

# VON MONAT ZU MONAT

Am 18. Dezember 1963 wurde in Bern eine Verwaltungsvereinbarung betreffend die Durchführung des schweizerisch-italienischen Abkommens über die soziale Sicherheit, vom 14. Dezember 1962, abgeschlossen und durch Dr. C. Motta, Vizedirektor des Bundesamtes für Sozialversicherung, sowie Dr. G. Caporaso, Generalinspektor beim italienischen Ministerium für Arbeit und Sozialvorsorge, unterzeichnet. Die Verwaltungsvereinbarung wird erst nach Ratifikation des Abkommens vom 14. Dezember 1962 gleichzeitig mit diesem in Kraft treten.

\*

Die eidgenössischen Räte haben die Gesetzesvorlage über die *sechste AHV-Revision* am 19. Dezember 1963 in der Schlußabstimmung angenommen, und zwar der Nationalrat mit 170 : 0 und der Ständerat mit 42 : 0 Stimmen (siehe auch den Bericht über die parlamentarischen Beratungen in der vorliegenden Nummer). Die Referendumsfrist wird Ende März 1964 ablaufen. Unter dem Vorbehalt, daß kein Referendum zustande kommt, sind im wesentlichen folgende Änderungen zu erwarten.

Die Renten der AHV und der Invalidenversicherung werden in der Regel um ein Drittel erhöht. Diese Erhöhung kann erst vorgenommen werden, wenn die Referendumsfrist unbenützt abgelaufen ist, erfolgen dann aber rückwirkend auf den 1. Januar 1964. Somit *werden in den Monaten Januar bis März 1964 noch die bisherigen Rentenbeträge ausbezahlt*. Die erhöhten Renten gelangen erstmals im April 1964 zur Auszahlung. Die Differenz zwischen alter und neuer Rente für die Monate Januar, Februar und März wird noch im zweiten Quartal 1964 nachvergütet.

Die sechste AHV-Revision setzt ferner das Rentenalter der Frau — und gleichzeitig das Ende ihrer Beträgspflicht — vom 63. auf das 62. Altersjahr herab. Des weitern werden neue Leistungsansprüche eingeführt für Ehefrauen zwischen 45 und 60 Jahren und Kinder von Altersrentnern, für 20—25jährige Waisen in Ausbildung sowie für 20—25jährige, in Ausbildung stehende Söhne und Töchter von Alters- und Invalidenrentnern. Auch diese neuen Ansprüche können wegen der Referendumsfrist erst im April 1964 rückwirkend geltend gemacht werden. Hierüber geben die Bekanntmachungen der Ausgleichskassen später die nötigen Aufschlüsse.

Die AHV-Ausgleichskassen sind wie immer bemüht, die rund 800 000 Bezüger von AHV- und Invalidenrenten möglichst rasch in den Genuß der verbesserten Leistungen zu setzen. Angesichts der damit verbunde-

nen großen Arbeit sind die Ausgleichskassen dankbar, wenn die Rentenbezüger von schriftlichen und telefonischen Anfragen absehen und keine vorzeitigen Anmeldungen einreichen.

\*

Am 19. Dezember 1963 verabschiedete die Bundesversammlung das Bundesgesetz über die *zweite EO-Revision*. In der Schlußabstimmung wurde es vom Nationalrat mit 161 : 0 und im Ständerat mit 42 : 0 Stimmen angenommen. Der Bundesrat sieht vor, das Gesetz nach unbenütztem Ablauf der Referendumsfrist rückwirkend auf den 1. Januar 1964 in Kraft zu setzen.

\*

Auf Einladung des Bundesamtes für Sozialversicherung und unter dem Vorsitz von Dr. Granacher besprachen Vertreter der kantonalen und der Verbandsausgleichskassen sowie der Zentralen Ausgleichsstelle und der Generaldirektion PTT am 19. Dezember 1963 die Maßnahmen zur *Orientierung der Öffentlichkeit über die sechste AHV-Revision*. Es wurde vorgesehen, für diese Orientierung alle zur Verfügung stehenden Mittel von Presse, Radio und Fernsehen einzusetzen.

## Zur sechsten AHV-Revision

Nun ist es glücklich soweit. Die eidgenössischen Räte haben die bundesrätliche Vorlage über die sechste AHV-Revision vom 16. September 1963 in der vergangenen Dezembersession speditiv behandelt und verabschiedet. Die Leser der ZAK finden auf Seite 4 dieser Nummer eine zusammenfassende Darstellung der parlamentarischen Beratungen.

\*

Einmütigkeit bestand darüber, die Verbesserungen nach Ablauf der Referendumsfrist rückwirkend auf 1. Januar 1964 in Kraft zu setzen. Bei diesem Beschluß gab es dreierlei zu bedenken. Erstens ist die Referendumsfrist unbedingt zu beachten. Daher mußte der Gedanke, im Januar oder Februar 1964 die Rente zweimal auszurichten, fallen gelassen werden. Zweitens ist die dreimonatige Frist zur Anpassung der neuen Renten beim heutigen Bezügerbestand von rund 800 000 Alten, Hinterlassenen und Invaliden und bei der Häufigkeit der Mutationen — im ersten Vierteljahr 1964 werden es deren rund 100 000 sein — außerordentlich kurz. Drittens gibt die Nachzahlung der Rentendifferenzen für die

Monate Januar bis März den Ausgleichskassen viel zu tun. Zwar erlaubt die elektronische Datenverarbeitungsanlage der Zentralen Ausgleichsstelle, die anlässlich der fünften AHV-Revision ihre Feuerprobe bestanden hat, die Ausgleichskassen zu entlasten. Dennoch braucht es ein Übermaß von Einzelarbeiten, um die sechste AHV-Revision in den wenigen verbleibenden Wochen in die Tat umzusetzen.

\*

Das Bundesamt für Sozialversicherung hat den positiven Ausgang der parlamentarischen Verhandlungen in Rechnung gestellt und die für die Revision erforderlichen administrativen Vorarbeiten frühzeitig in die Wege geleitet. Dabei stützte es sich auf die verständnisvolle Mitarbeit der Zentralen Ausgleichsstelle und der Ausgleichskassen. Die erweiterte Fachkommission für Rentenfragen erörterte am 10. Oktober und 22. November 1963 das praktische Vorgehen. Am 5. Dezember wurden die Ausgleichskassen vorsorglich über die zu erwartenden Umtriebe in Kenntnis gesetzt. Gestützt auf die nicht durchwegs glücklichen Erfahrungen mit der fünften AHV-Revision galt es vor allem, bei den Rentnern übersetzte Hoffnungen und darauffolgende Enttäuschungen zu vermeiden. Der Rentenbezüger muß wissen, daß er von Januar bis März 1964 noch den bisherigen Rentenbetrag, dann ab April die erhöhte Rente und erst später die Nachzahlung der Differenz erhält. Durch eine allgemeine Orientierung der Öffentlichkeit und durch individuelle Mitteilungen an die Rentenbezüger sollte dieses Ziel im wesentlichen erreicht werden. Hiezug hat das Bundesamt für Sozialversicherung im Einvernehmen mit der Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen und der Vereinigung der Verbandsausgleichskassen einen Plan mit einer Reihe verschiedener Maßnahmen aufgestellt.

\*

Im Zeitpunkt, in welchem diese Zeilen erscheinen, ist die Durchführung der sechsten AHV-Revision bereits in vollem Gange. Das Bundesamt für Sozialversicherung bereitet die sich aus der neuen Vorlage ergebenden Anpassungen der Vollzugsverordnung vor. Die Zentrale Ausgleichsstelle hat mit der Umrechnung der bisherigen Renten begonnen. Die Ausgleichskassen erhalten ein Kreisschreiben über die Erhöhung der laufenden und Berechnung der neuen Renten, über das Verfahren, über ein neues Berechnungsblatt und über die neuen Rententabellen. Die nötigen Vorkehren werden an Arbeitstagungen für die Ausgleichskassen näher erläutert werden. Die erweiterte sinkende Beitragsskala für die

Selbständigerwerbenden, die in der revidierten Vollzugsverordnung zu verankern sein wird, ist provisorisch ausgearbeitet, und im Besitz der Ausgleichskassen.

\*

Die AHV/IV-Verwaltung hat schon wiederholt bewiesen, daß sie trotz aller Schwierigkeiten — wachsende Aufgaben einerseits, Personalmangel andererseits — eine umfangreiche Gesetzesrevision rasch und zuverlässig in die Tat umzusetzen versteht. Sie ist eine soziale Institution, die nicht nur Beiträge erhebt, sondern vor allem den betagten Leuten sowie den Witwen, Waisen und Invaliden zu dienen hat. Ihre Organe werden die beträchtliche Mehrarbeit auch dieses Mal nicht nur aus Verwaltungsroutine, sondern mit innerer Freude bewältigen. Der Dank aller Nutznießer der sechsten AHV-Revision wird ihnen gewiß sein.

## Die parlamentarischen Beratungen der sechsten AHV-Revision

Die im Vergleich zu ihrer Bedeutung rasche Behandlung der bundesrätlichen Vorlage vom 16. September 1963<sup>1</sup> durch die eidgenössischen Räte in der ersten Session der neuen Legislaturperiode darf rückblickend als Beweis für eine sorgfältige und umfassende Vorbereitung der jüngsten Revision des AHVG gewertet werden. Im Laufe der Beratungen haben denn auch viele Parlamentarier dem zuständigen Departementschef, der vorberatenden Fachkommission sowie der Verwaltung für das Geleistete volle Anerkennung gezollt und vielfältigen Dank ausgesprochen. Eine verdiente Würdigung erfuhren nicht zuletzt die Ausgleichskassen für ihre bisherige pflichtbewußte Tätigkeit und die gewaltige Aufgabe, welche sie nun beim Vollzug der jetzigen Revision zu bewältigen haben.

\*

Zur Behandlung des wichtigen Geschäftes hatte der *Nationalrat*, dem die Priorität zufiel, eine vorberatende Kommission von 29 Mitgliedern bestellt. Diese tagte am 6. und 7. November 1963 unter dem Vorsitz von Nationalrat Bratschi, der als einer der «Väter der AHV» schon der eidgenössischen Expertenkommission von 1944/45 angehört und das neue Versicherungswerk im Jahre 1946 als Referent in der Volkskammer ver-

<sup>1</sup> Siehe ZAK 1963, S. 394 und 401

treten hatte. Als einem erfahrenen Kenner der weitschichtigen AHV-Materie oblag dem Genannten nun auch die Pflicht, bei der Beratung der Vorlage im Ratsplenium als deutschsprachiger Referent zu amten. Demgegenüber mochte Nationalrat Debétaz, der die Vorlage als Referent französischer Zunge im Rate sachkundig und gewandt vertrat, gleichsam als ein Exponent der jüngeren Generation gelten, welche am Geschicke der AHV ebenso stark interessiert ist wie die heutigen Rentner.

Zu Beginn der zweitägigen Sitzung der *Kommission des Nationalrates* wies Bundesrat Tschudi in einem einleitenden Referat auf die Gründe und die allgemeine Zielsetzung der neuesten AHV-Revision hin und erläuterte die wesentlichen Verbesserungen auf dem Leistungsgebiet, in deren Zentrum die allgemeine Erhöhung der Renten um ein Drittel steht. Hierauf erörterte er die finanziellen und konjunkturpolitischen Aspekte dieser Revision und schloß mit der Feststellung, mit der vorgeschlagenen Regelung erfahre nicht nur die soziale Sicherung der Alten, Hinterlassenen und Invaliden einen entscheidenden Ausbau, sondern es werde gleichzeitig der Versuch unternommen, auf diesem Gebiete eine spezifisch schweizerische Gesamtkonzeption zu verwirklichen. Diese allgemeine Orientierung ergänzte der Berater für mathematische Fragen der Sozialversicherung, Dr. Kaiser, durch ein Referat über die sechste AHV-Revision in Zahlen, wobei er die Struktur des Schweizervolkes unter dem Gesichtswinkel der AHV beleuchtete, das Vorsorgeproblem als Ganzes streifte, anhand graphischer Darstellungen die Konstruktion der neuen Rentenformel aufzeigte und endlich die in gewissem Sinne neuartige Form der künftigen Finanzierung der AHV in Zeitabschnitten begründete.

In der anschließenden *Eintretensdebatte* kamen nicht weniger als 18 Kommissionsmitglieder zum Wort. In den verschiedenen Voten fanden die bundesrätlichen Vorschläge auf Ausbau der AHV unter Wahrung der Konzeption einer Basisversicherung einhellig Zustimmung. Ein Sprecher fand gleichsam eine «klassische» Formel, indem er die realen Leistungsverbesserungen als großzügig, zeitgemäß und vorbildlich bezeichnete. Mehrere Votanten betonten auch den Wunsch auf eine rasche Inkraftsetzung. Trotz dieser sehr günstigen Aufnahme der Vorlage wurde die Eintretensdebatte dazu benützt, Vorbehalte und Wünsche zu bestimmten Punkten des Versicherungswerkes anzubringen. Vor allem erfuhr der vom Bundesrat namentlich aus konjunkturpolitischen Erwägungen gestellte Antrag auf Erhebung eines befristeten Beitragszuschlages von einem Achtel (Ziffer IV, Buchstabe a, des Gesetzesentwurfes) eine scharfe Kritik. In einem abschließenden Votum verteidigte

der Departementschef nachdrücklich den erwähnten Antrag und wies darauf hin, daß sich der Bundesrat bei der Einschätzung der volkswirtschaftlichen Auswirkung der sechsten AHV-Revision im wesentlichen auf das Urteil der Sachverständigen gestützt habe.

Die Eintretensdebatte konnte noch am ersten Sitzungstag zu Ende geführt werden. Die Kommission beschloß einstimmig Eintreten auf die Vorlage.

Die *Einzelberatung* am folgenden Sitzungstag war dadurch gekennzeichnet, daß die Kommission vorweg zwei politisch wichtige Fragen, nämlich den Beitragszuschlag und das Inkrafttreten der Revision behandelte. Nach kurzer Aussprache beschloß sie einstimmig Ablehnung eines Beitragszuschlages.

Einer längeren Diskussion rief hingegen das Inkrafttreten, dessen Zeitpunkt die Kommission — abweichend von Abschnitt VI, Absatz 1, des Entwurfes — nicht dem Bundesrat überlassen, sondern in der Gesetzesnovelle endgültig festgelegt wissen wollte. Über das Datum selbst gingen die Ansichten vorerst auseinander. Ein Antrag lautete auf Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 1964, ein anderer auf 1. April 1964, jedoch ergänzt durch eine doppelte Auszahlung einer bisherigen Monatsrente im Monat Januar gestützt auf einen dringlichen Bundesbeschluß. In einer einläßlichen Stellungnahme wies Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung auf die ganz erheblichen administrativen Vorteile der letztgenannten «Ersatzlösung» hin, verschwieg aber auch nicht die Nachteile einer solchen Regelung gerade für bisher weniger günstig gestellte Rentnerkategorien. Weitere Votanten erhoben Bedenken psychologischer, politischer und verfassungsrechtlicher Art, so daß der Antrag für eine «Ersatzlösung» in der Folge zurückgezogen wurde. Hingegen erachtete die Kommission ein rückwirkendes Inkrafttreten auf 1. Januar 1964 nach Ablauf der Referendumsfrist trotz der damit verbundenen Nachzahlungen für die Monate Januar bis März als einzige rechtlich einwandfreie Lösung, die bei entsprechender Aufklärung auch von den Rentnern gut verstanden werden sollte. Daher stimmte die Kommission mit großer Mehrheit diesem Abänderungsantrag zu.

Nachdem so die beiden wichtigsten Streitpunkte bereinigt waren, kam die Detailberatung der übrigen Bestimmungen in der Reihenfolge des Gesetzesentwurfes rasch voran, wobei nun die Kommission im allgemeinen der bundesrätlichen Vorlage folgte. Ein Abänderungsantrag zu Artikel 3, Absatz 1, bzw. Artikel 21, Absatz 1, wollte den allgemeinen Altersrentenbeginn bei den Frauen nicht bloß auf das 62., sondern auf

das vollendete 60. Altersjahr vorverlegen und das Ende der Beitragspflicht entsprechend ordnen. Dieser Antrag wurde von der Kommission eindeutig verworfen, jedoch als Minderheitsantrag aufrecht erhalten. — Ein ursprünglich auch zu Artikel 22, Absatz 1, gestellter Antrag, welcher dem betagten verheirateten Mann für die wesentlich jüngere Frau anstelle der Zusatzrente sogleich die Ehepaar-Altersrente eingeräumt hätte, wurde als zur Zeit offensichtlich nicht realisierbar fallen gelassen. — Hierauf boten Anfragen aus der Mitte der Kommission zu Artikel 30, Absatz 5 und 6, den Vertretern des Bundesamtes für Sozialversicherung Gelegenheit, unter Hinweis auf die Botschaft einige Aufschlüsse über die neue Rentenformel und Einzelheiten der Rentenberechnung zu geben. — Im Anschluß an die von der Kommission bestätigten neuen Finanzierungsvorschriften (Artikel 102 und Artikel 103, Absatz 1 und 2) schlug das Eidgenössische Departement des Innern vor, in Artikel 106 die bisherige Befristung für die Erleichterung der Beitragspflicht der Kantone aus den Einnahmenüberschüssen der früheren Lohn- und Verdienstersatzordnung fallen zu lassen; die Kommission stimmte diesem Antrag oppositionslos zu. Im weiteren einigte sich die Kommission bei der restlichen Behandlung von Abschnitt IV dahin, den Buchstaben b betreffend den erhöhten Beitrag der öffentlichen Hand erst auf den 1. Januar 1965 in Kraft treten zu lassen, und zwar namentlich mit Rücksicht auf vermutliche Budgetschwierigkeiten der Kantone. Bei Abschnitt IV, Buchstabe c, kam es noch zu einer letzten Diskussion um die allfällige Erhöhung der Fabrikationsabgabe für Zigaretten. Da der Departementsvorsteher die beruhigende Erklärung abgeben konnte, daß eine solche Maßnahme jedenfalls erst mit der Einführung der Zusatzleistungen für AHV- und IV-Rentner angeordnet werde, lehnte die Kommission einen Streichungsantrag zu Buchstabe c mit klarer Mehrheit ab.

Nach Abschluß der Einzelberatung hieß die Kommission die bereinigte Vorlage einstimmig gut. In einem nachträglichen Schreiben beantragte der Bundesrat zwar, auch die Bestimmungen über die Beiträge der öffentlichen Hand in Abschnitt VI, Absatz 1, schon auf den 1. Januar 1964 in Kraft treten zu lassen, um die Darlehensgewährung des AHV-Ausgleichsfonds nicht einzuschränken. Die Kommission beschloß indessen am 3. Dezember 1963 mit großem Mehr, auf ihren früheren Beschluß nicht zurückzukommen.

\*

Die Behandlung der Vorlage im *Nationalrat* fand schon in der ersten Sessionswoche statt; sie beanspruchte die Vormittags- und Nachmittags-sitzung des 4. Dezember 1963 und konnte am Vormittag des 5. Dezember

zu Ende geführt werden. Nach einer sehr einläßlichen Orientierung durch die beiden Kommissionsreferenten Bratschi und Debétaz beteiligten sich an der *Eintretensdebatte* nicht weniger als 17 Redner, wobei sämtliche Fraktionen ihre Zustimmung zum grundsätzlich unbestrittenen Ausbau der AHV als Basisversicherung erklärten, einzelne Votanten aber auch schon je nach ihrem politischen Standort Hinweise über die künftige Weiterentwicklung des ganzen Versicherungswerkes anbrachten. In einem Schlußwort streifte Bundesrat Tschudi noch einmal die markantesten Punkte der jetzigen Revision; mit einer durchschnittlichen jährlichen Mehrbelastung von 800 Millionen Franken habe sie fast so große finanzielle und soziale Folgen wie die Einführung der AHV selbst. Eintreten auf die Vorlage war unbestritten.

Die noch am Mittwochabend begonnene *Einzelberatung* führte — um das Ergebnis vorweg zu nehmen — in allen Punkten zu einer Bestätigung der Beschlüsse der vorberatenden Kommission. Einen Antrag Dellberg zu Artikel 20 auf Beibehaltung der Steuerbefreiung für außerordentliche Renten verwarf der Rat mit 81 zu 21 Stimmen. Der von Widmer-Lenzburg vertretene Minderheitsantrag zu Artikel 21, Absatz 1, betreffend Herabsetzung der Altersgrenze für Frauen auf 60 Jahre zum Bezug einer einfachen Altersrente wurde von den Referenten und vom Bundesrat bekämpft und unterlag mit 118 zu 11 Stimmen. Damit war auch das Ende der Beitragspflicht der Frauen mit 62 Jahren im vorerst zurückgestellten Artikel 3, Absatz 1, bereinigt. — Ein Antrag Dafflon zu Artikel 21, Absatz 1, bezog sich auf die Einführung von Hilflosenentschädigungen an hilflos werdende Altersrentner; nach der Stellungnahme des bundesrätlichen Sprechers hätte eine solche Neuerung rund 100 Millionen Franken Mehrkosten im Jahr verursacht. Der Rat verwarf deshalb diesen Antrag mit 106 zu 6 Stimmen. Auf noch stärkere Ablehnung stieß ein weiterer, von den Referenten und vom Bundesrätstisch aus bekämpfter und als unrealistisch bezeichneter Antrag Dafflon zu Artikel 34, Absatz 1, wonach die einfache Altersrente mindestens 3 000 und höchstens 4 000 Franken betragen sollte. Als Folge dieses Abstimmungsergebnisses wurden weitere Abänderungsanträge, die mit Artikel 34 mittelbar zusammenhängen, fallen gelassen. — Bei Abschnitt IV verzichtete Bundesrat Tschudi auf eine Abstimmung über die Erhebung eines Beitragszuschlages, so daß Buchstabe a wegfiel. Ein Streichungsantrag der Kommissionsminderheit lag auch zu Buchstabe c vor und wurde von Bringolf-La Tour-de Peilz und Glasson vertreten; nachdem aber Bundesrat Tschudi die Kompetenz zur Erhöhung der fiskalischen Belastung der Zigaretten im Hinblick auf die geplanten Zusatzleistungen



schon jetzt geregelt wissen wollte, entschied sich der Rat mit 151 gegen 22 Stimmen für Festhalten an Buchstabe c. Weniger Glück hatte der Departementschef bei der Verteidigung des nachträglichen Antrages des Bundesrates, die Revisionsvorlage auch hinsichtlich der Finanzierungs-vorschriften schon auf 1. Januar 1964 in Kraft zu setzen. Der Nationalrat folgte hier dem Beschluß seiner Kommission mit der starken Mehrheit von 137 zu 23 Stimmen.

Die also durchberatene Vorlage wurde hierauf in der Gesamtabstimmung mit 173 Stimmen ohne Gegenstimme gutgeheißen.

\*

Der *Ständerat* bestellte zur Vorberatung eine 13gliedrige Kommission. Wie bei der fünften AHV-Revision fiel wiederum Ständerat Dietschi die Aufgabe zu, die Kommission zu präsidieren und die Vorlage in der Ständekammer als Referent zu vertreten.

Mit Rücksicht auf die Dringlichkeit des Geschäfts trat die *Kommission des Ständerates* schon am 20. November 1963 zusammen, um in Kenntnis der Beschlüsse der Kommission des Prioritätsrates gleichsam eine *erste Lesung* der Vorlage durchzuführen. Nach einer einläßlichen Orientierung durch Bundesrat Tschudi, ergänzt durch ein Referat von Dr. Kaiser über die soziale und finanzielle Bedeutung der sechsten AHV-Revision nahm die *Eintretensdebatte* einen ähnlichen Verlauf wie in der Kommission des Nationalrates. Sämtliche sieben Votanten äußerten sich im allgemeinen sehr positiv zur Vorlage als Ganzem, brachte aber zum Teil auch kritische Bemerkungen zu gewissen Punkten an. Die im Vordergrund des Interesses stehende Rentenerhöhung wurde vollauf gewürdigt, vereinzelt sogar als recht weitgehend bezeichnet. In der Frage des Beitragszuschlages als Mittel der Konjunkturdämpfung fand der Standpunkt des Bundesrates zwar einiges Verständnis, blieb aber doch sehr umstritten und ohne Aussicht auf Erfolg. — In einem Schlußwort bezeichnete Bundesrat Tschudi die jetzige AHV-Revision als einen grundsätzlichen Schritt zur Sanierung der sozialen Verhältnisse unseres Landes. Wegen der rückwirkenden Inkraftsetzung der Rentenverbesserungen auf 1. Januar 1964 werde eine psychologisch geschickte Aufklärung unter Hinweis auf die rechtlichen Verhältnisse und die bestehenden technischen Schwierigkeiten zur Anpassung von rund 800 000 Renten besonders wichtig sein; denn die alten Leute würden ungeduldig, zumal manche von ihnen in bedrängten finanziellen Verhältnissen lebten.

Die Kommission beschloß hierauf einstimmig, auf die Vorlage einzutreten.

Die nachfolgende *Einzelberatung* war dadurch gekennzeichnet, daß sie sich im allgemeinen auf eine bloß vorläufige Stellungnahme zu den einzelnen in Revision gezogenen Gesetzesartikeln beschränkte, da in diesem Zeitpunkt das Plenum des Nationalrates das Geschäft noch nicht behandelt hatte. Im Sinne der allgemein zustimmenden Haltung, welche die Kommissionsmitglieder schon in der Eintretensdebatte eingenommen hatten, passierten die meisten Artikel ohne Bemerkung. Die von der nationalrätlichen Kommission auf Antrag des Departements beschlossene Neufassung von Artikel 106, erster Satz, wurde nach einer kurzen Erläuterung durch Direktor Frauenfelder auch in zustimmendem Sinne zur Kenntnis genommen. Sodann stellte der Vorsitzende zu Abschnitt IV ausdrücklich fest, daß die Fragen des Beitragszuschlages und der zusätzlichen fiskalischen Belastung der Zigaretten (Buchstabe a und c) noch offen seien und vorerst das Resultat der Beratungen des Nationalrates abgewartet werden müsse. Hingegen erklärte die Kommission bei Abschnitt VI schon jetzt ihr grundsätzliches Einverständnis zum Inkrafttreten der Vorlage gemäß den Beschlüssen der nationalrätlichen Kommission.

Die *zweite Sitzung der Kommission des Ständerates* fand am Nachmittag des 10. Dezember 1963 statt. Da die Vorlage seit der ersten Lesung keinerlei Änderungen mehr erfahren hatte — der Nationalrat war in allen Punkten seiner Kommission gefolgt —, stellten sich bei der zweiten Lesung im Schoße der Kommission der Ständekammer keine neuen Fragen mehr. In der nun *definitiven artikelweisen Beratung* schloß sich die Kommission durchwegs den Beschlüssen des Nationalrates an. Bei den Artikeln 3, Absatz 1, und 21, Absatz 1, wurden die seinerzeitigen Minderheitsanträge der nationalrätlichen Kommission, die auf eine Vorverlegung des allgemeinen Rentenbeginnes der Frauen auf das vollendete 60. Altersjahr abzielten, verworfen, aber als Anträge einer Minderheit aufrechterhalten. Sodann entspann sich eine letzte kurze Diskussion bei Abschnitt VI, Absatz 1, betreffend das Inkrafttreten der Vorlage. Bundesrat Tschudi verteidigte einmal mehr den Standpunkt der Regierung, auch die Finanzierungsvorschriften auf den 1. Januar 1964 anwendbar zu erklären, doch folgte die Kommission in der Abstimmung mehrheitlich dem Beschluß des Prioritätsrates, jene Bestimmungen erst ein Jahr später in Kraft zu setzen.

Die Kommission hieß sodann die in der Fassung des Nationalrates bestätigte Vorlage ohne Opposition gut.

\*

Der *Ständerat* selbst nahm das Geschäft in der zweiten Sessionswoche in Angriff, indem er die Nachmittags-sitzung des 11. Dezember 1963 der *Eintretensdebatte* widmete. In einem ausführlichen Referat hob vorerst Kommissionspräsident Dietschi die ganz besondere Bedeutung der sechsten AHV-Revision hervor, schilderte ihre sozial-, finanz- und konjunkturpolitischen Aspekte, um sich abschließend zum Inkrafttreten zu äußern. Sodann meldeten sich sechs Votanten zum Wort. Die Größe des jetzigen Revisionswerkes wurde von keiner Seite angezweifelt; doch waren auch hier kritische Stimmen zu einzelnen Punkten zu hören. Nicht zuletzt wurde vor konjunkturpolitischen Fehlern gewarnt. In der Frage, ob der vom Bundesrat beantragte Beitragszuschlag wirklich der Konjunkturdämpfung dienen würde, gingen die Meinungen auseinander. Erwähnung verdient noch der Wunsch, es sollte nun unbedingt eine hinreichende Pause eingeschaltet werden, bevor man zu einer weiteren Gesetzesrevision schreite! Bundesrat Tschudi beleuchtete in seinem Schlußwort die finanzielle Seite der sechsten AHV-Revision und verteidigte unter Hinweis auf das in Vorbereitung befindliche Programm des Bundesrates zur Konjunkturdämpfung den Antrag auf Erhebung eines Zuschlages auf den Beiträgen der Versicherten und die uneingeschränkte Inkraftsetzung der Gesetzesänderung auf den 1. Januar 1964. Im Sinne der abgegebenen Voten beschloß der Rat stillschweigend, auf die Vorlage einzutreten.

Die *Einzelberatung* fand am 12. Dezember 1963 in einer kurzen Sitzung nach jener der Vereinigten Bundesversammlung statt. Gemäß Antrag der Kommission fanden die meisten Bestimmungen des Revisionsentwurfes diskussionslos Zustimmung. Der bekannte Minderheitsantrag zu Artikel 3, Absatz 1, unterlag, nachdem Müller-Baselland zugunsten der alleinstehenden weiblichen Versicherten votiert hatte, mit 26 zu 10 Stimmen. Damit entfiel auch der entsprechende Abänderungsantrag zu Artikel 21, Absatz 1. Eine lebhaftere Diskussion entspann sich zu Abschnitt IV, Buchstabe a, da der Departementschef am Antrag des Bundesrates festhielt. Zwar lehnte dann der Rat in Zustimmung zum Nationalrat die Erhebung des umstrittenen Beitragszuschlages ab, jedoch nur mit einem Mehr von 25 zu 14 Stimmen. Dieses Ergebnis durfte den bundesrätlichen Sprecher umso eher ermutigen, bei Abschnitt VI, Absatz 1, sich nachdrücklich für ein gesamthaftes Inkrafttreten der Vorlage auf 1. Januar 1964 einzusetzen, und zwar mit der beruhigenden Erklärung, der Bundesrat werde allfällige Budgetschwierigkeiten der Kantone wegen der erhöhten Beitragsanteile an die AHV durch Vorschüsse aus Bundesmitteln begegnen können. Diese Zusicherung verfehlte ihre

Wirkung nicht; denn der Ständerat gab nun mit einem Mehr von 18 zu 17 Stimmen dem Antrag des Bundesrates gegenüber dem Beschluß des Nationalrates den Vorzug.

In der *Gesamtabstimmung* wurde sodann die zu Ende beratene Vorlage mit 37 Stimmen oppositionslos angenommen.

\*

Als Ergebnis der parlamentarischen Beratungen hatte sich eine *einzig*e Differenz ergeben, nämlich infolge des soeben geschilderten Beschlusses des Ständerates zu Abschnitt VI, Absatz 1, den erhöhten Beitrag der öffentlichen Hand schon für das Jahr 1964 zu erheben. Diese Differenz wurde am 17. Dezember 1963 beseitigt, indem der Nationalrat nach kurzer Diskussion mit 110 gegen 58 Stimmen dem Beschluß des Ständerates folgte.

In den *Schlußabstimmungen* vom 19. Dezember 1963 hat das Parlament die Gesetzesnovelle zum AHVG einmütig gutgeheißen, nämlich der Nationalrat mit 170 Stimmen und der Ständerat mit 42 Stimmen.

Da das Abänderungsgesetz selbst die Inkrafttretensbestimmung enthält, wird die sechste AHV-Revision nach unbenutztem Ablauf der dreimonatigen Referendumsfrist ohne weiteres — mit Rückwirkung auf den 1. Januar 1964 — rechtswirksam werden.

## Betriebsbeiträge an Dauerwerkstätten

### *Allgemeines*

Gemäß Artikel 73, Absatz 2, Buchstabe b, IVG und Artikel 106 und 107 IVV können aus Mitteln der IV Beiträge an öffentliche und gemeinnützige private Werkstätten für die Dauerbeschäftigung von Invaliden gewährt werden, soweit ihnen aus der Beschäftigung von Invaliden zusätzliche Betriebskosten entstehen. Als gemeinnützige private Institutionen fallen Stiftungen, Genossenschaften und Vereine in Betracht, sofern sie keinen auszuschüttenden Gewinn anstreben und die Einnahmen sowie das Vermögen ausschließlich dem Zwecke der Dauerbeschäftigung

Invalider bzw. der Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen beruflicher Art für Invalide im Sinne des IVG dienen.

Eine Dauerwerkstätte liegt vor, wenn die betreffende Institution dauernd ausschließlich oder überwiegend Invalide beschäftigt, welche unter normalen Arbeitsbedingungen keine Erwerbstätigkeit auszuüben vermöchten. Da die Beschäftigung dem Gebrechen und der Leistungsfähigkeit der Behinderten angepaßt sein muß, hat sie in der Regel in einer eigens zu diesem Zweck errichteten Werkstätte zu erfolgen. Um jedoch auch die Vermittlung von Heimarbeit an schwer Behinderte zu fördern, sind entsprechende Vermittlungsstellen (Ferggerstellen) grundsätzlich ebenfalls beitragsberechtigt.

### *Höhe der Beiträge*

Gemäß Artikel 106 IVV dürfen die Betriebsbeiträge an Dauerwerkstätten ein Drittel der aus der Beschäftigung Invalider entstehenden zusätzlichen Kosten nicht übersteigen. — Im Vergleich zu Betrieben mit voll arbeitsfähigem Personal erwachsen den Dauerwerkstätten invaliditätsbedingte zusätzliche Betriebskosten insbesondere aus dem reduzierten Leistungsvermögen der beschäftigten Behinderten sowie aus der Notwendigkeit eines vermehrten Personalbestandes für die Instruktion und Aufsicht. Diese Faktoren führen dazu, daß die Erzeugnisse häufig nicht zu kostendeckenden Preisen abgesetzt werden können. — Die zusätzlichen invaliditätsbedingten Betriebskosten in Dauerwerkstätten werden nach folgendem Berechnungsmodus ermittelt.

In Anlehnung an die Kriterien für die Zusprechung einer IV-Rente werden zur Bestimmung der durchschnittlichen invaliditätsbedingten Minderleistung die in Dauerwerkstätten beschäftigten Invaliden in drei Hauptgruppen aufgeteilt. Die durchschnittliche invaliditätsbedingte Minderleistung für Invalide der mehr als zu zwei Drittel Erwerbsunfähigen wird mit 75 Prozent, der Gruppe der mindestens zur Hälfte, jedoch weniger als zu zwei Drittel Erwerbsunfähigen mit 60 Prozent und der Gruppe der weniger als zur Hälfte Erwerbsunfähigen mit 20 Prozent bewertet, wobei eine Gewichtung der einzelnen Invalidengruppen — unter Einbezug allfälliger Eingliederungsfälle oder beschäftigter AHV-Rentner und Nichtinvaliden — nach der effektiven Präsenzzeit in der Produktionswerkstätte erfolgt.

Als anrechenbare Betriebskosten der Produktionswerkstätten werden die Werkmeister- und Instruktorlöhne sowie der Liegenschafts-, Maschinen- bzw. Anlagenaufwand voll berücksichtigt. Bei Dauerwerkstät-

ten mit Heimarbeitsabteilung wird zudem den Kontrolleur- und Transportkosten im Verkehr mit den Heimarbeitern Rechnung getragen. Hingegen sind Aufwendungen für die Verwaltung und den Verkauf der hergestellten Produkte, die Einstandskosten für die Roh- und Hilfsstoffe sowie die Arbeitslöhne der Invaliden nicht anrechenbar; dasselbe trifft zu für allfällige Aufwendungen der Dauerwerkstätte betreffend die Verpflegung und Unterkunft sowie für Fürsorgeleistungen zugunsten der beschäftigten Invaliden.

Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen werden somit die Betriebsbeiträge auf Grund der durchschnittlichen prozentualen Minderleistung der beschäftigten Invaliden und der Kostenstruktur der Werkstätte festgelegt. Dies hat zur Folge, daß die Höhe des Betriebsbeitrages im Einzelfall abhängig ist einerseits vom Lohnniveau der Werkmeister und Instruktoren, dem Liegenschaftsaufwand sowie vom Ausmaß der Investitionen im Maschinenpark und den weiteren Anlagen der Werkstätte, andererseits vom durchschnittlichen Grad der Minderleistung der in der Werkstätte Beschäftigten. Werden somit beispielsweise durch eine Dauerwerkstätte ausschließlich Invalide beschäftigt, die zu mehr als zwei Drittel erwerbsunfähig sind, so gelten 75 Prozent der Werkmeister- und Instruktorenlöhne sowie des Liegenschafts- und Maschinen- bzw. Anlageaufwandes der Produktionswerkstätte als zusätzliche invaliditätsbedingte Kosten. Gemäß Artikel 106, Absatz 2, IVV beträgt der mögliche Betriebsbeitrag maximal ein Drittel der zusätzlichen Kosten, somit höchstens 25 Prozent der Gesamtaufwendungen für die vorgeannten Kostenarten. Im Falle der Beschäftigung von Invaliden, die weniger als zu zwei Drittel erwerbsunfähig sind, senkt sich der Prozentsatz des möglichen Betriebsbeitrages, entsprechend den bereits dargelegten Regeln.

### *Betriebsbeitragsgesuche*

Dauerwerkstätten, die einen Betriebsbeitrag der IV zu erhalten wünschen, haben ein besonderes Formular auszufüllen, das beim Bundesamt für Sozialversicherung erhältlich ist. Da die Betriebsbeiträge jedoch erst nach Vorliegen der revidierten Jahresrechnung festgesetzt werden können, ist die Ausrichtung eines allfälligen Beitrages frühestens in dem der maßgebenden Rechnungsperiode folgenden Jahr möglich.

Von 1961 bis Ende September 1963 sind insgesamt 64 Beitragsgesuche von Werkstätten für die Dauerbeschäftigung Invaliden eingegangen. Mit der Bearbeitung der einzelnen Gesuche konnte erst im Jahr

1962 begonnen werden, da vorerst auf Grund der am 17. Januar 1961 erlassenen Vollziehungsverordnung zum IVG die Grundsätze und Richtlinien für die Subventionierung festgelegt und näher umschrieben werden mußten. Bis Ende Januar 1963 wurden 21 Fälle behandelt und abgeschlossen. 1 Gesuch mußte abgelehnt werden, da die Anspruchsvoraussetzungen fehlten. Den 20 Gesuchstellern, welchen ein Betriebsbeitrag gewährt werden konnte, wurden insgesamt 250 580 Franken überwiesen. Seither, d. h. bis zum 30. September 1963, sind weitere 34 Fälle abgeschlossen worden, wobei die Gesamtauszahlung für diese Fälle die Summe von 350 964 Franken erreichte.

Die bis Ende September 1963 eingereichten Betriebsbeitragsgesuche betreffen insgesamt 29 verschiedene Dauerwerkstätten. Verschiedene dieser Werkstätten haben nicht für alle drei seit Inkrafttreten des IVG abgelaufenen Rechnungsjahre einen Betriebsbeitrag angebeht. Der kleinste bisher ausgerichtete Betriebsbeitrag an eine Dauerwerkstätte betrug 609 Franken und der höchste 55 097 Franken; für die Berichtszeit belief sich der durchschnittlich zugesprochene Betriebsbeitrag an Werkstätten für die Dauerbeschäftigung auf 11 300 Franken.

## Die neuen kantonalen Vorschriften über die Rechtspflege in der AHV und den verwandten Gebieten

Bei der Einführung der IV wurden die Mindestanforderungen, welche die Kantone bei der Aufstellung der Verfahrensvorschriften für die Rechtspflege in der AHV zu beachten haben (Art. 85 AHVG), erheblich erweitert. Dementsprechend waren die kantonalen AHV-Prozeßordnungen, die auch für die Rechtspflege in der IV, der EO und beim Vollzug des Bundesgesetzes über die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern (FLG) gelten, dem neuen Bundesrecht anzupassen<sup>1</sup>.

19 Kantone haben ihre Prozeßordnungen vollständig revidiert, während 4 Kantone ihre Vorschriften durch Ergänzungserlasse mit dem

<sup>1</sup> Vgl. ZAK 1960, S. 149 «Die neuen Rechtspflegebestimmungen in der AHV und IV».

Bundesrecht in Übereinstimmung brachten. In zwei Kantonen steht die Anpassung unmittelbar bevor. Die ZAK wird demnächst ein Verzeichnis der gesetzlichen Erlasse der Kantone veröffentlichen.

#### *Die organisatorischen Bestimmungen*

Erfreulicherweise haben mehrere Kantone die Rechtspflege in Sozialversicherungssachen im Sinne der bundesrätlichen Empfehlung in der Botschaft vom 24. Oktober 1958 zum Entwurf des IVG ganz oder teilweise zusammengelegt. Zu den Kantonen, die schon früher eine gewisse Zusammenfassung der Rechtspflege in verwandten Gebieten vorgenommen hatten (Bern / Verwaltungsgericht; Solothurn / Versicherungsgericht; Aargau und Schaffhausen / Abteilung des Obergerichtes), sind fünf weitere Kantone gestoßen. In Nidwalden, wo früher eine besondere fünfgliedrige Rekurskommission für die AHV bestand, ist nun ein unter dem Vorsitz des Kantonsgerichtspräsidenten bestellter dreigliedriger Gerichtsausschuß tätig. In den Kantonen Tessin, Waadt und Wallis sind an die Stelle der früheren besonderen Rekurskommissionen die kantonalen Versicherungsgerichte getreten, so daß für die Rechtspflege in der AHV und den mit ihr verbundenen Zweigen der Sozialversicherung sowie für Streitigkeiten mit der SUVA und der Militärversicherung die gleiche Instanz zuständig ist. Die Tessiner Rekursbehörde beurteilt zudem Streitigkeiten gemäß dem Bundesgesetz über die Arbeitslosenversicherung. Im Kanton Luzern bildet die zweite Abteilung der Rekursbehörde, die unter dem Vorsitz des Vizepräsidenten die Beschwerden über IV-Leistungen beurteilt, zugleich das kantonale Versicherungsgericht für die Beurteilung der SUVA- und Militärversicherungsstreitigkeiten. Die erste Abteilung behandelt unter Leitung des Präsidenten, der auch der Steuerrekurskommission vorsteht, die Streitfälle gemäß AHVG, EOG und FLG.

