 Tage gedauert hatte, war kein Rentenanspruch entstanden.

4. Die Berufungen sind somit nicht begründet. Hingegen werden die Akten an die IV-Kommission zur Prüfung der späteren Entwicklung zurückgeleitet. Die Kommission wird — anhand eines neuen Arztberichtes — vor allem abklären, ob die gänzliche Arbeitsunfähigkeit länger als 360 Tage ununterbrochen gedauert habe, wie in der Berufungsschrift der Versicherten behauptet wird, und ob in einem bestimmten Zeitpunkt — eventuell schon vor August 1964 — eine bleibende Erwerbsunfähigkeit im Sinne der ersten Variante des Art. 29, Abs. 1, IVG voraussehbar gewesen sei. Dabei wäre, wie die Ausgleichskasse mit Recht beantragt, auch die Frage zu prüfen, ob wirtschaftlich gesehen ein Härtefall vorliege.

Inhaltsverzeichnis des Jahrganges 1965

A. Alters- und Hinterlassenenversicherung

Allgemeines	Seite
Die freiwillige Versicherung für Auslandschweizer	176
Die Betriebsrechnungen der AHV, IV und EO im Jahre 1964	298
Verzeichnis der gesetzlichen Erlasse, der zwischenstaatlichen Vereinbarungen sowie der Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung auf den Gebieten der AHV, der IV und der EO	313
Änderung der Vollzugsverordnung zur AHV auf 1. Januar 1966	523
Aus den Jahresberichten 1964 der Ausgleichskassen, IK-Kommissionen und IV-Regionalstellen	530
 Versicherte Personen	
Gerichtssentscheide	35, 430
 Beiträge	
Unselbständigerwerbende	
Dienstaltersgeschenke-Treueprämien	227
SUVA-Lohnbuch und AHV-Abrechnung	363
Zur Erfassung der «Blankglaser»	535
Gerichtssentscheide	232, 431, 433
Selbständigerwerbende	
Gerichtssentscheide	36, 37, 96, 230, 275, 435, 495, 541, 543
 Renten	
Allgemeines und Rentenanspruch	
Anweisung der Rente an Postfachadresse oder postlagernde Auszahlung	19
Lebensbescheinigung mittels voradressierter Karte	28
Anpassung der Renten von heimgekehrten Argentinierschweizern	94
Anpassung des Taschengeldes armenrechtlich unterstützter Rentenbezüger der AHV und IV	179
Anspruch der geschiedenen Frau auf einfache Kinderrenten	227
Ursache der Mutationen in der AHV und IV	260
Zur Nachzahlung von Ehepaar-Altersrenten, auf die der Anspruch infolge Invalidität der noch nicht 60jährigen Ehefrau entstanden ist	326
Heirat und Anspruch auf Waisen- und Zusatzrenten	353
Gerichtssentscheide	369, 371, 373, 437, 496, 545
Ordentliche Renten	
Gerichtssentscheid	439
Außerordentliche Renten	
Gerichtssentscheide	189, 279

	Seite
Rückvergütung der Beiträge	
Rückvergütung von AHV-Beiträgen an Ausländer und Staatenlose	325
Gerichtsentscheide	278, 332

Organisation und Verfahren

Geschäftsübergabe bei Klassenleiterwechsel	93
Errichtung und Umwandlung von Verbands-Ausgleichskassen	175
Publikationen von Ausgleichskassen	183
Die Zustellung von Kontrollberichten an die Arbeitgeber	268
Verbandsausgleichskassen: Errichtung, Umwandlung, Mitspracherecht	540
Versicherungsausweis und IBK	
Bildung der Versichertennummer	145
IBK-Auszüge an Dritte	145
Ergänzung der Versichertennummer mit einer Prüfziffer	528
Die Verwendung der Versichertennummer der AHV außerhalb der AHV-Verwaltung	399
Schweigepflicht	
Das neue Kreisschreiben über die Schweigepflicht und Akteneinsicht	130

Rechtspflege und Strafbestimmungen

Gerichtsentscheid	98
-------------------	----

Verschiedenes

Von Monat zu Monat	1, 121, 169, 297, 298, 393, 465, 517
Volksbegehren der AVIVO	366
Volksbegehren des «Beobachters»	492
Parlamentarische Vorstöße	
Initiative Dafflon	491
Literaturhinweise	21, 187, 229, 329, 490

B. Invalidenversicherung

Allgemeines

Fünf Jahre Invalidenversicherung	209
Die Betriebsrechnungen der AHV, IV und EO im Jahre 1964	298
Verzeichnis der gesetzlichen Erlasse, der zwischenstaatlichen Vereinbarungen sowie der Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung auf den Gebieten der AHV, der IV und der EO	313
Aus den Jahresberichten 1964 der Ausgleichskassen, IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen	530