Schluss folgt



# Verzeichnis der gesetzlichen Erlasse, der zwischenstaatlichen Vereinbarungen sowie der Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung auf den Gebieten der AHV, der IV und der EO<sup>1</sup>

Stand: 1. Januar 1964 (ohne 6. AHV-Revision und 2. EO-Revision)

## 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) und 23. März 1961 (AS 1961, 491), 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).<sup>2</sup>

Bundesbeschluß 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 Bundesgesetz vom 6. März 1959 (AS 1959, 567) sowie durch das Bundes-

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Enthalten in Textausgabe AHVG/AHVV Stand 1. Juli 1963.

gesetz über den Zivilschutz, vom 23. März 1962 (Art. 93) (AS 1962, 1111).<sup>3</sup>

Bundesgesetz über die IV, vom 19. Juni 1959 (AS 1959, 827).<sup>4</sup>

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

## 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) und 4. Juli 1961 (AS 1961, 495) sowie durch den Bundesratsbeschuß betreffend Aufhebung der Zuständigkeiten der Verwaltungsabteilungen zum Erlaß allgemein verpflichtender Vorschriften, vom 13. Oktober 1951 (Art. 8) (AS 1951, 968), und durch den Bundesbeschuß über die Zuteilung des Bundesamtes für Sozialversicherung an das Eidgenössische Departement des Innern, vom 20. Dezember 1954 (AS 1954, 1328).<sup>2</sup>

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

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

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

Reglement für die Verwaltung des Ausgleichsfonds der AHV, vom 7. Januar 1953 (AS 1953, 16), abgeändert durch den Bundesratsbeschuß vom 22. Januar 1960 (AS 1960, 79).

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

<sup>2</sup> Enthalten in Textausgabe AHVG/AHVV Stand 1. Juli 1963.

<sup>3</sup> Enthalten in Textausgabe EOG/EOV Stand 1. Juni 1960 mit Klebetekturen 1962.

<sup>4</sup> Enthalten in Textausgabe IVG/IVV/GgV Stand 1. März 1961 mit Klebetekturen 1963.

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).<sup>4</sup>

Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Erwerbsausfallentschädigungen an Wehrpflichtige (EO), vom *24. Dezember 1959* (AS 1959, 2143).<sup>3</sup>

Bundesratsbeschluß über die Beiträge der Kantone an die AHV, vom *16. Dezember 1960* (AS 1960, 1625).

Bundesratsbeschluß über die Beiträge der Kantone an die IV für die Jahre 1960—1962, vom *3. April 1962* (AS 1962, 316).

Verordnung über Geburtsgebrechen, vom *5. Januar 1961* (AS 1961, 61).<sup>4</sup>

Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die IV, vom *17. Januar 1961* (AS 1961, 29), abgeändert durch Bundesratsbeschluß vom *10. Juni 1963* (AS 1963, 422).<sup>4</sup>

Verordnung über die freiwillige AHV und IV für Auslandschweizer, vom *26. Mai 1961* (AS 1961, 419).

### *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).

<sup>3</sup> Enthalten in Textausgabe EOG/EOV Stand 1. Juni 1960 mit Klebetektoren 1962.

<sup>4</sup> Enthalten in Textausgabe IVG/IVV/GgV Stand 1. März 1961 mit Klebetektoren 1963.

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 den 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).<sup>5</sup>

Geschäftsreglement für die Eidgenössische AHV-Kommission, vom *10. April 1956*, erlassen von der Eidgenössischen AHV-Kommission (ZAK 1956, 304).

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).

Verfügung des Eidgenössischen Militärdepartements betreffend den Vollzug der EO bei der Truppe, vom *31. Dezember 1959* (Militäramtsblatt 1959, 272).

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 Zu-

<sup>5</sup> Bereinigter Text beim BSV erhältlich.

lassung 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).

## 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).

### *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, 947).

### *Italien*

Abkommen über Sozialversicherung, vom 17. Oktober 1951 (AS 1954, 243).

Verwaltungsvereinbarung, vom 8. Februar 1955 (AS 1955, 489).

### *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).

### III. Die Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung<sup>6</sup>

#### 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 Stickerindustrie tätigen Personen, vom *5. August 1949*.

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

Kreisschreiben über die Erfassung und die Kassenzugehörigkeit betrieblicher Fürsorgeeinrichtungen, vom *12. Mai 1952*.

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

Kreisschreiben über die Schweigepflicht, vom *27. Dezember 1954*.

Kreisschreiben an die kantonalen Ausgleichskassen über verschiedene Fragen im Zusammenhang mit der Durchführung der Unfallversicherung 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 Behebung besonderer Notlagen von Alten und Hinterlassenen»), vom *19. September 1956*.

Kreisschreiben über die Beiträge von Entschädigungen der Milchkontrolleure der Viehzuchtverbände, vom *31. Oktober 1956*.

Kreisschreiben über die Aushändigung von Verlustscheinen für verjährte Beitragsforderungen, vom *23. Mai 1957*.

<sup>6</sup> Kreisschreiben und Mitteilungen von vorübergehender Geltung sind hier nicht aufgeführt. Dies gilt insbesondere für die Weisungen zur IV, deren Ablösung 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 Behandlung 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 Nachtrag vom 31. Oktober 1960.

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).

Kreisschreiben über die Rechtspflege, vom *15. Juli 1960*, abgeändert durch Nachträge vom 2. Februar 1962 und 31. August 1962.

Kreisschreiben über die Schweigepflicht und die Aktenaufbewahrung in der IV, vom *22. August 1960*.

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).

Kreisschreiben über die Pauschalfrankatur, vom *11. Oktober 1961* (318.107.03).

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



Wegleitung zur freiwilligen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung für Auslandschweizer, gültig ab *1. Januar 1962* (318.101).

Wegleitung über die Beiträge der Selbständigerwerbenden und Nicht-erwerbstätigen, 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).

Wegleitung über die Stellung der Ausländer und Staatenlosen, Loseblattausgabe Stand *1. September 1963* (318.105).

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

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

## *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, Buch-

- stabe 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.
- 28a Beschwerdeverfahren, vom 8. Januar 1958, mit Nachtrag 1 vom 15. Juli 1958.
- 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).
- 46a Abkommen zwischen der Schweiz und Italien über die Sozialversicherung vom 17. Oktober 1951, vom 28. Mai 1955.
- 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 Nebenwerb, 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-Tagelder, gültig ab *1. Januar 1960* (318.116).<sup>7</sup>

Tabellen zur Ermittlung der AHV- und IV-Renten und der Hilflosenentschädigung, gültig ab *1. Juli 1961* (318.117).<sup>7</sup>

Beitragstabellen für Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige, gültig ab *1. Januar 1962* (318.114).<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Werden infolge der Revision der AHV und der EO rückwirkend auf den 1. Januar 1964 durch neue Tabellen ersetzt.

## KLEINE MITTEILUNGEN

**Erledigte parlamentarische Vorstöße**  
Kleine Anfrage  
Pradervand  
vom 2. Oktober 1963

Am 2. Dezember 1963 hat der Bundesrat die Kleine Anfrage Pradervand (ZAK 1963, S. 490) wie folgt beantwortet:

«Der Bundesrat hält einen Ausbau der zusätzlichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenfürsorge durch die Kantone und einen vermehrten Einsatz von Bundesmitteln für diesen Zweck für richtig und notwendig. In diesem Sinne hat er denn auch in seiner Botschaft vom 16. September 1963 zur sechsten AHV-Revision einen Entwurf zu einem Bundesgesetz über Zusatzleistungen an Rentenbezüger der AHV und der Invalidenversicherung in Aussicht gestellt. Sache der Kantone wäre es, im Rahmen eines solchen Bundesgesetzes und unter Vorbehalt der Genehmigung des Bundesrates die materiellen Vorschriften über die Zusatzrenten zu erlassen. Dabei sollte es möglich sein, den Verhältnissen von Selbständigerwerbenden, die ihren Betrieb altershalber an Familienangehörige übertragen haben, in billiger Weise Rechnung zu tragen.»

**Behandelte parlamentarische Vorstöße**  
Postulat Dafflon  
vom 4. Oktober 1962  
Postulat Klingler  
vom 10. Dez. 1962  
Postulat Meyer-Luzern  
vom 19. Dez. 1962

Am 4. Dezember 1963 gelangten im Nationalrat drei Postulate zur Behandlung. Nationalrat Dafflon begründete sein Postulat betreffend den Ausbau der Alters- und Hinterlassenenfürsorge (s. ZAK 1962, S. 469), während Nationalrat Klingler die Schaffung einer Invalidenbeihilfe anregte (s. ZAK 1963, S. 68). Nationalrat Meyer-Luzern begründete das vom zurückgetretenen Nationalrat Malzacher übernommene Postulat über den Ausbau der Alters- und Hinterlassenenfürsorge (s. ZAK 1963, S. 69). Bundesrat Tschudi verwies auf das zu schaffende Bundesgesetz über die Gewährung von zusätzlichen Leistungen an Alte, Hinterlassene und Invalide und nahm die drei Postulate entgegen. Der Rat stimmte der Überweisung zu.

**Volksinitiative der «AVIVO»**  
vom 7. Juni 1962

In der Schlußabstimmung vom 19. Dezember 1963 haben National- und Ständerat beschlossen, dem Volk und den Ständen die Verwerfung dieses Volksbegehrens (s. ZAK 1962, S. 371) zu beantragen.

**Familienzulagen im Kanton Wallis**

Gemäß Artikel 4 des Gesetzes des Kantons Wallis vom 6. Februar 1958 über die Familienzulagen an die selbständigerwerbenden Landwirte darf die Kinderzulage nicht weniger als 10 Franken im Monat betragen. Doch ist der Große Rat befugt, diesen Ansatz zu erhöhen. Er hat durch Dekret vom 14. November 1963 von dieser

Befugnis Gebrauch gemacht und die Kinderzulage für die selbständigerwerbenden Landwirte auf 15 Franken ab 1. Oktober 1963 und auf 20 Franken ab 1. Januar 1966 festgesetzt.

**Familienzulagen im Kanton Graubünden** Der Große Rat des Kantons Graubünden hat durch Beschluß vom 26. November 1963 den Arbeitgeberbeitrag an die kantonale Familienausgleichskasse mit Wirkung ab 1. Januar 1964 von 1 auf 1,3 Prozent der Lohnsumme erhöht.

**Familienzulagen im Kanton Freiburg** Bisher hatten ausländische Arbeitnehmer für ihre Kinder im Ausland Anspruch auf eine Zulage von 15 Franken im Monat. Durch den Staatsratsbeschluß vom 13. Dezember 1963 wurden die ausländischen Arbeitnehmer mit Wirkung ab 1. Januar 1964 in bezug auf den Ansatz der Kinderzulagen den schweizerischen Arbeitnehmern gleichgestellt, so daß nunmehr die Kinderzulage auch für Kinder im Ausland 25 Franken im Monat beträgt. Zulageberechtigt sind entsprechend der bisherigen Regelung nur Kinder bis zum vollendeten 15. Altersjahr.

**Adressenverzeichnis AHV/IV/EO** Seite 10, Ausgleichskasse 32, Ostschweiz. Handel  
Neue Adresse: Amriswil, Gartenstraße 3.  
Postfach 110, Amriswil 1  
Neue Tel. Nr.: (071) 6 75 08

Seite 11, Ausgleichskasse 39, Warenhäuser  
Neue Adresse: Zürich 2, Bleicherweg 33

Seite 18, Ausgleichskasse 89, Banken  
Neue Adresse: Zürich 2, Bleicherweg 33  
Die Postfachadresse ist zu streichen.  
Zusätzliche Telefonnummer: 27 84 42

**Personelles** Der langjährige Leiter der Ausgleichskasse «Ostschweiz. Handel», Hans Fischer, ist auf Ende des vergangenen Jahres von seinem Amte zurückgetreten. Als neuer Kassenleiter wurde Georg Bommeli, Amriswil, gewählt.

# GERICHTSENTSCHEIDE

---

## Alters- und Hinterlassenenversicherung

### Beiträge

Urteil des EVG vom 4. Juli 1963 i. Sa. F. & Z.

**Art. 5, Abs. 2, AHVG.** Nebenberufliche Versicherungsagenten sind im allgemeinen als Unselbständigerwerbende zu betrachten. (Erwägung 1)

**Art. 14, Abs. 4, AHVG; Art. 39 AHVV.** Eine Nachforderung verstößt nicht gegen Treu und Glauben, selbst wenn der Revisor anlässlich der Arbeitgeberkontrolle eine falsche Rechtsauskunft erteilt haben sollte, der Arbeitgeber aber von der Ausgleichskasse rechtzeitig und hinreichend über die wahre Rechtslage orientiert wurde. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, sich im Zweifelsfall bei der Ausgleichskasse (und nicht beim Kontrollorgan) zu erkundigen. (Erwägung 3)

**Art. 97, Abs. 1, AHVG.** Aus einer (angeblich) uneinheitlichen Praxis kann der Beitragspflichtige keinen Anspruch auf Behandlung entgegen dem Gesetz ableiten. (Erwägung 4)

**Art. 84, Abs. 1, AHVG; Art. 128 AHVV.** Zum Begriff der Verfügung. (Erwägung 5)

**Art. 16, Abs. 1, AHVG.** Die Verjährungsfrist wird nur gewahrt, wenn durch die Verfügung eine zahlenmäßig bestimmte Beitragsforderung geltend gemacht wird. Es genügt jedoch, wenn diese Forderung lediglich auf einer Schätzung beruht. Die wirkliche Beitragsforderung kann später geltend gemacht werden, soweit sie den Schätzungsbetrag nicht übersteigt. (Erwägung 5)

**Art. 16, Abs. 1, und Art. 84, Abs. 2, AHVG.** Die Ausgleichskasse kann auch nach dem Eintritt der Rechtshängigkeit eine rechtsbewahrende (nicht aber eine Recht schaffende) Verfügung erlassen. (Erwägung 5)

**Art. 14, Abs. 4, AHVG; Art. 40, Abs. 1, AHVV.** Erlaß der Nachzahlung. (Erwägung 6)

Die Berufungsbeklagte, die die Generalagentur einer Versicherungsgesellschaft führt, beschäftigt auch eine größere Zahl nebenberuflicher Mitarbeiter, die entweder in der Stadt als nebenberufliche Agenten oder außerhalb des städtischen Gebiets als sogenannte Lokalagenten tätig sind. Die Ausgleichskasse verhielt die Berufungsbeklagte, für diese Personen vom 1. Januar

1957 hinweg Beiträge zu entrichten und forderte sie gleichzeitig auf, ihr die «noch fehlenden Einkommensangaben zu verschaffen». Die Firma legte Beschwerde ein und machte namentlich ihren guten Glauben geltend. Die Rekurskommission entschied, die Berufungsbeklagte habe bis Ende 1961 die Beiträge, aber nur in der Höhe von 2 Prozent, zu leisten. Dagegen legte das BSV Berufung ein.

Das EVG hieß die Berufung gut und erkannte, die Berufungsbeklagte habe die vollen Beiträge nachzuzahlen. Es stellte folgende Erwägungen an:

1. Agenten gehören in der Regel zu den Unselbständigerwerbenden, seien sie nun hauptberuflich oder bloß nebenamtlich tätig. Der Grund dafür liegt vornehmlich im Umstand, daß sie kaum je ein Risiko nach Art der wirtschaftlich selbständig Tätigen tragen (Urteile vom 21. August 1951 i. Sa. M. AG, EVGE 1951, S. 178, ZAK 1951, S. 459; vom 26. August 1953 i. Sa. R. & Co., EVGE 1953, S. 198, ZAK 1953, S. 414, vom 21. Februar 1955 i. Sa. Oe., EVGE 1955, S. 20, ZAK 1955, S. 163). Ihr ökonomisches Risiko erschöpft sich zu meist in der Abhängigkeit des Entgelts vom persönlichen Arbeitserfolg; es ist nur dann als Risiko im Sinne des Selbständigerwerbenden zu bewerten, wenn — was erfahrungsgemäß bloß selten der Fall ist — beträchtliche Investitionen oder Angestelltenlöhne zu tragen sind.

Dafür, daß bei den nebenamtlichen Mitarbeitern der Berufungsbeklagten derartige Ausnahmeverhältnisse bestanden hätten, gibt es in den Akten keine Anhaltspunkte. Die Vorinstanz betrachtet sie deshalb mit Recht als Unselbständigerwerbende.

Demzufolge hat die Berufungsbeklagte grundsätzlich von den Bezügen ihrer nebenamtlichen Agenten paritätische Beiträge zu entrichten. Zu prüfen ist, ob der streitigen Nachforderung, wie behauptet wird, durchschlagende Gründe entgegenstehen.

2. . . .

3. Die Beitragspflichtige behauptet ferner, es widerspreche dem Prinzip von Treu und Glauben, daß sie für das Verschulden des Revisors einzustehen habe.

Wie das EVG in seinem Urteil vom 17. Juni 1957 i. Sa. H. AG, Erwägung 2 (EVGE 1957, S. 177, ZAK 1958, S. 28) entschieden hat, kann das Prinzip von Treu und Glauben eine Nachforderung nur dann beschränken, wenn «ganz besondere Umstände es als schlechtweg unbillig und mit dem Gedanken der Rechtssicherheit als unvereinbar erscheinend lassen würden, den gesetzlichen Zustand nachträglich und rückwirkend herzustellen».

Solche ganz besonderen Umstände bestehen hier nicht. Die Frage kann offen gelassen werden, ob und allenfalls inwieweit der Revisor, wie die Beitragspflichtige es darstellt, bei der im Jahre 1957 vorgenommenen Arbeitgeberkontrolle durch sein Verhalten die in Rede stehende Unterlassung bewirkt habe. Die Ausgleichskasse hat nämlich in ihrem Schreiben vom 6. Juni 1962, das sie der Berufungsbeklagten zugestellt hat, und durch Auflage der dort genannten Belege nachgewiesen, daß sie die Beitragspflichtige über die umstrittene Frage rechtzeitig und ausreichend orientiert hat. Sollte die Berufungsbeklagte, welche die ihr zugestellten einschlägigen Mitteilungen kennen mußte, durch das Verhalten des Revisors wirklich in einen Zweifel versetzt

worden sein, wie sie vorzugehen habe, dann wäre es ihre Pflicht gewesen, die Ausgleichskasse — diese und nicht das Kontrollorgan, ist befugt, Verfügungen und Anordnungen zu treffen (Art. 163, Abs. 2, AHVV) — um Aufklärung und verbindliche Weisung zu ersuchen, dies umso mehr, als die AHV-rechtlichen Interessen ihrer nebenamtlichen Agenten auf dem Spiele standen, auf deren individuellen Beitragskonten die in Frage stehenden Beiträge bei Nichtentrichtung — und diese Agenten bezahlten für die umstrittenen Bezüge auch keine Beiträge als Selbständigerwerbende — nicht gutgeschrieben werden konnten. Das Schreiben der Ausgleichskasse an die Beitragspflichtige vom 20. November 1957, worin auf Grund des Revisionsberichtes die im wesentlichen ordnungsgemäße Abrechnung der Berufungsbeklagten festgestellt wurde, kann hinsichtlich der umstrittenen Frage jedenfalls nicht als Weisung im Sinne des Art. 163, Abs. 3, AHVV gelten; denn es ist nicht erstellt, daß die Kasse in diesem Zeitpunkt wußte, daß die Berufungsbeklagte nebenamtliche Agenten beschäftigte, ohne für diese die paritätischen Beiträge zu entrichten. Übrigens ist eine Kasse befugt, sogar eine formell rechtskräftige Verfügung abzuändern, wenn diese zweifellos unrichtig und deren Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist, ohne daß dadurch grundsätzlich das Gebot von Treu und Glauben verletzt würde (Urteil des EVG vom 19. Februar 1963 i. Sa. R., EVGE 1963, S. 84, ZAK 1963, S. 295).

Daß, wie die Beitragspflichtige noch einwendet, ihre Generaldirektion die private, aus dem Jahre 1947 stammende Weisung, welche die Lokalagenten als Selbständigerwerbende bewertet, nicht widerrufen hat, ändert nichts am Gesagten; AHV-rechtlich ist diese interne geschäftliche Anordnung ohne Bedeutung.

4. Im Beschwerdeverfahren hat die Berufungsbeklagte behauptet, das Vorgehen der Ausgleichskassen hinsichtlich der umstrittenen Frage sei nicht einheitlich. In einem Kanton seien sogar noch im Jahre 1959 von den Bezügen der Lokalagenten keine paritätischen Beiträge erhoben worden.

Wie dem auch sein möge: die Beitragspflichtige kann daraus nichts für sich ableiten, weil sie nur Anspruch auf gleiche Behandlung gemäss, nicht jedoch entgegen dem Gesetz hat.

5. Die Berufungsbeklagte macht ferner geltend, die Nachforderung sei für das Jahr 1957 verjährt.

Die Vorinstanz, deren Entscheid am 5. Dezember 1962 getroffen, aber erst später redigiert und den Beteiligten zugestellt wurde, ist auf diesen erst am 19. Januar 1963 erhobenen Einwand nicht eingegangen. Die Frage der Verjährung ist jedoch hier ohnehin von Amtes wegen zu prüfen.

Gemäss Art. 16, Abs. 1, AHVG können Beiträge, die nicht innert 5 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, für welches sie geschuldet sind, durch Verfügung geltend gemacht werden, nicht mehr eingefordert oder entrichtet werden.

In Auslegung dieser Bestimmung hat das EVG entschieden, eine bloß grundsätzliche Unterstellung unter die Beitragspflicht genüge nicht zur Einhaltung der Verjährungsfrist. Das Gesetz verlange ausdrücklich, daß innert der Frist die Beiträge eingefordert werden müßten. Bei Versicherungsverhältnissen, bei denen die Unterstellungsart nicht streitig sei, verjähren denn auch die Beiträge, sofern sie innert der Frist nicht summemässig



durch Verfügung gefordert würden (Urteil vom 11. August 1958 i. Sa. E. AG, EVGE 1958, S. 186, ZAK 1958, 413).

Im Lichte dieser Rechtsprechung wurden die umstrittenen Beiträge durch die Verfügung vom 6. Juni 1962 noch nicht im Sinne des Art. 16, Abs. 1, AHVG «geltend gemacht». Durch diese Verfügung unterstellte die Ausgleichskasse die Berufungsbeklagte bloß der Beitragspflicht auch bezüglich der nebenamtlichen Agenten. Dessen war sich die Kasse durchaus bewußt. Um den Eintritt der Verjährung zu verhindern, forderte sie deshalb von der Beitragspflichtigen mit Schreiben vom 21. Dezember 1962 für das Jahr 1957 einen Schätzungsbetrag von insgesamt 10 000 Franken nach. Entgegen der Auffassung der Berufungsbeklagten wurde die Nachforderung dadurch der Verjährung entzogen. Das in Rede stehende Schreiben qualifiziert sich als Verfügung, obwohl ihm keine Rechtsmittelbelehrung beigegeben wurde. Als rechtswirksame Verfügung ist nämlich jeder einem Beitragspflichtigen übermittelte Entscheid zu bewerten, indem eine Ausgleichskasse einen bestimmten Beitrag für einen bestimmten Zeitraum geltend macht, sei das Schriftstück nun als Verfügung bezeichnet oder nicht. Art. 128, Abs. 2, AHVV verpflichtet die Kassen zwar, ihre Verfügungen mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen; doch ist dies kein Gültigkeitserfordernis (Urteil des EVG vom 20. September 1956 i. Sa. R. AG, ZAK 1957, 214). Das Schreiben der Kasse vom 21. Dezember 1962 ist somit als Verfügung zu betrachten. Daß der eingeforderte Beitrag nur geschätzt und nicht weiter spezifiziert war, vermag die verjährungshindernde Wirkung nicht zu beeinträchtigen. Die Kasse hat übrigens die geschuldete Summe bloß deshalb nicht berechnen können, weil die Beitragspflichtige ihr die angeforderten Berechnungsgrundlagen nicht stellte. Durch das Schreiben der Kasse vom 2. April 1962 sowie durch die Verfügung vom 6. Juni 1962 war die Berufungsbeklagte darüber orientiert worden, für welche nebenamtlichen Agenten und für welchen Zeitraum die paritätischen Beiträge noch entrichtet werden mußten. Dies genügte im Verein mit dem Schreiben der Kasse vom 21. Dezember 1962, womit die Beiträge auch summenmäßig und noch rechtzeitig im Sinne des Art. 16, Abs. 1, AHVG eingefordert wurden, zur Verhinderung der Verjährung. Wenn die Beitragspflichtige in ihrem Brief vom 19. Januar 1963 erklärte:

«Eine rechtsgültige Verfügung liegt u. E. nur dann vor, wenn der geltend gemachte Beitrag auf Grund von genauen Erhebungen festgelegt wurde, d. h. nach Franken und Rappen den Betreffnissen entspricht, die sich aus den beitragspflichtigen Sozialleistungen bei korrekter Anwendung der gesetzlichen Ansätze ergeben»,

dann überspannt sie die Anforderungen, die im Rahmen des Art. 16, Abs. 1, AHVG zu stellen sind. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, daß das Bundesgericht im Gebiet der bundesrechtlichen Abgaben an die verjährungsunterbrechenden Einforderungshandlungen wesentlich geringere Anforderungen stellt, als die Berufungsbeklagte sie hier gestellt wissen möchte. Hinsichtlich der Warenumsatzsteuern, Luxussteuern und Stempelabgaben hat das Bundesgericht in konstanter Praxis entschieden, daß als verjährungsunterbrechende Einforderungshandlungen jede Mitteilung der Eidgenössischen Steuerverwaltung genüge, in welcher einem Zahlungspflichtigen unzweideutig davon Kenntnis gegeben werde, daß nach Auffassung der Ver-

waltung ein bestimmter Tatbestand der Steuer unterliege. Nicht notwendig sei, daß der Tatbestand schon nach allen Richtungen hin abgeklärt sei. Wenn er in der Mitteilung im wesentlichen festgelegt sei, so daß der Betroffene wisse, worum es sich handle, sei dem Gesetz Genüge getan (Archiv für schweizerisches Abgaberecht/ASA Bd. 18, S. 422 ff. betr. Warenumsatzsteuer; Bd. 22, S. 515 ff., Erwägung 3, betr. Luxussteuer; Bd. 22, S. 402 ff. betr. Stempelabgaben). Bezüglich der Wehrsteuern sind die in Rede stehenden Anforderungen noch weniger einschneidend. Durch die Eröffnung einer provisorischen Einschätzung, so führt das Bundesgericht aus, werde der ganze sich aus dem Gesetz ergebende Wehrsteueranspruch, nicht bloß der in der Einschätzung genannte Betrag, geltend gemacht. Weder brauche der genaue Betrag der Forderung angegeben zu werden, noch sei die Bezeichnung der «Tatbestände» notwendig, welche nach Ansicht der Steuerverwaltung Anlaß zu einer Mehrforderung geben könnten (ASA Bd. 18, S. 142, Erwägung 4). — Die Praxis des Bundesgerichts gegenüber der Eidgenössischen Steuerverwaltung ist somit in dieser Frage ganz allgemein weniger streng als die analoge Rechtsprechung des EVG bezüglich der Ausgleichskassen. Es ist nicht einzusehen, aus welchen Gründen im AHV-Recht eine noch schärfere Praxis eingeführt werden sollte, zumal der Wortlaut und Zweck des Art. 16, Abs. 1, AHVG dies keineswegs erheischt und die Versicherten durch die Entrichtung der Beiträge, anders als bei der Bezahlung bundesrechtlicher Abgaben, eigene Rechte erwerben.

Die Verfügung vom 21. Dezember 1962 verstößt ferner nicht gegen den von der Rechtsprechung anerkannten Grundsatz, daß die Rechtshängigkeit den Prozeßgegenstand der Verfügungsgewalt der Ausgleichskasse entzieht. Dieses Prinzip richtet sich nur gegen Verfügungen, die *lite pendente* erlassen werden und **Recht schaffen**, d. h. verwaltungsrechtliche Befugnisse und Pflichten begründen, nicht jedoch gegen Verfügungen, die wie die in Frage stehende lediglich **rechts bewahrenden** Charakter haben. Der Grundsatz will vermeiden, daß der Streitgegenstand *lite pendente* von der Verwaltung verändert wird. Würde es der Verwaltung aber unmöglich gemacht, bei Rechtshängigkeit verjährungshindernde Verfügungen zu erlassen, dann würde dies gerade umgekehrt die Veränderung des Streitgegenstandes durch Verwirkung begünstigen. Ganz abgesehen davon hätte es ein Beitragspflichtiger unter Umständen in der Hand, durch Erschwerung der Beitragsberechnung und durch Gebrauch sämtlicher Rechtsbehelfe die Verjährung herbeizuführen, was sicher nicht der Sinn des Gesetzes sein kann.

Aus dem Gesagten ergibt sich, daß die Beiträge für das Jahr 1957 nicht verjährt, d. h. nicht verwirkt sind. Die Nachforderung für dieses Jahr darf indessen auch nach erfolgter Bereinigung 10 000 Franken nicht übersteigen (Urteil des EVG vom 15. November 1957 i. Sa. B., zitiert im Urteil vom 25. Mai 1958 i. Sa. G., EVGE 1958, S. 97, ZAK 1958, S. 368).

6. Steht somit fest, daß die Berufungsbeklagte grundsätzlich die nachgeforderten Beiträge schuldet und daß der Nachforderung auch keine rechtlichen Gründe entgegenstehen, so ist zu prüfen, ob, wie die Vorinstanz es bezüglich der Arbeitnehmerbeiträge als richtig erachtete, ein Erlaß zu gewähren sei. Die Rekurskommission konnte aus prozeßökonomischen Erwägungen zu dieser Frage Stellung nehmen, obschon die Ausgleichskasse dar-

über keine Verfügung erlassen hatte; denn die Stellungnahme der Kasse im Beschwerdeverfahren war auch in diesem Punkte eindeutig ablehnend (vgl. dazu Urteil vom 13. Mai 1950 i. Sa. K., EVGE 1950, S. 163, ZAK 1950, 357).

Gemäß Art. 40, Abs. 1, AHVV ist Nachzahlungspflichtigen, die in gutem Glauben annehmen konnten, die nachgeforderten Beiträge nicht zu schulden, die Nachzahlung ganz oder teilweise zu erlassen, wenn dies für sie angesichts ihrer Verhältnisse eine große Härte bedeuten würde. Außerdem verlangt die Praxis, daß der Erlaß den beteiligten Arbeitnehmern nicht schade (vgl. Urteil vom 20. Dezember 1958 i. Sa. V., EVGE 1958, S. 237, ZAK 1959, 71).

Wie das BSV mit Recht erklärt, liegt kein Härtefall vor. Ein solcher könnte nur dann als gegeben betrachtet werden, wenn die Berufungsbeklagte glaubhaft zu machen vermöchte, sie gerate durch die Tilgung der Nachforderung in ernsthafte wirtschaftliche Bedrängnis. Die Tatsache allein indessen, daß ein Beitragspflichtiger für den Arbeitnehmerbeitrag nicht mehr auf seine ehemaligen Arbeitskräfte zurückgreifen kann, begründet keine große Härte (Urteil vom 11. November 1957 i. Sa. W., ZAK 1958, S. 98; vgl. auch Urteil vom 9. Mai 1958 i. Sa. A. SA, EVGE 1958, S. 121, ZAK 1958, 453). Nur diesen Umstand aber hat die Berufungsbeklagte geltend gemacht, nicht dagegen das Drohen einer wirtschaftlichen Notlage.

Da kein Härtefall im Sinne des Art. 40, Abs. 1, AHVV vorliegt, ist ein Erlaß ausgeschlossen, dies selbst dann, wenn die Beitragspflichtige, wie sie erklärt, in gutem Glauben gehandelt haben sollte, was hier jedoch nicht mehr geprüft werden muß.

**Urteil des EVG vom 20. Februar 1963 i. Sa. J. W.**

**Art. 128 AHVV; Art. 120 OG. Wertet die Ausgleichskasse einen Gerichtsentscheid lediglich noch rechnerisch aus, so bedarf es dafür keiner Verfügung. (Erwägung 2)**

**Art. 16, Abs. 1, AHVG. Wurden die für mehrere Jahre zu entrichtenden Beiträge innerhalb der Verjährungsfrist durch Verfügung geltend gemacht und bilden diese alle Gegenstand des Beschwerde- oder des Berufungsverfahrens, so können die Beiträge durch das Urteil auch noch nach Ablauf der Verjährungsfrist anders auf die einzelnen Beitragsjahre aufgeteilt werden. (Erwägung 3)**

Die Rekurskommission setzte das als Berechnungsgrundlage dienende Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit und das investierte Eigenkapital fest, lehnte die Aufrechnung der AHV-Beiträge ab und wies die Sache zur Festsetzung der Beiträge an die Ausgleichskasse zurück.

Die Ausgleichskasse legte Berufung ein mit dem Begehren, den Entscheid aufzugeben und die Sache zur neuen Beuteilung an die Rekurskommission zurückzuweisen. Sie anerkannte zwar die Einkommensberechnung und nahm mit dem Versicherten an, das nach Weisung der Rekurskommission von der Ausgleichskasse zu schätzende investierte Eigenkapital für die ersten acht Monate des Jahres 1955 habe 100 000 Franken betragen. Dagegen verlangte sie nach wie vor die Aufrechnung der Beiträge und wandte sich gegen die

Rückweisung der Sache an sie, weil sie annahm, die Beiträge für die Jahre 1955 und 1956 infolge Verjährung nicht mehr höher festsetzen zu können.

Das EVG wies die Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. ...

2. Wie das BSV zutreffend feststellt, hat die Vorinstanz, mit einer Ausnahme, über alle Faktoren entschieden, deren es zur Festsetzung der Beiträge im vorliegenden Fall bedarf. Bloß über die Frage, ob für die Periode 1. Januar 1955 bis 31. August 1955 auch ein Eigenkapital zu berücksichtigen und wie hoch dieses allenfalls zu bemessen sei, hat sie nur dem Grundsatz nach bejahend entschieden, die maßliche Festlegung jedoch der Ausgleichskasse übertragen, an die sie die Akten zurückwies.

Da die Ausgleichskasse in der Berufungsschrift den vom Versicherten schon im Beschwerdeverfahren gestellten Antrag, es sei für diese Periode ein Eigenkapital von 100 000 Franken in Rechnung zu stellen, akzeptiert hat und dagegen weder in tatsächlicher noch rechtlicher Hinsicht etwas einzuwenden ist, wird festgestellt, daß vom maßgebenden Einkommen der Periode 1. Januar 1955 bis 31. August 1955 4,5 Prozent des im Betriebe des Versicherten investierten Eigenkapitals von 100 000 Franken abzuziehen ist.

Im übrigen ist das vorinstanzliche Urteil vollständig und unbestritten. Die Ausgleichskasse hat nur noch den von der Rekurskommission getroffenen und vom EVG bestätigten sowie ergänzten Entscheid rechnerisch auszuwerten, wofür es aber keiner neuen Verfügung bedarf.

Bei dieser Sachlage wird die von der Ausgleichskasse aufgeworfene Verfahrensfrage, ob die Vorinstanz — angesichts des ihr bekannten Sachverhalts — die Akten nicht an die Ausgleichskasse hätte zurückweisen dürfen, gegenstandslos.

3. Es stellt sich schließlich noch das Problem der Verjährung.

Gemäß Art. 16, Abs. 1, AHVG können Beiträge, die nicht innert 5 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, für welches sie geschuldet sind, durch Verfügung geltend gemacht werden, nicht mehr eingefordert oder entrichtet werden.

Sämtliche Verfügungen, mit denen die Ausgleichskasse die in Rede stehenden Beiträge für die Jahre 1955 und folgende geltend gemacht hat, wurden am 10. August 1960 erlassen und dem Versicherten folglich noch innerhalb der in Art. 16, Abs. 1, AHVG vorgesehenen Frist zur Kenntnis gebracht. Sie sind im Beschwerde- und Berufungsverfahren nicht aufgehoben, sondern bloß berichtigt worden. Daß sich dabei hinsichtlich der maßgebenden Einkommen innerhalb der einzelnen Jahre gewisse Verschiebungen ergaben, weil die Daten, an denen dem Versicherten die beim Liegenschaftshandel erzielten Gewinne zuflossen, verschieden angesetzt worden sind, ist die Verjährung ohne Belang; denn geltend gemacht wurden alle vom Versicherten nach dem vorliegenden Entscheid zu entrichtenden Beiträge innerhalb der Verjährungsfrist.

# Invalidenversicherung

## Eingliederung

Urteil des EVG vom 10. September 1963, i. Sa. J. F.

**Art. 9, Abs. 1, IVG; Art. 15, Abs. 2, IVV. Taugt ein Invalider aus gesundheitlichen Gründen nicht zur sicheren Führung eines Motorfahrzeuges, so fällt die Abgabe eines Fahrzeuges auf Kosten der IV außer Betracht.**

Der Versicherte ist seit 1952 Dreher in einer Maschinenfabrik und wohnt mit seiner Frau und zwei minderjährigen Kindern 3 km vom Arbeitsort entfernt. Er erklärte der kantonalen IV-Kommission, wegen einer Herzkrankheit könne er für den Arbeitsweg nicht mehr das Fahrrad benutzen, und ersuchte um Abgabe eines Kleinautomobils. Ein Spezialarzt für innere Krankheiten bestätigte, der Versicherte habe wegen latenter Herzinsuffizienz zweimal im Spital geweiht und benötige für den Arbeitsweg ein Motorfahrzeug. Hingegen erklärte die kantonale Motorfahrzeugkontrolle, ihres Erachtens genüge im vorliegenden Fall ein Motorfahrrad.

Gestützt auf einen entsprechenden Beschluß der IV-Kommission verfügte die Ausgleichskasse, die IV gewähre kein Auto, weil der Gesuchsteller nicht am Bewegungsapparat geschädigt, sondern wegen Herzschwäche beim Gehen behindert sei (Art. 15, Abs. 2, IVV). Hingegen könne er ein Motorfahrrad fordern, da dieses kein Motorfahrzeug im Sinne des Art. 15, Abs. 2, IVV sei. Der Versicherte beschwerte sich und schrieb, wegen seines Zustandes brauche er ein geschlossenes Fahrzeug. Die kantonale Rekursbehörde entschied, die IV habe dem Beschwerdeführer ein Kleinautomobil abzugeben.

Das BSV legte gegen diesen Entscheid Berufung ein.

Das EVG ersuchte einen Spezialarzt, zur Fahrzeugfrage Stellung zu nehmen und erhielt folgenden Bericht:

«Der Patient machte seit 1960 wiederholte Episoden mit tachycardem Vorhofflimmern und ventrikulären Extrasystolen durch. ... Er gab 1957, Mitte Juni 1960 und während der ersten Hospitalisierung im Oktober 1960 praecordiale Schmerzen an, so daß zusammen mit den EKF-Veränderungen die Annahme einer Angina pectoris sehr wahrscheinlich ist. Erfahrungsgemäß treten die Anfälle von tachycardem Vorhofflimmern und ventrikulären ES in der überwiegenden Zahl der Fälle bei organisch geschädigten Herzen auf. Die Anfälle selber können jeweils zu einschneidenden hämodynamischen Störungen führen. Durch die Verminderung der Hirndurchblutung treten oft Bewußtlosigkeit, ja sogar apoplektiforme Zustände auf. Da diese Störungen ohne Vorboten auftreten können, wäre der Patient beim Führen eines Motorfahrrades oder Automobils stark unfallgefährdet. 1962 war der Patient voll arbeitsfähig und nach seinen Angaben seiner Arbeit als Dreher körperlich gewachsen. Ob in der Zwischenzeit eine Verschlechterung seines Herzleidens aufgetreten ist, ent-

zieht sich unserer Kenntnis. Das selbständige Führen eines Fahrzeuges ist wegen der Anfälle von Herzrhythmusstörungen nicht statthaft.»

Das EVG hieß die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Wer invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist, hat Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen, die notwendig und geeignet sind, seine Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern oder zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern (Art. 9, Abs. 1, IVG). Namentlich versteht die IV einen Invaliden mit bestimmten Hilfsmitteln, wenn solche zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind (Art. 21, Abs. 1, IVG). In diesem Zusammenhang nennt Art. 14, Abs. 1, Buchst. g, IVV «Fahrzeuge mit Anpassungen an das Gebrechen». Doch wird gemäß Art. 15, Abs. 2, IVV ein Motorfahrzeug nur abgegeben, wenn der Versicherte eine dauernd existenzsichernde Tätigkeit ausüben und wegen wesentlicher Gehbehinderung seinen Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug nicht bewältigen kann (N'est pas en mesure de se rendre à son travail sans véhicule personnel; non può recarsi al lavoro senza un veicolo personale).

Das BSV ist der Meinung, Art. 15, Abs. 2, IVV sei bloß dann anwendbar, wenn der Gehapparat eines Versicherten direkt geschädigt sei. Doch wendet die Vorinstanz zutreffend ein, für die Eingliederung ins Erwerbsleben bedeute es gleichviel, ob ein Invalidler an seinem Bewegungsapparat geschädigt oder nur wegen allgemein geschwächter Gesundheit gehbehindert sei. Die Auslegung des BSV wird weder dem Sinn von Art. 9, Abs. 1 und Art. 21, Abs. 1, IVG noch dem französischen und italienischen Wortlaut des Art. 15, Abs. 2, IVV gerecht (Urteil des EVG vom 2. September 1963 i. Sa. F. H., Erwägung 2, ZAK 1963, S. 42).

2. Als Hilfsmittel darf die IV nur Gegenstände abgeben, die einem Invaliden «helfen», d. h. im Sinne des Art. 9, Abs. 1, IVG seine Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern oder zu erhalten oder deren Verwertung zu fördern geeignet sind (Urteil des EVG vom 5. Juni 1962 i. Sa. F. L., Erwägung 1, ZAK 1962, S. 472). Bei einem Motorfahrzeug ist dies aber nur dann der Fall, wenn der Invalide zur sichern Führung eines solchen Vehikels taugt. Die Polizeibehörde verweigert zum vorneherein den Führerausweis, wenn jemand «durch körperliche oder geistige Krankheiten oder Gebrechen gehindert ist, ein Motorfahrzeug sicher zu führen» (Art. 14, Abs. 2, Buchst. b, des Bundesgesetzes über den Straßenverkehr). Eine solche Behinderung besteht im vorliegenden Fall. Wie der Spezialarzt in seinem Gutachten einleuchtend darlegt, ist der Zustand des Berufungsbeklagten derart, daß dieser auf dem Weg zur Arbeit jederzeit «ohne Vorboten» eine schwere Störung des Herzrhythmus erleiden und dabei das Bewußtsein verlieren könnte. Unter solchen Umständen wäre es unverantwortlich, den Arbeitsweg in einem selbstgesteuerten Fahrzeug zurückzulegen, und es fällt die Abgabe eines Fahrzeuges auf Kosten der IV außer Betracht.

**Urteil des EVG vom 22. August 1963 i. Sa. J. B.**

**Art. 12, Abs. 1, IVG.** Bei der medizinischen Behandlung hirschlagähnlicher Anfälle mit Lähmungserscheinungen stellen erst die nach erreichter Besserung des beeinträchtigten Allgemeinzustandes getroffenen Vorkehren zur funktionellen Wiederherstellung Eingliederungsmaßnahmen dar, sofern sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern.

Der 1902 geborene Versicherte erlitt im April 1961 mehrere hirschlagähnliche Anfälle. Nach längerem Spitalaufenthalt und fortgesetzter ärztlicher und physiotherapeutischer Behandlung konnte er Ende August 1961 seine Tätigkeit wieder zu 50 Prozent aufnehmen. Im Oktober 1961 meldete er sich bei der IV und verlangte die Gewährung medizinischer Maßnahmen. Der behandelnde Arzt stellte Ende November 1961 fest, daß noch einige Schwierigkeiten im Sprechen (Wortfindungs-Störungen) bestanden, Arm und Finger rechts noch nicht gut beweglich waren (leichte Schwierigkeiten beim Schreiben) und der rechte Mundwinkel noch eine leichte Schwäche aufwies. Der Zustand wurde als besserungsfähig bezeichnet mit dem Hinweis, daß ärztliche Behandlung auf unbestimmte Zeit nötig sei. Schließlich bezeichnete der Arzt die ambulante Physiotherapie als notwendige Eingliederungsmaßnahme. Im Januar 1962 erklärte der Versicherte, daß er wieder voll arbeite; die Tätigkeit als Sekretär einer Behörde habe er dagegen stark einschränken müssen.

Die IV-Kommission beschloß, keine medizinischen Vorkehren zu übernehmen, da man es insgesamt mit einer Behandlung des Leidens an sich zu tun habe. Dieser Beschluß wurde dem Versicherten von der Ausgleichskasse eröffnet. Die kantonale Rekurskommission wies eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde im wesentlichen mit der Begründung ab, daß die medizinischen Vorkehren über längere Zeit wiederholt werden müssen und daher nicht zu Lasten der IV gehen können.

Das EVG hieß die vom Versicherten gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. . . .

2. Das BSV führt in seinem Mitbericht aus, daß «bei der medizinischen Behandlung apoplektiformer Anfälle und deren Folgeerscheinungen (Lähmungen) verschiedene, oft ineinander fließende Phasen zu unterscheiden sind. Im ersten Stadium nach Eintritt eines apoplektischen Insultes (Hirschschlag) gilt die Behandlung zunächst der Überwindung des Schocks und der medikamentösen Einwirkung auf die eingetretene Blutung, die Gefäßkondition und die Besserung des beeinträchtigten Allgemeinzustandes. Je nach dem Gesundheitszustand beginnt in einer zweiten Phase die funktionelle Wiederherstellung, wobei insbesondere physiotherapeutische Maßnahmen zur Anwendung gelangen. Bei diesen Vorkehren handelt es sich nicht mehr vorwiegend um die Beeinflussung eines labilen pathologischen Geschehens. Es ist somit abzuklären, ob die getroffenen oder die zu treffenden Maßnahmen vorwiegend der beruflichen Eingliederung oder andern Zwecken dienen. Steht die

berufliche Eingliederung im Vordergrund, so ist des weiteren zu prüfen, ob die Maßnahmen geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern. Die eventuelle Rückbildung von Lähmungen nimmt von Fall zu Fall verschieden lange Zeit in Anspruch, aber meist wird ein Dauererfolg erreicht, der sich durch den Umfang des verbleibenden Dauerschadens abzeichnet. Als weitere Behandlungsphase lassen sich dann die unbeschränkt zu wiederholenden Therapiemaßnahmen gegen die verbleibenden Lähmungen oder Funktionsbehinderungen betrachten; sie gehen gemäß Art. 2, Abs. 1, IVV nicht zu Lasten der IV . . .».

Diesen zutreffenden Darlegungen des BSV hat das EVG nichts beizufügen.

3. Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob bzw. inwieweit Maßnahmen der zweiten Phase von der IV übernommen werden können. Die verschiedenen Behandlungen haben es zwar dem Versicherten erlaubt, seine Tätigkeit allmählich wieder aufzunehmen. Aus den Akten ist aber nicht ersichtlich, zu welchem Zeitpunkt anschließend an die Behandlung labilen pathologischen Geschehens oder nebenhergehend Maßnahmen einsetzten, die vorwiegend der Ertüchtigung geschädigter Organe dienen. Vor allem fehlt es an der genügenden Abklärung der Frage, ob derartige Maßnahmen bei zeitlich begrenzter Wiederholung geeignet waren, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten dauernd und wesentlich zu verbessern. Hinsichtlich der zeitlichen Begrenzung der Maßnahmen ist zu beachten, daß nur noch eine verhältnismäßig kurze Aktivitätsperiode bevorstand; IV-rechtlich geht die Aktivitätsperiode mit dem Erreichen des AHV-rechtlichen Rentenalters (Männer 65 Jahre) zu Ende, da gemäß Art. 10, Abs. 1, IVG für die Folgezeit die Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen ausgeschlossen ist (EVGE 1962, S. 314 und 324, ZAK 1963, S. 135 und 177). Sofern die Therapie der zweiten Phase nicht in verhältnismäßig kurzer Zeit zu einer dauernden und wesentlichen Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geführt hat, muß beim Alter des Versicherten angenommen werden, daß die getroffenen Vorkehrungen überwiegend «andern Zwecken» als der Eingliederung dienen. Sollten aber die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen erfüllt sein, so wäre für ihren Beginn die Vorschrift des Art. 78, Abs. 2, IVV nicht außer acht zu lassen.

Die Durchführung der notwendigen Abklärungen und die neue Beschlußfassung hinsichtlich der medizinischen Eingliederungsmaßnahmen sind Aufgabe der IV-Kommission. Demzufolge ist die Sache in Aufhebung der Kassenverfügung und des angefochtenen Rekursentscheides an die Verwaltung zurückzuweisen. . . .

#### **Urteil des EVG vom 31. August 1963 i. Sa. G. V.**

**Art. 12, Abs. 1, IVG. Eine wegen drohender Netzhautablösung notwendige Operation durch Lichtkoagulation gehört zur eigentlichen Leidensbehandlung.**

Der 1917 geborene Versicherte leidet an hochgradiger Kurzsichtigkeit, bedingt durch eine angeborene Anomalie. Im Herbst 1959 trat überdies eine Netzhautablösung links auf, die noch im gleichen Jahr operativ behandelt



wurde. Der Eingriff hatte nur einen beschränkten Erfolg. Als am rechten Auge ebenfalls «degenerative Veränderungen in der Netzhautperipherie» festgestellt wurden, erfolgte während eines Spitalaufenthaltes vom 22. April bis 17. Mai 1960 zur Abwendung der «imminent» drohenden Netzhautablösung eine prophylaktische Netzhautoperation durch Lichtkoagulation. Nach diesen Eingriffen zerfiel jedoch die Sehschärfe auf beiden Augen wegen zunehmender Linsentrübung (Katarakta complicata) weiter. Während der Versicherte bis ins Jahr 1959 ein eigenes Ingenieurbüro zu führen vermochte, beschäftigte er sich seit dem Herbst 1960 mit technischen Übersetzungen und redaktionellen Arbeiten; außerdem gibt er Sprachkurse.

Im Frühjahr 1961 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. Die Ausgleichskasse sprach ihm eine ganze Invalidenrente zu; außerdem brachte sie ihm zur Kenntnis, daß laut Beschluß der IV-Kommission die medizinischen Vorkehren nicht zu Lasten der IV gingen, da sie keine Eingliederungsmaßnahmen darstellten. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte Beschwerde bei der kantonalen Rekurskommission. Diese wies die Beschwerde ab.

Das EVG wies die vom Versicherten gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Der Frage, ob die degenerative Veränderung und die drohende Netzhautablösung am rechten Auge (die im Frühjahr 1960 eine Operation notwendig machten) mit einem Geburtsgebrechen zusammenhängen, braucht nicht nachgegangen zu werden. Gemäß Art. 13 IVG haben grundsätzlich nur Minderjährige Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen. Art. 85, Abs. 2, IVG, gibt allerdings für die Dauer von fünf Jahren seit Inkrafttreten des IVG (1. Januar 1960) auch volljährigen Versicherten einen Anspruch auf Leistungen gemäß Art. 13, sofern das Geburtsgebrechen durch eine zeitlich beschränkte medizinische Maßnahme behoben oder dauernd gemildert werden kann. Wie in EVGE ZAK 1961, S. 315, 1961, S. 188) dargetan wurde, besteht aber der Sinn des Art. 85, Abs. 2, IVG einzig darin, den im Zeitpunkt des Inkrafttretens des IVG bereits volljährigen Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen diejenigen Leistungen zu gewähren, die ihnen als Minderjährigen ohne weiteres zugestanden wären (wenn es zu jenem Zeitpunkt schon eine Invalidenversicherung gegeben hätte). Dies setzt aber voraus, daß das Geburtsgebrechen schon vor Erreichung der Volljährigkeit im Sinne von Art. 13 IVG behandlungsbedürftig war. An dieser Voraussetzung würde es im vorliegenden Falle mangeln, sofern ein Geburtsgebrechen angenommen wird. Denn der 1917 geborene Versicherte bedurfte in bezug auf die Netzhaut bis zu seiner Volljährigkeit keiner Behandlung, die gestützt auf Art. 85, Abs. 2, IVG, heute noch nachgeholt werden könnte. Zu prüfen ist daher lediglich, ob dem Versicherten medizinische Eingliederungsmaßnahmen gemäß Art. 12 IVG zustehen.

2. ...

Die im Jahre 1960 wegen der drohenden Netzhautablösung rechts notwendige Operation ist zur eigentlichen Leidensbehandlung zu zählen, die den — ebenfalls vorhandenen — Eingliederungszweck überschattet. Nachdem ärztlich degenerative Veränderungen bezeugt sind, die zu einer Netzhautablösung rechts zu führen drohten, lag labiles pathologisches Geschehen vor,

das medizinisch behandelt werden mußte. Eine ärztliche Begutachtung erweist sich somit — entgegen der Ansicht der IV-Kommission — nicht als notwendig. Es läßt sich auch nicht sagen, der prophylaktische Eingriff sei deswegen eine Maßnahme, weil er dem bevorstehenden Defektzustand der Ablösung zuvor gekommen sei; denn eigentliche Leidensbehandlung bezweckt ja in vielen Fällen, einem Defektzustand zuvorzukommen. Nur unter bestimmten besonderen Verumständen (wie bei allerschwersten Skoliosen und Epiphysenlösungen Jugendlicher an der Schwelle des Berufsbildungsalters) kann ein medizinischer Eingriff noch während des Stadiums labilen Geschehens zur Vermeidung des drohenden Defektzustandes eine — vorweggenommene — Eingliederungsmaßnahme werden (EVGE 1962, S. 316, 1963, S. 46 und 113; ZAK 1963, S. 130, 324 und 444). Im übrigen setzen die medizinischen Eingliederungsmaßnahmen regelmäßig das Bestehen eines Defektzustandes voraus.

Die im Mai 1960 durchgeführte Augenoperation geht somit nicht zu Lasten der IV, und es entfällt auch ein Anspruch auf Taggeld, da ein solches gemäß Art. 22, Abs. 1, IVG nur während der Eingliederung gewährt wird. Nachdem die Operation keine Eingliederungsmaßnahme darstellt, erübrigt sich die Prüfung der Frage, ob das Gesuch um nachträgliche Übernahme der Vorkehr rechtzeitig eingereicht wurde oder nicht.

Sofern aber wegen der Linsentrübung Staroperationen notwendig werden sollten, bleibt dem Versicherten das Recht gewahrt, sich erneut bei der IV zu melden (vgl. EVGE 1962, S. 205, ZAK 1963, S. 126).

#### **Urteil des EVG vom 2. September 1963 i. Sa. F. H.**

**Art. 15, Abs. 2, IVV. Nicht nur Beschädigungen des Gehapparates, sondern auch andere Leiden können eine «wesentliche Gehbehinderung» bei der Zurücklegung des Arbeitsweges zur Folge haben.**

Der ledige Versicherte hatte vom April 1958 an als Feinmechaniker in einer Waagenfabrik gearbeitet. Am 23. Februar 1960 schrieb er der IV, wegen Tuberkulose wolle er seit Sommer 1958 in einem Sanatorium in Davos-Platz. Im Mai 1960 wurde er in ein anderes Sanatorium verlegt. Dieses meldete am 27. September der IV-Kommission, wegen schwerer Lungentuberkulose sei der Versicherte seit Sommer 1958 gänzlich arbeitsunfähig. Laut IV-Kommissionsbeschluß verfügte die Ausgleichskasse, sie zahle ab Januar 1960 eine ganze einfache Invalidenrente von monatlich 90 Franken. Nachdem der Versicherte im März 1961 seine Arbeit wieder aufgenommen hatte, verfügte die Kasse, ab Mai 1961 erhalte er keine Rente mehr.

Der Versicherte stimmte der Rentenaufhebung zu und fügte folgendes bei:

Wegen der durchgemachten Tuberkulose bleibe er für dauern kurzatmig. Beim Treppensteigen oder Bergaufgehen komme er sehr bald außer Atem und müsse anhalten. Da er weit oberhalb seines Arbeitsortes wohne, habe er (dank Darlehen von Verwandten) ein Kleinauto angeschafft, das ihm für den Arbeitsweg unentbehrlich sei. Wegen seiner Atemnot genüge hier kein Fahrrad oder Motorroller und wegen seiner Körperlänge (196 cm) auch kein Kabinenroller. Er bitte die IV um einen «bescheidenen Beitrag».

Zu diesem Gesuch nahm der Spezialarzt des Sanatoriums folgendermaßen Stellung:

«Durch die beidseitige Lungentuberkulose, welche die beidseitige Lungenoperation notwendig machte, hat die Lungenfunktion sehr stark gelitten ... Der über 1,8 m große Patient hat eine Vitalkapazität von nur 1550 cc. Bei kleinen Anstrengungen kommt er außer Atem. Er kann in mäßigem Tempo ehenausgehen. Sobald eine Steigung kommt, setzt die Kurzatmigkeit ein. Dieser Zustand wird bleiben. Sind im Laufe des Tages vermehrt körperliche Anstrengungen nötig, kommt es zu einer gewissen Erschöpfung des Patienten, so daß er dann seinen Appetit verliert. Die Anschaffung eines Autos halte ich vom medizinischen Standpunkt aus für sehr zweckmäßig, nicht zuletzt, damit er die Distanz Wohnort-Arbeitsort ohne zu große körperliche Belastung überwinden kann.»

Ferner meldete im November 1961 die Invalidenfürsorge der IV-Kommission, der seit September nunmehr verheiratete Versicherte wohne seit November in einer benachbarten Ortschaft in einem Hause mit Lift. Laut Auskunft der Gemeindekanzlei sei am Arbeitsort S. keine für ihn passende Wohnung zu finden. Hierauf verfügte die Ausgleichskasse, die IV vergüte hier keine Autoanschaffungskosten, weil keine Gehbehinderung im Sinne des Art. 15, Abs. 2, IVV vorliege. Der Gesuchsteller beschwerte sich und wendete ein, für ihn sei ein Kleinautomobil ein «absolut notwendiges Invalidenfahrzeug». Die kantonale Rekurskommission stellte fest, daß der Volkswagen Ende Februar 1961 fabrikneu bezogen und mit 6 800 Franken bezahlt worden sei, und entschied, diesen Betrag müsse die IV dem Beschwerdeführer in acht Jahresraten von 850 Franken vergüten.

Das EVG wies die Sache in Aufhebung des vorinstanzlichen Urteils im Sinne nachstehender Erwägungen an die IV-Kommission zurück:

1. Wer invalid oder unmittelbar von Invalidität bedroht ist, hat Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen, die geeignet sind, eine Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern oder zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern (Art. 9, Abs. 1, IVG). Insbesondere versteht die IV einen Invaliden mit den Hilfsmitteln, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind (Art. 21, Abs. 1, IVG). In Betracht fallen laut Art. 14, Abs. 1, Buchst. g, IVV unter anderem Fahrzeuge mit allfälliger Anpassung an das bestehende Gebrechen. Ein Motorfahrzeug wird aber gemäß Art. 15, Abs. 2, IVV nur abgegeben, wenn der Versicherte eine dauernd existenzsichernde Tätigkeit ausüben kann und wegen wesentlicher Gehbehinderung den Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug nicht bewältigen kann (n'est pas en mesure de se rendre à son travail sans un véhicule à moteur personnel; non può recarsi al lavoro senza un veicolo personale).

2. Das BSV vertritt die Ansicht, der in Art. 15, Abs. 2, IVV umschriebene Sachverhalt bestehe immer nur dann, wenn der Gehapparat eines Versicherten direkt geschädigt sei. Diese Auslegung ist offensichtlich zu eng, wie der kantonale Richter zutreffend erörtert. Sie begünstigt die Invaliden, deren Gehapparat «direkt geschädigt ist», gegenüber ihren Leidensgenossen, die wegen anderer Gebrechen dauernd marschuntüchtig sind. So aber wird sie weder dem Sinn der Art. 9, Abs. 1, und 21, Abs. 1, IVG nach dem französischen und italienischen Wortlaut des Art. 15, Abs. 2, IVV gerecht. Benötigt

ein Invalider laut ärztlichem Befund für seinen Arbeitsweg ein persönliches Motorfahrzeug, so muß Art. 15, Abs. 2, IVV gleichermaßen anwendbar sein, ob nun die Gehunfähigkeit des Versicherten von einem Gebrechen des Gehapparates oder von einem sonstigen Leiden stamme.

Eine erhebliche Unfähigkeit, den Arbeitsweg zu bewältigen, hatte im vorliegenden Fall mindestens von März bis Oktober 1961 bestanden. Damals hatte der Berufungsbeklagte, der einzig «ebenaus» gehen kann und bei jeder Steigung außer Atem gerät, noch oberhalb seines Arbeitsortes gewohnt. Wie ein Spezialarzt im Juni 1961 bescheinigte, ist damals der Fußmarsch zur und von der Fabrik für den Versicherten zu anstrengend und daher die erfolgte Motorisierung «sehr zweckmäßig» gewesen. Für jene acht Monate gebührt dem Versicherten somit ein Beitrag der IV, zumal auch die übrigen Voraussetzungen des Art. 15, Abs. 2, IVV als erfüllt zu erachten sind.

Hingegen ist bis heute ungewiß, ob dem Berufungsbeklagten der seit November 1961 in einer benachbarten Ortschaft wohnt, nicht die Fahrt mit der Eisenbahn zumutbar wäre. Namentlich besagen die vorliegenden Akten nicht, ob und welche Steigungen der Versicherte beim Marsch zwischen seiner Wohnung und dem Bahnhof des Wohnortes sowie zwischen dem Bahnhof am Arbeitsort und der Fabrik überwinden müßte. Daß ihn allein schon «das Gehen als solches» und das Einsteigen in die Bahn überanstrengen würden, ist dem Arztergebnis vom Juni 1961 jedenfalls kaum zu entnehmen.

3. Wie die Invalidenfürsorge ermittelt hat, läßt sich am Arbeitsort kaum eine Wohnung auftreiben, die für den kurzatmigen verheirateten Versicherten geeignet wäre. Darum vermag es diesem IV-rechtlich nicht zu schaden, daß sein Wohnort und sein Arbeitsort etwa 9 km auseinanderliegen (vgl. dazu EVGE 1963, S. 66, Erw. 2, ZAK 1963, S. 379).

4. Aus all diesen Überlegungen ergibt sich, daß die gegenwärtige Streit-sache noch nicht spruchreif ist. Die IV-Kommission wird zu entscheiden haben, auf wieviel der für den Zeitraum von März bis Oktober 1961 zu gewährende Beitrag der IV festzusetzen sei. (Denkbar wäre z. B. ein Beitrag, der dem Zins für die achtmonatige Miete eines fabrikneuen Kleinwagens entsprechen würde.) Ferner wird die Kommission nach Abklärung der Steigungsverhältnisse (Erwägung 2 hiervor) und nach allfälliger Rückfrage beim Spezialarzt prüfen müssen, ob der Versicherte auch für die Zeit ab November 1961 Leistungen der IV zu fordern habe.

## Verfahren

Urteil des EVG vom 6. Juli 1963 i. Sa. H. Z.

Art. 69; Art. 60, Abs. 1, Buchst. b und Art. 54, Abs. 1, Buchst. b, IVG. Über ein neues Begehren, das noch nicht Gegenstand einer Anmeldung bildete, hat, auch wenn es an die Rekurskommission gerichtet ist, vorerst die IV-Kommission zu befinden und hierauf die Ausgleichskasse eine entsprechende Verfügung zu erlassen. (Erwägung 1)

Art. 53 IVV. Das EVG hat zu der Frage der örtlichen Zuständigkeit der IV-Kommission nicht Stellung zu nehmen. (Erwägung 1)

Art. 20 IVG und Art. 13, Abs. 2, IVV. Steht die Bildungsunfähigkeit eines Minderjährigen noch nicht eindeutig fest, so ist der Pflegekostenbeitrag bis zum Zeitpunkt, in welchem mit dem Versuch einer Sonderschulung begonnen wird, auszuruhen. (Erwägung 2)

Art. 69 IVG; Art. 84, Abs. 2, Buchst. c und d, AHVG. Das richterliche Officialprinzip gilt nur, wenn eine Verfügung überhaupt angefochten, d. h. vom Versicherten zum Streitgegenstand gemacht wird. (Erwägung 3)

Art. 97 AHVG. Eine Verfügung, die vom Richter nicht auf ihre Gesetzmäßigkeit überprüft wurde, erwächst nur in formelle Rechtskraft. Hält das BSV dafür, sie sei gesetzwidrig und deshalb zu widerrufen, so kann es der Ausgleichskasse eine entsprechende Weisung erteilen. (Erwägung 3)

Am 13. Februar 1960 ersuchte der Vater des Versicherten für seinen im Juni 1958 geborenen Knaben, der seit November 1958 an Epilepsie leide, um medizinische Maßnahmen. Der Hausarzt erklärte, es bestehe eine angeborene Epilepsie und empfahl eine klinische Abklärung. Im Juli 1961 teilte die Mutter des Patienten der Kommission mit, sie sei jetzt «geschieden» und der Knabe wohne bei ihr.

Ein Bericht der Schweizerischen Anstalt für Epileptische vom 20. November 1961 läßt sich wie folgt zusammenfassen: Nach normaler Schwangerschaft und Geburt seien im Alter von sechs Monaten blitzartige Nickkrämpfe (20—30mal täglich) aufgetreten. Die Anstalt schließe auf eine Epilepsie unklarer Genese und habe einen deutlichen Rückstand der geistigen Entwicklung festgestellt. Man empfehle eine antikonvulsive Behandlung und könne die Frage nach der Bildungsfähigkeit heute noch nicht beurteilen.

Gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission verfügte die Ausgleichskasse am 23. März 1962, die IV übernehme keine medizinischen Maßnahmen, da ein Geburtsgebrechen unwahrscheinlich sei. Hierauf schrieb die Mutter am 20. April 1962 der Rekurskommission, wenn man schon medizinische Maßnahmen verweigere, fordere sie wenigstens einen «Heimpflege-Zuschlag», weil ihr krankes Kind sehr viel Wäsche benötige und ständig von ihr überwacht werden müsse.

Am 17. August 1962 bescheinigte der Hausarzt, die Mutter müsse dem schwachsinnigen und noch nicht sprechenden Knaben täglich 5—6mal die

Windeln wechseln. Der Patient sei bildungsunfähig (was die Mutter jedoch bestreite) und könnte vielleicht einmal «eine ganz einfache Arbeit verrichten». Nachdem die Eltern im September 1962 in einen Nachbarkanton umgezogen waren, meldete PRO INFIRMIS am 5. November, vielleicht könne der Knabe, der unrein und zeitweise recht unruhig sei, später einmal «in einem Heim für praktisch Bildungsfähige gefördert werden».

Am 20. Februar 1963 verfügte der Präsident der Rekurskommission, auf die Beschwerde werde nicht eingetreten, und empfahl, mit dem Gesuch um einen Pflegekostenbeitrag an die infolge Wohnsitzwechsel neu zuständige IV-Kommission zu gelangen.

Gegen diesen Entscheid hat der Vater rechtzeitig Berufung eingelegt. Er bewirbt sich um einen «Heimpflege-Beitrag», da sein kranker Knabe außerordentlich viel Wäsche und ständige mütterliche Pflege brauche. Das EVG wies die vom Vater des Versicherten erhobene Berufung mit folgenden Erwägungen ab:

1. Obgleich an die kantonale Rekurskommission gerichtet, kann der Brief der Mutter des Versicherten vom 20. April 1962 nicht als Beschwerde gegen die Kassenverfügung vom 23. März 1962 gedeutet werden. In jener Eingabe forderte die Mutter von der IV nicht mehr medizinische Maßnahmen, sondern im Sinne des Art. 13, Abs. 2, IVV einen Beitrag an die Kosten, die mit der ständigen Betreuung ihres kranken Knaben verbunden sind. Zutreffend bemerkt der kantonale Richter, über dieses neue Begehren, das noch nicht Gegenstand der Anmeldung von 1960 und der Kassenverfügung von 1962 gewesen sei, müsse vorerst die IV-Kommission befinden und hernach die Ausgleichskasse eine entsprechende Verfügung erlassen (Art. 69 in Verbindung mit den Art. 60, Abs. 1, Buchst. b und 54, Abs. 1, Buchst. b, IVG).

Nach der Meinung der Vorinstanz und des BSV ist hierfür die IV-Kommission des neuen Wohnsitzkantons kompetent. Das EVG hat zu der Frage nach der örtlichen administrativen Zuständigkeit nicht Stellung zu nehmen und kann es daher bei einem Hinweis auf die Art. 58 IVG und 51—53 IVV bewenden lassen.

2. Gemäß Art. 13, Abs. 2, IVV schuldet die IV «an die Kosten der Pflege und Wartung einen Beitrag bis zu 3 Franken im Tag», falls ein bildungsunfähiges und anstaltbedürftiges Kind zu Hause gleichwertig wie in einer Anstalt betreut wird und dadurch besondere Kosten für Wäsche, Waschmittel und dergleichen entstehen (EVGE 1961, S. 46, ZAK 1961, S. 222; EVGE 1962, S. 125, ZAK 1963, S. 27). Und steht die Bildungsfähigkeit vorderhand noch nicht eindeutig fest, so gebührt den Eltern dieser Pflegekostenbeitrag unter Umständen bis zu dem Zeitpunkt, in welchem man mit dem Versuch einer Sonderschulung beginnen wird (EVGE 1962, S. 126, ZAK 1963, S. 27).

Im vorliegenden Fall wird die zuständige IV-Kommission anhand der ausführlichen Berichte des Hausarztes und der PRO INFIRMIS vom 5. November 1962 (und nach allfälligen weiteren Erhebungen) über das Beitragsgesuch vom 20. April 1962 entscheiden müssen.

3. Hinsichtlich der medizinischen Maßnahmen erklärt das BSV, die Vorinstanz sei bei der Feststellung des Sachverhaltes nicht an die Parteibegehren gebunden gewesen (Art. 69 IVG in Verbindung mit Art. 85, Abs. 2, Buchst. c

und d, AHVG) und hätte daher auch prüfen sollen, ob im vorliegenden Fall wirklich kein Geburtsgebrechen und somit kein Anspruch auf medizinische Maßnahmen bestehe.

Diese Ansicht verkennt die Bedeutung des prozessualen Officialprinzips, wonach der Richter an keine Parteianträge gebunden ist. Das richterliche Officialprinzip kann nur gelten, wenn eine Kassenverfügung überhaupt angefochten worden, d. h. vom Versicherten zum Streitgegenstand gemacht worden ist (EVGE 1962, S. 81, ZAK 1962, S. 389; EVGE 1962, S. 159, ZAK 1962, S. 485). Die Mutter des Versicherten hat die — medizinische Maßnahmen ablehnende — Verfügung vom 23. März 1962 gar nicht angefochten, sondern in ihrem Brief vom 20. April 1962 lediglich um einen Pflegekostenbeitrag im Sinne des Art. 13, Abs. 2, IVV ersucht. Deswegen bestand für die Vorinstanz kein Anlaß, danach zu forschen, ob der Versicherte an einem Geburtsgebrechen leide, und ist gegen ihren Nichteintretensentscheid auch in dieser Beziehung nichts einzuwenden.

Die erwähnte Kassenverfügung ist von der Vorinstanz nicht auf ihre Gesetzmäßigkeit geprüft worden und darum bloß in formelle Rechtskraft erwachsen. Hält das BSV dafür, sie sei gesetzwidrig und deshalb zu widerrufen, so mag es der Ausgleichskasse eine entsprechende Weisung erteilen. Fraglos spricht vieles dafür, daß im vorliegenden Fall eine angeborene Epilepsie im Sinne der Ziffer 129, Buchst. b, GgV besteht. Der Chefarzt der Anstalt für Epileptische führt aus, nach normal verlaufener Schwangerschaft und Geburt sei der Säugling mit sechs Monaten von häufigen Nickkrämpfen befallen worden und hernach das Kind in seiner geistigen Entwicklung erheblich zurückgeblieben.

## Erwerbersatzordnung

**Urteil des EVG vom 17. September 1963 i. Sa. P. K.**

**Art. 7, Abs. 1 und 3, EOG; Art. 11 EO. Erfüllt ein Wehrpflichtiger zum ersten Mal im Jahre seiner Dienstleitung eine Unterstützungspflicht, so ist zur Bemessung der Unterstützungszulage auf das Einkommen der unterstützten Person in diesem Jahr abzustellen.**

Der Wehrpflichtige bestand im Jahre 1962 die Rekrutenschule. Er ersuchte um Ausrichtung einer Unterstützungszulage für seine geschiedene, von ihm vordienstlich unterstützte Mutter. Ausgleichskasse und Rekursbehörde wiesen das Begehren ab, weil das eigene Einkommen der Mutter die für sie geltende Einkommensgrenze von 300 Franken im Monat übersteige. In der Berufung machte der Wehrpflichtige geltend, seine Mutter habe im Jahre 1962 einen namhaften Lohnausfall erlitten. Das EVG hieß die Berufung im Sinne der nachfolgenden Ausführungen gut.

1. Unterstützt ein Wehrpflichtiger Familienangehörige, die seiner Unterstützung bedürfen, so gebührt ihm eine tägliche Unterstützungszulage (Art. 7, Abs. 1, und 14 EOG). Und lebt er in Hausgemeinschaft mit einer von ihm unterstützten Person, so gilt diese als seiner Unterstützung bedürftig, falls ihr persönliches Einkommen 3 600 Franken im Jahr unterschreitet (Art. 7, Abs. 3, EOG in Verbindung mit Art. 10, Abs. 1, Buchst. b, EO). Anrechenbar

ist «das gesamte reine Einkommen aus Erwerb und Vermögen sowie aus Renten und Pensionen», das die unterstützte Person gemäß der letzten Wehrsteuerveranlagung oder einer entsprechenden kantonalen Steuerveranlagung erzielt hat (Art. 11, Abs. 1, EOV). Liegt keine Steuerveranlagung vor, so muß die Ausgleichskasse das Einkommen der vom Wehrpflichtigen unterstützten Person im Sinne der Art. 56—59 AHVV ermitteln (Art. 11, Abs. 2, EOV).

2. Laut kantonalen Steuerveranlagung 1961/62 hat das Durchschnittseinkommen 1959/60 der Mutter des Berufungsklägers 2 340 Franken betragen. Hierin sind aber, wie der kantonale Richter feststellt, die laut Scheidungsurteil bezogenen 600 Franken Alimente nicht inbegriffen, weil familienrechtliche Unterhaltsbeiträge keine steuerbaren Einkünfte darstellen (Art. 12 des kantonalen Steuergesetzes). Schläge man deshalb die 600 Franken hinzu (als «Rente» gemäß Art. 11, Abs. 1, EOV; Urteil des EVG vom 17. März 1960 i. Sa. Th. K., ZAK 1961, S. 47), so ergäbe sich ein Jahreseinkommen von 2 940 Franken und wäre ein Anspruch auf Unterstützungszulagen gegeben.

Indessen taugt das Durchschnittseinkommen 1959/60 laut Steuertaxation 1961/62 nicht als Berechnungsgrundlage. Weil es auf die Einkünfte der vom Wehrmann unterstützten Person ankommt (Art. 7, Abs. 3, EOG und 10, Abs. 1, Buchst. b, EOV) und die Mutter des Wehrpflichtigen erstmals im Jahre 1962 vom Berufungskläger unterstützt worden ist, muß mit ihrem Einkommen 1962 gerechnet werden. Darum ist es angezeigt, die Sache zur Einkommensbestimmung im Sinne des Art. 11, Abs. 2, EOV und zum Erlaß einer entsprechenden neuen Verfügung an die Ausgleichskasse zurückzuweisen. Kraft dieser Norm hat die Kasse in sinngemäßer Anwendung der Art. 56 bis 59 AHVV das Einkommen 1962 zu ermitteln und zum Beispiel den in Art. 57, Buchst. d, vorgeschriebenen Abzug von 600 Franken zu gewähren. Dabei wird sie gut tun, die Steuererklärung 1963/64, die jetzt vorliegen und allenfalls von Lohnausweisen begleitet sein dürfte (Art. 64 des Steuergesetzes), sowie auch das Ehescheidungsurteil einzusehen. Je nach dem Ergebnis dieser Erhebungen wird dann auf Grund der Art. 14 EOG sowie 12 und 20, Abs. 1, EOV eine tägliche Unterstützungszulage festzusetzen oder eine solche zu verweigern sein.

## Familienzulagen

Urteil des EVG vom 2. Juli 1963 i. Sa. H. R. G.

**Art. 1, Abs. 2, Buchst. b, FLG. Der Ehemann der Adoptivtochter des Betriebsleiters gilt als dessen Schwiegersohn.**



**VON  
MONAT  
ZU  
MONAT** Ende Dezember hat das Eidgenössische Departement des Innern den Kantonen, den Spitzenverbänden der Wirtschaft, den politischen Parteien und einigen weiteren Organisationen — so auch der Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen und der Vereinigung der Verbandsausgleichskassen — den *Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über die Gewährung zusätzlicher Leistungen an Alte, Hinterlassene und Invalide* zur Stellungnahme unterbreitet. Das Ende der Vernehmlassungsfrist wurde auf den 10. Februar festgesetzt.

\*

Im Zusammenhang mit der *sechsten AHV-Revision* sind zu Beginn des Monats Januar die Rentenbezüger der AHV und der IV von ihren Ausgleichskassen durch *Zirkularschreiben* darüber orientiert worden, daß sie während der Monate Januar, Februar und März noch ihre Renten in der bisherigen Höhe erhalten werden. Wegen der dreimonatigen Referendumsfrist können die erhöhten Renten erstmals im April ausgerichtet werden. Die Differenz zwischen alter und neuer Rente für das erste Quartal wird später nachvergütet.

Im gleichen Sinne haben die schweizerischen *Landessender Beromünster, Sottens und Monte Ceneri* sowie das deutschschweizerische und westschweizerische *Fernsehen* an mehreren Tagen zwischen dem 10. und 15. Januar vor oder nach dem Nachrichtendienst einen kurzen Text zur Orientierung der Rentenbezüger durchgegeben.

Schließlich hat das *deutschschweizerische Fernsehen* am 7. Februar in einer 15minütigen Sendung Ausschnitte aus der Durchführung der sechsten AHV-Revision gebracht.

\*

Nachdem der Austausch der Ratifikationsurkunden für das *Abkommen* vom 8. Juni 1962 mit *Jugoslawien* im Laufe des Monats Januar 1964 erfolgt ist, tritt dieser Vertrag, in Anwendung seines Artikels 24, Absatz 2, am 1. März 1964 in Kraft. Die Ausgleichskassen werden demnächst die nötigen Weisungen erhalten.

\*

Unter der Leitung des Bundesamtes für Sozialversicherung wurden am 4. Februar in St. Gallen, am 5. Februar in Luzern und am 6. Februar in Lausanne *Instruktionstagungen zur sechsten AHV-Revision* durchgeführt, an denen rund 300 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Ausgleichskassen teilnahmen. Im Mittelpunkt dieser Kurse stand die Umrechnung der laufenden Renten und die Berechnung der neuen Renten.

## Die Zentrale Ausgleichsstelle und die sechste AHV-Revision

Die sechste AHV-Revision stellt mannigfache administrative Aufgaben. Sie sind in der letzten Nummer der ZAK (1964, S. 2) kurz umrissen worden. Im folgenden sei auf einige Einzelheiten hingewiesen, die insbesondere die (heute zur Hauptsache abgeschlossenen) Arbeiten der Zentralen Ausgleichsstelle betreffen.

\*

Die Zentrale Ausgleichsstelle befindet sich in Genf. Den Organen der AHV ist sie wohlbekannt; denn sie kommen fast täglich mit ihr in Berührung. Für weitere Kreise mag es von Interesse sein, warum sie dort beheimatet und wo sie untergebracht ist. Vor nunmehr 104 Jahren wurde am rechten Seeufer, zwischen dem Quai du Mont-Blanc und der Rue des Pâquis das Hotel «National» errichtet, das seine Pforten infolge des Weltkrieges 1914—18 schließen mußte. Bund und Kanton Genf übernahmen wenig später die Liegenschaft und stellten sie 1920 dem Völkerbund für sein Sekretariat zur Verfügung. Dabei wurde das Gebäude im Hinblick auf die Verdienste, die der damalige Präsident der Vereinigten Staaten, Woodrow Wilson, bei der Schaffung der neuen Organisation erworben hatte, auf «Palais Wilson» umgetauft. Anderthalb Jahrzehnte diente es seinem neuen Zweck. Dann bezog der Völkerbund im Ariana-park eigene Räumlichkeiten; es sind jene, die heute den europäischen Sitz der Vereinten Nationen beherbergen. Vom Gebäude an der rue des Pâquis nahmen andere internationale Organisationen Besitz, bis der zweite Weltkrieg ausbrach. In den ersten Kriegsjahren war die Bundesstadt mit kriegswirtschaftlichen Büros überhäuft. Daher wurden die Volkszählung, die Militärversicherung (Zweigbüro Westschweiz) und die Verwaltung der Zentralen Ausgleichsfonds der Lohn- und Verdienstersatzordnung von Bern nach Genf ins Palais Wilson verlegt. Mit der Einführung der AHV wurde aus der Verwaltung der Zentralen Ausgleichsfonds die Zentrale Ausgleichsstelle. Sie hat mit der Militärversicherung zusammen im Palais Wilson ein gut ausgewiesenes Hausrecht erworben. Die weiteren Mieter sind heute ausnahmslos Institute des Erziehungswesens auf internationaler, eidgenössischer, kantonaler sowie lokaler Ebene.

\*

Im Rahmen der AHV, der IV, der EO und des Familienschutzes erfüllt die Zentrale Ausgleichsstelle folgende Aufgaben: Abrechnung mit

den Ausgleichskassen über Beiträge und Leistungen, Überwachung des gesamten Abrechnungsverkehrs, Prüfung und Bezahlung der Rechnungen für IV-Sachleistungen, Kontrolle der EO-Leistungen und Führung der Zentralregister. Die Zentrale Ausgleichsstelle verwaltet die Ausgleichsfonds; das Sekretariat des Verwaltungsrates ist ihr angegliedert. Sie führt ferner die Schweizerische Ausgleichskasse (freiwillige Versicherung für Auslandschweizer und internationale Sozialversicherungsabkommen) mit dem Sekretariat der IV-Kommission für Versicherte im Ausland. Diese mannigfaltigen Aufgaben werden teilweise unter Einsatz einer elektronischen Datenverarbeitungsanlage bewältigt, von der im nachfolgenden vor allem die Rede sein wird.

Die Zentrale Ausgleichsstelle führt u. a. das Rentenregister, das die für die periodischen statistischen Auswertungen notwendigen Daten über die Rentenleistungen enthält. Seit der Anschaffung einer elektronischen Datenverarbeitungsanlage können bei einer AHV-Revision die meisten (keineswegs alle) bisherigen Renten maschinell umgerechnet werden. Die Anlage wurde 1961 angeschafft und hat ihre Feuerprobe anlässlich der fünften AHV-Revision bestanden. In technischer Hinsicht sei auf die einläßlichen Ausführungen in der ZAK (1961, S. 147 und 244) verwiesen.

Inzwischen hat sich jedoch etwas grundlegendes geändert. Vor zweieinhalb Jahren stand die von der Firma Remington Rand gelieferte UNIVAC-UCT ausschließlich für die Revisionsarbeiten zur Verfügung; heute ist sie während der ordentlichen Arbeitszeit durch laufende Arbeiten voll ausgelastet. Dazu zählen u. a. die Nachführung des Versicherungsregisters, die Rentenauszahlungen an Schweizer im Ausland und an jene Versicherten in der Schweiz, die nach den Sozialversicherungsabkommen Leistungen von Drittstaaten erhalten, die Begleichung von Rechnungen für individuelle Sachleistungen der IV sowie Aufgaben für das personelle Rechnungswesen großer Teile der Bundesverwaltung. Es handelt sich um gegen 3 Millionen Geschäftsvorfälle im Jahr. Dabei sind die «klassischen» Jahresauswertungen noch gar nicht einbezogen: So beispielsweise weder die Zusammenstellung über die individuellen Beitragseintragungen, noch die Rentenstatistik, noch die Statistiken über die Sachleistungen der IV und über die EO.

Die zentrale Rentenumrechnung besteht darin, daß das bestehende und angesichts der häufigen Mutationen möglichst weit nachgeführte Rentenregister mit den erhöhten Rentenansätzen konfrontiert und durch entsprechende Programmierung auf den neuesten Stand gebracht wird. Gleichzeitig werden zuhanden der Ausgleichskassen Formulare bedruckt,

welche alle erforderlichen Daten der Umrechnung wiedergeben. Weil die Datenverarbeitungsanlage ohnehin stark beansprucht ist, *mußte sie während der Rentenerhöhungsaktion 11 Tage lang ununterbrochen, d. h. 24 Stunden im Tage in Betrieb stehen*. Die damit verbundenen personellen Schwierigkeiten wurden gemeistert. Auch wurde die übliche Wartung durch die Lieferfirma — sie stellt normalerweise ständig einen Techniker und ein umfassendes Materiallager zur Verfügung — vorübergehend verstärkt. Es versteht sich auch, daß die erforderlichen Formulare — mehr als eine Million Lochkarten und gegen eine Million Erhöhungsmeldungen für die Ausgleichskassen — rechtzeitig bereitgestellt werden mußten. Besondere Fragen warf auch der fristgerechte Versand des umfangreichen Materials an die Ausgleichskassen auf.

Zum Schluß sei noch darauf hingewiesen, daß die Rentenerhöhung nicht nur administrative, sondern auch finanzielle Probleme stellt. Im April «muß Geld da sein», ohne das die Revision allen Anstrengungen zum trotz toter Buchstabe bliebe. Zentrale Ausgleichsstelle und AHV-Ausgleichsfonds haben ihre Vorkehren getroffen, damit der Ausgleichsfonds seiner Anlagetätigkeit gerecht werden kann und die Rentenbezügler gleichzeitig ihre verbesserten Leistungen erhalten.

## Die Coxarthrose vom Standpunkt der Invalidenversicherung aus gesehen

Immer wieder stellt sich die Frage: Wird die Coxarthrose-Operation durch die IV übernommen?

Darauf läßt sich allgemeingültig weder mit ja noch mit nein antworten. Die nachstehenden Ausführungen sollen indessen zeigen, worauf es im Einzelfall ankommt, um auf die gestellte Frage eine befriedigende Antwort zu finden.

\*

Gemäß Artikel 12 IVG werden medizinische Maßnahmen von der Versicherung nur übernommen, wenn sie unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbstätigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder (dauernd) vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Behandlung des Leidens an sich fällt nicht in den Aufgabenkreis der IV, weshalb medizinische Maßnahmen in der Regel erst dann in Betracht gezogen werden können, wenn der Heilungsvorgang beendet ist oder wenn der Krankheitsprozeß zu einem Endzustand, zu einer eigentlichen Invalidität geführt hat.

Für die IV ist es grundsätzlich nicht von Bedeutung, welche Ursache der Coxarthrose zugrunde liegt. Untersuchungen haben ergeben, daß dieses Leiden heute nicht nur als degenerative Abnutzungserkrankung des Hüftgelenkes bei zunehmendem Alter zu betrachten ist. Bei etwa drei Vierteln aller Fälle wird als Ursache ein früheres Leiden wie angeborene Luxation oder Subluxation des Hüftgelenkes, Epiphysenlösung, Perthes'sche Erkrankung des Oberschenkelkopfes oder eine unfallbedingte Schädigung der Hüftgelenksgegend gefunden. Erfahrungsgemäß erweist es sich deshalb als verhängnisvoll, wenn die eben genannten Leiden nicht mit aller Sorgfalt behandelt werden. Was die IV betrifft, so wird sie für eine zweckmäßige und ausreichende Behandlung von Geburtsgebrechen bemüht sein müssen, damit wenigstens in dieser Hinsicht schwere Spätschäden möglichst vermieden werden.