Versicherungsleistungen

Allgemeine Anspruchsvoraussetzungen	
Gerichtsentscheide	39, 153, 234, 334

	Seite
Eingliederung im allgemeinen	
Die innere Haltung als Faktor der Eingliederung	7
Die Zusammenarbeit der IV mit den Spezialstellen der Invalidenhilfe	92
Die Statistik der Eingliederungsmaßnahmen 1964	484
Gerichtsentscheide	337, 498
Medizinische Maßnahmen	
Sectio caesarea (Kaiserschnitt) und IV	4
Geburtsgebrechen:	
Anspruch Volljähriger auf medizinische Maßnahmen	20
Strabismus concomitans	184, 536
Eingliederungsmaßnahmen bei noch nicht schulpflichtigen	
invaliden Kindern	223
Behandlung von Lähmungen und Lähmungsfolgen	359
Physiotherapie	366
Die neue Verordnung über Geburtsgebrechen	401
Angeborene Oligophrenie; Behandlung erethischen und apathischen	
Verhaltens	535
Gerichtsentscheide 41, 100, 191, 194, 196, 282, 283, 289, 376, 442, 444, 502	547, 549, 553
Maßnahmen beruflicher Art	
Gerichtsentscheide 101, 104, 155, 198, 286, 448, 450, 561	
Sonderschulung und Maßnahmen für bildungsunfähige Minderjährige	
Präsenkontrolle und Kontenplan für Sonderschulen und	
Eingliederungsstätten	5
Das Lehr- und Betreuungspersonal in den Sonderschulen	88
Betreuung und Schulung cerebralgelähmter Kinder	180
Die Zulassung der Sonderschulen	251
Gerichtsentscheide 201, 237, 240, 340	
Hilfsmittel	
Neuregelung des Verfahrens bei Abgabe von Hörgeräten	140
Einfuhr von größeren Hilfsmitteln in das Zollgebiet	
der Bundesrepublik Deutschland	228
Abgabestellen von Hörmitteln	328
Ausrüstung der Motorfahrzeuge mit Winterpneus oder	
Schneeketten	488
Gehörgeschädigte Kinder	427
Motorfahrzeuge: Ersatz von Fahrzeugen, die ohne Kostenbeteiligung	
der IV angeschafft werden; Reparaturkosten	536
Gerichtsentscheide 157, 287, 379, 453, 455, 555, 557	
Taggelder	
Rente und Taggeld in der IV	1
Zuständigkeit für die Gewährung von Taggeldern	537
Gerichtsentscheide 42, 43, 292, 342, 459	
Renten	
Rente und Taggeld in der IV	1
Anpassung des Taschengeldes armenrechtlich unterstützter	
Rentenbezüger der AHV und IV	179
Ursache der Mutationen in der AHV und IV	260
Süchtigkeit und Invalidenrente aus medizinischer Sicht	470

	Seite
Gerichtsentscheide	42, 43, 48, 50, 51, 106, 109, 111, 113, 160, 162, 164 166, 203, 205, 244, 294, 346, 375, 381, 384 387, 390, 461, 504, 563
Hilflosenentschädigung	
Gerichtsentscheid	347
Vergütung der Reisekosten	
Die Reisegutscheine in der Invalidenversicherung im Jahre 1964	307
Fahrgeldrückerstattung	428
Gerichtsentscheid	240
 Organisation und Verfahren	
Allgemeines	
Das neue Kreisschreiben über die Schweigepflicht und Akteneinsicht	130
Bekanntgabe von Beschlüssen der IV-Kommissionen an die Ärzte	228
Invalidenversicherung und Krankenkassen	228
Auskunftserteilung an Krankenkassen	482
Wiedergabe ärztlicher Feststellungen in Kommissionsbeschlüssen und Kassenverfügungen	489
Einsicht in medizinische Akten durch den Arzt einer Eingliederungsstätte	538
Anmelde- und Abklärungsverfahren	
Formulare für ärztlichen Zwischenbericht	147
Der Beizug von Spezialstellen der Invalidenhilfe in der IV im Jahre 1964	224
Zur Frage der «wichtigen Gründe» gemäß Artikel 78, Absatz 2, IVV	270
Rechnungsstellung und Kostenvergütung	
Die Prüfung der Rechnungen bei Wechsel der IV-Kommission	148
Kostenvergütung für Leistungen von Nicht-IV-Vertragsärzten	327
Rechtspflege	
Gerichtsentscheide	53, 56, 60, 115, 117, 463, 508, 512, 514
 Förderung der Invalidenhilfe	
Verzeichnis der für die Invalidenversicherung tätigen Spezialstellen	127
Bau- und Einrichtungsbeiträge in der IV	479
 Verschiedenes	
Von Monat zu Monat	1, 65, 121, 169, 209, 249, 297, 353, 393, 394, 465, 517
Eidgenössische Expertenkommission für die Revision der Invalidenversicherung	25
Parlamentarische Vorstöße	
Postulat Müller vom 10. März 1965	187
Kleine Anfrage Forel vom 4. März 1965	187
Postulat Trottmann vom 17. Dezember 1964	188
Kleine Anfrage Dafflon vom 15. März 1965	229
Kleine Anfrage Forel vom 4. März 1965	330
Kleine Anfrage Baudère vom 20. September 1965	490
Literaturhinweise	21, 94, 149, 187, 229, 328, 329, 490, 538, 539