Die Coxarthrose kann, je nach der ihr zugrunde liegenden Ursache, bereits im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt in Erscheinung treten. Zunehmende Schmerzen und eine Verminderung der Beweglichkeit im Hüftgelenk machen sich bemerkbar. Beim Auftreten erster Beschwerden steht noch nicht eine Operation im Vordergrund, sondern eher eine medikamentöse oder balneologisch-physiotherapeutische Behandlung zur Linderung der Schmerzen und zur Verbesserung der Steh- und Gehfähigkeit. Es liegt hingegen in der Natur dieser Krankheit, daß sie fortschreitet, hie und da scheinbar stille steht, aber doch letzten Endes zur völligen Versteifung des Gelenkes führt. Wie lange dieser Krankheitsprozeß dauert, hängt nicht nur vom Ursprung des Leidens ab, sondern auch von der Beanspruchung des Gelenkes, von der individuellen Reaktion und vom Erfolg der medikamentösen Behandlung. Durch intensive physiotherapeutische Maßnahmen kann es gelingen, Menschen mit schwerster Coxarthrose, die wegen völliger Invalidität zu keiner Arbeit mehr fähig sind, soweit herzustellen, daß sie sich wieder etwas fortbewegen und sogar eine leichte Beschäftigung aufnehmen können. Selbstverständlich brauchen diese Patienten mehr oder weniger dauernd oder zumindest periodisch eine entsprechende Behandlung.

Internmedizinische und physiotherapeutisch-balneologische Behandlungsmethoden können wohl geeignet sein, bei der Coxarthrose eine Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung vorübergehend herbeizuführen. Da aber kein Dauererfolg zu erwarten ist, genügen diese Vorkehren den Erfordernissen von Artikel 12 IVG nicht. Chirurgische Maßnahmen dagegen können eine dauernde Wiedereingliederung des Versicherten ins Erwerbsleben ermöglichen. Damit diese Maßnahmen von der IV übernommen werden, muß die berufliche Eingliederung aber nicht

nur möglich, sondern nach den Gegebenheiten des Einzelfalles wahrscheinlich sein. Dabei ist selbstverständlich in Betracht zu ziehen, daß man den Ausgang schwerer chirurgischer Eingriffe nie genau voraussehen kann und daß nicht nur bei der Operation selbst, sondern auch während der langen Nachbehandlungszeit unerwartete Komplikationen eintreten können, welche den Erfolg der Rehabilitation in Frage stellen.

Es ist ein wertvoller Grundsatz der Eidgenössischen IV, daß sie die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben in den Vordergrund stellt und erst in zweiter Linie die Ausrichtung einer Rente vorsieht. Doch stellt sich bei der Beurteilung medizinischer Maßnahmen bei Coxarthrose stets die Frage, ob die schweren Eingriffe, die bei diesem Leiden vorgenommen werden müssen, zumutbar sind. Diese Frage muß zweifellos verneint werden. Wenn also ein solcher Versicherter infolge Coxarthrose im gesetzlichen Maße erwerbsunfähig geworden und nicht willens ist, sich einer Operation zu unterziehen, so kann ihm deswegen eine Rente nicht verweigert werden. Verbleibt ihm noch ein gewisser Rest von Erwerbsfähigkeit, so kann er zudem allenfalls einen Anspruch auf Hilfsmittel (z. B. Hohmann-Bandage) geltend machen, sofern ein solches zur Ausübung seiner restlichen Tätigkeit unerlässlich ist. Im übrigen stellt die Coxarthrose in bezug auf die IV-Rente keine besonderen Probleme, da auch hier die invaliditätsbedingte Erwerbsunfähigkeit als Maßstab für eine allfällige Rentenzusprechung dient.

\*

Im folgenden seien noch die wesentlichen Abklärungsfragen besprochen, die sich für die Beurteilung der Gewährung medizinischer Maßnahmen bei Coxarthrose stellen. Dabei wird vorausgesetzt, daß es sich bei fortgeschrittener Coxarthrose gewissermaßen um einen Endzustand handelt, der als Leiden nicht mehr behandelt werden kann, dessen Auswirkungen auf die Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit des Versicherten jedoch durch medizinische Maßnahmen gemäß Artikel 12 IVG behoben oder gemildert werden können.

Es sei hier nicht auf die klinischen Erscheinungen und Eigentümlichkeiten der Coxarthrose eingetreten. Indessen mögen einige Bemerkungen zu verschiedenen operativen Eingriffen, welche bei diesem Leiden vorgeschlagen und durchgeführt werden, nützlich sein.

Nerven- und Muskeldurchtrennungen werden besonders empfohlen, um die heftigen Schmerzen und Behinderungen infolge ausgesprochener Adduktorenverkrampfung zu lösen. Solche an sich wenig eingreifende Operationen sind bei älteren Patienten angezeigt. Immerhin ist zu sagen,

daß die ziemlich verbreitete Voß'sche Operation infolge ausgedehnter, postoperativer Blutergüsse doch nicht so harmlos ist. Diese Operationen setzen im übrigen noch eine ordentliche Gelenkbeweglichkeit voraus.

Versteifungen des Hüftgelenkes (Arthrodesen), sei es durch einfache Nagelung oder sei es durch andere, eingreifendere Verfahren, welche eine direkte knöcherne Verbindung zwischen dem Schenkelhals und dem Beckenknochen zum Ziele haben, sind vor allem bei einseitiger Coxarthrose angezeigt und ergeben im allgemeinen recht gute Dauerresultate. Dies ist auch dann der Fall, wenn später dem operierten Bein eine ziemliche Belastung zugemutet werden muß. Bei den Operationsmethoden, bei denen das coxarthrotische Gewebe des Oberschenkelkopfes und der Hüftgelenkspfanne entfernt werden muß, wird oft der Einwand erhoben, daß ein solcher Eingriff, einer Behandlung des Leidens an sich gleichkomme analog etwa einer Kniegelenksarthrodese bei einer tuberkulösen Kniegelenksentzündung. Der Vergleich trifft aber nicht zu, da bei der letztgenannten Operation die Entfernung des tuberkulösen Gewebes zur endgültigen Heilung des Leidens das Hauptziel der Bestrebungen bildet, während die Arthrodesen bei Coxarthrose nicht die Beeinflussung des Krankheitsprozesses, sondern nur eine Verbesserung des Stehens und Gehens zum Ziele hat. In jenem Fall bedeutet also die Kniegelenksarthrodese eine Behandlung des Leidens an sich, welche nicht zu Lasten der IV durchgeführt werden kann, während die Entfernung arthrotischen Gewebes bei der Hüftgelenksversteifung eine Funktionsverbesserung zum Ziele hat, und zwar nicht auf dem Wege einer Heilbehandlung, sondern durch die Ausschaltung des Gelenkes.

Die Osteotomien am proximalen Femurende (Knochendurchtrennung am oberen Ende des Oberschenkelknochens), insbesondere die varisierende Osteotomie nach Pauwels und die intertrochantere Verschiebeosteotomie nach Mc Murray stellen an sich klassische medizinische Maßnahmen im Sinne des IVG dar, selbst wenn noch gleichzeitig eine Achsendrehung des Oberschenkels (Derotation) durchgeführt werden muß. Diese Methoden ergeben allgemein recht befriedigende Dauerresultate und können sowohl bei ein- wie beidseitiger Coxarthrose in Frage kommen, insbesondere dann, wenn noch eine gewisse Gelenkbeweglichkeit vorhanden ist und erhalten werden soll.

Ob bei den Operationsmethoden, bei denen der deformierte (mißgebildete) Gelenkkopf und das arthrotische Gewebe in dessen Umgebung abgetragen und mit einer Metallkapsel überzogen wird (Smith-Petersen, u. a.) oder bei denen der Gelenkkopf gänzlich durch eine Prothese (Judet, Merle d'Aubigné, Moore u. a.) ersetzt wird, nicht doch von einer chirurg-

gischen Heilbehandlung gesprochen werden kann, bleibe dahingestellt. Auch hier stellt das Verfahren weniger auf eine Heilung des degenerativen Krankheitsprozesses als vielmehr auf die Wiederherstellung der verloren gegangenen Funktion des Hüftgelenkes ab. Dasselbe gilt für die entsprechenden chirurgischen Eingriffe, welche ohne Prothesen, eine funktionelle Rehabilitation, entweder durch plastische Resektion des Hüftgelenkkopfes nach Withmann oder durch eine Interpositionsplastik (Payr, Lexer, Murplay, Milch-Bachelor, Kallio u. a.) zum Ziele haben.

Chirurgische Eingriffe hingegen wie z. B. die Forage nach Graber-Duvernay, die «biologische Arthroplastik» nach Camera und die Ex-cochleation von Femur und Gelenkpfanne nach Vogl ist mehr eine schmerzlindernde und heilende Wirkung zuzusprechen. Solche Methoden können deshalb kaum als medizinische Maßnahmen im Sinne des IVG betrachtet werden.

Welche der verschiedenen Operationsmethoden für die Wiedereingliederung schließlich angewendet wird, hängt vom Allgemeinzustand des Patienten, vom Lokalbefund, von der künftigen Beanspruchung und nicht zuletzt vom Chirurgen selbst ab. Aus diesem Grunde ist es nicht Sache der Versicherungsorgane, die Methode zu bestimmen, sondern es ist der Verantwortung des Operateurs überlassen, die geeignete Maßnahme auszuwählen und durchzuführen, dies selbstverständlich mit der Einwilligung des Versicherten.

\*

Welche Momente sind nun bei der Beurteilung eines Coxarthrosefalles besonders zu beachten, wenn die Gewährung medizinischer Maßnahmen geprüft werden muß?

In jedem Einzelfall sollte, in Berücksichtigung *aller* Momente, die Wahrscheinlichkeit einer tatsächlichen Wiedereingliederung ins Erwerbsleben gegeben sein, bevor die medizinischen Maßnahmen durch die IV-Kommission beschlossen werden.

Die Erfahrungen zeigen gerade bei der Coxarthrose, daß bei zunehmendem *Alter* die Erfolgsaussichten auf eine wirkungsvolle Rehabilitation geringer werden. Dies ist auch nicht verwunderlich, sind doch die meisten Operationsverfahren recht eingreifende Maßnahmen, denen der ältere Mensch nicht mehr die jugendliche Anpassungsfähigkeit und Widerstandskraft entgegenstellen kann. Ob 50 oder 60 Jahre als Höchstalter für derartige Eingliederungsmaßnahmen angenommen werden sollen, kann nicht allgemeingültig entschieden werden. Maßgebender als das kalendarische dürfte das biologische Alter sein, welches den physischen



und psychischen Allgemeinzustand berücksichtigt. Die Frage, ob ein jugendlicher Sechzigjähriger oder ein frühgealterter Fünfziger die Operationsgefahren besser zu überwinden vermöge, kann nicht generell entschieden werden; hingegen wird der erstere die weiteren Maßnahmen wohl besser ertragen und ausnützen. Die Dauer des Leidens kann sich zweifellos sowohl im Allgemeinzustand wie auch im Lokalbefund bemerkbar machen und sich in der Funktionstüchtigkeit bzw. -schwäche, besonders der Becken- und Oberschenkelmuskulatur, auswirken.

Der *Allgemeinzustand* des Invaliden ist ein bedeutungsvolles Kriterium für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit; erfordern doch die operativen Maßnahmen eine mehrmonatige Rekonvaleszenz und Rehabilitation. Die Operationen selbst sind ferner derartig einschneidend, daß sie nicht jedem Menschen mit Coxarthrose vom ärztlichen Standpunkt aus zugemutet werden können. Der Allgemeinzustand soll deshalb gut bis sehr gut sein und nicht zu irgendwelchen Bedenken Anlaß geben.

Ob das *Mitbestehen anderer Krankheiten oder Leiden* die Gewährung medizinischer Maßnahmen ausschließen soll, hängt von der Art und Schwere solcher Komplikationen ab. So können beispielsweise Kreislaufstörungen, Lungen-, Nieren- oder Leberkrankheiten, Verdauungsstörungen und Nervenleiden nicht nur die Aussichten auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung trüben, sondern selbst das Operationsrisiko zu sehr erhöhen. Vorgängig hat deshalb eine äußerst genaue Untersuchung das Vorliegen komplizierender Nebenbefunde auszuschließen. Ebenso wie körperliche können aber auch geistige und nervöse Störungen einen derartigen Eingliederungsplan erschweren oder gar verunmöglichen. Wenn ein Versicherter mit Coxarthrose vor das Problem der medizinischen und beruflichen Wiedereingliederung gestellt wird, dann verlangt dies eine willensstarke und robuste Persönlichkeit, die sich nicht so leicht durch die Unannehmlichkeiten, welche eine solche Rehabilitation mit sich bringt, entmutigen läßt.

In diesem Zusammenhang ist auch der *Charakter des Invaliden* zu prüfen; insbesondere ist darauf zu achten, daß sich der Versicherte durch Schaffensfreude auszeichnet.

Das *Vorhandensein von Süchten* kann einer Wiedereingliederung hindernd im Wege stehen; dies trifft besonders bei Alkoholismus zu. Bevor die chronische Trunksucht bereits untrügliche Schäden wie chronischen Magenkatarrh, Lebercirrhose, Ascites (Bauchwassersucht), Nervenentzündungen, Delirium tremens (Erregungs- und Verwirrungsstände durch Trunksucht) oder gar eine alkoholische Verblödung hervorgerufen hat, macht sie sich durch zunehmende Arbeitsunlust und

Unzuverlässigkeit bemerkbar. Derartige Menschen eignen sich nicht für eine erfolgreiche Eingliederung.

Was den *Lokalbefund* anbetrifft, so leuchtet zunächst ein, daß die doppelseitige Erkrankung an Coxarthrose eine erhebliche Erschwerung für eine Eingliederung bedeutet, nicht nur weil die Rehabilitationszeit wesentlich länger dauert, sondern weil die anzuwendenden Operationsmethoden mit all ihren Vor- und Nachteilen genauestens abgewogen werden müssen. Da in solchen Fällen oft auch eine berufliche Umschulung notwendig wird, sind die Erfolgsaussichten der Wiedereingliederung gemäß Artikel 12 IVG bei beidseitiger Coxarthrose nicht günstig. Die Wahl der Operationsart wird wesentlich mitbestimmt durch den Zustand des Hüftgelenkes, durch dessen restliche Beweglichkeit, durch den Zustand der umliegenden Muskulatur, durch das Vorhandensein oder Fehlen weiterer Skeletterkrankungen (insbesondere Arthrosen), durch die zukünftige Beanspruchung des Hüftgelenkes und nicht zuletzt durch die Vorliebe des behandelnden Chirurgen für diese oder jene Methode.

Der *bisherigen und künftigen Erwerbstätigkeit* ist ganz besonders Aufmerksamkeit zu schenken. Es muß Gewißheit bestehen, daß der Versicherte nach erfolgter Durchführung der medizinischen Maßnahmen entweder weiterhin in seinem angestammten Berufe oder aber an einem andern Posten wird tätig sein können, welch letzteres unter Umständen eine berufliche Umschulung erfordert. Dabei spielt die berufliche Ausbildung, die Intelligenz, die Geschicklichkeit und die Anpassungsfähigkeit des Versicherten eine entscheidende Rolle. Daneben sind aber auch die Verhältnisse des Wohn- und Arbeitsortes sowie die Möglichkeit, den Arbeitsplatz zu erreichen, abzuklären, und zwar ist es wichtig, bereits vor der Beschlußfassung alle sich ergebenden Fragen zu prüfen und tunlichst schon vorher die künftige Arbeitsstelle zu sichern.

Durch eine derartig gewissenhafte Abklärung wird der IV-Kommission die Beschlußfassung über die Gewährung medizinischer Maßnahmen gemäß Artikel 12 IVG bei Fällen von Coxarthrose erleichtert. Wird auf Grund einer sorgfältigen Prognose die Leistung zugesprochen, so übernimmt die IV die Kosten der Operation, des Spitalaufenthaltes und der Nachbehandlung, und zwar selbst dann, wenn sich in der Folge zeigen sollte, daß der erwartete Erfolg ausbleibt.

## Strafurteile gemäss Artikel 87-91 AHVG in den Jahren 1959-1962

Die Artikel 87 bis 91 AHVG regeln das Spezialstrafrecht der AHV, das auch in der Erwerbersersatzordnung (Art. 25 EOG) und in der Familienzulageordnung für die Landwirtschaft (Art. 23 FLG) sowie seit 1960 in der Invalidenversicherung (Art. 70 IVG) Anwendung findet. Gemäss Artikel 90, Absatz 2, AHVG haben die kantonalen Strafgerichte alle rechtskräftigen Urteile sowie die Einstellungsverfügungen, welche die Tatbestände der Artikel 87 und 88 AHVG betreffen, der Bundesanwaltschaft einzusenden, die sie dem Bundesamt für Sozialversicherung übermittelt. Gestützt auf diese Unterlagen wird nachfolgend im Anschluß an frühere Darstellungen (ZAK 1951, S. 442; ZAK 1956, S. 238; ZAK 1958, S. 273) ein Überblick über die Anzahl der in den einzelnen Kantonen von 1959 bis 1962 gefällten Strafurteile sowie über die Art der Widerhandlungen und deren Erledigung gegeben.

### *Anzahl der seit 1959 gefällten Strafurteile*

Tabelle 1

Jahre	1959	1960	1961	1962
Anzahl Strafurteile	85	84	57	47

Ein Vergleich mit den früher publizierten Zusammenstellungen läßt erkennen, daß die Strafurteile beachtlich zurückgegangen sind. In den Jahren 1949 bis 1958 wurden durchschnittlich 142 Strafurteile gefällt. Die Zahlen der Jahre 1959 bis 1962 (Tabelle 1) bewegen sich durchwegs stark unter dem Durchschnitt der früheren Jahre, obwohl im Jahre 1960 der Geltungsbereich durch die Einführung der IV erweitert wurde. Sieht man vom Jahre 1948 ab, das als Einführungsjahr nicht repräsentativ ist, so stellen die 47 Strafurteile im Jahre 1962 ein bisher nie erreichtes Minimum dar. Es sind dies nur noch rund ein Drittel des Durchschnittes und ein Viertel der Höchstzahl, die im Jahre 1952 mit 181 Urteilen zu verzeichnen war.

Wie in den früheren Jahren stammen die Mehrzahl der Strafurteile aus den Städtkantonen, was darauf zurückzuführen ist, daß diese

Kantone auch hinsichtlich der Bevölkerungszahl an der Spitze stehen. Andererseits müssen auch Unterschiede in der Strafpraxis vorliegen.

Die Gesamtzahl der Widerhandlungen stimmt mit der Zahl der Strafurteile in Tabelle 2 nicht überein, da eine Verurteilung oft wegen Verletzung von zwei oder mehreren Strafbestimmungen erfolgt (z. B. Umgehung der Beitragspflicht und Verletzung der Auskunftspflicht).

Es stellt der Ehrlichkeit der Leistungsbezüger ein sehr gutes Zeugnis aus, daß in den vier Berichtsjahren bei einer Auszahlungssumme von rund 3,8 Milliarden Franken nur in fünf Fällen die widerrechtliche Erwirkung von Leistungen (vier Fälle betr. AHV-Renten, ein Fall betr. Familienzulagen) zu beurteilen war.

### *Strafurteile nach Kantonen*

Tabelle 2

Kantone	1959	1960	1961	1962	Total
Zürich	11	8	4	13	36
Bern	18	15	8	9	50
Luzern	2	2	4	—	8
Uri	—	—	—	—	—
Schwyz	—	3	—	1	4
Obwalden	—	—	—	—	—
Nidwalden	—	—	—	—	—
Glarus	1	—	1	1	3
Zug	—	1	—	—	1
Freiburg	1	—	—	—	1
Solothurn	—	2	2	—	4
Basel-Stadt	16	25	23	9	73
Basel-Land	—	1	—	—	1
Schaffhausen	—	—	—	—	—
Appenzell A.Rh.	—	—	—	—	—
Appenzell I.Rh.	—	—	—	—	—
St. Gallen	1	2	1	1	5
Graubünden	—	2	—	2	4
Aargau	3	1	2	2	8
Thurgau	—	1	3	—	4
Tessin	—	—	—	1	1
Waadt	23	18	7	4	52
Wallis	1	—	—	—	1
Neuenburg	3	2	1	—	6
Genf	5	1	1	4	11
	85	84	57	47	273

*Strafurteile nach Art der Widerhandlungen*

Tabelle 3

Art der Widerhandlungen	1959	1960	1961	1962
<b>Vergehen</b>				
Widerrechtl. Erwirkung von Leistungen (Art. 87, Abs. 1, AHVG)	3	2	—	—
Beitragshinterziehung (Art. 87, Abs. 2, AHVG)	17	9	4	15
Zweckentfremdung von Arbeitnehmerbeiträgen (Art. 87, Abs. 3, AHVG)	38	34	21	22
Verletzung der Schweigepflicht (Art. 87, Abs. 4, AHVG)	—	—	—	—
Verletzung der Revisions- und Kontrollvorschriften (Art. 87, Abs. 5, AHVG)	—	—	—	—
<b>Total Vergehen</b>	<b>58</b>	<b>45</b>	<b>25</b>	<b>37</b>
<b>Übertretungen</b>				
Verletzung der Auskunftspflicht (Art. 88, Abs. 1, AHVG)	28	33	31	26
Widersetzlichkeit gegen Kontrollen (Art. 88, Abs. 2, AHVG)	2	6	3	1
Verletzung von Vorschriften über das Ausfüllen der Formulare (Art. 88, Abs. 3, AHVG)	14	16	11	7
<b>Total Übertretungen</b>	<b>44</b>	<b>55</b>	<b>45</b>	<b>34</b>
<b>Total Vergehen und Übertretungen</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>71</b>

Andererseits spricht es für die gewissenhafte Einstellung der Verwaltungs- und Revisionsorgane, daß sich die Strafgerichte nicht nur in den Berichtsjahren, sondern seit Bestehen der AHV mit keinem Vergehen betreffend die Verletzung der Schweigepflicht und der Revisions- und Kontrollpflichten zu befassen hatten.

*Strafurteile nach Art der Entscheide*

Tabelle 4

Art der Erledigung	1959	1960	1961	1962
Einstellung des Verfahrens	2	1	—	2
Freispruch	2	2	2	1
Buße bis zu Fr. 100.—	52	58	42	25
Buße über Fr. 100.—	7	9	4	9
Gefängnis bis 10 Tage bedingt	12	9	1	3
Gefängnis bis 10 Tage unbedingt	2	3	1	2
Gefängnis von 10—30 Tagen bedingt	3	2	4	5
Gefängnis von 10—30 Tagen unbedingt	—	—	—	—
Gefängnis über 1 Monat bedingt	5	2	3	1
Gefängnis über 1 Monat unbedingt	—	—	—	—
Total	85	86	57	48

Etwas anders steht es mit der Beitragshinterziehung und der Zweckentfremdung von Arbeitnehmerbeiträgen, welche die am meisten vorkommenden Vergehen darstellen. Auch hier erscheint jedoch die Zahl von 160 Beitragsvergehen innert vier Jahren verschwindend klein, wenn man sie zur Gesamtzahl von rund 560 000 Abrechnungspflichtigen in Beziehung setzt.

Verhältnismäßig häufig sind die Verzeigungen wegen Verletzung der Auskunftspflicht und Nichtausfüllen der Formulare. In vereinzelt Fällen hatte sich der Strafrichter auch mit dem Tatbestand der Widersetzlichkeit gegenüber Arbeitgeberkontrollen zu befassen. 12 Übertretungen innert vier Jahren fallen aber bei rund 300 000 Arbeitgebern nicht ins Gewicht. Es dürfte darin ein Beweis liegen, daß die Arbeitgeber im allgemeinen für die erforderlichen Kontrollen das nötige Verständnis aufbringen.

Die Totale der Tabelle 4 stimmen nicht mit jenen von Tabelle 2 überein, weil bei der Ahndung von Vergehen die Gefängnisstrafe zum Teil mit einer Buße verbunden wird.

Unter den Urteilen, die dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt wurden, finden sich fünf Einstellungsbeschlüsse, während in sieben Fällen der Angeklagte freigesprochen wurde. Der Freispruch erfolgte aus folgenden Gründen: In drei Fällen konnte der Angeklagte den Beweis erbringen, daß er mit der kaufmännischen Administration nichts zu tun hatte. In einem Fall unterließ es die Ausgleichskasse, vorgängig der Klageerhebung ein ordnungsgemäßes Mahnverfahren durchzuführen. In einem weiteren Verfahren konnte der Beweis nicht erbracht werden, daß sich der Angeklagte der Revision entziehen wollte. Ferner nahm das Gericht in einem Fall an, daß die Angeklagte in gutem Glauben war, sie habe noch drei Jahre nach der Wiederverheiratung Anspruch auf die Witwenrente. Schließlich wies das Gericht in einem Strafverfahren darauf hin, daß der Angeklagte, der durch die Ausgleichskasse bereits mit einer Ordnungsbuße von 20 Franken gebüßt wurde, für das gleiche Vergehen gemäß dem Grundsatz «ne bis in idem» nicht noch strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden könne.

An erster Stelle stehen wie in früheren Jahren die Bußenentscheide bis zu 100 Franken. Diese Bußen wurden in der Regel wegen Verletzung der Auskunftspflicht und Nichtausfüllen der Formulare ausgesprochen. Die Gefängnisstrafen halten sich im Verhältnis zur Anzahl der Urteile ungefähr im gleichen Rahmen wie in früheren Jahren, wobei in den meisten Fällen sowohl in objektiver wie in subjektiver Hinsicht die Voraussetzungen für die Gewährung des bedingten Strafvollzuges gegeben waren.

In früheren Publikationen (ZAK 1952, S. 417 und 469, ZAK 1954, S. 55, ZAK 1955, S. 16, ZAK 1958, S. 166) wurde jeweils auch die Praxis der kantonalen Strafgerichte näher dargelegt. In den Jahren 1959 bis 1962 sind keine neuen Grundsatzfragen zur Entscheidung gelangt, so daß sich nähere Ausführungen über einzelne Entscheide erübrigen.

## Die neuen kantonalen Vorschriften über die Rechtspflege in der AHV und den verwandten Gebieten (Schluss) <sup>1</sup>

Noch 14 Kantone (früher 17)<sup>2</sup> besitzen besondere AHV-Rekursbehörden. Diese beurteilen aber nicht ausschließlich Streitigkeiten auf dem Gebiete der AHV, der IV, der EO und der bundesrechtlichen Familienzulagen. Die Kantone Uri, Zug, Appenzell A.Rh. und Graubünden hatten ihre AHV-Rekursbehörde schon früher gemäß Bundesgesetz über die Arbeitslosenversicherung zur Beurteilung von Streitigkeiten auf diesem Gebiet eingesetzt. Die AHV-Rekursbehörden der Kantone Uri, Schwyz und Graubünden sind auch zur Beurteilung von Beschwerden auf dem Gebiete der Unfallversicherung und Unfallverhütung in der Landwirtschaft zuständig. Die AHV-Rekurskommission des Kantons Zug behandelt u. a. auch erstinstanzlich Beschwerden gemäß Bundesgesetz über den Militärpflichtersatz und entscheidet endgültig Beschwerden gemäß den kantonalen Gesetzen über die Gebäudebrandversicherung sowie betreffend die Versicherung von Elementarschäden an Gebäuden.

Mit Ausnahme der Kantone Appenzell A.Rh. und Aargau bestehen heute in allen Kantonen Kinderzulagengesetze. Beschwerden gegen Entschiede der betreffenden Durchführungsorgane werden mit Ausnahme von Waadt, Neuenburg und Genf durchwegs durch die AHV-Rekursbehörden behandelt.

Soweit die *Sekretariatsführung* für die kantonale Rekursbehörde früher der kantonalen AHV-Ausgleichskasse übertragen war, wurde die in Artikel 85, Absatz 1, AHVG geforderte Trennung vorgenommen. In jenen Kantonen, wo ein bereits bestehendes kantonales Gericht als AHV-Rekursbehörde amtiert, obliegt die Sekretariatsführung der betreffenden Gerichtskanzlei<sup>3</sup>. In Luzern stellt das Obergericht, in Appenzell I.Rh. die Kantonsgerichtskanzlei und in Neuenburg das Industriedepartement den Sekretär. In Zürich wird das Sekretariat durch die zuständige Direktion des Regierungsrates bestellt. In Uri, Basel-Stadt und Graubünden ist der Regierungs-, bzw. Kleine Rat für die Bestellung des Sekretariates zuständig. In den Erlassen der Kantone Schwyz, Zug, Appenzell A.Rh., Basel-Landschaft, St. Gallen und Thurgau ist die Stelle, welche das Sekretariat führt, nicht näher bezeichnet.

<sup>1</sup> S. ZAK 1964, S. 15.

<sup>2</sup> vgl. ZAK 1956, S. 229, Ziffer 3.

<sup>3</sup> Bern, Nidwalden, Solothurn, Schaffhausen, Aargau, Tessin, Waadt, Wallis.



## Die Verfahrensbestimmungen

Das Verfahren entspricht heute durchwegs den Anforderungen von Artikel 85 AHVG, wie sie bereits in der ZAK 1960, Seite 151—154, näher umschrieben worden sind. Die kantonalen Vorschriften geben meist mehr oder weniger den Wortlaut der bundesrechtlichen Bestimmungen wieder und weisen keine Besonderheiten auf. Nachfolgend sei lediglich auf gewisse Punkte eingegangen, in deren Regelung die Kantone frei waren, so daß gewisse *Eigenheiten* entwickelt werden konnten.

1. Die Erlasse der Kantone Zürich, Bern, Luzern, Schwyz, Obwalden, Glarus, Basel-Landschaft, Appenzell A.Rh., St. Gallen, Thurgau und Neuenburg sehen vor, daß Beschwerden auf dem *Zirkulationsweg* behandelt werden können, so vor allem bei klarer Rechtslage, in dringenden oder leichten Fällen. Bei diesem Verfahren arbeitet der Präsident oder ein von ihm bezeichnetes Mitglied einen Antrag aus, der bei Zustimmung aller Richter als zum Beschluß erhoben gilt.

2. In Fällen klaren Rechts, wie bei nicht entschuldbarer Versäumnis der Beschwerdefrist, bei Unzuständigkeit der Behörde, bei mangelnder Legitimation sowie offensichtlich richtiger oder unrichtiger Verfügung der Ausgleichskasse haben die Mehrzahl der Kommissionspräsidenten, im Verhinderungsfall der Vizepräsident, die Kompetenz, als *Einzelrichter* zu entscheiden<sup>4</sup>. Im Kanton Tessin kann zudem der Präsident Streit-sachen bis zu einem Wert von 1 000 Franken als Einzelrichter behandeln. Der Präsident des Versicherungsgerichtes des Kantons Waadt hat die Kompetenz, Prozesse bis zu einem Streitwert von 4 000 Franken als Einzelrichter zu erledigen. Wenn jedoch dabei grundsätzliche oder schwierige Fragen auftreten, kann der Präsident die Angelegenheit dem Gesamtgericht unterbreiten.

3. Die Möglichkeit der *Revision* von Entscheiden im Sinne von Artikel 85, Absatz 2, Buchstabe h, AHVG ist nun einheitlich in den Erlassen verankert. Jedoch weichen die Bestimmungen in der Festsetzung der Frist, innert welcher das Revisionsbegehren geltend gemacht werden kann, voneinander ab. In den Kantonen Bern, Luzern und Schaffhausen beträgt die Frist drei Monate, in den Kantonen Uri, Schwyz, Nidwalden, Basel-Landschaft, Tessin und Wallis 90 Tage seit Entdeckung des Revisionsgrundes, in Basel-Stadt zwei Monate, in Zürich und Zug 30 Tage; im Kanton Genf ist die Revision jederzeit («en tout temps») möglich. In

<sup>4</sup> Es ist dies der Fall in den Kantonen Zürich, Bern, Luzern, Uri, Schwyz, Freiburg, Solothurn, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Appenzell A.Rh., St. Gallen, Graubünden, Aargau, Thurgau, Tessin, Waadt, Wallis und Neuenburg.

den kantonalen Erlassen von Freiburg, Solothurn und Neuenburg wird die Revision ohne Fristangabe gewährleistet. Die Kantone Appenzell A.Rh., Appenzell I.Rh., St. Gallen, Thurgau und Waadt verweisen auf ihre Zivilprozeßordnungen. In Graubünden gilt hinsichtlich der Frist die Regelung in der Verordnung über das Verfahren in Verwaltungsstreitsachen vor dem Kleinen Rat. Im Kanton Luzern besteht folgende Vorschrift: Sind fünf Jahre verflossen, seit der Entscheid in Rechtskraft erwachsen ist, so ist die Revision nur noch zulässig, wenn durch ein rechtskräftiges Strafurteil feststeht, daß der Entscheid durch ein Verbrechen oder Vergehen beeinflußt wurde. Im Kanton Basel-Stadt fällt der Anspruch auf Revision bei deliktischer Einwirkung nach Ablauf von zehn Jahren, in den übrigen Revisionsfällen nach Ablauf von fünf Jahren seit Erlass des Entscheides, dahin. Im Kanton Basel-Landschaft kann das Revisionsbegehren höchstens innerhalb von fünf Jahren seit dem Tag des Entscheides gestellt werden.

4. Die Rekursbehörden können im Falle leichtsinniger oder mutwilliger Beschwerdeführung dem Rekurrenten eine *Spruchgebühr* auferlegen, deren obere Grenze von Kanton zu Kanton verschieden ist und sich zwischen 100 und 500 Franken bewegt. Die Rekursbehörden der Kantone Bern, Schwyz und Nidwalden können bei Verletzung der Anstandsregeln einen *Verweis* oder eine *Buße* bis zu 100 Franken aussprechen, während die Prozeßordnungen der Kantone Uri, Solothurn, Schaffhausen in derartigen Fällen nur Bußen bis zu 100 Franken und Basel-Stadt solche zwischen 5 und 50 Franken vorsehen. Im Kanton Waadt können Zeugen, die unentschuldig der Verhandlung fernbleiben, mit Bußen bis zu 150 Franken belegt werden.

5. Die im revidierten Artikel 85, Absatz 2, Buchstabe f, AHVG festgelegten Grundsätze über die *Verbeiständung*, die *Gerichtskosten* und die *Parteientschädigung* sind in den neuen Verfahrensbestimmungen verankert. Über die Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung und des Kostenvorschusses sowie die Bezeichnung des Vertreters befindet entweder der Präsident der Rekursbehörde oder diese selbst. In Luzern bewilligt die Justizkommission des Obergerichtes auf Antrag des Abteilungspräsidenten die unentgeltliche Verbeiständung. In manchen Erlassen wird gesagt, daß der Rechtsbeistand aus der Reihe der im Kanton praktizierenden Anwälte zu bestimmen ist, wobei hin und wieder beigefügt wird, die Entschädigung erfolge aus der Staatskasse. Die Kantone Zürich und Thurgau schließen die Gewährung eines Kostenvorschusses oder der unentgeltlichen Verbeiständung bei Rekursfällen, die kantonales Recht (z. B. Familienzulagengesetz) betreffen, aus. Nach einigen

Erlassen hat der gesuchstellende Beschwerdeführer einen Ausweis über seine Einkommens- und Vermögensverhältnisse beizubringen. Verschiedentlich werden hinsichtlich der Verbeiständung, der Gerichtskosten sowie der Parteientschädigung die einschlägigen Bestimmungen anderer kantonaler Erlasse (Zivilprozeßordnung, Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht, Regelung über den unentgeltlichen Rechtsbeistand) als anwendbar erklärt.

6. Soweit schließlich die AHV-Prozeßordnungen gewisse Verfahrensfragen nicht besonders regeln, finden die betreffenden Vorschriften von *andern kantonalen Erlassen* Anwendung, wie die Zivilprozeßordnung (Zürich, Uri, Nidwalden, Freiburg, Basel-Stadt, Schaffhausen, Appenzell A.Rh., Appenzell I.Rh., St. Gallen, Aargau, Tessin, Wallis), das Gerichtsverfassungsgesetz (Zürich), die Verordnung über die Organisation der kantonalen Steuerrekurskommission und das Rekursverfahren (Luzern), die Verwaltungsrechtspflegebestimmungen (Schwyz), das Gesetz über das Beschwerdeverfahren vor dem Regierungsrat (Zug), das Gesetz betreffend Organisation und Geschäftsordnung des Regierungsrates (Basel-Stadt), die Verordnung über das Verfahren in Verwaltungsstreitsachen vor dem Kleinen Rat (Graubünden).

## Verzeichnis der kantonalen Erlasse auf dem Gebiete der AHV und IV

Stand 1. Januar 1964

### *Zürich*

Gesetz über die Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Abänderung des Gesetzes über die Erbschafts- und Schenkungssteuer, vom 28. September 1947 (SSG<sup>1</sup> 1948, 139).

Reglement für die Ausgleichskasse vom 22. Dezember 1947.

Beschluß des Aufsichtsrates der Ausgleichskasse über die Aufgaben der Gemeindezweigstellen, vom 4. Dezember 1947.

Verordnung über das Verfahren der kantonalen Rekurskommission für die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 7. November 1960 (SSG 1960, 70).

<sup>1</sup> Schweizerische Sozialgesetzgebung, herausgegeben vom Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit in Verbindung mit dem Bundesamt für Sozialversicherung. Polygraphischer Verlag AG, Zürich.

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 4. Dezember 1960 (SSG 1960, 109).

Vollziehungsverordnung zum Einführungsgesetz vom 4. Dezember 1960 zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 22. Dezember 1960 (SSG 1960, 110).

#### *Bern*

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 13. Juni 1948 (SSG 1948, 159).

Vollziehungsverordnung zum Einführungsgesetz vom 13. Juni 1948 zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 9. Juni 1950 (SSG 1950, 113), abgeändert durch Regierungsratsbeschlüsse vom 15. Dezember 1959 (SSG 1959, 110) und vom 10. Januar 1961 (SSG 1961, 119).

Regierungsratsbeschuß betreffend die Zweigstelle Staatspersonal der Ausgleichskasse, vom 31. März 1950 (SSG 1950, 112).

Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege, vom 22. Oktober 1961.

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 4. Juni 1961 (SSG 1961, 177).

Reglement für die kantonale Invalidenversicherungs-Kommission, vom 30. Oktober 1959 (SSG 1959, 154).

#### *Luzern*

Gesetz über die Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 10. Mai 1949 (SSG 1949, 172).

Verordnung über die Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 10. Januar 1949 (SSG 1949, 170), abgeändert durch Regierungsratsbeschuß vom 23. November 1953 (SSG 1953, 99).

Reglement der Ausgleichskasse, vom 25. Juni 1949 (SSG 1949, 172).

Verordnung über die Organisation und das Verfahren der kantonalen Rekursbehörde für die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 30. März 1961 (SSG 1961, 88).

Regierungsratsbeschuß betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, vom 17. Dezember 1959 (SSG 1959, 155).

Verordnung über die Organisation und das Verfahren der kantonalen Invalidenversicherungs-Kommission, vom 17. Dezember 1959 (SSG 1959, 156).

Regierungsratsbeschuß über Beiträge an die Sonderschulung invalider Kinder, vom 8. Februar 1962 (SSG 1962, 129).

### *Uri*

Verordnung betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 26. April 1948 (SSG 1948, 167).

Reglement für die Ausgleichskasse des Kantons Uri, vom 27. September 1948 (SSG 1948, 170).

Regierungsratsbeschluß betreffend Verwaltungskostenanteil, vom 26. Februar 1948 (SSG 1948, 168).

Reglement der kantonalen Rekurskommission für die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 8. Januar 1962 (SSG 1962, 98).

Kantonale Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 11. Dezember 1961 (SSG 1962, 129).

Reglement über die Organisation und das Verfahren der Invalidenversicherungs-Kommission, vom 9. November 1959 (SSG 1959, 157).

Landratsbeschluß über Sonderschulbeiträge für bildungsfähige Minderjährige, vom 24. Oktober 1960.

### *Schwyz*

Gesetz betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 16. September 1947 (SSG 1947, 301).

Vollziehungsverordnung zum Gesetz betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 23. Januar 1948 (SSG 1948, 172).

Verordnung über das Verfahren vor der kantonalen Rekursbehörde für die Sozialversicherung, vom 1. Mai 1961 (SSG 1961, 90).

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 10. Dezember 1959 (SSG 1960, 111).

Verordnung über die Organisation der kantonalen Invalidenversicherungs-Kommission, vom 26. November 1959 (SSG 1959, 158).

### *Obwalden*

Gesetz betreffend Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 9. Mai 1948 (SSG 1948, 175), abgeändert durch Volksbeschluß vom 11. Mai 1952 (SSG 1952, 98).

Vollziehungsverordnung zum Gesetz betreffend Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 23. Juli 1948 (SSG 1948, 176), abgeändert durch Regierungsratsbeschlüsse vom 24. Januar 1953 (SSG 1953, 99) und vom 16. August 1961 (SSG 1961, 126).

Vorschriften über das Verfahren der Rekurskommission für Sozialversicherung vom 10. Juni 1963.

Gesetz betreffend Finanzierung des Kantonsbeitrages an die Invalidenversicherung, vom 7. Mai 1961 (SSG 1961, 179).

Regierungsratsbeschluß über die Organisation und das Verfahren der kantonalen Invalidenversicherungs-Kommission, vom 31. Oktober 1960 (SSG 1960, 111).

#### *Nidwalden*

Gesetz betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 24. April 1960 (SSG 1960, 87).

Kassenreglement vom 21. November 1960 (SSG 1960, 90).

Verordnung betreffend Organisation und Verfahren vor der kantonalen Rekursbehörde für die AHV, vom 6. November 1961 (SSG 1961, 92).

Verordnung betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, vom 6. November 1961 (SSG 1961, 179).

Verordnung betreffend die Errichtung und Organisation der Invalidenversicherungs-Kommission Nidwalden, vom 6. November 1961 (SSG 1961, 179).

#### *Glarus*

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 2. Mai 1948 (SSG 1948, 184).

Vollziehungsverordnung zum Einführungsgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 16. Juni 1948 (SSG 1948, 185).

Reglement über die Verwaltungskostenbeiträge in der AHV, vom 14. Dezember 1959 (SSG 1959, 112).

Reglement über die Vergütung von Verwaltungskostenbeiträgen der kantonalen Ausgleichskasse an die Ortsgemeinden für die Zweigstellenführung, vom 29. Dezember 1960.

Verordnung über Organisation und Verfahren der Rekurskommission für die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 14. November 1963.

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 7. Mai 1961 (SSG 1961, 180).

Verordnung über Organisation und Verfahren der Invalidenversicherungs-Kommission des Kantons Glarus, vom 3. Dezember 1959 (SSG 1959, 161).

### *Zug*

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 29. Dezember 1947 (SSG 1947, 305), abgeändert durch Gesetz vom 10. September 1953 (SSG 1953, 100).

Kantonale Vollziehungsverordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 2. März 1948 (SSG 1948, 189), abgeändert durch Regierungsratsbeschluß vom 27. Februar 1953 (SSG 1953, 100).

Regierungsratsbeschluß über die Festsetzung der Beiträge der Abrechnungspflichtigen an die Verwaltungskosten der Ausgleichskasse, vom 12. Dezember 1962 (SSG 1962, 118).

Verordnung über das Verfahren vor der kantonalen Rekurskommission, vom 30. Januar 1962 (SSG 1962, 100).

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 27. Oktober 1960 (SSG 1960, 112).

Verordnung über die kantonale Invalidenversicherungs-Kommission, vom 11. Dezember 1959 (SSG 1959, 162), abgeändert durch Regierungsratsbeschluß vom 4. Juli 1961 (SSG 1961, 181).

### *Freiburg*

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 2. Dezember 1947 (SSG 1947, 306).

Reglement der kantonalen Ausgleichskasse für die AHV, vom 16. April 1948 (SSG 1948, 197).

Staatsratsbeschluß betreffend die Beiträge der Gemeinden an die dem Kanton erwachsenden Lasten aus der Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 18. Dezember 1948 (SSG 1948, 202).

Organisations- und Verfahrensvorschriften der kantonalen Rekurskommission für die AHV, vom 16. April 1948 (SSG 1948, 193), abgeändert durch Staatsratsbeschluß vom 13. Juli 1962 (SSG 1962, 102).

Ausführungsgesetz zum Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung, vom 21. November 1961 (SSG 1961, 181).

Organisations- und Verfahrensvorschriften der kantonalen Invalidenversicherungs-Kommission, vom 27. März 1962 (SSG 1962, 130).

### *Solothurn*

Gesetz zur Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 26. September 1948 (SSG 1948, 203).

Verwaltungsreglement der Ausgleichskasse, vom 3. März 1949 (SSG 1949, 190).

Kantonsratsbeschluß über Organisation und Verfahren des kantonalen Versicherungsgerichtes vom 27. November 1917, abgeändert am 20. April 1948, 24. November 1948 (SSG 1948, 208) und 29. März 1960 (SSG 1960, 71).

Gesetz zur Einführung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, vom 23. Juli 1961 (SSG 1961, 183).

Reglement über die Organisation und das Verfahren der Invalidenversicherungs-Kommission, vom 6. Oktober 1961 (SSG 1961, 183).

#### *Basel-Stadt*

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 21. Oktober 1948 (SSG 1948, 214).

Reglement über die Organisation der kantonalen Ausgleichskasse AHV, vom 26. März 1949 (SSG 1949, 196).

Reglement der kantonalen Rekurskommission für die Ausgleichskassen, vom 29. Mai 1962 (SSG 1962, 105).

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 11. Januar 1962 (SSG 1962, 132).

Reglement für die Invalidenversicherungs-Kommission, vom 18. Dezember 1961 (SSG 1961, 184).

Verordnung über die Erhebung von Sondergebühren durch die kantonale Ausgleichskasse AHV, vom 2. November 1948 (SSG 1948, 215), abgeändert durch Regierungsratsbeschluß vom 21. April 1953 (SSG 1953, 100).

#### *Basel-Landschaft*

Gesetz betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 27. September 1948 (SSG 1948, 216).

Reglement über die Ausgleichskasse des Kantons Basel-Landschaft, vom 26. April 1949 (SSG 1949, 198).

Reglement der Rekursbehörde für die Sozialversicherung, vom 31. Oktober 1961 (SSG 1961, 94).

Gesetz betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, vom 29. Juni 1961 (SSG 1961, 185).

Regierungsratsbeschluß betreffend die Invalidenversicherungs-Kommission des Kantons Basel-Landschaft, vom 3. November 1959 (SSG 1959, 173).



## *Schaffhausen*

Gesetz über die Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, die Ausrichtung von kantonalen Zusatzrenten zu den Alters- und Hinterlassenenrenten des Bundes, die teilweise Abänderung des Erbschaftssteuergesetzes, die Einführung einer Vergnügungssteuer, vom 4. Oktober 1948 (SSG 1948, 217), abgeändert durch Novelle vom 16. Oktober 1961 (SSG 1961, 128) und durch Art. 17 des Gesetzes über die Ausrichtung von kantonalen Zusatzrenten und die Beitragsleistung des Kantons an die Eidg. Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 26. November 1956 (SSG 1956, 198).

Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 29. Dezember 1948 (SSG 1948, 220).

Beschluß des Regierungsrates über die Deckung der Verwaltungskosten der Ausgleichskasse und die Gewährung von Zuschüssen an die Kosten der Gemeindezweigstellen, vom 25. Mai 1949 (SSG 1949, 200).

Verordnung des Regierungsrates über das Beschwerdeverfahren vor der im Bundesgesetz über die AHV vorgesehenen kantonalen Rekursbehörde, vom 10. Januar 1962 (SSG 1962, 107).

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 3. Juli 1961 (SSG 1961, 186).

Verordnung des Regierungsrates über die Organisation und das Verfahren der Invalidenversicherungs-Kommission, vom 14. November 1962 (SSG 1962, 133).

## *Appenzell A. Rh.*

Ausführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 27. November 1947 (SSG 1947, 310), abgeändert durch Kantonsratsbeschlüsse vom 1. Juni 1948 (SSG 1948, 224) und 5. Juni 1961 (SSG 1961, 128).

Reglement betreffend die Organisation der Ausgleichskasse, vom 6. Januar 1948 (SSG 1948, 221).

Reglement für das Verfahren der Rekurskommission für Sozialversicherung, vom 5. Februar 1963.

Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 5. Juni 1961 (SSG 1961, 187).

Reglement über die Organisation und das Verfahren der Invalidenversicherungs-Kommission des Kantons Appenzell A. Rh., vom 27. November 1961 (SSG 1961, 187).

### *Appenzell I. Rh.*

Kantonale Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 30. November 1959 (SSG 1959, 114).  
Geschäftsreglement der Ausgleichskasse des Kantons Appenzell I. Rh., vom 21. Juli 1960 (SSG 1960, 97).

Verordnung über die Organisation und das Verfahren der kantonalen Rekursbehörde für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, vom 30. November 1961 (SSG 1961, 95).

Kantonale Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 30. November 1959 (SSG 1959, 177).

Geschäftsreglement der Invalidenversicherungs-Kommission Appenzell I. Rh., vom 12. Januar 1960 (SSG 1960, 116).

### *St. Gallen*

Gesetz betreffend die Einführung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 23. Februar 1948 (SSG 1948, 225), abgeändert durch Nachtragsgesetze vom 5. Mai 1953 (SSG 1953, 102) und 22. November 1955 (SSG 1955, 144).

Reglement der Verwaltungskommission für die Ausgleichskasse des Kantons St. Gallen, vom 15. Juni 1948 (SSG 1948, 230).

Verordnung über Organisation und Verfahren der kantonalen Rekurskommission für die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 28. Mai 1948 (SSG 1948, 229), abgeändert durch Nachtrag vom 29. August 1961 (SSG 1961, 96).

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 6. März 1961 (SSG 1961, 188).

Verordnung über Organisation und Verfahren der kantonalen Invalidenversicherungs-Kommission, vom 14. Dezember 1959 (SSG 1959, 177).

### *Graubünden*

Gesetz über die Einführung der Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 13. März 1949 (SSG 1949, 207).

Ausführungsverordnung des Grossen Rates zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 26. November 1947 (SSG 1948, 232), abgeändert durch Grossratsbeschlüsse vom 23. Mai 1950 (SSG 1950, 126) und 21. November 1959 (SSG 1960, 99).

Reglement betreffend die Ausgleichskasse des Kantons Graubünden für die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 2. Dezember 1950 (SSG 1951, 146).

Verordnung über Organisation und Verfahren der Rekurskommission Graubünden für Sozialversicherung, vom 28. März 1960 (SSG 1960, 72).  
Ausführungsverordnung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 21. November 1959 (SSG 1960, 117).

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 6. März 1960 (SSG 1960, 117).

Verordnung über die Invalidenversicherungs-Kommission Graubünden, vom 29. Dezember 1959 (SSG 1959, 178).

Beschluß des Kleinen Rates betreffend Errichtung einer kantonalen Regionalstelle der Invalidenversicherung, vom 2. Mai 1960 (SSG 1960, 118).

#### *Aargau*

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 6. Dezember 1947 (SSG 1947, 313).

Vollziehungsverordnung zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 26. Oktober 1956 (SSG 1956, 203).

Großratsbeschluß betreffend die Ausübung der Oberaufsicht über die kantonale Ausgleichskasse, vom 19. Oktober 1948 (SSG 1948, 238).

Großratsverordnung über das Verfahren vor dem Obergericht in Alters- und Hinterlassenenversicherungssachen, vom 14. Juni 1948 (SSG 1948, 237) und 8. Januar 1952 (SSG 1952, 100)<sup>1</sup>.

Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, vom 12. April 1960 (SSG 1960, 118).

Regierungsbeschluß über die kantonale Invalidenversicherungs-Kommission, vom 4. Dezember 1959 (SSG 1959, 179).

Regierungsbeschluß über die Errichtung einer Regionalstelle der Invalidenversicherung, vom 15. Juni 1962 (SSG 1962, 134).

#### *Thurgau*

Gesetz über die Einführung der eidgenössischen Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 6. Dezember 1947 (SSG 1947, 314).

Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Einführung der eidgenössischen Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 26. Februar 1948 (SSG 1948, 239).

Verordnung des Regierungsrates über das Verfahren der kantonalen Rekurskommission für die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 9. Oktober 1961 (SSG 1961, 97).

<sup>1</sup> Anpassung bevorstehend

Gesetz über die Einführung der eidgenössischen Invalidenversicherung, vom 30. September 1961 (SSG 1961, 188).

Verordnung des Regierungsrates über die Organisation und das Verfahren der Invalidenversicherungs-Kommission, vom 2. Dezember 1959 (SSG 1959, 180).

#### *Tessin*

Decreto legislativo di applicazione della legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e superstiti, del 28 gennaio 1948 (SSG 1948, 242).

Decreto legislativo che stabilisce gli onorari dei gerenti delle agenzie comunali della Cassa cantonale di compensazione per l'assicurazione vecchiaia e superstiti, del 19 aprile 1948 (SSG 1948, 247).

Legge di procedura per i ricorsi al Tribunale cantonale delle assicurazioni relativi alla applicazione della Legge federale AVS, della Legge federale AI, della Legge federale sugli assegni familiari ai lavoratori agricoli e contadini di montagna, della Legge federale sulla indennità ai militari per perdita di guadagno, della Legge federale sull'assicurazione contro la disoccupazione e della Legge federale sugli assegni familiari, del 6 aprile 1961 (SSG 1961, 99).

Legge che modifica l'art. 22, lit. c della legge organica giudiziaria civile e penale (testo aggiornato al 15 dicembre 1954), del 6 aprile 1961.

Decreto legislativo concernente l'applicazione della Legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità, del 28 dicembre 1961 (SSG 1961, 189).

Regolamento sull'organizzazione e la procedura della Commissione cantonale dell'assicurazione per l'invalidità, del 3 gennaio 1962 (SSG 1962, 135).

#### *Waadt*

Loi concernant l'assurance-vieillesse et survivants, du 8 septembre 1948 (SSG 1948, 247), modifiée par la loi du 8 septembre 1954 (SSG 1954, 106) et la loi du 1<sup>er</sup> décembre 1959 (SSG 1959, 116).

Arrêté du Conseil d'Etat appliquant la loi du 8 septembre 1948 concernant l'assurance-vieillesse et survivants, du 29 octobre 1948 (SSG 1950, 126).

Loi sur le Tribunal des assurances, du 2 décembre 1959 (SSG 1959, 103).

Loi concernant l'application de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 4 décembre 1961 (SSG 1961, 189).

Règlement de la Commission cantonale de l'assurance-invalidité, du 26 décembre 1961 (SSG 1961, 190).

Loi sur le financement de l'assurance-invalidité, du 1<sup>er</sup> décembre 1959 (SSG 1959, 182).

#### *Wallis*

Dekret betreffend die Anwendung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 14. Februar 1950 (SSG 1950, 128), abgeändert durch Dekret betreffend die Regelung der Anwendung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, vom 15. November 1961 (SSG 1961, 192).

Reglement betreffend die Organisation der kantonalen Ausgleichskasse und ihrer Zweigstellen, vom 11. April 1949 (SSG 1949, 216), abgeändert durch Staatsratsbeschuß vom 28. Dezember 1962.

Vollzugsverordnung betreffend das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht als Rekursbehörde auf dem Gebiet der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung, der Erwerbsausfallentschädigung an Wehrpflichtige, der eidgenössischen und kantonalen Familienzulagen, vom 18. November 1961 (SSG 1961, 102).

Dekret betreffend die Regelung der Anwendung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, vom 15. November 1961 (SSG 1961, 191).

Reglement betreffend die Organisation der kantonalen Invalidenversicherungs-Kommission, vom 12. Januar 1960 (SSG 1960, 118).

#### *Neuenburg*

Loi concernant l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 18 novembre 1947 (SSG 1947, 317), modifiée par la loi du 27 juin 1961 (SSG 1961, 137).

Arrêté d'exécution des prescriptions fédérales et cantonales sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 13 février 1948 (SSG 1948, 325), modifiée par les arrêtés des 15 juin 1951 (SSG 1951, 150) et 24 janvier 1958 (SSG 1958, 102).

Règlement de la Caisse cantonale de compensation, du 13 février 1948.

Règlement de la Commission cantonale de recours pour l'assurance-vieillesse et survivants, du 6 septembre 1962 (SSG 1962, 109).

Loi concernant l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 23 octobre 1961 (SSG 1961, 193).

Règlement de la Commission cantonale neuchâteloise de l'assurance-invalidité, du 6 septembre 1962 (SSG 1962, 137).

Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 13 décembre 1947 (SSG 1947, 318), modifiée par la loi du 26 juin 1953 (SSG 1953, 104).

Règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 22 novembre 1955 (SSG 1955, 1953), modifiée par les arrêtés du Conseil d'Etat des 2 mai 1961 (SSG 1961, 144) et 20 décembre 1961 (SSG 1961, 146).

Règlement de la Commission de surveillance de la caisse cantonale genevoise de compensation, du 10 septembre 1948 (SSG 1948, 262).

Règlement relatif à l'exécution des dispositions concernant l'AVS fédérale et l'aide complémentaire cantonale, du 18 novembre 1947 (SSG 1947, 318).

Règlement de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-vieillesse et survivants, du 9 avril 1948 (SSG 1948, 257), modifié par l'arrêté du Conseil d'Etat du 14 juin 1960 (SSG 1960, 107).

Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 20 octobre 1961 (SSG 1961, 194).

Les dispositions concernant la Commission cantonale genevoise de l'AI sont contenues dans le chapitre II de la loi susmentionnée.

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

**Die schweizerische Lösung der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge.** 32 S., mit Tabellen und Graphiken. Herausgegeben von der Vereinigung Schweizerischer Lebensversicherungsgesellschaften, Zürich, Oktober 1963.

**Norm SNV 1963: Wohnungen für Gehbehinderte.** 7 S., illustriert. Erhältlich bei der Zentralstelle für Baurationalisierung, Torgasse 4, Zürich 1.

**Moser, H. F.: Die Personalfürsorge und ihre Abgrenzung von Nachbargebieten** (u. a. von der Sozialversicherung). In «Personalfürsorge», Mitteilungen des Interkantonalen Verbandes für Personalfürsorge, Bern, Oktober 1963, Band 3, Nr. 3, S. 165—186.

**Brunner-Gyr, A. C.: AHV-Revision oder -Reform?** Sonderdruck aus der «Schweizerischen Arbeitgeberzeitung» Zürich (aus Nrn. 34, 35 und 36 vom 22., 29. August und 5. September 1963). 23 S., mit Graphiken.

**Brunner-Gyr, A. C.: Case Study betreffend die Anwendung eines partiellen Umlageverfahrens bei einer Rentenkasse der Privatwirtschaft.** Sonderdruck aus der «Schweizerischen Arbeitgeberzeitung» Zürich (aus Nrn. 13, 14, 15/16 und 17 vom 29. März, 5., 12. und 19. April 1962). 32 S.

## KLEINE MITTEILUNGEN

### **Neue parlamentarische Vorstöße**

Motion Fuchs  
vom 18. Dez. 1963

Motion Guntern  
vom 19. Dez. 1963

Nationalrat Fuchs und Ständerat Guntern haben am 18. bzw. 19. Dezember 1963 folgende gleichlautende Motionen eingereicht:

«Der Bundesrat wird eingeladen, das Bundesgesetz über die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern vom 20. Juni 1952 neu zu überprüfen und den eidgenössischen Räten eine Änderung desselben mit wesentlichen Verbesserungen vorzuschlagen.»

### **Familienzulagen im Kanton Solothurn**

Durch Beschluß vom 22. November 1963 hat der Regierungsrat des Kantons Solothurn die Vollziehungsverordnung der Gesetzesnovelle vom 29. September 1963 angepaßt. Nach den neuen Bestimmungen, die auf den 1. Januar 1964 in Kraft getreten sind, gelten Kinder im Alter von 16 bis 20 Jahren, die infolge Krankheit oder eines Gebrechens erwerbsunfähig sind, als zulageberechtigt, wenn die Erwerbsunfähigkeit mindestens 50 Prozent (bisher 80 Prozent) beträgt.

### **Familienzulagen im Kanton Neuenburg**

Am 17. Januar 1964 hat der Staatsrat ein neues Reglement für die kantonale Familienausgleichskasse erlassen, welches dasjenige vom 23. November 1945 ersetzt.

### **Adressenverzeichnis AHV/IV/EO**

Seite 7, Ausgleichskasse 8, Glarus, und  
Seite 23, IV-Kommission Glarus  
Neue Adresse: Rathausplatz, Postfach 197 Glarus

Seite 18, Ausgleichskasse 89, Banken  
Neue Postfachadresse: Postfach Zürich 27

### **Personelles**

Zum neuen Präsidenten der IV-Kommission Wallis wurde der Präsident der zweiten Kammer (Oberwallis), **Anton Im sand**, gewählt. Zum neuen Präsidenten der ersten Kammer (Unterwallis) wurde **Jean-Marie Closuit** ernannt.

# GERICHTSENTSCHEIDE

---

## Alters- und Hinterlassenenversicherung

### Beiträge

Urteil des EVG vom 5. April 1963 i. Sa. T. AG.

**Art. 84 und 85 AHVG.** Erhebt ein Beitragspflichtiger gegen eine Nachforderung Beschwerde, bezahlt er aber die Beiträge, so darf vermutet werden, er habe die Nachforderung anerkannt. Weisen jedoch in den Akten Tatsachen darauf hin, daß die Zahlung nicht einer Anerkennung der Beitragsschuld gleichkommt, so ist die Vermutung entkräftet und der Richter hat zu entscheiden.

Die Ausgleichskasse forderte von der Berufungsklägerin 1 683 Franken an Beiträgen auf bezahlten Löhnen nach. Die Rekurskommission hieß die gegen die Verfügung erhobene Beschwerde am 30. April 1962 teilweise gut, wies die Akten aber zur weiteren Abklärung des Sachverhaltes an die Ausgleichskasse zurück. In der Folge teilte die Ausgleichskasse der Rekurskommission mit, die 1 683 Franken seien ihr, zusammen mit andern Beiträgen, bereits am 20. Februar 1962 vorbehaltlos überwiesen worden. Daraufhin schrieb die Rekurskommission die Sache als gegenstandslos ab, weil durch die Zahlung die Verfügung anerkannt worden sei.

Die Berufungsklägerin legte Berufung ein. Zur Frage der Zahlung der streitigen Beiträge führte sie aus, die Beiträge seien versehentlich entrichtet worden, was sich schon daraus ergebe, daß sie am gleichen 20. Februar der Ausgleichskasse schrieb, sie möge sich wegen der Nachzahlung noch gedulden, da die betreffenden Akten von ihrem Treuhänder zur Zeit geprüft würden.

Das EVG hieß die Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. . . .

2. Die Ausgleichskasse — obschon sie Kenntnis davon hatte, daß gegen ihre Verfügung Beschwerde erhoben worden war — forderte die T. AG durch Mahnung vom 19. Februar 1962 auf, die gemäß Verfügung zu entrichtenden Beiträge von 1 683 Franken innert 10 Tagen zu bezahlen, sonst werde die gesetzliche Mahnung zugestellt und eine Gebühr bis zu 10 Franken erhoben.

Am nächsten Tage schon ließ die Berufungsklägerin den ganzen Beitrag, der die bei der kantonalen Rekurskommission im Streite liegenden Beträge mitenthielt, an die Kasse überweisen. Gleichzeitig teilte sie dieser mit, ihr Treuhänder müßte zunächst noch die Akten prüfen, weshalb die Kasse sich gedulden möge.

Zwischen der Zahlung und diesem Schreiben bestand demnach ein deutlicher Widerspruch, weshalb die Zahlung, die ja keineswegs spontan erfolgte, nicht als vorbehaltlose Tilgung der Beitragsschuld und schon gar nicht als Anerkennung dieser Schuld zu bewerten ist. Die Parteien taten dies denn auch nicht, wie aus ihrer späteren Korrespondenz hervorgeht. Sie erachteten den Streitfall durchaus nicht als abgeschlossen. In diesem Sinne schrieb die Aus-



gleichskasse der Rekurskommission in jenem Brief vom 24. Juli 1962, worin sie die Zahlung «beiläufig» erwähnte: «Wir hoffen, daß es Ihnen nun möglich sein wird, auch in bezug auf Position G. S. zu entscheiden . . .». Einen materiellen Entscheid erwartete auch der Vertreter der Berufungsklägerin, wie aus seinen Zuschriften an die Rekurskommission vom 16. August und 2. November 1962 ersichtlich ist.

Wenn die Tatsache der Bezahlung, für sich allein genommen, für die Rekurskommission die Vermutung schaffen konnte, die Berufungsklägerin habe eine bestehende Beitragsschuld getilgt und deren Berechnung damit auch anerkannt, so erschütterte das aktenkundige Verhalten der Parteien diese Vermutung, so daß der Richter nunmehr von Amtes wegen für die richtige Verwirklichung des Rechtes sorgen und abklären mußte, unter welchen Umständen und in welcher Absicht die Zahlung erfolgt war (Art. 85, Abs. 2, Buchst. c und e, AHVG). Die Rekurskommission begnügte sich indessen mit einer telephonischen Auskunft der Ausgleichskasse, die den wahren Sachverhalt nicht enthüllte, und ließ die Berufungsklägerin nicht zu Worte kommen. Dadurch verletzte sie das gesetzlich vorgeschriebene Officialprinzip (Urteil vom 15. Juni 1962 i. Sa. M. P., EVGE 1962, S. 157, ZAK 1962, S. 485), weswegen ihr Entscheid aufzuheben und die Sache zur materiellen Beurteilung zurückzuweisen ist.

3. Der vom BSV angerufene Entscheid des EVG vom 9. September 1949 in Sachen S. (nicht veröffentlicht) vermag an diesem Ausgang nichts zu ändern. In jenem Fall waren nämlich keine Tatsachen bekannt, welche die durch die Zahlung geschaffene Vermutung entkräftet hätten. Es kann deshalb dahingestellt bleiben, ob an der diesem Entscheid zugrundeliegenden Rechtsauffassung festzuhalten ist, was angesichts der seitherigen Rechtsprechung zum Officialprinzip fraglich ist (Urteil vom 15. Juni 1962 i. Sa. M. P., EVGE 1962, S. 157, ZAK 1962, S. 485).

#### **Urteil vom 5. August 1963 i. Sa. D. S. AG**

**Art. 200, Abs. 1, AHVV.** Verlegt eine Aktiengesellschaft ihren Sitz, nachdem eine Verfügung erlassen worden ist, so bleibt die Rekursbehörde zuständig, die es beim Erlaß der Verfügung war. (Erwägung 1)

**Art. 6, Abs. 2, Buchst. b, AHVV.** Voraussetzungen, unter denen Leistungen mit Fürsorgecharakter, die bei der Auflösung des Arbeitsverhältnisses gewährt werden, auch dann vom Erwerbseinkommen ausgenommen sind, wenn der Arbeitnehmer weder das übliche Pensionsalter erreicht hat oder invalid geworden ist, noch unterstützungsbedürftig ist. (Erwägung 3)

**Art. 97, Abs. 1, Art. 39 AHVV.** Eine Nachzahlungsverfügung, die einer von der Ausgleichskasse gegebenen formlosen Erklärung widerspricht, verstößt nicht gegen Treu und Glauben. (Erwägung 4a)

Eine Aktiengesellschaft löste ihren Betrieb in B. auf, nachdem sämtliche Aktien einem Dritten in H. verkauft worden waren. Das Vermögen der Personalfürsorgestiftung in der Höhe von 115 400 Franken wurde unter die Arbeitnehmer aufgeteilt. Die Ausgleichskasse betrachtete einen Teil davon

als Fürsorgeleistungen, während sie vom andern die Beiträge nachforderte. Die Aktiengesellschaft erhob Beschwerde. Die Rekurskommission hieß die Beschwerde gut. Das BSV legte Berufung ein. Diese wurde vom EVG aus folgenden Erwägungen gutgeheißen:

1. Weil die Berufungsbeklagte seit Beginn des Verfahrens als D. S. AG in H. aufgetreten ist, stellt sich die Frage, ob die kantonale Rekurskommission von B. als Beschwerdeinstanz zuständig gewesen sei, was von Amtes wegen zu prüfen ist.

Die angefochtene Verfügung ist von einer Verbandsausgleichskasse erlassen worden. Zur Beurteilung der Beschwerde war demzufolge nach Art. 200, Abs. 1, AHVV die Rekursbehörde des Kantons zuständig, in dem die Beschwerdeführerin bei Erlaß der Verfügung ihren Sitz hatte.

Den Akten ist zu entnehmen, daß die D. S. AG ihren Sitz am 12. Juli 1962 von B. nach H. verlegt hat. Am 4. Juli 1962, als die angefochtene Verfügung erging, war sie demnach noch in B. seßhaft, woraus die Zuständigkeit der Vorinstanz folgt.

2. ...

3. Die umstrittenen freiwilligen Zuwendungen sind als Abgangsentschädigungen zu betrachten, die den wegen Betriebsaufgabe entlassenen Angestellten der Berufungsbeklagten aus dem Vermögen der betriebseigenen Stiftung ausgerichtet wurden. Die Frage, ob diese Entschädigungen zum maßgebenden Lohn gehören oder nicht, ist gemäß Art. 6, Abs. 2, Buchst. b, AHVV zu entscheiden, wonach «Versicherungs- und Fürsorgeleistungen, soweit sie nicht als mittelbare Lohnzahlung zu betrachten sind», nicht zum Erwerbseinkommen gerechnet werden.

Die Rechtsprechung hat entschieden, unter Fürsorgeleistungen gemäß der genannten Bestimmung müßten freiwillige Leistungen verstanden werden, die jemandem «einzig im Hinblick auf die bestehende Unterstützungsbedürftigkeit und Unterstützungswürdigkeit gewährt werden» (vgl. Urteil vom 29. August 1956 i. Sa. N. AG, EVGE 1956, S. 160, ZAK 1956, S. 439). Ferner erklärte das EVG in seinem Urteil vom 3. Oktober 1959 i. Sa. M. & Cie. (ZAK 1961, S. 32), eine «Fürsorgeleistung an Stelle einer Pension» liege nur dann vor, wenn der Empfänger durch sein Alter oder seinen Gesundheitszustand daran gehindert werde, die Erwerbstätigkeit fortzusetzen («que dans les cas où les bénéficiaires se trouvent réellement empêchés de poursuivre leur activité en raison de leur âge ou de leur santé»).

Beschränkt auf einen Tatbestand wie den gegenwärtigen, wo die Arbeitnehmer sich infolge einer Personalfürsorge-Einrichtung in einem gewissen Umfang bei Alter und Invalidität gesichert sahen, auch wenn sie keine rechtlichen Ansprüche hatten, ist es angebracht, die in der Praxis entwickelten Grundsätze in folgender differenzierter Weise anzuwenden:

Wie die Erfahrung und gerade auch der vorliegende Fall lehren, wird die Abgangsentschädigung einestheils wegen des abgelaufenen Arbeitnehmerverhältnisses gewährt, andernteils zweifellos aus sozialen Erwägungen. Wegen dieses gemischten Charakters wird selten einmal gesagt werden können, daß nur das eine oder das andere Motiv allein ausschlaggebend sei. Würde deshalb — gerade in Umkehrung dessen, was in den Urteilen vom 25. Oktober 1955 i. Sa. Z. AG (EVGE 1955, S. 261, ZAK 1956, S. 81) und vom 9. Oktober 1952 i. Sa. T. (EVGE 1952, S. 183) gesagt wurde — nach dem Grundsatz verfahren,

daß wegen des wirtschaftlichen Zusammenhanges mit dem Arbeitsverhältnis die Abgangsentschädigung in der Regel maßgebender Lohn sei, so führte dies zum Ergebnis, daß nur dann die ausnahmsweise Fürsorgeleistung zu bejahen wäre, wenn der Arbeitnehmer bereits das übliche Pensionsalter erreicht hat oder bereits invalid ist oder wenn er schon unterstützungsbedürftig und überdies unterstützungswürdig ist. Dabei würde der nicht seltene Tatbestand ausgeschlossen, daß der Arbeitnehmer nach langjähriger Tätigkeit und in bereits vorgerücktem Alter ein Arbeitsverhältnis verlassen muß, das ihm eine gewisse soziale Fürsorge bot, und daß er nun wegen seiner persönlichen Voraussetzungen nicht mehr in der Lage ist, auf dem Arbeitsmarkte zum Ersatz eine ähnliche Sicherung zu finden. Wird in einem solchen Falle sein Verlust durch eine Abgangsentschädigung mehr oder weniger abgegolten, dann bedeutet dies ein derart deutliches Überwiegen des Fürsorgegrundes, daß die Ausnahme des Art. 6, Abs. 2, Buchst. b, AHVV zu bejahen ist. Wegen der bereits in die Nähe gerückten Bedürftigkeit (Altersgrenze oder Invalidität) gestaltet jener Tatbestand die Abgangsentschädigung zur vorweggenommenen Fürsorgeleistung, vorweggenommen lediglich infolge der vorzeitigen Auflösung des Arbeitsverhältnisses, wobei der Empfänger als «unterstützungsbedürftig» im weiteren Sinne dieses Wortes gelten kann.

Diese Abwägung hat nach den Gegebenheiten des Einzelfalles zu erfolgen. Bei den streitigen Zuwendungen überwiegen nun nirgends die Merkmale solcher Fürsorgeleistung. Die Ausgleichskasse hat dies zwar anscheinend, auf Grund der Darlegungen in der Beschwerdeschrift, für die an M. L. ausgerichtete Abgangsentschädigung angenommen, indessen zu Unrecht. M. L. war zwar während ungefähr 20 Jahren bei der Berufungsbeklagten tätig; sie ist jedoch erst 39jährig, und nichts deutet darauf hin, daß sie ihre Existenz nicht auch inskünftig selbst zu sichern vermöchte, dies ungeachtet ihrer vor kurzem erfolgten Verwitwung und der (bloß vorübergehenden) Folgen ihres schweren — gemäß KUVG versicherten — Skiunfalls.

4. An diesem Ergebnis ändern auch die Einwendungen der Beitragspflichtigen nichts, wonach die Nachforderung das Prinzip von Treu und Glauben verletzen . . . soll.

a. Die Berufungsbeklagte machte in der Beschwerdeschrift geltend, die Ausgleichskasse habe ihr seinerzeit, auf telephonische Anfrage hin, erklärt, von den umstrittenen Zuwendungen seien keine Beiträge zu entrichten. Die trotzdem verfügte Nachforderung widerspreche deshalb dem Grundsatz von Treu und Glauben.

In ihrer Vernehmlassung hat die Kasse bestritten, hinsichtlich der umstrittenen Zuwendungen eine solche Auskunft erteilt zu haben. Nur bezüglich der an K. ausgerichteten Entschädigung — die nicht im Streite liegt — habe sie Beitragsfreiheit angenommen und dies die Berufungsbeklagte auch wissen lassen.

Aber auch abgesehen davon länge in der besseren Erkenntnis, was die Verwirklichung des zwingenden Rechtes erfordere, nicht schon eine Verletzung von Treu und Glauben, wenn sich der Beitragspflichtige auf eine frühere, mangels Verfügung unverbindliche Auskunft berufen könnte.

b. . . .

c. . . .

5. . . .

\*

In einem weiteren Urteil vom 29. August 1963 i. Sa. S. AG, dem ein gleicher Tatbestand zu Grunde lag, hat das EVG u. a. ausgeführt:

«... Die Anwendung dieses Kriteriums (siehe das oben wiedergegebene Urteil, Erwägung 3) führt dazu, ... auch die Abgangsentschädigung als beitragsfrei zu erklären, die an den zur Zeit seiner Entlassung 61 Jahre alten G. F. ausgerichtet wurde, der damals auf 31 Dienstjahre zurückblicken konnte. Es dürfte bei G. F. immerhin ein Grenzfall vorliegen, der nicht ohne weiteres den Schluß zuläßt, das Alter von 61 Jahren sei für männliche Arbeitnehmer in analogen Fällen schlechthin ausschlaggebend. Entscheidend sind vielmehr alle Umstände, die im Hinblick auf den in Art. 6, Abs. 2, Buchst. b, AHVV enthaltenen Zweckgedanken in Betracht fallen. ...»

**Urteil des EVG vom 28. Juni 1963 i. Sa. L. B.**

**Art. 16, Abs. 2, AHVG. Die Entstehung des Rentenanspruchs unterbricht den Lauf der Verjährung von 5 Jahren für die Festsetzung der Beiträge gemäß Art. 16, Abs. 1, nicht, sondern nur die Verjährung von 3 Jahren für ihren Bezug gemäß Art. 16, Abs. 2. Die nicht entsprechend Abs. 1 innert der Frist von 5 Jahren festgesetzten Beiträge sind verjährt; sie können daher mit der Rente gemäß Abs. 2, am Ende, selbst dann nicht mehr verrechnet werden, wenn der Rentenanspruch — rückwirkend — vor Ablauf der fünfjährigen Frist entstanden ist.**

Der im April 1890 geborene Versicherte polnischer Herkunft ist seit 1914 in der Schweiz niedergelassen. Da bei Vollendung seines 65. Altersjahres die Bedingung der zehn vollen Beitragsjahre nicht erfüllt war, wurde ihm die Gewährung einer Altersrente verweigert, und die an die AHV geleisteten Beiträge wurden ihm im Jahre 1955 zurückvergütet. Die entsprechenden Verfügungen blieben unangefochten. — Im Juni 1961 gelangte der Versicherte erneut an die Ausgleichskasse und berief sich auf seine Eigenschaft als Flüchtling im Sinne des internationalen Abkommens vom 28. Juli 1951. Die Ausgleichskasse hielt jedoch an der Ablehnung eines Rentenanspruches fest, weil die Beiträge zurückerstattet worden waren. Die Rekurskommission hingegen war der Auffassung, daß die Rückvergütung der Beiträge angesichts der Flüchtlingseigenschaft des Versicherten zu Unrecht erfolgt sei, und billigte diesem den Anspruch auf eine Rente ab 1. Juli 1955 zu (Entscheid vom 2. Februar 1962).

In Vollziehung dieses nicht angefochtenen Entscheides setzte die Ausgleichskasse die Rente des Versicherten fest, wobei sie lediglich auf die Beiträge abstellte, die von ihm als Selbständigerwerbender geleistet worden waren. Da der Versicherte außerdem noch als Lehrer am Konservatorium tätig gewesen war, legte er Beschwerde ein mit dem Antrag, es seien zur Berechnung seiner Rente auch die Beiträge, die aus dieser Tätigkeit hätten erhoben werden sollen, zu berücksichtigen. Die Rekurskommission war der Auffassung, die Entstehung des Rentenanspruches (1. Juli 1955) habe die Verjährungsfrist unterbrochen, und nahm deshalb an, die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge der Jahre 1950 bis 1955 könnten noch mit der Rente ver-

rechnet und demnach für die Berechnung des durchschnittlichen Jahresbeitrages herangezogen werden (Entscheid vom 30. November 1962).

Das EVG hiess die vom BSV gegen diesen Entscheid erhobene Berufung mit folgender Begründung gut:

1. Der Rentenanspruch des Versicherten auf Grund der von 1948 bis 1955 geleisteten Beiträge, deren im Jahre 1955 erfolgte Rückvergütung durch den kantonalen Entscheid vom 2. Februar 1962 aufgehoben wurde, bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens und kann es übrigens auch nicht sein, weil der Entscheid in Rechtskraft erwachsen ist. Es geht bei der Streitsache einzig um die Berücksichtigung der Beiträge vom Einkommen als Lehrer am Konservatorium, die der Versicherte zusätzlich hätte leisten sollen.

Während das kantonale Gericht annimmt, daß diese Beiträge durch Verrechnung mit der dem Versicherten ab 1. Juli 1955 zugesprochenen Rente noch erhoben werden können und demnach zur Berechnung dieser Rente heranzuziehen seien, wird dies vom BSV der eingetretenen Verjährung wegen bestritten.

2. Das kantonale Gericht begründet seine Auffassung damit, daß die Beiträge der Jahre 1950 bis 1955 im Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs (1. Juli 1955) noch nicht verjährt waren und daher mit der Rente verrechnet werden können. Diese Auffassung beruht jedoch auf einer Verwechslung der beiden gesetzlichen Verjährungsfristen, nämlich einerseits der Verjährungsfrist für die Beitragsfestsetzung und andererseits derjenigen für die Beitragserhebung. Art. 16, Abs. 1, AHVG besagt, daß Beiträge, die nicht innert 5 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, für welches sie geschuldet sind, durch Verfügung geltend gemacht werden, nicht mehr eingefordert oder entrichtet werden können. Art. 16, Abs. 2, AHVG legt fest, daß die gemäß Abs. 1 geltend gemachte Beitragsforderung 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in welchem sie rechtskräftig wurde, erlischt. Der Verfall der einen oder anderen dieser Fristen zieht die Verwirkung nach sich. Es bleibt keine Naturalobligation bestehen, die freiwillig oder durch Verrechnung erfüllt werden könnte (vgl. EVGE 1955, S. 194; ZAK 1955, S. 454).

Gewiß sieht Art. 16, Abs. 2, AHVG im letzten Satz folgende Ausnahme vor: «Bei Entstehung des Rentenanspruchs nicht erloschene Beitragsforderungen können in jedem Fall gemäß Art. 20, Abs. 3, noch verrechnet werden.» Aber diese Ausnahme betrifft nur die Frist zur Eintreibung der durch Verfügung innert der in Abs. 1 vorgesehenen Zeit festgesetzten Beiträge, was aus dem Zusammenhang des Textes eindeutig hervorgeht. So hat das EVG bereits früher (EVGE 1957, S. 38; ZAK 1957, S. 409) entschieden, daß mit der nach Art. 16, Abs. 1, AHVG einmal eingetretenen Verjährung jede Verrechnungsmöglichkeit im Sinne von Art. 16, Abs. 2, letztem Satz, entfällt; diese Maßnahme kann nur getroffen werden, wenn die Beiträge in der in Abs. 1 vorgesehenen Frist festgesetzt wurden und wenn die Vollstreckungsfrist bei der Entstehung des Rentenanspruchs noch nicht abgelaufen war.

3. Im vorliegenden Fall hätten nach dem Wortlaut von Art. 16, Abs. 1, die für das Einkommen in den Jahren 1950 bis 1955 geschuldeten Beiträge — gesamthaft oder teilweise — spätestens zwischen 1955 und 1960 nachgefordert werden können. Es ist jedoch unbestritten, daß sie während dieser Frist weder geltend gemacht, noch festgesetzt worden sind. Besondere Umstände, welche die fünfjährige Verjährungsfrist erstrecken würden (Verfahren wegen

Steuerhinterziehung oder strafbare Handlung gemäß Art. 16, Abs. 1, 2. und 3. Satz, AHVG) liegen auch nicht vor. Alle Beiträge dieser Jahre waren somit verjährt, als die kantonale Rekursbehörde in ihrem Entscheid vom 30. November 1962 sie erstmals festsetzte. Sie können daher nicht mehr erhoben werden, weder direkt noch auf dem Verrechnungswege, und sind folglich auch für die Rentenberechnung nicht in Betracht zu ziehen.

## **Invalidenversicherung**

### **Eingliederung**

**Urteil des EVG vom 29. Oktober 1963 i. Sa. J. F.**

**Art. 12, Abs. 1, IVG. Solange eine medizinische Behandlung in ihrer Gesamtheit auf die Erhaltung des Lebens ausgerichtet ist, gelten besondere Vorkehren zur Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit, die mit diesem Behandlungskomplex in engem Zusammenhang stehen, nicht als medizinische Eingliederungsmaßnahmen. (Erwägung 2)**

**Art. 12, Abs. 1, IVG. Bei Poliomyelitis gilt die Physiotherapie nicht als Eingliederungsmaßnahme der IV, solange die künstliche Beatmung zur Erhaltung des Lebens notwendig ist. (Erwägung 2)**

Die 1926 geborene, als Hausfrau tätige Versicherte erkrankte im April 1961 an Poliomyelitis. Ende April 1961 traten Lähmungserscheinungen auf, was zur Einweisung ins Spital führte. Im Spital mußte wegen starker Atemnot eine Tracheotomie mit Anschluß an ein Engström-Beatmungsgerät vorgenommen werden. Von anfangs Juni an konnte stundenweise und von Ende Juni an tagsüber auf die künstliche Beatmung verzichtet werden. Am 7. August 1961 wurden dann die Kanüle entfernt und die künstliche Beatmung endgültig eingestellt. Schon bald nach dem Spitaleintritt war mit physiotherapeutischen Vorkehren begonnen worden, die man nach der am 2. November 1961 erfolgten Entlassung aus dem Spital weiterführte.

Gestützt auf eine Anmeldung zum Leistungsbezug übernahm die IV u. a. die Kosten des Spitalaufenthaltes einschließlich Physiotherapie vom 8. August bis 2. November 1961 sowie die anschließenden, ambulant durchgeführten medizinischen Vorkehren. Die Versicherte beschwerte sich bei der kantonalen Rekursbehörde und stellte das Begehren, die IV solle ihr bereits vom Mai 1961 an medizinische Eingliederungsmaßnahmen gewähren. Die kantonale Rekursbehörde wies die Beschwerde im wesentlichen mit der Begründung ab, der Spitalaufenthalt habe bis zur Entfernung der Kanüle am 7. August 1961 vorwiegend der Behandlung des Leidens an sich gedient.

Das EVG wies die von der Versicherten gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Gründen ab:

1. Gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG hat der Versicherte Anspruch auf medizinische Maßnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Wie in EVGE 1962, S. 308 (ZAK 1963, S. 128) näher dargetan wurde, zeigt die Erfahrung, daß eine und dieselbe

Vorkehr sehr oft sowohl Merkmale der Behandlung des Leidens an sich als auch solche der Eingliederung aufweist. Zunächst muß geprüft werden, ob eine Vorkehr der eigentlichen Leidensbehandlung angehört, die den — möglicherweise ebenfalls vorhandenen — Eingliederungszweck stets überschattet; das trifft in der Regel dann zu, wenn die Vorkehren überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dienen. Gehören die Vorkehren nicht zur eigentlichen Leidensbehandlung, so ist abzuwägen, ob sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung im erforderlichen gesetzlichen zeitlichen und maßlichen Umfang oder andern Zwecken dienen.

Steht eine einzelne Vorkehr in engem Zusammenhang mit andern Vorkehren, so ist nach den Darlegungen in EVGE 1962, S. 308 (ZAK 1963, S. 128) bei der Abgrenzung der Behandlung des Leidens an sich von den Eingliederungsmaßnahmen grundsätzlich auf die gesamthafte Zweckbestimmung der Vorkehren abzustellen; dies trifft insbesondere dann zu, wenn die einzelne Vorkehr nicht von der Gesamtheit der Vorkehren getrennt werden kann, ohne die Erfolgsaussichten in Frage zu stellen, und wenn sie für sich allein genommen nicht von derartiger Bedeutung ist, daß sie die andern Vorkehren in den Hintergrund treten läßt.