C. Ergänzungsleistungen zur AHV und IV

Von Monat zu Monat	65, 121, 169, 353, 517, 518
Die Vorlage über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV vor dem Ständerat	85
Abschluß der parlamentarischen Beratungen über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV	170
Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV im Kommen	250
Der Weg der Ergänzungsleistungen	356
Ergänzungsleistungen der Kantone	394, 468, 522
Mitteilungen über Ergänzungsleistungen der Kantone	
Genf	492
Schwyz	492
Freiburg	539
Parlamentarische Vorstöße	
Kleine Anfrage Genoud vom 22. September 1965	491

D. Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenfürsorge

Zuschüsse zu den Renten der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung im Kanton Aargau	30
Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenbeihilfen im Kanton Uri	30
Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenbeihilfe im Kanton Zug	30
Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenfürsorge im Kanton Bern	271
Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenfürsorge im Kanton Basel-Stadt	272

E. Erwerbsersatzordnung

Von Monat zu Monat	170, 209
Die Betriebsrechnungen der AHV, IV und EO im Jahre 1964	298
Verzeichnis der gesetzlichen Erlasse, der zwischenstaatlichen Vereinbarungen sowie der Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung auf den Gebieten der AHV, der IV und der EO	313
Gerichtsentcheid	63
Literaturhinweis	21

F. Familienzulagen

Von Monat zu Monat	297, 465
Die Rechtstellung der ausländischen Arbeitnehmer in den kantonalen Gesetzen über Familienzulagen	10, 132
Das Gesetz des Kantons Appenzell A. Rh. über Kinderzulagen für Arbeitnehmer	266
Parlamentarische Vorstöße	
Kleine Anfrage Diethelm vom 2. März 1965	271
Mitteilungen über kantonale Familienzulagen	
Basel-Landschaft	29, 188
Schwyz	29
Freiburg	29, 150, 273

	Seite
Aargau	29
Bern	29, 366
Neuenburg	150, 273
Thurgau	151
Basel-Stadt	188
Appenzell AR	229, 492
Appenzell IR	272
Luzern	330
Schaffhausen	367, 539
Waadt	367
Uri	493
Kantonale Gesetze über Familienzulagen	188
Gerichtssentscheide	247, 349

G. Sozialversicherungsabkommen und ausländische Sozialversicherungen

Von Monat zu Monat	1, 297, 353, 393, 517
Die Pensionsversicherung in Österreich	252
Der Wohnsitz als Leistungsvoraussetzung gemäß schweizerisch-italienischem Abkommen über Soziale Sicherheit	302
Anrechnung von AHV-Beitragszeiten in den ausländischen Rentenversicherungen	533

H. Verschiedenes

25 Jahre Ausgleichskassen	66
Aus der Geschichte der Ausgleichskassen	122
Berufungen des Bundesamtes für Sozialversicherung an das Eidgenössische Versicherungsgericht	186
Aus dem Tätigkeitsbericht des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes im Jahre 1964	308
Zum Jahreswechsel	519
Eidgenössische Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung	21, 95
Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds der AHV	23
Jahresbericht 1964 der AHV/IV/EO-Organen	28
Eigendrucke von Formularen durch die Versicherungsorgane	31
Ausgleichsfonds der AHV	150, 428
Abkürzungen	188
Nachtrag zum Drucksachenkatalog AHV/IV/EO	31, 152, 274, 429
Adressenverzeichnis AHV/IV/EO	34, 95, 152, 274, 330, 368, 494, 540
Personelles	34, 330, 331, 368, 429, 494, 540
Organisation des Bundesamtes für Sozialversicherung	274
† Arthur Frey	95
† Alt Bundesrat Dr. Walther Stampfli	466
† Eugène Bertrand	494