2. Die an Poliomyelitis erkrankte Versicherte befand sich vom 28. April bis zum 2. November 1961 im Spital. Die Spitalbehandlung in der Zeit vom 8. August bis 2. November 1961, die im wesentlichen in Physiotherapie zur Behebung oder Verminderung der Lähmungserscheinungen bestand, stellt unbestrittenermaßen eine Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG dar. Dagegen haben es IV-Kommission und Vorinstanz abgelehnt, vor dem 8. August 1961 Leistungen gemäß Art. 12 IVG zu gewähren.

Bis zum 8. August 1961 war die Versicherte auf künstliche Beatmung angewiesen; gleichzeitig konnten bereits physiotherapeutische Vorkehren durchgeführt werden. Für die Beantwortung der Frage, ob es sich hierbei um medizinische Eingliederungsmaßnahmen handelte, muß nach dem Gesagten auf die gesamthafte Zweckbestimmung der Vorkehren abgestellt werden; entscheidend ist also, ob der Gesamtkomplex der Vorkehren überwiegend der Behandlung des Leidens an sich oder der Eingliederung diene. Es geht in der Regel nicht an, die einzelnen Vorkehren eines Behandlungskomplexes gesondert zu betrachten, ganz abgesehen davon, daß in vielen Fällen die zuverlässige Aufteilung eines Gesamtkomplexes gar nicht möglich wäre. Das vom BSV angerufene Urteil i. Sa. J. J. vom 14. Februar 1963 (ZAK 1963, S. 320), wo die Atmungsgymnastik während der Behandlung einer Brustfellentzündung als Eingliederungsmaßnahme anerkannt wurde, betraf einen Sonderfall. Es handelte sich um einen Jugendlichen an der Schwelle des Berufsbildungsalters; außerdem erklärte der Arzt, daß die Atmungsgymnastik hätte unterlassen werden können, ohne die Heilung der Brustfellentzündung zu beeinträchtigen.

Im vorliegenden Fall dient der Gesamtkomplex der Vorkehren während der künstlichen Beatmung überwiegend der Behandlung des Leidens an sich. Im Vordergrund stand nämlich die zur Erhaltung des Lebens notwendige künstliche Beatmung, die eindeutig zur Leidensbehandlung gehört. Bis zur Entfernung der Kanüle am 7. August 1961 war der Spitalaufenthalt in erster Linie wegen jener Vorkehr notwendig, die eine intensive Betreuung der Versicherten verlangte. Der Umstand, daß die Versicherte vom Juni 1961 nur-

mehr zeitweise künstlich beatmet werden mußte, ändert hieran nichts. Die gleichzeitig durchgeführte Physiotherapie bekämpfte den gleichen Schaden wie die übrigen Vorkehren und war deshalb von ihnen nicht zu trennen, ohne die Erfolgsaussichten in Frage zu stellen; sie war nicht von derartiger Bedeutung, daß sie die andern Vorkehren in den Hintergrund treten ließ. Vielmehr wurde der mit der Physiotherapie verbundene Eingliederungszweck, auf den besonders der Facharzt hinweist, durch die vorherrschende Leidensbehandlung überschattet.

Verwaltung und Vorinstanz haben es daher mit Recht abgelehnt, vor dem 7. August 1961 medizinische Vorkehren als Eingliederungsmaßnahmen zu betrachten, was zur Abweisung der Berufung führt.

#### **Urteil des EVG vom 27. September 1963 i. Sa. M. W.**

**Art. 81 IVG und Art. 97 AHVG.** Bei befristeten Verfügungen über Eingliederungsmaßnahmen der IV besteht eine ähnliche Rechtslage wie bei Beitragsverfügungen der AHV oder bei Verfügungen über Familienzulagen gemäß FLG, die nur für eine bestimmte Periode gelten, so daß für die Folgezeit der gesamte Sachverhalt neu überprüft werden darf. (Erwägung 1)

**Art. 13 und 14 IVG.** Die IV übernimmt nicht die vollen Kosten des Aufenthalts in einer Klinik, wenn dieser Aufenthalt keinen notwendigen Bestandteil medizinischer Maßnahmen darstellt, sondern wegen der Sonderschulung und aus psychologischen Gründen erforderlich ist. (Erwägung 2)

Die 1949 geborene Versicherte kam mit Mißbildungen des Kopfes, beider Hände und beider Füße in Form einer Akrocephalo-Syndactylie zur Welt. Im Alter von 3 Jahren wurde sie dreimal operiert. Später erfolgte eine Fußoperation. Seit 1955 befindet sich die Versicherte in einer Klinik und besucht dort die Schule; laut ärztlichen Angaben ist ihr der Besuch einer öffentlichen Schule wegen ihres Aussehens nicht möglich. Im März 1960 wurde die Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet. Durch Verfügung brachte die Ausgleichskasse den Eltern zur Kenntnis, daß laut Beschluß der IV-Kommission folgende Eingliederungsmaßnahmen gewährt werden:

- «1. Gutsprache für Schul- und Kostgeldbeitrag von 5 Franken im Tag während des Aufenthaltes im orthopädischen Institut der Klinik ab 1. Januar 1960 bis Ostern 1965.
2. Übernahme der Kosten für orthopädische Gymnastik und Massage ab 1. Januar 1960 bis 31. Dezember 1961.
3. Übernahme der Kosten für notwendige Nachoperationen.»

Gestützt auf diese Verfügung berechnete die Klinik bis Ende 1961 eine Tagespauschale von 25 Franken, die von der IV bezahlt wurde. Am 17. Februar 1962 erging gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission eine weitere Kassenverfügung, wonach die Kosten für orthopädische Gymnastik und Massage vom 1. Januar 1962 bis Ostern 1965 übernommen wurden. Gleichzeitig wies die Ausgleichskasse darauf hin, daß nur der Schul- und Kostgeldbeitrag von 5 Franken im Tag sowie die Kosten der physikalischen Therapie zu Lasten der IV gingen.



Gegen diese Verfügung beschwerte sich der Vater der Versicherten bei der kantonalen Rekurskommission mit dem Begehren, es seien der IV die vollen Kosten des Klinikaufenthaltes zu überbinden. Die kantonale Rekurskommission erledigte die Beschwerde durch Nichteintreten.

Den kantonalen Rekursentscheid hat die Versicherte an das EVG weitergezogen. Das EVG holte bei Prof. Prader, Direktor des Kinderspitals Zürich, ein Gutachten ein, dem sich entnehmen läßt:

«Um optimale körperliche und schulische Ergebnisse mit der Versicherten zu erreichen, würde ich die folgenden ergänzenden Untersuchungen und Behandlungen ins Auge fassen:

1. Weiterführung der Physiotherapie (2—3mal pro Woche), um der Tendenz zur Schulterkontraktur entgegenzuwirken und um die Funktionsfähigkeit der Hände und Füße im jetzigen Zustand zu erhalten. Eine weitere Besserung der Funktionsfähigkeit der Hände scheint mir nicht möglich. Auch die Gehfähigkeit ist befriedigend und kann kaum noch weiter verbessert werden.
2. Die typische schwere Gesichts- und Kiefer-Deformität mit der Papageien-nase und der Unterkieferprognathie sollte möglichst bald von Fachärzten beurteilt und operativ verbessert werden. Während der gesichtschirurgischen Behandlung und bis zur Heilung der Narben ist der Verbleib in der schützenden Heimatmosphäre aus psychologischen Gründen sehr wünschenswert.
3. Eine fachärztliche kinderpsychiatrische Beratung für die weitere Sonderschulung (der Intelligenzquotient von 78 genügt kaum für eine normale Schule) und für die Beratung der Eltern vor der Heimkehr des Mädchens ist sehr zu empfehlen. Ebenso wäre in den nächsten 2—3 Jahren eine Berufsberatung mit Berücksichtigung der körperlichen und geistigen Möglichkeiten wünschenswert (die Patientin möchte Krankenschwester werden).

Da die notwendigen physiotherapeutischen Maßnahmen zweifellos auch ambulant zu Hause, d. h. in Zusammenarbeit mit einer Physiotherapeutin am Wohnort der Patientin durchgeführt werden können, wäre von diesem Standpunkt aus die Entlassung nach Hause denkbar. Es wäre aber zuvor auf Grund der kinderpsychiatrischen Beurteilung abzuklären, ob und wie die Sonderschulung zuhause weitergeführt werden kann. Da ferner der Kontakt mit der Außenwelt bei dem für Laien erschreckenden Gesichtsaspekt der Patientin für diese schwerwiegende psychoreaktive Folgen haben könnte, ist die vorhergehende operative Verbesserung der Gesichtsdeformität wünschenswert.»

Zusammenfassend erklärt Prof. Prader folgendes:

«Der Aufenthalt in der Klinik ist durch die Sonderschulung und aus psychologischen Rücksichten, nicht aber durch eigentliche medizinische, d. h. physiotherapeutische Maßnahmen, bedingt.»

Das EVG wies die Berufung der Versicherten aus folgenden Erwägungen ab:

1. Am 26. November 1960 erging eine Kassenverfügung über Schul- und Kostgeldbeiträge in der Zeit vom 1. Januar 1960 bis Ostern 1965 sowie über medizinische Maßnahmen (Physiotherapie) in der Zeit vom 1. Januar 1960

bis 31. Dezember 1961. Diese Verfügung blieb unangefochten und erwuchs in Rechtskraft. Die zweite Verfügung vom 17. Februar 1962, die rechtzeitig durch Beschwerde angefochten wurde, sprach der Versicherten medizinische Maßnahmen in der Zeit vom 1. Januar 1962 bis Ostern 1965 zu. Da die Versicherte die Übernahme der vollen Kosten des Aufenthaltes in einer Klinik im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen verlangt, und zwar erst vom 1. Januar 1962 an (bis Ende 1961 hat die IV die Tagespauschale von 25 Franken bezahlt), hätte die Vorinstanz auf die Beschwerde eintreten sollen. Die Verfügung vom 26. November 1960 galt hinsichtlich der medizinischen Maßnahmen nur bis Ende 1961; demzufolge konnte die Versicherte vom 1. Januar 1962 an die erneute Überprüfung des Umfanges der Leistungspflicht verlangen, und zwar selbst dann, wenn sich die Sachlage gegenüber den Jahren 1960 und 1961 nicht geändert haben sollte. Es besteht eine ähnliche Rechtslage wie bei Beitragsverfügungen der AHV oder bei Verfügungen über Familienzulagen gemäß FLG, die nur für eine bestimmte Periode gelten, so daß für die Folgezeit der gesamte Sachverhalt neu überprüft werden darf (vgl. dazu EVGE 1960, S. 229; ZAK 1960, S. 386; 1961, S. 99).

Nachdem aber die Vorinstanz in ihrem Nichteintretensentscheid zum Begehren der Versicherten um Übernahme der vollen Kosten des Klinikaufenthaltes ebenfalls Stellung genommen hat, rechtfertigt es sich aus prozeß-ökonomischen Gründen, auf eine Rückweisung zu verzichten und das Begehren materiell zu beurteilen.

2. Der Versicherten, die unbestrittenermaßen Anspruch auf Sonderschulung hat, wird ein Schul- und Kostgeldbeitrag von 5 Franken im Tag ausgerichtet (Art. 19, Abs. 3, IVG, Art. 10, Abs. 1, IVV). Im Zusammenhang mit der Sonderschulung stehen der Versicherten keine weiteren Leistungen zu (ganz abgesehen davon, daß über den Umfang der Leistungen in diesem Punkt gemäß Verfügung vom 26. November 1960 rechtskräftig befunden wurde). Streitig ist einzig die Frage, ob der Aufenthalt in der Klinik einen notwendigen Bestandteil der physiotherapeutischen Maßnahmen darstellt (auf die die Versicherte ebenfalls Anspruch hat) und ob die IV aus diesem Grunde neben den Kosten dieser Maßnahmen auch die vollen Kosten des Aufenthaltes in der Klinik zu übernehmen hat (Art. 13 und 14 IVG).

Aus dem eingeholten Gutachten von Prof. Prader geht hervor, daß sich die Versicherte vorderhand in einer Anstalt oder in einem Heim aufhalten muß. Dieser Aufenthalt ist wegen der Sonderschulung und aus psychologischen Rücksichten notwendig. Dagegen könnte die Physiotherapie nach den Angaben von Prof. Prader in Zusammenarbeit mit einer Physiotherapeutin zweifellos auch zu Hause durchgeführt werden. Es läßt sich daher nicht sagen, der Aufenthalt in der Klinik stelle einen notwendigen Bestandteil der Physiotherapie dar; die «psychologischen Rücksichten» sind jedenfalls nicht notwendige medizinische Behandlungsmaßnahmen im Sinne des Art. 13 IVG.

Demzufolge erweist sich das Begehren um Belastung der IV mit den vollen Kosten des Klinikaufenthaltes zur Zeit als unbegründet. Sobald aber die von Prof. Prader empfohlene gesichtschirurgische Behandlung eingeleitet wird, hat die IV-Kommission das Begehren um Vergütung der mit der Klinik vereinbarten Tagespauschale erneut zu prüfen.

**Art. 14 und 26 IVG. Die Behandlung durch einen Chiropraktor ohne eidgenössisches Arztdiplom bewirkt keine Leistungspflicht der IV, wenn diese Vorkehr nicht von einem eidgenössisch diplomierten Arzt veranlaßt und kontrolliert wurde.**

**Art. 1, Abs. 3, GgV. Fehlen schulmedizinische Beweise dafür, daß chiropraktische Vorkahren bei Knorpelwachstumsstörung und Zwergwuchs mit Deformitäten Erfolg haben werden, so kann diese Behandlungsmethode nicht als nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt gelten. Ebenso wenig beruht die Zellulärtherapie auf bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft, weshalb eine Leistungspflicht seitens der IV entfällt.**

Die 1952 geborene Versicherte leidet an einer angeborenen Chondrodystrophie (Knorpelwachstumsstörung), die ein Geburtsgebrechen im Sinne der GgV darstellt. Diese Störung führte zu Zwergwuchs mit diversen Deformitäten. In den Jahren 1956—1958 wurde die Versicherte einer Zellulärtherapie unterzogen. Gestützt auf eine Anmeldung zum Leistungsbezug übernahm die IV die Osteotomie zur Korrektur der Beine; ferner kam sie für Schuheinlagen auf.

Im September 1962 teilte die Mutter der Versicherten der IV-Kommission mit, daß eine Behandlung durch einen Chiropraktiker in Aussicht genommen sei. Auf Anfrage hin erklärte ein Facharzt, die chiropraktische Behandlung könne von ihm «nicht als notwendig formell angeordnet oder kontrolliert werden»; es fehlten «schulmedizinische Beweise für diesbezügliche chiropraktische Erfolge». Er fügte bei, er wolle allerdings einen Erfolg nicht von vornherein leugnen; er empfahl, später einen Beitrag auszurichten, sofern sich anhand photographischer Vergleiche ein solcher Erfolg nachweisen lasse. Hierauf teilte die Ausgleichskasse der Mutter der Versicherten mit, die IV-Kommission habe es abgelehnt, für die chiropraktische Behandlung aufzukommen, da diese nicht durch einen Arzt angeordnet worden sei.

Gegen diese Verfügung beschwerte sich die Mutter der Versicherten bei der kantonalen Rekursbehörde und machte geltend, sie werde — um nicht mehr Zeit zu verlieren — am 9. Januar 1963 mit der Behandlung beim Chiropraktor beginnen. Das EVG wies die von der Versicherten gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Gründen ab:

1. Die Versicherte leidet an einem Geburtsgebrechen und hat grundsätzlich Anspruch auf medizinische Maßnahmen gemäß Art. 13 IVG. Eine ärztliche Behandlung kann aber nach der in Art. 26 IVG getroffenen Ordnung von der IV nur übernommen werden, sofern sie von einem eidgenössisch diplomierten Arzt angeordnet oder kontrolliert wird (Abs. 1); den eidgenössisch diplomierten Ärzten sind Personen gleichgestellt, denen ein Kanton auf Grund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Ausübung des ärztlichen Berufes erteilt hat (Abs. 2).

In ihrer Berufung verlangt die Versicherte die Übernahme einer Behandlung durch einen Chiropraktiker. Dieser ist nicht Inhaber eines eidgenössischen Arztdiploms. Laut einer Auskunft der kantonalen Gesundheitsdirektion übt er seine Tätigkeit auch nicht mit einer kantonalen Bewilligung auf Grund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises aus. Demzufolge ist es ausge-

schlossen, die Kosten der chiropraktischen Behandlung, die von einem eidgenössisch diplomierten Arzt weder veranlaßt noch kontrolliert wurde, der IV zu belasten.

Abgesehen davon gelten nach Art. 1, Abs. 3, GgV (der sich gemäß EVG 1962, S. 116, ZAK 1962, S. 426, im Rahmen des Art. 13 IVG hält) als medizinische Maßnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, nur Vorkehren, «die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmäßiger Weise anstreben». Laut den Angaben des Facharztes fehlen schulmedizinische Beweise dafür, daß die chiropraktische Behandlung beim Gebrechen des Versicherten Erfolg haben werde. Es läßt sich daher nicht sagen, diese Behandlungsmethode sei unter den gegebenen Verhältnissen zur Zeit schon nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt. Wie bereits in EVGE 1962, S. 116 (ZAK 1962, S. 426) gesagt wurde, kann die IV nicht verhalten werden, relativ unsichere Maßnahmen zu gewähren. Eine spätere Beitragsleistung, wie sie der Facharzt bei Eintritt eines allfälligen Erfolges empfiehlt, fällt nicht in Betracht; denn sonst müßten bereits durchgeführte Behandlungen, die eindeutig außerhalb des Rahmens des Art. 1, Abs. 3, GgV liegen, unter Umständen später doch übernommen werden.

2. Die im Frühjahr 1963 durch einen eidgenössisch diplomierten Arzt durchgeführte Zellulärtherapie ist nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung. Immerhin mag bemerkt werden, daß diese Therapie nicht, bzw. noch nicht auf bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft beruht und daher nicht zu den Maßnahmen gehört, die gemäß Art. 1, Abs. 3, GgV zu Lasten der IV gehen (vgl. dazu die Ausführungen in EVGE 1962, S. 113, ZAK 1962, S. 426).

**Urteil des EVG vom 10. September 1963 i. Sa. J. L.**

**Art. 16 IVG. Die IV übernimmt keine Kosten für eine berufliche Weiterbildung, wenn die bereits erworbene Ausbildung den üblichen Anforderungen des im Eingliederungsplan vorgesehenen Berufes entspricht. So kann ein Blinder, der mit Erfolg eine Handelsschule und einen Spezialkurs für Sekretäre besucht hat, keine Leistungen beanspruchen für eine zusätzliche Weiterbildung als Telefonist und und für einen Aufenthalt in fremden Sprachgebieten.**

Der im Jahre 1942 geborene Versicherte ist seit 1953 vollständig blind. Nachdem er die Volksschule während eines halben Jahres besucht hatte, trat er im Herbst 1950 in ein Blindenheim ein, wo er die Primar- und Sekundarschule durchlief und während eines Jahres auf die Handelsschule vorbereitet wurde. Hierauf besuchte er eine Handelsschule. Dort erwarb er das Diplom eines Stenotypisten und nahm alsdann während eines Quartals an einem Kurs für Sekretäre teil. Im Jahre 1962 absolvierte er bei einer Handelsfirma ein Praktikum. Die IV gewährte dem Versicherten Sonderschulbeiträge, übernahm die invaliditätsbedingten Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung in der Handelsschule (Ausbildung zum Stenotypisten sowie Sekretärkurs) und stellte leihweise eine Achtpunkt-Stenomaschine zur Verfügung.

In der Folge ersuchte der Versicherte um Übernahme der Kosten eines einmonatigen Telephonistenkurses für Blinde. Die Ausgleichskasse teilte je-

doch dem Versicherten mit, die IV-Kommission habe festgestellt, daß die Kosten des Telephonistenkurses nicht übernommen werden könnten. Die erstmalige berufliche Ausbildung sei mit dem Sekretärkurs abgeschlossen worden. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte Beschwerde, indem er folgendes geltend machte: Seine Ausbildung weise verschiedene Lücken auf. Er müsse deshalb noch weiter ausgebildet werden und alsdann ein zweites Praktikum bestehen. Blinde Stenotypisten seien nur konkurrenzfähig, wenn sie möglichst gut vorbereitet würden, was die Beherrschung zweier Sprachen in Wort und Schrift in sich schließe. Der Blindenleuchtturm Zürich empfehle folgende zusätzliche Ausbildung:

- a. Besuch einer Handelsschule während ungefähr 18 Monaten (damit sei bereits begonnen worden);
- b. Praktikum von mindestens 6 Monaten;
- c. Aufenthalt in England.

Die kantonale Rekursbehörde wies die Beschwerde ab, weil die erstmalige Ausbildung des Versicherten mit dem Besuch des Sekretärkurses als abgeschlossen zu betrachten sei.

Das EVG wies die vom Versicherten gegen den kanonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Streitig ist, ob die erstmalige berufliche Ausbildung des Berufungsklägers nach Absolvierung der Handelsschule sowie eines Spezialkurses für Sekretäre im Sinne des Art. 16 IVG als abgeschlossen zu betrachten sei.

Versicherte, denen infolge Invalidität bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung in wesentlichem Umfange zusätzliche Kosten erwachsen, haben Anspruch auf deren Ersatz, sofern die Ausbildung ihren Fähigkeiten entspricht (Art. 16 IVG).

Es ist durchaus verständlich und anerkennenswert, daß darnach getrachtet wird, invalide Versicherte möglichst gut zu schulen, damit sie sich in dem — für sie ohnehin erschwerten — beruflichen Wettbewerb behaupten können. Das Gesetz erlaubt es aber nicht, einem Versicherten wegen seines Gebrechens eine Ausbildung zuteil werden zu lassen, die besser ist als jene, über die seine Berufsgenossen im Durchschnitt verfügen. Dieser Gedanke kommt auch in der Botschaft des Bundesrates zum IVG zum Ausdruck. Dort wird ausgeführt, die «normale Berufslehre» eines Invaliden sei finanziell in dem Sinne zu erleichtern, daß die IV die durch das Gebrechen verursachten Mehrkosten übernehmen solle. Dagegen seien für Fälle, in denen die erstmalige berufliche Ausbildung unter den gleichen Bedingungen wie für Gesunde durchgeführt werden könne, keine Leistungen der IV vorgesehen (EVGE 1961, S. 178 f., ZAK 1961, S. 313).

2. Wie das BSV in seinem Mitbericht zutreffend ausführt, beherrscht der Versicherte dank seiner bisherigen, von der IV mitfinanzierten Schulung die deutsche und französische Sprache, das Maschinenschreiben und die Stenographie. Selbst in italienischer Sprache vermag er sich zu verständigen. Eine darüber hinausgehende Ausbildung gehört nicht mehr zu einer normalen Berufslehre. Die IV-Kommission hat bereits die Übernahme der Kosten des Sekretärkurses als «Grenzfall» bewertet. Wenn sie die erstmalige berufliche Ausbildung damit als abgeschlossen betrachtete, so entspricht dies dem Sinn des Art. 16 IVG. In der Botschaft des Bundesrates zum IVG wird zwar auch damit gerechnet, daß «oft (z. B. bei Taubstummen) zusätzlicher Unterricht

erteilt oder die Lehrzeit verlängert werden» müsse. Darum handelt es sich hier aber nicht, wie aus dem Ausbildungsprogramm des Blindenleuchtturms hervorgeht, das unter anderem einen Englischkurs und einen Französischkurs für Fortgeschrittene nennt. Die «Lücken», die im Praktikum bei einer Firma angeblich festgestellt worden sind — welcher Art sie seien, wurde allerdings nie geklärt — sind offenbar nicht Lücken in der Normalausbildung, hat doch der Versicherte die Abschlußprüfung an der Handelsschule mit sehr gutem Erfolg bestanden. Vielmehr weist alles darauf hin, daß dem Berufungskläger nunmehr noch eine zusätzliche, überdurchschnittliche Berufsausbildung gegeben werden soll. In diesem Sinne lautete bereits das Gesuch bezüglich des Telephonistenkurses. Es wurde dort erklärt, der Versicherte sei im Laufe des Praktikums bei einer Firma zur Überzeugung gelangt, «daß er weit mehr Aufstiegsmöglichkeiten im Beruf hätte, wenn er noch die Ausbildung als Telephonist besäße».

Die umstrittene Weiterbildung hat somit den Charakter eines über den Rahmen einer normalen Berufslehre hinausgehenden Stagiaire-Aufenthaltes in fremden Sprachgebieten, wie ihn auch Nichtinvaliden absolvieren, wobei dadurch nicht unbedingt zusätzliche Kosten im Sinne des Art. 16 IVG verursacht werden müssen. Leistungen der IV an die Kosten dieser Weiterbildung können vom Berufungskläger nicht beansprucht werden.

#### **Urteil des EVG vom 30. September 1963, i. Sa. R. B.**

**Art. 9, Abs. 1 und Art. 19, Abs. 1, IVG. Beiträge an die Sonderschulung können auch über das schulpflichtige Alter hinaus gewährt werden, sofern noch weitere Lehrerfolge zu erwarten sind.**

Im Februar 1960 ersuchte der geistig behinderte, 1945 geborene Versicherte um Beiträge an die Sonderschulung. Er gab an, er habe die Jahre 1953—1954 und 1956—1958 sowie die Zeit seit Frühjahr 1959 in Kinderheimen verbracht. Am 8. Juni 1960 bescheinigte ein Heim, wegen Oligophrenie (Biäsch 0, 42) vermöge der — manuell geschickte — Junge nicht zusammenhängend zu arbeiten. Man hoffe aber, durch geduldige Heilpädagogik zu erreichen, daß er dereinst wesentlich zu seinem Unterhalt beitragen könne.

Laut Beschluß der kantonalen IV-Kommission verfügte die Ausgleichskasse, der Jüngling erhalte vom 1. Januar 1960 bis 30. April 1961 für jeden im Heim verbrachten Tag einen Schulgeldbeitrag von 2 Franken und einen Kostgeldbeitrag von 3 Franken. Später ergänzte die Kasse, gemäß einem zweiten Kommissionsbeschluß werde die Dauer der beiden Leistungen bis 30. April 1962 verlängert. Mit Brief vom 2. Dezember 1962 bat der Vater des Versicherten die IV, weiterhin für die Sonderschulung seines Sohnes im Heim Beiträge zu gewähren. Die Kommission lehnte dies jedoch ab, und die Ausgleichskasse eröffnete dem Vater folgende Verfügung:

«Gemäß Art. 19 IVG können minderjährigen Versicherten Sonderschulbeiträge gewährt werden, wenn ihnen infolge Invaldität der Besuch der Volksschule nicht möglich ist ... Ihrem Sohne wurden Sonderschulbeiträge bis zum 17. Altersjahr gewährt. Da er nun das schulpflichtige Alter überschritten hat, ist eine Weiterausrichtung von Sonderschulbeiträgen gesetzlich nicht mehr möglich.»

Der Gesuchsteller beschwerte sich und schrieb, im Heim mache der Versicherte weitere Fortschritte. Das kantonale Gericht wies die Beschwerde ab.

Das EVG hieß die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Gründen gut:

1. Gemäß den Art. 19 IVG und 10, Abs. 1, IVV zahlt die IV an die auswärtige Sonderschulung bildungsfähiger Minderjähriger, denen wegen Invaliderität der Besuch der Volksschule nicht möglich oder nicht zumutbar ist, einen täglichen Schulgeldbeitrag von 2 Franken und einen täglichen Kostgeldbeitrag von 3 Franken. Beitragsberechtigigt sind unter anderem geistesschwache Kinder, deren Intelligenzquotient eindeutig nicht mehr als 75 beträgt (Art. 9, Abs. 1, Buchst. a, IVV), oder denen wegen eines andern geistigen Gebrechens der Besuch der Volksschule nicht möglich oder nicht zumutbar ist (Art. 9, Abs. 1, Buchst. g, IVV).

Der Berufungsbeklagte leidet an Oligophrenie Biäsch 0, 42 und ist seit 1959 in einem heilpädagogischen Heim untergebracht. Am 12. April 1962 hatte er sein 17. Altersjahr zurückgelegt.

2. Die Vorinstanz ist der Ansicht, ab Mai 1962 schulde die IV keine Sonderschulungsbeiträge mehr, weil der Versicherte im April 1962 das schulpflichtige Alter überschritten habe und somit sein seitheriger Anstaltsaufenthalt nicht mehr «als Ersatz für die Volksschule gelten könne». Diese Auslegung wird zwar durch den Wortlaut des Art. 19, Abs. 1, IVG an sich gedeckt. Sie erlaubt aber nicht in allen Fällen die Erfüllung des mit Art. 9, Abs. 1, IVG auch verfolgten Zweckes, einem gebrechlichen Kinde, das für die Volksschule untauglich und daher im Sinne der Art. 4 und 5, Abs. 2, IVG invalid ist, nach Möglichkeit Kenntnisse und Fertigkeiten beizubringen, die seine künftige Eingliederung ins Erwerbsleben zu fördern geeignet sind (EVGE 1961, S. 162 und 325, ZAK 1961, S. 415; 1962, S. 41).

In der Regel dürfte sich die Sonderschulung eines invaliden Kindes auf die Jahre beschränken, während welcher ein für die Volksschule taugliches Kind von Gesetzes wegen schulpflichtig ist. Sind hingegen von einer Fortsetzung dieser Pädagogik über jenes Alter hinaus noch weitere Lehrerfolge zu erwarten, so soll die Fortsetzung nicht durch ein nunmehriges Ausbleiben der Versicherungsbeiträge in Frage gestellt werden. Jedenfalls widerspräche es, wenn auch nicht dem Wortlaut, so doch dem Sinn und Geist des Art. 19 IVG, die begonnene Sonderschulung eines Minderjährigen nur wegen Überschreitung des Volksschulalters vorzeitig abzubrechen, und dadurch ihr bisheriges Ergebnis zu gefährden (vgl. hierzu EVGE 1962, S. 67, ZAK 1962, S. 382).

Diese Erwägungen zeigen, daß der Rückweisungsantrag des BSV begründet ist. In ihrem Lichte wird die IV-Kommission das vorliegende Gesuch um Weiterzahlung der Beiträge neu beurteilen müssen.

## Verfahren

Urteil des EVG vom 29. Oktober 1963 i. Sa. F. W.

Art. 69 IVG und Art. 85, Abs. 2, Buchst. c und d, AHVG. Die Verwaltung kann über einen Streitgegenstand nicht mehr verfügen, sobald er beim Richter rechtshängig geworden ist. Sie ist lediglich noch befugt, Anträge an das Gericht zu stellen. (Erwägung 1)

Gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission verfügte die Ausgleichskasse am 15. November 1962 gegenüber dem Vater eines einjährigen Knaben, die IV schulde keine Leistungen, weil ein Geburtsgebrechen nicht nachgewiesen sei. Diese Verfügung wurde mit Beschwerde angefochten.

Am 28. März 1963 (während des Beschwerdeverfahrens) widerrief die IV-Kommission ihren früheren Beschluß und entschied auf Grund eines Schlußberichtes des Oberarztes des Kinderspitals, die IV zahle «ab 10. Juli 1962 bis 31. Dezember 1965» die nötigen medizinischen Maßnahmen. Diesen neuen Beschluß überwies die IV-Kommission mit Schreiben vom 14. Juni der kantonalen Rekurskommission.

Am 6. Juli 1963 verfügte der Präsident der Rekurskommission, auf die Beschwerde werde nicht eingetreten. Die Beschwerde sei gegenstandslos geworden, weil durch den neuen Beschluß der IV-Kommission vom März 1963 die am 15. November 1962 ergangene Kassenverfügung dahingefallen sei.

Mit rechtzeitiger Berufung beantragt die Ausgleichskasse, die Sache zu materieller Beurteilung an die Rekurskommission zurückzuweisen. Die Berufung wurde vom EVG mit folgender Begründung gutgeheißen:

1. Über Fragen, die den Gegenstand einer Kassenverfügung bilden, kann eine IV-Kommission nicht nachträglich abweichend beschließen, falls die Verfügung rechtzeitig an den Richter weitergezogen worden ist. Wegen der Rechtshängigkeit ist die Kompetenz, in der entsprechenden Sache zu verfügen, von der Verwaltung zum Entscheid auf den Richter übergegangen; demnach ist die IV-Kommission nur mehr befugt, der Ausgleichskasse zuhanden des Richters Anträge zu unterbreiten. (Art. 69 IVG in Verbindung mit den Art. 84, Abs. 2 und 85, Abs. 2, Buchst. c und d, AHVG; EVGE 1958, S. 45 ff., ZAK 1958, S. 143; EVGE 1960, S. 89, Erwägung 4, und EVGE 1962, S. 157 ff., ZAK 1962, S. 485).

2. Im vorliegenden Fall ist die Kassenverfügung vom 15. November 1962 rechtzeitig angefochten und dadurch die Entscheidungskompetenz des kantonalen Richters begründet worden. Daher ist der pendente lite ergangene Kommissionsbeschluß vom März 1963 lediglich ein Antrag, diesen neuen Verwaltungsentscheid zum Urteil zu erheben. Als solcher hat er keineswegs die Kassenverfügung vom 15. November hinfällig und die Beschwerde vom 28. November gegenstandslos zu machen vermocht. Vielmehr hätte der — vom Versicherten fristgerecht angerufene — kantonale Richter die erwähnte Verfügung materiell überprüfen und entscheiden sollen, ob sie gesetzmäßig sei. In richtiger Würdigung der Rechtshängigkeit hat denn auch die Ausgleichskasse ihre Verfügung vom November 1962 durch keine anderslautende ersetzt. (Nicht geprüft zu werden braucht heute, ob es von diesen Grundsätzen eine Ausnahme geben könnte, z. B. in der Form eines Rückzuges der Beschwerde, weil die zuständige Verwaltungsinstanz infolge Irrtumes beim Erlaß der streitigen Verfügung auf diese korrigierend zurückkommt. Hier liegt nichts derartiges vor.)

Der kantonale Richter wird das Versäumte nachholen und ein Sachurteil fällen müssen.

3. ...



VON  
MONAT  
ZU  
MONAT

An einer Besprechung vom 25. Februar mit *Délegationen der kantonalen und der Verbandsausgleichskassen* orientierte Dr. A. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung die Vertreter der Ausgleichskassen über das Arbeitsprogramm 1964 der Unterabteilung AHV/IV/EO. Ferner wurden Fragen der jährlichen Berichterstattung der Ausgleichskassen erörtert.

\*

Am 25. Februar 1964 ist in Freiburg im Breisgau ein neues Abkommen über Soziale Sicherheit zwischen der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen und schweizerischerseits durch Direktor Dr. A. Saxer, Beauftragter für Sozialversicherungsabkommen, deutscherseits durch Ministerialdirektor G. von Haeften unterzeichnet worden.

Das Abkommen bezieht sich in beiden Ländern auf die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, auf die Unfallversicherung sowie auf die bundesrechtlichen Familienzulagen. Überdies enthält es eine Regelung, die den Übertritt von der Krankenversicherung des einen Staates in diejenige des andern erleichtert. Der Vertrag beruht auf dem Grundsatz der Gleichbehandlung der beiderseitigen Staatsangehörigen. Er bedarf der Ratifikation und wird mit seinem Inkrafttreten das zur Zeit geltende Abkommen vom 24. Oktober 1950 über Sozialversicherung ersetzen.

\*

Am 27. und 28. Februar tagte die *Kommission für Altersfragen* unter dem Vorsitz von Direktor A. Saxer und im Beisein von Vertretern des Bundesamtes für Sozialversicherung in einer vierten Plenarsitzung. Zur Diskussion stand der Existenzbedarf der alten Leute. Ferner wurden Berichte über die Lage der AHV-berechtigten Selbständigerwerbenden in der Landwirtschaft sowie über die Existenzgrundlagen von Bergbauern im AHV-berechtigten Alter entgegengenommen. Die Kommission ließ sich auch eingehend über den Stand der Arbeiten in den verschiedenen Arbeitsgruppen orientieren.

## Die sechste AHV-Revision und die Ausgleichskassen

Die administrativen Umtriebe, welche die sechste AHV-Revision mit sich bringt, sind allgemein und soweit sie die Zentrale Ausgleichsstelle in Genf betreffen, in der ZAK (1964, S. 2 und 50) schon gewürdigt worden. Dem zeitlichen Ablauf entsprechend, soll nunmehr die Rolle der Ausgleichskassen dargestellt werden.

\*

Die Festsetzung und die Auszahlung der Renten in der AHV und der IV erfolgt normalerweise durch die 25 kantonalen Ausgleichskassen, die beiden Ausgleichskassen des Bundes und die 77 Verbandsausgleichskassen. Die Ausgleichskassen wurden indessen bei der Durchführung der sechsten AHV-Revision wirksam entlastet, weil die Zentrale Ausgleichsstelle auf ihrer Datenverarbeitungsanlage über 700 000 Renten elektronisch umrechnen konnte. Gleichwohl sind ihnen noch große Aufgaben verblieben. Anfangs des Jahres hatten sie die Rentenbezüger über die Revision und die besondere Lage, die aus der Referendumsfrist und nachherigen rückwirkenden Inkraftsetzung auf 1. Januar entstanden, zu orientieren. Nachher galt es, die von der Zentralen Ausgleichsstelle berechneten Rentenerhöhungen auf die Rentenregisterkarten und auf die Adressierplatten für die Zahlungsanweisungen zu übertragen. Gegenwärtig werden auf diesen Adressierplatten die neuen monatlichen Zahlungsbeträge eingestanz, so daß erstmals im April 1964 die erhöhten Renten ausgerichtet werden können. Daraufhin folgen — eine umfassende Arbeit mehr — die Differenznachzahlungen für Januar, Februar und März 1964.

Daneben haben die Ausgleichskassen etwa 60 000 Renten anhand eines besonderen Umrechnungsblattes selbst umzurechnen. Es handelt sich um bestimmte Gruppen von Sonderfällen, die sich für die maschinelle Umrechnung nicht eigneten, dann aber auch um Normalfälle von neuen Renten und von Änderungen während der Monate Januar bis März 1964.

Schließlich bringt die Gesetzesrevision durch die Erweiterung des Bezügerkreises einen weiteren namhaften Zuwachs von Renten, die von den Ausgleichskassen festgesetzt und mit Rückwirkung ab 1. Januar 1964 ausbezahlt werden müssen. Hiezu gehören die Renten, welche durch die Herabsetzung des Rentenalters der Frau auf 62 Jahre entstehen (schätzungsweise 22 000 Fälle). Dazu kommen die Zusatzrenten für die Ehefrauen zwischen 45 und 60 Jahren (37 000) und die Kinder von Alters-

rentnern (10 500). Etwa 2 000 Hinterlassenenrenten werden wieder aufleben, weil die Revision die Renten für in Ausbildung stehende Waisen auf 25 Jahre erstreckt hat. Alle diese neuen Renten können nicht automatisch verfügt werden, sondern erfordern eine besondere Anmeldung der Berechtigten.

\*

Wie kann diese zusätzliche Arbeit — die Ausgleichskassen sind auch ohne sie voll ausgelastet — in der zur Verfügung stehenden Zeit überhaupt bewältigt werden? Darauf gibt es keine allgemeingültige Antwort. Die rund 2 000 Kassenfunktionäre (die keineswegs nur die AHV betreuen und u. a. gleichzeitig die zweite EO-Revision durchzuführen haben) verteilen sich auf kleinere, mittlere und große Ausgleichskassen. Auch die Zahl der Rentenfälle schwankt von Kasse zu Kasse, und zwar von einigen hundert bis zu mehr als 80 000 Fällen. Der durch die sechste AHV-Revision ausgelöste Arbeitsanfall muß je nach dem Geschäftsumfang, der sachlichen und personellen Kassenorganisation und der maschinellen Einrichtungen gemeistert werden. Einmal fällt dies leichter, einmal schwerer. Sehr oft sind besondere Vorkehrungen, wie interne Personalverschiebungen, zahlreiche abendliche und nächtliche Überstunden, vorübergehend eingestelltes Aushilfspersonal (trotz Personalknappheit) und eine Erweiterung des Maschinenparkes (z. B. Prägemaschinen für die Adressierplatten) nicht zu umgehen. Die hierfür erforderlichen Vorarbeiten wurden von den Ausgleichskassen überall rechtzeitig getroffen.

\*

Von großer Bedeutung war es, die für die Rentenberechnungen zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Ausgleichskassen in zweckmäßiger Weise über die Einzelheiten (und auch die Tücken) der neuen Gesetzesbestimmungen zu orientieren. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat deshalb wie schon früher Instruktionstagungen durchgeführt und diese auf eine breite Ebene gestellt. Diese Tagungen sind bei 300 Teilnehmern in St. Gallen, Luzern und Lausanne auf großes Interesse gestoßen, wohl nicht zuletzt, weil ein erstmals in Gebrauch genommenes Demonstrationsgerät (der Schreibprojektor «PROKI») es erlaubte, zahlreiche praktische Einzelbeispiele gemeinsam durchzuarbeiten.

Die Revisionsarbeiten wickeln sich programmgemäß ab. Sie werden, wie sich erfreulicherweise feststellen ließ, nicht einfach nach Schema F erledigt, sondern mit Einsatzfreudigkeit und im Hinblick auf das schöne Ziel, den betagten Mitbürgern, Witwen, Waisen und Invaliden möglichst bald eine wesentlich höhere Renten ausrichten zu können.

## Die neuen Bestimmungen über die Renten

Die sechste AHV-Revision, die rückwirkend auf den 1. Januar 1964 in Kraft treten wird, bringt auf dem Gebiet der Renten dreierlei Neuerungen. Einmal wird der Kreis der Berechtigten erweitert, dann werden die Renten beträchtlich erhöht, und schließlich werden verschiedene Härten und Ungleichheiten beseitigt. Im folgenden soll kurz auf diese drei Gruppen von Neuerungen eingetreten und am Schluß noch auf die Durchführung der Revision hingewiesen werden.

### *Die Erweiterung des Kreises der Rentenberechtigten*

Von der Erweiterung des Kreises der Rentenberechtigten profitieren in erster Linie die Frauen.

Durch die *Herabsetzung des Frauenalters* von 63 auf 62 Jahre wird ein Frauenjahrgang zusätzlich in die Rentenberechtigung gelangen. Der gesamte Rentnerbestand dürfte damit einen Nettozuwachs von rund 20 000 Bezügerinnen erfahren. Die neue Regel gilt gleichermaßen für alleinstehende und für verheiratete Frauen, deren Mann noch nicht 65jährig ist. Die Tatsache, daß die Frau früher als bisher in den Genuß der Altersrente gelangt, kann sich auf dem Gebiete der IV unter Umständen nachteilig auswirken, indem Frauen nach vollendetem 62. Altersjahr keine Eingliederungsmaßnahmen und Hilflosenentschädigungen mehr beanspruchen können. Die Eidgenössische Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung hatte zwar beabsichtigt, auch die altersmäßigen Voraussetzungen für den Anspruch auf die Ehepaaraltersrente neu zu gestalten und die Altersgrenze für die Frauen einheitlich auf das 62. Altersjahr festzusetzen. Bundesrat und Parlament sind diesem Vorschlag jedoch nicht gefolgt, so daß nach wie vor die Möglichkeit besteht, daß eine Ehepaaraltersrente beim Tode des Mannes vorerst durch eine Witwenrente und dann durch eine einfache Altersrente abgelöst wird; doch besteht heute noch weniger Grund als bisher, von den geltenden Berechnungsregeln für solche Fälle abzuweichen.

Wichtiger als die Vorverlegung des Rentenalters der Frau ist die *Einführung von Zusatzrenten für die Ehefrau und für die Kinder* eines Altersrentners. Für die 45 bis 60jährige Ehefrau des Altersrentners soll in Zukunft eine Zusatzrente gewährt werden, die 40 Prozent der einfachen Altersrente beträgt und auf den gleichen Grundlagen berechnet

wird wie diese. Ebenso ist für Kinder von Altersrentnern bis zum 18. bzw. bis zum 25. Altersjahr ein 40 oder 60prozentiger Zusatz zur Altersrente vorgesehen. Einzelheiten über den Anspruch der Kinder (z. B. wenn einzig die Mutter Altersrentnerin ist) werden in der Vollzugsverordnung zu umschreiben sein. Gesamthaft gesehen ist jedoch die Neuregelung derjenigen der IV nachgebildet und ermöglicht es auch, die bestehende Besitzstandsgarantie für Invalidenrentner mit Zusatzrenten aufzuheben. Voraussichtlich werden auch die speziellen und nicht ganz einfachen Berechnungsregeln für invalide Ehefrauen, die Anspruch auf Zusatzrenten für Kinder hatten, wegfallen können. Diese Neuerung wird ebenfalls eine ansehnliche Erweiterung der Bestände zur Folge haben: Man rechnet damit, daß für rund 37 000 Frauen und für 10 000 Kinder Zusatzrenten ausgerichtet werden.

Eine letzte Änderung betrifft die *Waisenrenten* und durch Reflexwirkung die Zusatzrenten der IV. Diese Leistungen, die bisher in Ausbildung begriffenen Kindern längstens bis zum 20. Altersjahr gewährt wurden, sollen in Zukunft — im Sinne eines Beitrages der AHV an die Nachwuchsförderung — bis zum 25. Altersjahr gewährt werden. Dabei ist der Begriff der Ausbildung nicht verändert worden, so daß weiterhin die bisherigen Kriterien Anwendung finden. Die Ausdehnung der Bezugsdauer der Waisenrenten dürfte den Rentnerbestand nur unbedeutend, schätzungsweise um rund 2 000 Bezüger, erweitern.

Alle Neuerungen, die auf eine Erweiterung des Bezügerkreises abzielen, werden erst in einer zweiten Phase des Vollzugs zur Anwendung gelangen. Es besteht die Absicht, die neu hinzukommenden Rentner und Angehörigen von Rentnern im April aufzufordern, eine erstmalige oder eine Ergänzungsanmeldung einzureichen, die dann durch die Ausgleichskasse zu behandeln und durch eine erstmalige oder Ergänzungsverfügung zu erledigen ist.

### *Die Rentenerhöhung*

Im Zentrum der sechsten AHV-Revision steht die Erhöhung der AHV- und IV-Renten. Durch eine Verbesserung der laufenden und der neuen Renten soll erreicht werden, daß das ursprüngliche Verhältnis zwischen Rente und Erwerbseinkommen — trotz der Einkommenssteigerung — weiterhin gewahrt bleibt. Im folgenden werden nur einige allgemeine Aspekte der Rentenerhöhung aufgezeigt. Auf die mehr technischen Fragen der Umrechnung der laufenden Renten und die Berechnung der neuen Renten sei hier nicht eingetreten. Ferner wird darauf verzichtet,

auch auf die Erhöhung der außerordentlichen Renten und der Hilflosenentschädigungen einzugehen; diese beiden Leistungen machen die Bewegung der ordentlichen Minimalrente mit und stellen unter dem allgemeinen Aspekt keine besonderen Probleme.

Für die Erhöhung der ordentlichen Renten unterscheidet das Gesetz zwischen laufenden Renten und Neurenten. Für die laufenden Renten wird allgemein die *Erhöhung um mindestens ein Drittel* vorgesehen, während für die Neurenten eine neue Rentenformel verbunden mit der Aufwertung des durchschnittlichen Jahresbeitrages Anwendung findet. Die Garantie der Drittelserhöhung geht zurück auf die schlechten Erfahrungen, die bei der fünften Revision mit einer unterschiedlichen Erhöhung gemacht wurden; durch die Erhöhung um einen bestimmten Mindestsatz sollen Unzufriedenheiten und damit neue Revisionswünsche nach Möglichkeit vermieden werden. Bei der Vollrente ist die Drittelserhöhung nahezu gleichwertig mit der Berechnung nach den neuen Regeln. Die auf Grund eines erhöhten Durchschnittsbetrages berechnete Neurente entspricht grosso modo der um ein Drittel erhöhten laufenden Renten. Abweichungen ergeben sich — abgesehen von den Rundungsdifferenzen — in der Nähe der Mindestrente und der Höchstrente vor allem deswegen, weil die neue Rentenformel nur noch zwei Progressionsstufen kennt, während die bisherige deren drei vorsah.

Einen besonderen Hinweis verdient die *Aufwertung der Beiträge*. Für die Berechnung des durchschnittlichen Jahresbeitrages werden in Zukunft die vor dem 1. Januar 1965 geleisteten Beiträge um ein Drittel aufgewertet. Mit dieser Aufwertung soll der Effekt der allgemeinen Lohnsteigerung ausgeglichen werden. Mit andern Worten: es soll der durchschnittliche Jahresbeitrag nicht mehr durch nominell geringe Lohnbezüge in den ersten Jahren der AHV verfälscht, sondern der heutigen Einkommenssituation des Versicherten angepaßt werden. Die Methode der Drittelaufwertung ist nun zwar ziemlich grob. Um genau zu sein, müßten die Beiträge seit 1948 für jedes Jahr mit einem besonderen Koeffizienten multipliziert werden. Die vom Gesetzgeber gewählte Methode ist hingegen administrativ einfach. Für Renten, die bis November 1965 entstehen, wird in der Regel die gesamte Beitragssumme um ein Drittel aufgewertet werden können, eine Arbeit, die die Ausgleichskassen ohne Schwierigkeiten bewältigen können. Später wird allerdings auch bei der jetzigen Aufwertungsmethode die Sache etwas komplizierter, indem ein Teil der Beitragssumme aufgewertet wird, der andere aber unaufgewertet bleibt oder später vielleicht mit einem andern Aufwertungskoeffizienten multipliziert wird. In diesem Zusammenhang sei dar-

auf hingewiesen, daß der Zuschlag von 15 Franken in Zukunft bei der Neuberechnung des Durchschnittsbeitrages alter Renten nicht mehr berücksichtigt wird.

Ist nach dem Gesagten die Drittelerhöhung bei den Vollrenten nahezu identisch mit der Anwendung der neuen Rentenformel, so gilt dies nicht für die *Teilrenten*. Die Teilrenten alter Ordnung werden aufgehoben und in Vollrenten oder Teilrenten neuer Ordnung umgewandelt. Dies bedeutet für einen großen Teil dieser Rentenbezüger, die nicht die Minimalrente beziehen und eine vollständige Beitragsdauer aufweisen, eine sehr beträchtliche Erhöhung, die bis zum 2 oder 3fachen der bisherigen Renten gehen kann (z. B. maximale Ehepaar-Altersrente bei Skala 2 A von 162 Franken geht neu auf 427 Franken im Monat). Administrativ wird sich diese Neuerung, wenn einmal die gegenwärtige Umrechnung vorgenommen ist, als Vereinfachung erweisen, weil in Zukunft nicht mehr zwischen alten und neuen Teilrenten unterschieden werden muß und die besonderen Ablösungsprobleme dahinfallen. Bei den neuen Teilrenten wurde aus ganz anderen Gründen eine neue Abstufung vorgenommen. Das Problem der Fremdarbeiter, das für die AHV finanziell von großer Bedeutung ist, macht es nötig, die Leistungen für kurzfristig Beitragspflichtige genauer dem Pro-rata-Verhältnis anzupassen und die bis heute vorgenommenen Aufrundungen einzugrenzen. Bisher entsprach die neue Teilrente jeweils dem nächsthöheren Zwanzigstel des Verhältnisses zwischen Beitragsdauer des Versicherten und Beitragsdauer des Jahrganges. So erhielt beispielsweise ein Versicherter, dessen Jahrgang 45 Jahre beitragspflichtig war, bei einjähriger Beitragsleistung, nicht  $\frac{1}{45}$  (= 2,2 Prozent), sondern  $\frac{1}{20}$  (= 5 Prozent) der Vollrente. Dies wird nun geändert. Zwar wird es weiterhin 19 Teilrentenskalen geben, aber die Renten der unteren Skalen werden dem genauen Verhältnis zwischen Beitragsdauer des Versicherten und Beitragsdauer des Jahrganges entsprechen, während der langfristig Versicherte in den Genuß großzügiger Aufrundungen kommt. In Prozenten der Vollrente werden die Renten der Skalen unter 5 alt (8 neu) im allgemeinen ungünstiger sein, jene über 12 alt (16 neu) können günstiger sein als bisher, während im Mittelfeld die Abstufung unverändert bleibt. In der untersten Zone der Teilrenten ist demnach die Garantie der Drittelerhöhung von großer Bedeutung.

Die aus besonderen Gründen *gekürzten Renten* sind um eine Position vermindert worden. Die Hinterlassenenrenten waren bisher auf den Durchschnitt der drei letzten normalen Jahreseinkommen des Verstorbenen zu kürzen. Diese Bestimmung hätte wegen der Einkommensentwicklung ohnehin eine Änderung erfahren müssen. Auf Antrag der Eid-

genössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung und des Bundesrates hat nun der Gesetzgeber kurzerhand ihre Abschaffung beschlossen, da bei der Basisrente dafür gesorgt sei, daß die Überversicherung keine stoßenden Formen annimmt. Damit fällt eine Bestimmung weg, die oft nur mit Widerstreben angewendet wurde. Bestehen bleiben hingegen die Regeln über die Kürzung der Renten auf Alimente. Diese Regeln können zur Folge haben, daß bei der jetzigen Erhöhung einzelne Renten nicht verbessert werden.

### *Verschiedenes*

Einige sekundäre Änderungen haben die Aufhebung von Härten und von Ungleichheiten zum Ziel. In Artikel 20 AHVG ist die Bestimmung über die *Steuerbefreiung* der außerordentlichen Rente ohne große Diskussion aufgehoben worden. Das von Zeit zu Zeit auftauchende Problem des *Wiederauflebens der Witwenrente* bei Ungültigerklärung der zweiten Ehe der Witwe soll nunmehr in der Vollzugsverordnung eine Lösung finden. Ebenso kann die ersatzweise Anrechnung von Beiträgen der *Ehefrau* und andererseits die *Nichtanrechnung von Invalidenbeiträgen* in der Vollzugsverordnung verankert werden. Schließlich wird der im Alter *geschiedenen Frau*, die keine Möglichkeit hatte, durch Beitragsleistung einen Anspruch auf ordentliche Rente zu erwerben, die außerordentliche Rente ohne Einkommensgrenze gewährt und damit ein ausgesprochener Härtefall aus der Welt geschafft.

### *Schlußbemerkungen*

Die im Gang befindliche erste Phase der Durchführung hat die Umrechnung und Neuberechnung der bereits gewährten Renten zum Ziele. Für die Neufestsetzung dieser Renten ist bekanntlich im Gesetz ein vereinfachtes Verfahren vorgesehen, und der Bundesrat hat in einem Vorbeschuß vom 21. Januar 1964 bestätigt, daß keine Verfügungen an die Rentner ergehen, sondern grundsätzlich das in der EO übliche Verfahren angewendet werden soll. Ziel der ersten Phase ist es, die laufenden Renten im April mit dem erhöhten Betrag auszuzahlen.

Die zweite Phase wird eingeleitet durch den Erlaß der neuen Vollzugsbestimmungen. Hierauf sollen die Nachzahlungsdifferenzen für das erste Quartal ausbezahlt und die Anmeldungen der neu rentenberechtigten Personen entgegengenommen und verarbeitet werden. Die zweite Phase ist nicht terminiert, doch wird die Verwaltung danach trachten, die Neuanmeldungen innert nützlicher Frist zu erledigen.



## Angaben über die Revisionsstellen der AHV

Im Anschluß an frühere Ausführungen (ZAK 1956, S. 379; 1957, S. 352; 1958, S. 6 und 280; 1961, S. 62) wird nachstehend über Erfahrungen mit den AHV-Revisionsstellen berichtet.

### *Der Bestand der Revisionsstellen*

Die nachstehende Tabelle gibt den Bestand Ende 1963 im Vergleich zu demjenigen Ende 1957 gemäß Aufstellung in ZAK 1958, Seite 7, wieder.

### *Zahl der externen und internen Revisionsstellen am 31. Dezember 1957 und am 31. Dezember 1963*

Art der Revisionsstellen	Bestand am 31. 12. 57	Zuwachs	Abgang	Bestand am 31. 12. 63
Externe Stellen				
Private				
— Gesellschaften	34	2	1	35
— Einzelrevisionen	9	—	3	6
Bund	5	—	—	5
Kantone	8	—	2	6
Total	56	2	6	52
Interne Stellen				
Kantonale AK	18	1	1	18
Verbands-AK	20	—	2	18
Total	38	1	3	36
Externe und interne Stellen				
Gesamttotal	94	3	9	88

Daraus ist zu entnehmen, daß der Bestand seit Ende 1957 etwas zurückgegangen ist. Der Abgang von 9 Revisionsstellen und die Zulassung von 3 neuen Revisionsstellen brachte keine nennenswerte Verschie-

bung der Mandate mit sich. Diese Konstanz zeigt das Interesse der Revisionsstellen für die AHV-Revisionen und das Vertrauen der Ausgleichskassen gegenüber den beauftragten Revisionsorganen.

6 Revisionsstellen sind nur mit Kassenrevisionen, 22 Revisionsstellen nur mit Arbeitgeberkontrollen und 24 Revisionsstellen sowohl mit Kassenrevision als auch mit Arbeitgeberkontrollen beauftragt.

### *Der Bestand der Revisoren*

Am 31. Dezember 1963 wurden 93 leitende Revisoren, 80 mitwirkende Revisoren und 58 Hilfsrevisoren gezählt. Im Vergleich zum Bestand am 31. Dezember 1957 waren 3 leitende Revisoren (96) weniger und 22 mitwirkende Revisoren (58) sowie 27 Hilfsrevisoren (31) mehr zu verzeichnen. Auffallend ist die hohe Zahl von Hilfsrevisoren. Ferner zeigt sich auch die Schwierigkeit, Personen mit genügender Ausbildung für die Zulassung in Vorschlag zu bringen. Sehr oft müssen Personen eingesetzt werden, die sich die erforderlichen Kenntnisse zuerst als Hilfsrevisoren erwerben müssen.

### *Die Durchführung der Kassenrevisionen*

Die beim Bundesamt für Sozialversicherung eingegangenen Kassenrevisionsberichte gaben in den letzten Jahren in bezug auf die Arbeit der Revisionsstellen nicht Anlaß zu grundsätzlichen Bemerkungen. Zwar mußten da und dort vollständige Prüfungen oder eine klarere Berichterstattung verlangt werden. Jedoch waren Beanstandungen in wesentlichen Punkten selten. Daraus darf geschlossen werden, daß die Weisungen vom 15. Juli 1957 und 31. Oktober 1960 an die Revisionsstellen ordnungsgemäß befolgt wurden. Auch die mit der Einführung der IV und mit den bisherigen AHV- und EO-Gesetzesrevisionen verbundenen Revisionsfragen haben die Revisionsstellen ohne Schwierigkeiten gemeistert.

In reversionstechnischer Hinsicht ist zu erwähnen, daß die Prüfungen bei den in Personalunion geführten Ausgleichskassen nun durchwegs nur noch durch eine Revisionsstelle vorgenommen werden. Auch die Aufteilung der Prüfungen auf die AHV-Revisionsstelle und die Kontrollstelle der Gemeinde, wie sie bei Gemeindegzweigstellen vereinzelt Praxis war, wurde aufgehoben. Damit wird die Gefahr vermieden, daß bei der Revision «Nahtstellen» entstehen, die zu Prüfungslücken führen können.

## Die Ablieferung der Kassenrevisionsberichte

Es wurden seinerzeit die Gründe dargelegt (ZAK 1961, S. 62), die eine rechtzeitige und möglichst gleichmäßige Ablieferung der Kassenrevisionsberichte notwendig machen. Leider sind diese Empfehlungen ohne Wirkung geblieben. Die nachstehende Tabelle gibt die Lage in den Jahren 1961 und 1962 wieder.

### Eingang der Revisionsberichte der Jahre 1961 und 1962

Prozentzahlen

Jahr	vor dem Endtermin		nach dem Endtermin	überhaupt
	vor Beginn des letzten Monats	innerhalb des letzten Monats		
	Hauptrevision			
1961	34,5	31,7	33,8	100
1962	30,8	32,3	36,9	100
	Abschlußrevision			
1961	42,7	32,1	25,2	100
1962	44,7	24,5	30,8	100

Diese Tabelle zeigt eine Entwicklung, die schon früher festzustellen war. Der Prozentsatz der verspätet eingehenden Berichte wird von Revision zu Revision größer. Ein Drittel der Berichte geht zur Zeit im letzten Monat vor dem Endtermin und ein Drittel nach diesem Termin ein.

Eine Verschiebung der Termine, die seinerzeit im Einvernehmen mit den Revisionsstellen unter Berücksichtigung ihrer übrigen Tätigkeiten festgelegt wurden, brachte keine Abhilfe. Der verspätete Beginn der Revisionen und der Rückstand in der Berichterstattung werden nämlich meistens mit der Verhinderung durch andere dringliche Aufträge und der Personalknappheit begründet. Obwohl solche Umstände beachtlich sein können, befriedigt der heutige Zustand auf die Dauer kaum.

# Das Gesetz des Kantons Aargau über Kinderzulagen für Arbeitnehmer

## 1. Entstehung des Gesetzes

Am 11. Januar 1955 erklärte der Große Rat eine Motion Trottmann erheblich, die den Regierungsrat beauftragte, die Frage zu prüfen und dem Großen Rat Bericht und Antrag zu stellen für den Erlass eines Gesetzes betreffend die Ausrichtung von Familien- und Kinderzulagen an Arbeitnehmer und an Selbständigerwerbende mit kleineren Einkommen durch Errichtung von öffentlichen und privaten Ausgleichskassen. Ferner erklärte der Große Rat am 24. März 1959 eine Motion Baumann erheblich, die den Regierungsrat ersuchte, dem Großen Rat eine Vorlage zu unterbreiten, damit auf kantonalem Boden die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer gemäß Bundesgesetz vom 20. Juni 1952 ergänzt und auch an Kleinbauern Familienzulagen ausgerichtet werden können.

Mit Bericht und Antrag vom 5. Oktober 1962 legte der Regierungsrat dem Großen Rat einen Entwurf zu einem Gesetz über Kinderzulagen für Arbeitnehmer vor. In der Sitzung vom 23. Dezember 1963 hat der Große Rat die Vorlage genehmigt. Die Begehren, Kinderzulagen für Selbständigerwerbende einzuführen und den landwirtschaftlichen Arbeitnehmern zusätzliche kantonale Zulagen zu gewähren, wurden vom Großen Rat entsprechend dem Antrag des Regierungsrates abgelehnt.

Damit hat der Aargau als 24. Kanton ein Gesetz über Kinderzulagen für Arbeitnehmer erlassen.

## 2. Geltungsbereich

Dem Gesetz unterstehen alle Arbeitgeber, die im Kanton einen Wohn- oder Geschäftssitz, eine Zweigniederlassung oder eine Betriebsstätte haben. Nicht unterstellt sind: die kantonalen Gerichte, Verwaltungen, Anstalten und Betriebe, die landwirtschaftlichen Arbeitgeber, die Hausdienstgeber für ihre weiblichen Angestellten sowie die Arbeitgeber für den im Betrieb mitarbeitenden Ehegatten. Arbeitgeber, welche gestützt auf einen Gesamtarbeitsvertrag oder eine gesamtarbeitsvertragsähnliche Regelung Kinderzulagen ausrichten, können vom Regierungsrat unter gewissen Voraussetzungen von der Anschlußpflicht an eine Familienausgleichskasse befreit werden. Die dem Gesamtarbeitsvertrag oder der gesamtarbeitsvertragsähnlichen Regelung nicht unterstellten Arbeitsverhältnisse des gleichen Betriebes können bei mindestens gleichwertigen

Leistungen befreit werden. Die Befreiung ist aufzuheben, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind sowie auf Antrag der Parteien.

### 3. *Bezugsberechtigte Personen*

Bezugsberechtigt sind Arbeitnehmer, deren Arbeitgeber dem Gesetz unterstellt sind. Nebenberufliche Arbeitnehmer erhalten die Zulage gemäß dieser Tätigkeit nur dann, wenn sie nicht schon gestützt auf die Haupttätigkeit die volle Zulage erhalten. Der Anspruch entsteht und erlischt mit dem Lohnanspruch; doch sind die Zulagen bei Unfall, Krankheit oder Tod nach Erlöschen des Lohnanspruches noch während drei Monaten weiter auszurichten.

Ausländische Arbeitnehmer haben nur für ihre in der Schweiz wohnenden Kinder Anspruch auf die Zulagen. Der Regierungsrat ist jedoch ermächtigt, die Anspruchsberechtigung auf die im Ausland wohnenden Kinder auszudehnen sowie den Bezügerkreis, die Art und den Umfang der Zulagen zu bestimmen.

### 4. *Kinderzulagen*

Die Kinderzulage beträgt mindestens 20 Franken im Monat für jedes Kind. Als zulageberechtigt gelten die ehelichen und Adoptivkinder, ferner die außerehelichen und Stiefkinder, sofern der Arbeitnehmer für deren Unterhalt überwiegend aufkommt, die Pflegekinder, für die der Arbeitnehmer voll aufkommt, sowie schließlich die Geschwister des Arbeitnehmers, für deren Unterhalt dieser überwiegend aufkommt. Die Altersgrenze ist auf 16 Jahre festgesetzt; für Kinder, die in Ausbildung begriffen oder infolge eines Gesundheitsschadens für dauernd oder längere Zeit mehr als zur Hälfte arbeitsunfähig sind, beträgt sie 20 Jahre. Wenn beide Ehegatten als Arbeitnehmer tätig sind, darf nur *eine* Kinderzulage ausgerichtet werden, wobei der Anspruch in der Regel dem Ehemann zusteht. Für Kinder aus geschiedener oder getrennter Ehe steht der Anspruch jenem Elternteil zu, bei dem sich das Kind in Obhut befindet. Bietet der anspruchsberechtigte Arbeitnehmer keine Gewähr für eine zweckentsprechende Verwendung der Zulagen, so sind diese derjenigen Person, Amtsstelle oder Anstalt auszurichten, die für das Kind sorgt. Die Zulagen treten zu allfälligen gerichtlich festgelegten Unterhaltsbeiträgen hinzu, sofern der Richter keine andere Regelung trifft. Nicht bezogene Zulagen können für die letzten 12 Monate vor der Geltendmachung des Anspruches nachgefordert werden. Die Rückforderung

zu Unrecht bezogener Zulagen ist in entsprechender Weise geordnet wie die Rückerstattung unrechtmäßig bezogener Renten im AHVG.

### *5. Organisation*

Alle dem Gesetz unterstellten Arbeitgeber haben einer vom Regierungsrat anerkannten oder der kantonalen Familienausgleichskasse beizutreten.

Für die Anerkennung der privaten Familienausgleichskassen müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: Zur Gründung von Kassen sind berufliche und zwischenberufliche Arbeitgeberverbände befugt. Der Kasse müssen mindestens 8 Arbeitgeber angehören, die mindestens 600 Arbeitnehmer beschäftigen. Die gesetzlichen Mindestleistungen sind zu erbringen, eine geordnete Geschäftsführung ist zu gewährleisten und die Kassenvorschriften haben den Bestimmungen des Gesetzes zu entsprechen. Die erwähnte Mindestzahl der Arbeitgeber wird jedoch nicht verlangt bei Familienausgleichskassen, die von einer AHV-Verbandsausgleichskasse geführt und für sämtliche dieser Kasse angeschlossene Arbeitgeber errichtet werden. Anerkennungsbehörde ist der Regierungsrat, dem auch die Kassenvorschriften und deren Änderungen sowie allfällige Auflösungs- und Fusionsbeschlüsse privater Kassen zur Genehmigung zu unterbreiten sind.

Neue Familienausgleichskassen können erstmals auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes, sodann auf den 1. Januar 1966 und später jeweils in Abständen von fünf Jahren errichtet werden. Mit der Anerkennung erlangen die Kassen das Recht der Persönlichkeit. Sie unterstehen einer jährlichen Überprüfung durch eine unabhängige Revisionsstelle, die ihren Bericht der Direktion des Innern einzureichen hat. Die anerkannten Familienausgleichskassen sind von der Entrichtung aller Steuern befreit.

Der Kanton errichtet eine kantonale Familienausgleichskasse als selbständige öffentliche Anstalt. Deren Führung wird der kantonalen AHV-Ausgleichskasse übertragen. Der kantonalen Familienausgleichskasse gehören alle dem Gesetz unterstellten Arbeitgeber an, die nicht binnen drei Monaten nach Erwerb der Arbeitgeberberei-genschaft von der Anschlußpflicht an eine Familienausgleichskasse befreit werden oder keiner privaten Kasse beitreten.

### *6. Finanzierung*

Die Finanzierung der Kinderzulagen und der Verwaltungskosten hat durch die Arbeitgeber zu erfolgen. Werden die Zulagen durch Familien-

ausgleichskassen ausgerichtet, so erfolgt die Finanzierung durch Beiträge in Prozenten der AHV-Lohnsumme. Allfällige Überschüsse sind nach Bildung eines angemessenen Betriebs- und Reservefonds zur Herabsetzung der Beiträge oder zur Erhöhung der Zulagen zu verwenden. Die Beiträge der privaten Kassen werden durch eine mehrheitlich aus Arbeitgebern zusammengesetzte Verwaltungskommission, worin die Arbeitnehmer angemessen vertreten sein müssen, festgelegt. Die Beiträge der kantonalen Familienausgleichskasse werden durch den Regierungsrat im Rahmen der Arbeitgeberbeiträge der von ihm anerkannten privaten Kassen festgesetzt.

### 7. Durchführung und Rechtspflege

Der Regierungsrat übt die Aufsicht über die Familienausgleichskassen aus. Die Kassen haben ihm zu diesem Zwecke nach besonderen Weisungen über ihre Tätigkeit jährlich Bericht zu erstatten und die Rechnung einzureichen. Der zur Prüfung des Geschäftsberichtes der kantonalen AHV-Ausgleichskasse zuständigen Großratskommission steht auch die Oberaufsicht über die kantonale Familienausgleichskasse zu. Ferner regelt das Gesetz die Auskunftspflicht der Arbeitgeber und Arbeitnehmer und statuiert die Schweigepflicht der mit der Durchführung des Gesetzes betrauten Personen und Kontrollorgane.

Die Kassenverfügungen müssen schriftlich begründet und mit Rechtsmittelbelehrung versehen eröffnet werden. Gegen die auf Grund des Gesetzes erlassenen Verfügungen der *kantonalen* Familienausgleichskasse kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Obergericht des Kantons Aargau Beschwerde erhoben werden. Die *privaten* Familienausgleichskassen können Schiedsgerichte einsetzen. Verfügungen dieser Kassen können innert 30 Tagen seit der Zustellung beim betreffenden Schiedsgericht angefochten werden. Besteht kein Schiedsgericht, so ist die Beschwerde innert der gleichen Frist beim Obergericht einzureichen. Entschiede des Schiedsgerichtes können binnen 30 Tagen an das Obergericht weitergezogen werden, welches endgültig entscheidet.

### 8. Inkrafttreten

Der Regierungsrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes und erläßt die erforderlichen Ausführungsbestimmungen.

## Geburtsgebrechen, Vererbung und Molekularmedizin

Anlässlich der letztjährigen Tagung der Ärzte der IV-Kommissionen der ganzen Schweiz (ZAK 1963, S. 297) hielt *Prof. Dr. med. Andrea Prader* aus Zürich ein Referat über Geburtsgebrechen, Vererbung und Molekularmedizin. Der Referent entwickelte im wesentlichen die gleichen Gedanken, die er kurz vorher seiner Antrittsvorlesung an der Universität Zürich zugrunde gelegt hatte. Da die Geburtsgebrechen in der IV eine bedeutende Rolle spielen, bringt die ZAK mit der freundlichen Einwilligung von Prof. Prader einen Abdruck der in der «Neuen Zürcher Zeitung» veröffentlichten Antrittsvorlesung.

\*

Einer der größten Fortschritte der Biologie unserer Zeit ist die Aufklärung der biochemischen Grundlagen der Vererbung. Für diese bahnbrechende Leistung wurden Crick, Wilkins und Watson im Jahre 1962 mit dem Nobelpreis für Physiologie und Medizin ausgezeichnet. Wieder hat sich hier bestätigt, daß alle Lebenserscheinungen auf biochemische Vorgänge zurückzuführen sind. Obwohl die heutige Humangenetik, das heißt die menschliche Vererbungslehre, sich noch vorwiegend mit der Analyse von Stammbäumen und statistischen Untersuchungen über das Zahlenverhältnis von Gesunden und Kranken befaßt, besteht kein Zweifel, daß auch sie sich immer mehr biochemisch-genetischen Problemen zuwendet. «Es ist unvermeidlich», sagt Penrose, einer der führenden angelsächsischen Humangenetiker, «daß in naher Zukunft — ja in sehr naher Zukunft — die Humangenetik sich mehr und mehr auf Probleme der Biochemie reduzieren wird.» Die Formulierung eines bekannten jüngeren Humangenetiklers (Clarke) lautet noch knapper: «Genetik ist Biochemie.»

### *Molekularbiologie*

Die in den Chromosomen linear angeordneten, unsichtbar kleinen Erbinheiten oder Gene enthalten, wie Semenza vor kurzem an dieser Stelle in seiner Antrittsvorlesung ausgeführt hat, die eigentliche Erbsubstanz, die Desoxyribonukleinsäure (der Einfachheit halber meist nur DNS genannt). Dank der Fähigkeit des DNS-Moleküls, sich zu teilen und wieder zu verdoppeln, geht DNS bei jeder Zellteilung in gleichbleibender Menge auf die beiden regulären Tochterzellen und in halber Dosis auf die Ei-



und Samenzellen über. Bei der Vereinigung einer Samenzelle mit einer Eizelle ergibt sich somit wieder die normale DNS-Menge. DNS wird so von Zelle zu Zelle, von Individuum zu Individuum in konstanter Dosis weitergegeben als die potentiell unsterbliche chemische Erbsubstanz. Die Reihenfolge der zu Hunderten im DNS-Molekül nebeneinander aufgereihten vier verschiedenen Pyridin- und Purin-Basen ist für jedes Gen verschieden und stellt den Schlüssel oder den Code für den Aufbau der Gen-spezifischen Eiweißmoleküle in jeder Zelle dar. Je eine Dreiergruppe dieser Basen, ein sogenanntes Triplet, bestimmt die Wahl einer Aminosäure, und die Reihenfolge der Triplets im DNS-Molekül legt ihrerseits die Reihenfolge der Aminosäuren im Aufbau der Polypeptidketten der Eiweißmoleküle fest. Mit andern Worten, jedes Gen determiniert eine spezifische Polypeptidkette. Das Schlagwort lautet: ein Gen eine Polypeptidkette.

Beim Menschen enthält jeder Zellkern 23 Chromosomenpaare, die Tausende von Genen enthalten, welche ihrerseits Aufbau und Funktion aller Eiweißmoleküle kontrollieren. Zu diesen Eiweißmolekülen gehören unter anderem die zahlreichen Plasmaeiweiße, die für die Infektionsabwehr wichtigen Antikörper, der rote Blutfarbstoff Hämoglobin, gewisse Hormone und vor allem die unübersehbare Fülle von spezifischen Enzymen, welche für die katalytische Steuerung aller Stoffwechselreaktionen notwendig sind. Die genaue Struktur dieser Eiweißmoleküle ist allerdings erst in wenigen Fällen, wie zum Beispiel beim Hämoglobin und beim Insulin, bekannt.

Die Aufklärung der Struktur der Erbsubstanz und der Struktur der biologisch wichtigen Eiweißmoleküle stellt eine überragende Leistung von Biochemikern, Biophysikern und Genetikern dar. Sie eröffnet die Aussicht auf gezielte Eingriffe in die biochemischen Grundlagen des Lebens und kann als Beginn einer neuen Epoche der Biologie, der Epoche der Molekularbiologie angesehen werden. Wir stehen am Anfang einer unerhörten Ausweitung unserer biologischen Kenntnisse — vergleichbar mit der gewaltigen Entwicklung der Atomwissenschaften in den wenigen Jahrzehnten seit der Aufstellung der Quantentheorie. Ohne Zweifel wird sich die Medizin in den nächsten Jahrzehnten unter dem Einfluß der sich überstürzenden Fortschritte der Molekularbiologie tiefgreifend ändern.

#### *Erbkrankheiten und Molekularkrankheiten*

Fast jedes körperliche Merkmal, fast jeder Stoffwechselfvorgang, alles was wir Konstitution nennen, ist Gen-bedingt. Mit andern Worten: die

meisten körperlichen Merkmale und Vorgänge lassen sich auf die Wirkung spezifischer Eiweißmoleküle und diese wiederum auf die Wirkung bestimmter Gene zurückführen, wobei allerdings beim Menschen diese Zusammenhänge vorläufig erst in einzelnen Beispielen klar überblickt werden können. Unserer körperlich-geistigen Individualität liegt eine biochemische Individualität, das heißt eine individuelle Kombination verschiedener Eiweißmoleküle, und dieser letztlich eine genetische Individualität, das heißt eine individuelle Kombination verschiedener Gene oder DNS-Moleküle, zugrunde.

Die genetische Variabilität des Menschen ist unendlich groß und umfaßt nicht nur die gesunden, sondern auch die krankhaften Anlagen. Die Zahl der bisher bekannten Erbkrankheiten ist groß, steigt dauernd an und ist theoretisch fast unbegrenzt. Allein am X-Chromosom kennt man heute schon über 50 Gen-Defekte. Neben den eigentlichen Erbkrankheiten, deren Ursache in einem Zusammenspiel von genetischer Bereitschaft und Umwelteinwirkung zu suchen ist. Sogar bei Infektionskrankheiten und Unfällen spielt die Konstitution, das heißt die erbbedingte Bereitschaft, erbbedingte Resistenz und erbbedingte Heilungstendenz eine Rolle. Gesundheit und Krankheit sind in allen ihren Aspekten sowohl von den Genen wie auch von der Umwelt geprägt.

Erbkrankheiten, die sicher oder mit Wahrscheinlichkeit auf ein fehlerhaftes Eiweißmolekül, zum Beispiel auf ein fehlerhaftes Hämoglobin oder auf ein fehlerhaftes Enzym, zurückgeführt werden können, nennen wir Molekularkrankheiten. Die genialen Pioniere der Molekularmedizin sind Garrod und Pauling. Garrod nannte schon 1902 seine Untersuchungen über die seltene Stoffwechselstörung der Alkaptonurie «a study in chemical individuality». Wenige Jahre später faßte er eine Gruppe vererbter Stoffwechselstörungen unter der berühmt gewordenen Bezeichnung «inborn errors of metabolism» zusammen und postulierte als Ursache dieser Krankheiten Defekte auf einzelnen Stoffwechselstufen. 1949 zeigte Pauling, daß ein fehlerhaftes Hämoglobinmolekül die Ursache der Sichelzellanämie, einer häufigen Blutkrankheit bei Negern, ist, und sprach dabei zum erstenmal von einer Molekularkrankheit. Heute kennen wir Dutzende von Molekularkrankheiten, und jährlich werden neue bekannt. Zweifellos sind aber alle Erbkrankheiten Molekularkrankheiten, auch wenn wir bei den meisten den ursächlichen Molekulardefekt noch nicht kennen.

Es ist lehrreich und in die Zukunft weisend, wenn man sich kurz die verschiedenen Stufen unseres Wissens über eine Erbkrankheit vor Augen hält. Auf einer ersten Stufe wird das Leiden in seiner klinischen

Symptomatologie und vielleicht auch in seinem pathologisch-anatomischen Substrat rein empirisch und deskriptiv als besondere Krankheitseinheit erfaßt. Auf einer zweiten Stufe wird aus Geschwistererkrankungen und Stammbaumuntersuchungen die Tatsache und die Art der Vererbung erkannt. Auf einer dritten Stufe gelingt es, die gestörten Funktionen und Stoffwechselforgänge genauer zu analysieren und daraus die Entstehung der einzelnen Symptome zu begreifen. Auf einer vierten Stufe steht die Lokalisierung des primären Stoffwechseldefektes, auf einer weiteren die Analyse des fehlerhaften Moleküls und auf einer letzten, heute noch nicht erreichbaren Stufe die Aufklärung der fehlerhaften Basensequenz im verantwortlichen DNS-Molekül.

Diagnose, Behandlung und Prophylaxe hängen davon ab, auf welcher dieser Erkenntnisstufen unser Wissen steht. Die deskriptive Erfassung und Abgrenzung einer Krankheit ist die entscheidende Voraussetzung für die ärztliche Diagnose und damit auch für die Behandlung. Die Kenntnis des Erbganges ist notwendig für die genetische Beratung und für die eugenische Prophylaxe. Das Verständnis der ursächlichen Stoffwechselstörung ist die Grundlage für eine rationale, wirksame Behandlung, obwohl auch ohne diese Kenntnis oft eine Behandlung und Linderung der einzelnen Symptome möglich ist. Die Aufklärung des DNS-Defektes endlich wird erlauben, die uns jetzt noch phantastisch anmutende, gezielte Korrektur der Erbsubstanz ins Auge zu fassen.

Große Gebiete der heutigen Medizin sind noch nicht über die erste Stufe, das heißt, noch nicht über die hippokratische deskriptive Krankheitskenntnis, hinausgelangt. Hierher gehören auch zahlreiche Erbkrankheiten, und unter diesen vor allem die vererbten Mißbildungen. Ein moderner angelsächsischer Kliniker hat kürzlich diese erste Erkenntnisstufe mit Humor charakterisiert als «the ability to recognize an elephant through having seen one before». Der leichte Spott im Ton ist nicht zu überhören. Er richtet sich gegen die vermeintlich zu anspruchslose und unwissenschaftliche Erkenntnismethode des Klinikers und kennzeichnet die Haltung mancher nur wissenschaftlich orientierter Mediziner, die sich nicht für die Erfassung des Krankheitsbildes, sondern nur für dessen chemische Hintergründe interessieren. Selbstverständlich braucht die medizinische Forschung reine Wissenschaftler, reine Laborspezialisten und Grundlagenforscher, die nicht gleichzeitig gute Ärzte sein können. Es wird aber immer die erste und wichtigste Aufgabe des um das Wohl seiner Kranken bekümmerten Arztes bleiben, den Angaben des Patienten einführend nachzugehen, ihn kunstgerecht zu untersuchen, aus Wissen und Erfahrung schöpfend die Krankheit zu erkennen und den gesamten

körperlich-seelischen Zustand richtig zu beurteilen. Der Arzt vermag nicht nur den Elefanten von der Maus zu unterscheiden, sondern auch verschiedene Elefantenarten auseinanderzuhalten. Er wird die Behandlung nach wissenschaftlichen Einsichten leiten, aber auch dort möglichst zweckmäßig handeln, wo die Lage unklar ist. Es wäre schlimm, wenn diese rein klinische Seite der ärztlichen Ausbildung zugunsten einer Überbetonung des biochemisch-genetisch gerichteten biologischen Denkens vernachlässigt würde. Und doch muß jeder Arzt biologisch denken können, um die wichtigsten Probleme der heutigen medizinischen Forschung zu verstehen. Nur so wird es ihm möglich sein, seinen Wissensdurst zu befriedigen, der immer rascheren Entwicklung der Medizin zu folgen und seinen Patienten direkt oder indirekt das heutige medizinische Wissen voll zugute kommen zu lassen.

### *Wandel der Kinderheilkunde*

Für die Kinderheilkunde sind biochemisch-genetische Überlegungen besonders naheliegend und aktuell. Der Kinderarzt hat mehr als die meisten andern Ärzte mit schwerwiegenden Folgen von Gen- und Chromosomenstörungen zu tun. Er wird häufiger als andere Ärzte von tief beunruhigten Eltern eines mißgebildeten oder kranken Kindes um genetischen Rat gefragt. Immer wieder muß er ahnungslose gesunde Eltern darüber orientieren, daß ihr Kind an einer Erbkrankheit leidet und daß weitere Kinder ebenfalls gefährdet sind.

Bis vor etwa zwanzig Jahren hat sich die Kinderheilkunde vorwiegend mit Ernährungsstörungen und Infektionskrankheiten befaßt. In den Entwicklungsländern spielen Unter- und Fehlernährung, Infektionen und parasitäre Erkrankungen auch heute noch eine gewaltige Rolle. In den modernen Ländern hat sich dagegen die Kinderheilkunde gewandelt und ausgeweitet wie kaum ein anderes klinisches Fachgebiet. Ernährungsstörungen und Infektionen sind zwar nicht verschwunden, sind aber zahlenmäßig stark zurückgegangen und lassen sich meistens wirksam behandeln oder verlaufen leicht. Ihre Darstellung beansprucht nicht mehr den größten Teil eines pädiatrischen Lehrbuches, sondern ist auf wenige Kapitel zusammengeschrumpft. Bezeichnend ist die Tatsache, daß wir im Kinderspital Zürich noch vor fünfzehn Jahren eine immer gefüllte große Scharlachabteilung führten und heute froh sein müssen, wenn wir den Studenten gelegentlich noch einen Patienten mit Scharlach zeigen können. Am besten ermißt man die gewaltigen Fortschritte und die vollständig veränderte Lage am Rückgang der Säuglingssterblichkeit, das heißt der Zahl der Todesfälle auf 1000 Kinder unter einem Jahr.

Sie betrug von fünfzig Jahren noch 100, vor dreißig Jahren noch 50 und steht heute bei 21.

Die Probleme, die uns heute beschäftigen, sind einerseits das weite Gebiet der inneren Medizin mit Ausnahme der altersbedingten Leiden und andererseits das vielfältige Gebiet der Geburtsgebrechen. Zu den Geburtsgebrechen zählen wir unter anderen alle Mißbildungen, Unreife und Untergewicht bei der Geburt, Rhesus- und andere Blutgruppenstörungen, zahlreiche Schwachsinsformen, die zerebralen Lähmungen, zahlreiche Krampfleiden sowie die Störungen des Stoffwechsels und der endokrinen Drüsen. Die Ursachen dieser Geburtsgebrechen sind hereditäre Gen-Defekte, Chromosomenstörungen, Krankheiten des Embryos oder des Fötus und Schädigungen durch den Geburtsvorgang.

Mehr als ein Drittel der 4500 Patienten, die jährlich im Kinderspital Zürich aufgenommen werden, leiden an einem solchen Geburtsgebrechen. Diese Zahl ist eindrücklich, aber nicht erstaunlich, wenn wir uns vergegenwärtigen, daß etwa zwei Prozent aller Neugeborenen eine leicht feststellbare Mißbildung aufweisen und vermutlich ebensoviele an einer versteckten Mißbildung oder einer Stoffwechselstörung leiden und daß Schwachsinn und Krampfleiden zu den häufigsten Störungen gehören, die wir sehen. Die heutige Säuglingssterblichkeit von 21 Promille ist nicht mehr die Folge von Ernährungsstörungen und Infektionen, sondern fast ausschließlich die Folge von schweren Geburtsgebrechen. Die meisten Kinder mit Geburtsgebrechen wurden früher nie hospitalisiert und oft überhaupt keinem Arzt gezeigt. Man verstand ihre Leiden nicht, konnte ohnehin nichts für sie tun, und überdies fielen manche früh einer Infektion zum Opfer. Die Möglichkeit, Mißbildungen operativ zu korrigieren, Folgen der Rhesus- und anderer Blutgruppenstörungen durch Austauschtransfusionen zu verhindern, manche Geburtsgebrechen mit Medikamenten oder Hormonen erfolgreich zu behandeln, die zerebralen Lähmungen mit einer Übungsbehandlung entscheidend zu bessern und nicht zuletzt die großartigen materiellen Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung, die seit 1960 die Kosten für alle Geburtsgebrechen übernimmt, führen heute die mit Geburtsschäden behafteten Kinder zum Arzt und oft zur gründlichen Durchuntersuchung ins Spital.

(Fortsetzung folgt)

# Durchführungsfragen der AHV

## Vergütungen für den Besuch der EXPO 64

Zahlreiche Arbeitgeber werden ihrem Personal besondere Vergütungen für den Besuch der EXPO 64 in Lausanne gewähren. Solche Zuwendungen sind als Geschenke anlässlich eines besonderen Ereignisses zu betrachten und im Sinne von Artikel 5, Absatz 4, AHVG und Artikel 8, Buchstabe c, AHVG vom maßgebenden Lohn ausgenommen.

## Treueprämien

In ZAK 1963, S. 14, wurde unter dem Titel «Dienstaltersgeschenk oder Lohn?» ausgeführt, daß Vergütungen, die der Arbeitgeber jeweils nach einer gewissen Anzahl von Dienstjahren ausrichtet, um treue Dienste zu belohnen und einen Anreiz für das Verbleiben am Arbeitsplatz zu geben, zum maßgebenden Lohn gehören. Sie sind keine gemäß Artikel 8, Buchstabe c, AHVV davon ausgenommene Dienstaltersgeschenke, auch wenn sie etwa mit diesem Namen bezeichnet werden.

Immer mehr scheint sich für solche Vergütungen der — treffendere — Ausdruck «Treueprämie» einzubürgern. Derartige in kürzern Zeitabschnitten ausgerichtete Treueprämien sind auch dann maßgebender Lohn, wenn ihre Auszahlung auf einen Zeitpunkt fällt, in dem üblicherweise ein Dienstaltersgeschenk ausgerichtet wird. Wird dagegen nach 25 oder 40 Dienstjahren neben der Treueprämie noch ein eigentliches Dienstaltersgeschenk gewährt, so bleibt dieses wie bisher gemäß Artikel 8, Buchstabe c, AHVV vom maßgebenden Lohn ausgenommen.

## LITERATURHINWEISE

**Burger, A., Dayer, M., Jeannet-Hasler, M. und Mauël, N.: La réintégration professionnelle des handicapés.** Statistische Erhebung bei körperlich Behinderten über die ihre Wiedereingliederung bestimmenden hauptsächlichsten Faktoren. Untersuchung bei den in Lausanne wohnhaften Behinderten, welche die Dienste des «Office romand d'intégration professionnelle pour handicapés» beanspruchten. 100 S., vervielfältigt, Genf und Lausanne, 1957.

**Hilfsmittel für das tägliche Leben und den Haushalt.** Loseblatt-Dokumentation über erprobte käufliche oder herstellbare Hilfsmittel sowie Tricks zur Überwindung der kleinen und größeren Alltagshindernisse im Dasein körperlich behinderter Menschen. Herausgegeben von der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Invalidenhilfe, Postfach Pro Infirmis, Zürich 32. 1963.

**Jost, Helene: Einfluß der Invalidenversicherung auf die Pro-Infirmis-Arbeit.** Sonderdruck aus der «Schweizerischen Zeitschrift für Sozialversicherung», 1963, Heft 4, S. 269—281, Verlag Stämpfli & Cie., Bern.

**Kleiner AHV-Führer für Versicherte.** Herausgegeben vom Schweiz. Gewerkschaftsbund, 1964, 27 S., mit Tabellen.

**Weber, G., Oppikofer, K. und Belart, W.: Rehabilitationsaufgaben des Arztes.** Herausgegeben im Auftrag der Schweizerischen Kommission für Rehabilitation, Separatdruck aus der «Schweizerischen Ärztezeitung», Verlag Hans Huber, Bern, 1964, 100 S.

#### KLEINE MITTEILUNGEN

##### **Ausgleichsfonds der AHV**

Der Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds der AHV tätigte im vierten Quartal 1963 Anlagen im Betrage von 97 Millionen Franken (112 Millionen im dritten Quartal 1963), wovon 8 (1) Millionen auf Wiederanlagen entfallen.

Der Gesamtbestand aller Anlagen des Ausgleichsfonds der AHV stellt sich am 31. Dezember 1963 auf 6 649 Millionen Franken (6 559 Stand Ende drittes Quartal 1963). Dieser Bestand verteilt sich auf die einzelnen Kategorien in Millionen Franken wie folgt: Eidgenossenschaft 433 (433), Kantone 1 076 (1 070), Gemeinden 896 (881), Pfandbriefinstitute 1 812 (1 792), Kantonbanken 1 283 (1 249), öffentlich-rechtliche Institutionen 26 (24) und gemischtwirtschaftliche Unternehmungen 1 123 (1 110).

Die durchschnittliche Rendite der Anlagen beläuft sich am 31. Dezember 1963 auf 3,32 Prozent gegen 3,31 Prozent am Ende des dritten Quartals 1963.

##### **Berichterstattung der AHV/IV/EO- Organe über das Jahr 1963**

Die AHV/IV/EO-Organen haben dem BSV bis 30. April 1964 über das Geschäftsjahr 1963 Bericht zu erstatten. Dieser ist von den Ausgleichskassen nach den Richtlinien vom 10. April 1962, von den Sekretariaten der IV-Kommissionen nach jenen vom 5. April 1962 und von den IV-Regionalstellen nach denjenigen vom 3. Mai 1962 abzufassen. Zusatzfragen sind diesmal nicht zu beantworten. Allfällige ergänzende Berichte der IV-Kommissionen sind bis 31. Mai 1964 einzureichen.

Das BSV ist den Durchführungsstellen dankbar, wenn sie diese Fristen einhalten, damit die Auswertungsarbeiten keine Verzögerung erleiden. Die Berichte sind möglichst kurz zu fassen. Insbesondere soll auf Ausführungen über Erfahrungen verzichtet werden, über die bereits früher berichtet wurde. In begründeten Fällen

wird das BSV für die Ablieferung der Textberichte eine Fristverlängerung gewähren. Die statistischen Beiblätter sind jedoch unter allen Umständen bis zum 30. April einzusenden.

**Nachtrag zum  
Drucksachenkatalog  
AHV/IV/EO**  
(Ausgabe 1964)

Neu erschienen sind:

318.114 dfi	Beitragstabellen Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige Tables des cotisations. Indépendants et non-actifs Tabelle dei contributi. Indipendente e senz'attività	1.50*	
318.116 df	Tabellen zur Ermittlung der EO-Tagesentschädigungen und der IV-Taggelder Tables de calcul des allocations journalières APG et des indemnités journalières AI	1.70*	
318.120.01 d	— Verzeichnis der gesetzlichen Erlasse usw.	— .55*	
318.120.01 f	— Liste des textes législatifs, etc.	— .55*	
318.272 d	Umrechnungsblatt	8.—	1 A
318.272 f	Feuille de calcul	8.—	1 A
318.507.02 d	Kreisschreiben über die Eingliederungsmaßnahmen beruflicher Art	1.50*	
318.507.02 f	Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel	1.50*	
318.507.04 d	Kreisschreiben über die Prüfung der Rechnungen für individuelle Sachleistungen	— .60*	
318.507.04 f	Circulaire sur le contrôle des factures pour prestations en nature d'ordre individuel	— .60*	
318.507.013 d	Klebetektoren zum Kreisschreiben über die Vergütung der Reisekosten in der IV	1.30*	
318.507.013 f	(1. Januar 1964) Feuillets collants pour la circulaire concernant le remboursement les frais de voyage dans l'AI (1er janvier 1964)	1.30*	
318.535 dfi	Vollmacht — Autorisation — Autorizzazione	4.—	2 B

**Adressenverzeichnis** Seite 25, IV-Regionalstelle Bellinzona  
**AHV/IV/EO** Neue Adresse: Via Pietro da Marliano 4, Bellinzona  
Neue Tel. Nr.: (092) 5 63 30



# GERICHTSENTSCHEIDE

---

## Invalidenversicherung Eingliederung

Urteil des EVG vom 27. November 1963 i. Sa. G. R.

**Art. 12, Abs. 1, IVG. Entziehungskuren bei Süchtigen dienen der Behandlung eines fortschreitenden Prozesses und stellen deshalb keine medizinischen Eingliederungsmaßnahmen im Sinne vor Art. 12 IVG dar. (Erwägungen 2 und 3)**

**Art. 7, Abs. 1, IVG. Auch bei Medikamentensüchtigen ist gegebenenfalls die Frage des Entzuges oder der Kürzung der Rente wegen vorsätzlicher oder grobfahrlässiger Herbeiführung der Invalidität zu prüfen. (Erwägung 4)**

Die ledige, 1918 geborene Versicherte hatte nach dem Schulabschluß eine Lehre als Damenschneiderin begonnen. Es folgte eine Pflegerinnenlehre, die nicht beendet wurde, ebensowenig wie eine Lehre als Schwester der Psychiatrie. Die Versicherte arbeitete aber als Krankenpflegerin, bis sie 1958 zu ihrer Mutter zurückkehrte. Seither besorgt sie nur noch den Haushalt. Im Anschluß an einen Unfall mußte sich die Versicherte 1954 oder 1956 einer operativen Knieversteifung unterziehen. Am 21. Februar 1962 hatte sie einen weiteren Unfall; sie stürzte eine Treppe hinunter und erlitt ein schweres Schädeltrauma. Da sie während der ärztlichen Behandlung psychisch auffiel, wurde sie in einem Nervensanatorium eingehend untersucht. Dem Bericht dieses Sanatoriums läßt sich entnehmen: Die Versicherte leide seit mehreren Jahren an Persedon-Süchtigkeit, so daß nicht bestimmt werden könne, wie weit die bestehende organische Wesensveränderung posttraumatisch und wieweit toxisch infolge Süchtigkeit bedingt sei. Es werde daher eine Entziehungskur von 3—6 Monaten in einer psychiatrischen Klinik vorgeschlagen. Dadurch könne die Versicherte vielleicht vor der endgültigen «Chronifizierung» der Sucht und der damit verbundenen Arbeitsunfähigkeit bewahrt werden. Sollte die Wesensveränderung nicht zurückgehen und sich als irreversibel erweisen, so wäre die Entziehungsbehandlung als Verhinderung weiterer toxischer Schädigungen aufzufassen.

Im April 1962 hatte sich die Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet. Diese übernahm die Kosten des Beobachtungsaufenthaltes im Nervensanatorium und richtete der Versicherten während der fraglichen Zeit ein Taggeld aus. Nach Eingang des Berichtes des Sanatoriums ließ die IV-Kommission die Behinderung der Versicherten bei der Besorgung von Hausgeschäften abklären. Gestützt auf das Ergebnis dieser Abklärung beschloß die IV-Kommission, die Ausrichtung einer Rente zu verweigern, da die Invalidität unter 40 Prozent liege. Gegen die entsprechende Kassenverfügung beschwerte sich die Versicherte bei der kantonalen Rekurskommission. Diese

hob die Verfügung auf und wies die IV-Kommission an, «zur Frage der Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen im Sinne der Erwägung Stellung zu nehmen».

Das EVG hieß die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Die Vorinstanz hat die IV-Kommission in Aufhebung der angefochtenen Rentenverfügung angewiesen, zur Frage der Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen Stellung zu nehmen. Ohne die wegen der Persedon-Süchtigkeit notwendige Entziehungskurs kann an eine Eingliederung beruflicher Art überhaupt nicht gedacht werden, weshalb die Vorinstanz offenbar zum Ausdruck bringen wollte, daß die Entziehungskur als Eingliederungsmaßnahme zu gelten habe; nach deren Ergebnis werde dann auch feststehen, inwieweit die Nichtaufnahme der früheren Tätigkeit als Pflegerin krankheitsbedingt sei.

2. Entziehungskuren, die bei Süchtigen durchgeführt werden, gehören nach den klaren gesetzlichen Bestimmungen nicht zu den Eingliederungsmaßnahmen beruflicher Art (Art. 8, Buchst. b, IVG). Sie können lediglich die Voraussetzung derartiger Maßnahmen sein. Es läßt sich daher nur fragen, ob solche Kuren medizinische Eingliederungsmaßnahmen gemäß Art. 12 IVG darstellen.

...

Die selbstzerstörerische Süchtigkeit stellt einen fortschreitenden Prozeß (labiles pathologisches Geschehen) dar, niemals einen stabilisierten Zustand nach Defektheilung. Demzufolge ist die Entziehungskur zur eigentlichen Leidensbehandlung zu zählen, die einen allfälligen Eingliederungszweck überschattet und nicht zu Lasten der IV geht.

3. Abgesehen von diesen Erwägungen ist im vorliegenden Fall folgendes zu beachten: Die Süchtigkeit, die längere Zeit vor dem Unfall des Jahres 1962 einsetzte, führte wahrscheinlich bereits zu einer toxischen Wesensveränderung. Nur diese, nicht aber eine allfällige posttraumatische Wesensveränderung könnte durch die Entziehungskur beeinflußt werden. Die Süchtigkeit ist offenbar ein Symptom der psychopathischen Anlage, die jedoch die Merkmale des geistigen Gesundheitsschadens infolge Krankheit im Sinne von Art. 4 IVG nicht aufweist, weshalb es insoweit an den Voraussetzungen einer Invalidität fehlt. Für die Süchtigkeit auf solcher psychopathischer Grundlage gilt IV-rechtlich die Selbstverantwortung, wie denn auch das EVG in Fällen von Alkoholismus Selbstverschulden gemäß Art. 7 IVG angenommen hat (EVGE 1962, S. 101, ZAK 1962, S. 438). Die Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen ist aber nur dann möglich, wenn damit eine Invalidität beeinflußt werden kann, was für die Entziehungskur nicht zutreffen würde.

4. Nachdem die Entziehungskur keine Eingliederungsmaßnahme darstellt, muß die Vorinstanz über das Rentenbegehren befinden. In diesem Zusammenhang wird auch geprüft werden müssen, ob die medizinisch notwendige, aber offenbar noch nicht durchgeführte Behandlung der Süchtigkeit den Rentenanspruch beeinflußt und ob auf die Versicherte Art. 7 IVG anwendbar ist (wonach bei vorsätzlicher oder grobfahrlässiger Herbeiführung der Invalidität ein Entzug oder eine Kürzung der Leistungen erfolgen kann). Sofern die persönlichen Mittel zur Durchführung der Entwöhnungskur oder die Ein-

sicht in die Notwendigkeit fehlen sollten, wäre gegebenenfalls an öffentliche Fürsorgeleistungen oder vormundschaftliche Maßnahmen zu denken, wozu die amtliche Meldung Anlaß geben könnte.

**Urteil des EVG vom 15. Oktober 1963 i. Sa. H. R.**

**Art. 69 IVG und Art. 85, Abs. 2, Buchst. b, AHVG.** An die Form der Beschwerde sind keine allzu strengen Anforderungen zu stellen. Es genügt eine schriftliche Erklärung, die den klaren Willen des Betroffenen offenbart, eine Verfügung nicht anzunehmen. Bestätigung der Praxis. (Erwägung 1)

**Art. 69 IVG und Art. 85, Abs. 2, Buchst. d, AHVG.** Liegt eine Beschwerde vor, so ist grundsätzlich die ganze Verfügung von Amtes wegen zu überprüfen. (Erwägung 1)

**Art. 12, Abs. 1, IVG; Art. 2, Abs. 1, IVV.** Bei Krankheiten mit Lähmungserscheinungen gelten die nach Ablauf des akuten Stadiums notwendigen und während begrenzter Zeit durchgeführten Vorkehren zur Wiederherstellung oder Ertüchtigung beeinträchtigter körperlicher Funktionen als medizinische Eingliederungsmaßnahmen, sofern ohne deren Durchführung mit einer dauernden und wesentlichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit gerechnet werden müßte. (Erwägung 2)

**Art. 22, Abs. 1 und 3, IVG.** Da der Bundesrat keine Sondervorschriften über die Gewährung von Taggeldern «für nicht zusammenhängende Tage» erlassen hat, gilt in solchen Fällen die allgemeine Regel. (Erwägung 3)

Der 1930 geborene Versicherte ist gelernter Feinmechaniker und betätigt sich in einer Firma als Kontrolleur. Im November 1961 erkrankte er im Anschluß an eine Fieberinfektion an einer Wurzelnervenentzündung (Polyradiculitis), die Restlähmungen der linken Arm- und Handmuskulatur, der Gesäß- und Bauchmuskulatur sowie der linken Bein- und Fußmuskulatur zurückließ. Er war während fast 3 Monaten in Spitalpflege und blieb bis anfangs Juni 1962 vollständig arbeitsunfähig. Am 4. Juni 1962 konnte er seine Tätigkeit als Kontrolleur halbtätig und am 1. September 1962 ganztätig wieder aufnehmen. Vom 15. Januar 1962 an begab er sich zur Durchführung von Heilgymnastik dreimal in der Woche ins Spital; diese Behandlung wurde auch nach Aufnahme der ganztägigen Arbeit fortgesetzt. Am 26. Januar 1962 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. Durch Verfügung vom 6. Juni 1962 brachte ihm die Ausgleichskasse zur Kenntnis, daß die IV-Kommission beschlossen habe, die Kosten der notwendigen Krückstöcke zu übernehmen; dagegen lehne es die IV ab, für medizinische Maßnahmen aufzukommen, da diese auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet seien.

Der Versicherte beschwerte sich bei der kantonalen Rekurskommission und machte geltend, daß er mit dem Beschluß der IV-Kommission nicht einverstanden sei. In weiteren, an die IV-Kommission gerichteten Eingaben verlangte er folgende Leistungen:

a. Vergütung der Taxifahrten ins Spital zur Durchführung der Heilgymnastik vom 15. Januar bis 30. April 1962;

- b. Vergütung der Bus- und Tramfahrten ins Spital vom 1. Mai 1962 an;
- c. Vergütung des wegen der Durchführung der Heilgymnastik entstehenden Lohnausfalles.

Die kantonale Rekurskommission wies die Beschwerde ab, soweit sie auf diese eintrat.

Das EVG hieß die vom Versicherten gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. In der Kassenverfügung vom 6. Juni 1962 war dem Versicherten mitgeteilt worden, die IV-Kommission habe beschlossen, einerseits Hilfsmittel abzugeben und andererseits medizinische Maßnahmen zu verweigern. Nachdem der Versicherte in seiner Beschwerde ausdrücklich erklärte, er sei mit diesem Beschluß der IV-Kommission nicht einverstanden, wurde offensichtlich die Verweigerung von medizinischen Maßnahmen angefochten. Wie das EVG schon wiederholt ausgeführt hat, ist es mit den prozessualen Formerfordernissen einer Beschwerde nicht allzu streng zu nehmen; als Beschwerde wird nur eine schriftliche Erklärung verlangt, die den klaren Willen des Betroffenen offenbart, die beanstandete Verfügung nicht anzunehmen (EVGE 1961, S. 286, ZAK 1962, S. 309). Im übrigen greift grundsätzlich eine Überprüfung der ganzen Verfügung von Amtes wegen Platz, wenn eine Beschwerde vorliegt (Art. 85, Abs. 2, Buchst. d, AHVG und Art. 69 IVG). Über den Anspruch auf medizinische Maßnahmen hätte daher die Vorinstanz selbst dann befinden müssen, wenn vom Versicherten nur Nebenleistungen (Vergütung von Fahrkosten und Ausrichtung von Taggeldern) verlangt worden wären.

Von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Beurteilung des Anspruchs auf medizinische Maßnahmen kann indessen aus prozeßökonomischen Gründen abgesehen werden. Vielmehr ist über diesen Punkt — wenigstens dem Grundsatz nach — im vorliegenden Berufungsverfahren zu befinden.

2. ... Gemäß Verwaltungspraxis gelten in Fällen von Krankheiten mit Lähmungserscheinungen als medizinische Maßnahmen die nach Ablauf des akuten Stadiums notwendigen Vorkehren zur Wiederherstellung oder Ertüchtigung beeinträchtigter körperlicher Funktionen, sofern ohne deren Durchführung mit einer dauernden und wesentlichen Beeinträchtigung gerechnet werden müßte. Das BSV will im vorliegenden Fall — offensichtlich gestützt auf diese Verwaltungspraxis — die heimgymnastischen Übungen zur Überwindung der Lähmungen als Eingliederungsmaßnahmen anerkennen. Für das EVG besteht bei der gegebenen Situation kein Anlaß, in diese Verwaltungspraxis einzugreifen. Am 15. Januar 1962, von welchem Zeitpunkt an der Versicherte medizinische Maßnahmen verlangt, war das akute Stadium beendet; es galt die zurückgebliebenen Lähmungen zu beheben, die nicht als labiles pathologisches Geschehen bezeichnet werden können. Außerdem darf angenommen werden, daß die heilgymnastischen Vorkehren, die ihre Wirksamkeit bei dem noch jungen Versicherten bereits erwiesen haben, nur während begrenzter Zeit im Sinne von Art. 2, Abs. 1, IVV wiederholt werden müssen.

Der Umstand, daß die Maßnahmen ohne Anordnung durch die IV-Kommission durchgeführt wurden, steht ihrer Übernahme nicht entgegen. Gemäß Art. 78, Abs. 2, IVV (in der Fassung gemäß BRB vom 10. Juni 1963) übernimmt die IV die Kosten für Maßnahmen, die aus wichtigen Gründen vor der Beschlußfassung der Kommission durchgeführt werden müßten, sofern die

Anmeldung innert 6 Monaten seit Beginn der Durchführung eingereicht wurde. Der Versicherte hat sich nach Aufnahme der ambulanten heilgymnastischen Behandlung am 15. Januar 1962 noch im gleichen Monat bei der IV angemeldet. Er konnte mit der Aufnahme der heilgymnastischen Behandlung schon deshalb nicht bis zum Beschluß der IV-Kommission (Ende Mai 1962) zuwarten, weil er wegen seiner Familienlasten — er hat für einen Haushalt mit vier Kindern zu sorgen — auf die baldige Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit unbedingt angewiesen war. Hinsichtlich der Vorkehren, die nach dem Beschluß der IV-Kommission erfolgten und gemäß dem heutigen Urteil medizinische Eingliederungsmaßnahmen darstellen, kann dem Versicherten Art. 78, Abs. 2, IVV überhaupt nicht entgegengehalten werden (EVGE 1962, S. 318; ZAK 1963, S. 130).

3. Die IV hat somit für die Kosten der seit dem 15. Januar 1962 im Spital durchgeführten Heilgymnastik aufzukommen. Außerdem hat der Versicherte Anspruch gemäß Art. 51, Abs. 1, IVG auf Vergütung der Fahrtkosten, die wegen der Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen notwendig waren. Über die Höhe der Leistungen (Kosten der medizinischen Maßnahmen und der Fahrten) wird die IV-Kommission noch zu befinden haben. Schließlich hat die Verwaltung das dem Versicherten während der Eingliederung zustehende Taggeld zu bestimmen. Gemäß Art. 22, Abs. 1, IVG hat der Versicherte während der Eingliederung Anspruch auf ein Taggeld, wenn er an wenigstens drei aufeinanderfolgenden Tagen wegen der Eingliederung verhindert ist, einer Arbeit nachzugehen, oder zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig ist. Hieraus geht hervor, daß vom 15. Januar 1962 an während der Zeit der mindestens 50prozentigen Arbeitsunfähigkeit — die vermutlich Ende August 1962 zu Ende ging — ein Taggeld ausgerichtet werden kann. Für die nachfolgende Zeit ist dagegen kein Taggeld geschuldet, da der Versicherte wegen der Eingliederungsmaßnahmen nicht an wenigstens drei aufeinanderfolgenden Tagen verhindert war, einer Arbeit nachzugehen (der Versicherte begab sich 3 Mal in der Woche in das Spital und verlor dabei je 2 Stunden). Wohl ist der Bundesrat ermächtigt, Vorschriften über die Gewährung von Taggeldern «für nicht zusammenhängende Tage» zu erlassen (Art. 22, Abs. 3, IVG). Er hat aber von dieser Befugnis bisher keinen Gebrauch gemacht, so daß die allgemeine gesetzliche Regel des Art. 22, Abs. 1, IVG maßgebend ist.

4. ...

#### **Urteil des EVG vom 19. September 1963 i. Sa. E. P.**

**Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 15, Abs. 2, IVV. Für die Abgabe eines persönlichen Motorfahrzeuges zur Überwindung des Arbeitsweges wegen wesentlicher Gehbehinderung ist es unerheblich, ob die Gehbehinderung auf Störungen im Gehapparat oder auf andere Gebrechen zurückzuführen ist.**

Im Jahre 1940 wurde der damals 18jährige Versicherte von Kinderlähmung befallen. Dazu stellte sich 1945 eine Lungentuberkulose ein, die zehn Jahre später zu einem Rückfall führte. Die Folgen dieser Leiden bestehen in einer Verringerung der Atmungsoberflächen, einer Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung) und einer Lähmung der Bauchmuskulatur. Eine Lähmung der Schien-

beinmuskeln verursacht lediglich eine gewisse Unsicherheit im Gleichgewicht bei Steigungen, während zum Gehen kein Stock benötigt wird. Schließlich ist der Versicherte ständig Bronchitisanfällen unterworfen. Nach einer als Sanitärinstallateur begonnenen, allerdings durch die Krankheit unterbrochenen Lehre, übte der Versicherte verschiedene Berufe aus, bis er in einer Eingliederungsstätte als Dreher angelernt wurde. Seit 1957 arbeitet er in einem Unternehmen und erzielt dabei einen normalen Verdienst. Seit 1. April 1962 wohnt er ungefähr 2,5 km vom Arbeitsort entfernt, da er seine Wohnung aufgeben mußte. Der Versicherte meldete sich am 4. September 1961 bei der IV an, und begehrte ein Motorfahrzeug zur Zurücklegung des Arbeitsweges. Die IV-Kommission gab hievon dem BSV Kenntnis. Dieses hielt indessen dafür, die Poliomyelitisfolgen seien nicht dermaßen schwer, daß der Versicherte zur Zurücklegung des Arbeitsweges auf ein persönliches Motorfahrzeug angewiesen sei und daß seine Gehbehinderung offensichtlich nicht spürbar herabgesetzt sei. Auf Grund dieser Feststellungen faßte die IV-Kommission einen ablehnenden Beschluß.

Der Versicherte erhob Beschwerde, indem er im besonderen auf die Entfernung zwischen Wohn- und Arbeitsort sowie darauf hinwies, daß er den Arbeitsweg nicht einmal zur Hälfte mit dem Tram zurücklegen könne. Er legte ferner eine Erklärung des behandelnden Arztes vor, welcher vorwiegend die Atmungsstörungen und die Gefahren der Bronchitis sowie die Tatsache unterstrich, daß der Versicherte nicht zum Mittagessen nach Hause gehen könne, wenn er kein persönliches Motorfahrzeug besitze. Weiter führte der Arzt aus, die Möglichkeit, das Mittagessen zu Hause einzunehmen, sei zur Erhaltung des Allgemeinzustandes besonders wichtig.

Die kantonale Rekursbehörde stellte sich auf den Standpunkt, die beim Versicherten vorhandenen Lähmungen schränkten seine Gefähigkeit spürbar ein. Ferner könne er seinen Arbeitsplatz nur beibehalten, weil er von Automobilisten öfters von zu Hause zum Arbeitsort und zurück transportiert werde, umso mehr als ihm die Arbeitszeit eine Einnahme des Mittagessens zu Hause verunmögliche; die Voraussetzungen zur Abgabe eines persönlichen Motorfahrzeuges seien daher erfüllt. Die Rekursbehörde hieß in der Folge die Beschwerde gut und anerkannte den Anspruch des Versicherten auf leihweise Abgabe eines Motorfahrzeuges durch die IV.

Das EVG hieß die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Wer invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist, hat Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen, die notwendig und geeignet sind, seine Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern oder zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern (Art. 9, Abs. 1, IVG). Zu den Eingliederungsmaßnahmen, welche zulasten der IV gehen, gehören auch die Hilfsmittel (Art. 8, Buchst. d, IVG).

Art. 21 IVG gibt dem Versicherten Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung notwendig und in einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste aufgeführt sind. Diese Liste bildet Gegenstand von Art. 14 IVV. Unter Buchst. g ist dabei das Kleinautomobil genannt (mit den jeweils notwendigen Anpassungen an das Gebrechen), das durch die IV an Invalide abgegeben werden kann. Doch gemäß Art. 15, Abs. 2, IVV ein Motorfahrzeug nur dann abgegeben werden, «wenn der Versicherte eine dauernde, existenz-

sichernde Erwerbstätigkeit ausüben und wegen wesentlicher Gehbehinderung seinen Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug nicht bewältigen kann». Im Gegensatz zur französischen und italienischen Fassung verlangt der deutsche Text der Verordnungsbestimmung, daß der Versicherte «wegen wesentlicher Gehbehinderung» seinen Arbeitsweg nicht bewältigen kann.

Das BSV stellt sich auf den Standpunkt, Art. 15, Abs. 2, IVV sei nur dann anwendbar und berechtige zur Abgabe eines Motorfahrzeuges durch die IV, wenn die Beine eines Versicherten geschädigt seien und er dadurch an der Zurücklegung des Arbeitsweges ohne persönliches Motorfahrzeug gehindert sei. Indessen bestreitet die Vorinstanz zutreffenderweise die Ansicht, daß die wesentliche Gehbehinderung auf Schädigungen im Gehapparat zurückgeführt werden müsse, wobei jedes andere Gebrechen auszuschließen sei. Wie das EVG in früheren Urteilen ausgeführt hat (Urteile vom 2. September 1963 i. Sa. F. H., ZAK 1964, S. 42, und vom 10. September 1963 i. Sa. J. F., ZAK 1964, S. 37), ist die Auslegung des BSV zu eng, führt offensichtlich zu einer Ungleichheit und begünstigt ausschließlich die an Störungen im Gehapparat leidenden Versicherten, während alle jene Versicherten ohne ersichtliche Begründung benachteiligt werden, die wegen anderer Gebrechen den Arbeitsweg alleine nicht zurücklegen können. Die Auslegung des BSV wird weder dem Sinn von Art. 9, Abs. 1, IVG und 21, Abs. 1, IVG noch der französischen und italienischen Fassung von Art. 15, Abs. 2, IVV gerecht. Diese Bestimmung ist vielmehr schon dann anzuwenden, wenn gemäß den ärztlichen Feststellungen die Abgabe eines Motorfahrzeuges an einen Invaliden zur Überwindung des Arbeitsweges unerlässlich ist, ohne Rücksicht darauf, ob die Beeinträchtigung in der Fortbewegung von Schädigungen im Gehapparat herührt, oder auf andere Gebrechen zurückzuführen ist.

2. Im vorliegenden Fall arbeitet der Versicherte bei voller Arbeitszeit als Dreher und übt eine Erwerbstätigkeit aus, welche ihm die Deckung der täglichen Bedürfnisse ermöglicht. Seine Tätigkeit in einem Betrieb seit ungefähr sechs Jahren ist offensichtlich dauernd und existenzsichernd. Die eine Voraussetzung von Art. 15, Abs. 2, IVV zur Abgabe eines Motorfahrzeuges durch die IV ist damit erfüllt. Es verbleibt die Frage zu prüfen, ob die beim Versicherten vorhandenen Gebrechen die Abgabe eines Motorfahrzeuges im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen erfordern. Entgegen der vorinstanzlichen Ansicht scheint es wenig wahrscheinlich, daß dies hier der Fall ist. Indessen kann diese Frage auf Grund der vorliegenden Akten nicht endgültig entschieden werden. Ihre Lösung erheischt nämlich weitere Untersuchungen seitens der Verwaltungsorgane der IV.

Die beim Versicherten vorhandenen Störungen zeigen sich nämlich lediglich in einem gewissen Fehlen des Gleichgewichts beim Überwinden von Steigungen. Nach einem Untersuchungsbericht vom 6. Februar 1962 führte der Versicherte selber aus, er könne auf der Ebene und abwärts normal gehen. Der Arzt erklärt übrigens, daß die Störungen «bedeutungslos» seien. Aus den Akten ergibt sich nicht, daß der vom Versicherten zurückzulegende Arbeitsweg von etwa (wie die Vorinstanz angibt) 1300 m Länge, der nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel bewältigt werden kann, größere Steigungen aufweist. In einem solchen Falle könnten die Schädigungen im Gehapparat nicht zur Abgabe eines Motorfahrzeuges durch die IV führen, wobei jedoch eine genaue Abklärung der Verhältnisse durch die IV-Organen vorbehalten bleibt.

Der behandelnde Arzt legt in seinen Ausführungen das Hauptgewicht auf die Verringerung der Atmungsoberflächen, die vorwiegend durch eine Skoliose und eine Lähmung der Bauchmuskulatur verursacht sind. Nun lehrt aber die Erfahrung, daß einzig beträchtliche Verminderungen des Atemvolumens ein spürbares Hindernis zur Überwindung von Strecken, wie sie hier in Frage stehen, darstellen. Im vorliegenden Fall ist die Größe dieser Beeinträchtigung unbekannt. Die Angaben des behandelnden Arztes lassen eher die Annahme zu, das Atemvolumen sei beim Versicherten nicht dermaßen verhindert, daß dadurch die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel und die Zurücklegung der übrigen Strecke zu Fuß verunmöglicht oder wenigstens in unzumutbarem Maße mühsam würden. Indessen obliegt es der IV-Kommission — sie unterließ die Abklärung infolge der einschränkenden Auslegungsweise seitens der Aufsichtsbehörde hinsichtlich des Begriffes der wesentlichen Gehbehinderung — den Fall genau und einläßlich zu untersuchen und sämtliche notwendigen ärztlichen Angaben einzuholen.

Was die Gefahr von Erkältungen und Bronchitis sowie die Unmöglichkeit anbelangt, das Mittagessen zu Hause einzunehmen, so könnten sie die Abgabe eines Autos durch die IV nur dann rechtfertigen, wenn der Versicherte nicht in der Lage wäre, den Arbeitsweg zu bewältigen, ohne sich dabei der akuten Gefahr einer wesentlichen und langdauernden Verminderung der Erwerbsfähigkeit auszusetzen. Die Bestimmungen des IVG — in dessen Rahmen die Vorschriften der IVV zu stellen sind — setzen nämlich zur Abgabe von Hilfsmitteln seitens der IV voraus: Entweder das Bestehen oder den drohenden Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit und die Notwendigkeit solcher Hilfsmittel zur Eingliederung des Versicherten ins Erwerbsleben oder dann zumindest die Erhaltung der erfolgten Eingliederung. Wenn nun aber die Gefahr von Erkältungen und Bronchitis die Benützung eines Motorrades oder eines Motorfahrrades — der Arzt rät von diesen beiden Fahrzeugen entscheiden ab — ausschließen, so scheinen sie kaum das Gehen auf verhältnismäßig kurzen Strecken zu verunmöglichen. Ebenso ist es unwahrscheinlich, daß Gesundheit und Erwerbsfähigkeit des Versicherten unmittelbar gefährdet wären, weil er das Mittagessen nicht zu Hause, sondern am Arbeitsort oder in der Nähe davon einnimmt (was zahlreiche Erwerbstätige in der Schweiz zu tun pflegen und was der Versicherte zweifellos ebenfalls tun könnte). Allein eine ergänzende, von den Organen der IV vorzunehmende Untersuchung wird darüber Klarheit bringen.

## Verfahren

**Urteil des EVG vom 19. Dezember 1963 i. Sa. I. O.**

**Art. 46 IVG und Art. 66 IVV. Nur der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter ist befugt, aus eigenem Recht eine Anmeldung zum Bezuge von Leistungen einzureichen. Die andern in Art. 66 IVV aufgeführten Personen und Behörden können lediglich für den Versicherten oder seinen gesetzlichen Vertreter handeln, d. h. an seiner Statt, nie aber gegen dessen offensichtlichen Willen.**



Die im Jahre 1948 geborene Versicherte weist einen Intelligenzquotienten von nur 65 auf und besucht deshalb die Arbeitsklassen der Hilfsschule. Obwohl der Vater der Versicherten seine Tochter trotz Drängen der Schulbehörden nicht zum Bezuge von Leistungen der IV anmelden wollte, nahm die Schuldirektion der Gemeinde die Anmeldung im November 1962 ihrerseits unter Hinweis auf diesen Sachverhalt vor und ersuchte um Ausrichtung von Sonderschulbeiträgen, die an sie auszuzahlen seien. Im Hinblick auf die Weigerung des Vaters der Versicherten lehnte die IV-Kommission das Gesuch ab. Die Ausgleichskasse eröffnete diesen Beschluß sowohl dem Vater der Versicherten als auch der städtischen Schuldirektion. Die kantonale Rekurskommission wies die Beschwerde der Schuldirektion ab.

Das EVG seinerseits wies die gegen diesen Entscheid von der Schuldirektion eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. . . .

2. Es ist unbestritten, daß die Geltendmachung von Leistungsansprüchen aus dem IVG eine Anmeldung gemäß Art. 46 IVG voraussetzt und daß Art. 66 IVV die Legitimation hierzu gesetzmäßig regelt. Es geht im vorliegenden Rechtsstreit nur um die Auslegung dieser Verordnungsnorm hinsichtlich der Frage, unter welchen Voraussetzungen eine unterstützende oder betreuende Behörde zur Geltendmachung des Anspruchs «für» den Versicherten oder seinen gesetzlichen Vertreter legitimiert ist.

Zweck der Anmeldung gemäß Art. 46 IVG kann nur sein, einen Anspruch gegenüber der Versicherung geltend zu machen. Es handelt sich also um eine hierauf gerichtete Willenserklärung und demzufolge um einen fakultativen Akt. Aus eigenem Recht hiezu befugt sind gemäß Art. 66 IVV eigentlich nur «der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter». Die andern im Sinne dieser Bestimmung Legitimierten sind es nur «für» den Versicherten oder seinen gesetzlichen Vertreter, d. h. an seiner Statt. Infolgedessen können die Organe der IV nicht verhalten werden, eine solche Willenserklärung «für» eine handlungsfähige Person entgegenzunehmen, wozu diese erwiesenermaßen weder sich selbst herbeilassen noch andere ermächtigen will. Diese klare Rechtslage läßt sich bei allem Verständnis, das die Motive der Berufungsklägerin erwecken, nicht ändern.

#### **Urteil des EVG vom 5. Juli 1963 i. Sa. F. W.**

**Art. 81 IVG; Art. 97, Abs. 1, AHVG. Macht der Versicherte veränderte Verhältnisse geltend, die eine andere rechtliche Beurteilung als möglich erscheinen lassen, so muß die Ausgleichskasse eine neue beschwerdefähige Verfügung in der Sache erlassen, und zwar auch dann, wenn sie zu einer Bestätigung ihres früheren Entscheides gelangt. (Erwägung 2)**

**Art. 51, Abs. 1, IVG. Reisekosten sind nur zu vergüten, soweit sie für die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen notwendig sind. Die Weisungen des BSV über die Vergütung von Reisekosten von Sonderschülern zum Besuch der Eltern halten sich in diesem Rahmen. (Erwägung 3)**

Die zehnjährige taubstumme Versicherte besucht seit Mai 1959 als Internatschülerin die Kurse eines Instituts in der Hauptstadt eines andern Kantons. Der Vater machte für die Versicherte IV-Leistungen geltend, insbesondere Beiträge für die Sonderschulung und die Übernahme der Kosten für die zweimalige Fahrt im Monat vom Institut zum Wohnort der Eltern sowohl für das Kind wie auch für eine Begleitperson. Gestützt auf den Beschluß der kantonalen IV-Kommission gewährte die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 16. Mai 1960 einen Schul- und Kostgeldbeitrag von 5 Franken im Tag sowie die Übernahme der Reisekosten der Versicherten und einer Begleitperson vom Schulort zum Wohnort, jedoch höchstens für eine Fahrt im Monat. Sie hielt in der Verfügung fest, die Reisekosten für eine Begleitperson würden nur bis zu dem Zeitpunkt übernommen, in dem das Kind in der Lage sein werde, allein zu reisen und stellte eine Neuüberprüfung auf Ende 1962 in Aussicht. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Am 25. Mai 1962 ersuchte der Vater der Versicherten um Wiedererwägung der Verfügung vom 16. Mai 1960. Er verlangte die Übernahme der Kosten für zwei Fahrten im Monat rückwirkend ab 1. April 1960. Die Ausgleichskasse wies sein Begehren ab und bestätigte ihre Verfügung vom 16. Mai 1960. Die kantonale Rekurskommission hieß eine dagegen erhobene Beschwerde teilweise gut, indem sie entschied, daß — ohne Präjudiz für eine günstigere Lösung, welche die Ausgleichskasse ab 31. Dezember 1962 treffen könnte — die Kosten für zwei Fahrten im Monat ab 25. Mai 1962 von der IV zu übernehmen seien; im übrigen bestätigte sie die frühere Verfügung der Ausgleichskasse vom 16. Mai 1960 in bezug auf die Übernahme der Reisekosten für eine allfällige Begleitperson (eine Fahrt monatlich).

Das EVG hieß die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Das BSV bestreitet die Richtigkeit des kantonalen Entscheides aus zwei Gründen. Es vertritt die Auffassung, daß einerseits die angefochtene Verfügung vom 5. Oktober 1962 hinsichtlich der Reisekosten keine neue Beschwerdefrist einräumte und deshalb der erstinstanzliche Richter zu Unrecht materiell auf die Sache eingetreten sei; andererseits könne sich die Vergütung höchstens auf eine Fahrt pro Monat erstrecken, weshalb der Entscheid auch in materieller Hinsicht falsch sei.

2. Verfügungen von Ausgleichskassen erwachsen in Rechtskraft, sofern sie nicht innert 30 Tagen seit der Zustellung mit Beschwerde angefochten werden (Art. 84 und 97, Abs. 1, AHVG und analog Art. 69 und 81 IVG). Sie dürfen deshalb vom Richter nicht mehr überprüft werden. Ebensovienig ist die Ausgleichskasse befugt, eine frühere, innert nützlicher Frist nicht angefochtene Verfügung durch eine neue, identische zu ersetzen und dadurch die Beschwerdefrist wieder aufleben zu lassen.

Die Ausgleichskasse ist jedoch verpflichtet, auf eine rechtskräftige Verfügung zurückzukommen, wenn eine der beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

a. Entdeckung neuer Tatsachen oder Beweismittel. Gemäß der Rechtsprechung und in analoger Anwendung der Vorschriften über die Revision von Urteilen (Art. 85, Abs. 2, Buchst. h, AHVG und Art. 69 IVG; siehe z. B. ZAK 1957, S. 409 und 1963, S. 273) ist die Ausgleichskasse — auf Gesuch des Versicherten hin — verpflichtet, wegen Entdeckung neuer Tatsachen oder

neuer Beweismittel (oder wegen Einwirkung durch Verbrechen oder Vergehen auf den ergangenen Beschluß) auf ihre Verfügung zurückzukommen.

b. Änderung des Sachverhaltes. Eine Verfügung gilt nur für einen bestimmten Tatbestand. Macht der Versicherte eine Änderung des Tatbestandes geltend, die eine andere rechtliche Beurteilung als möglich erscheinen läßt, so muß die Ausgleichskasse eine neue Verfügung in der Sache erlassen. Dieser allgemeine Grundsatz ist in verschiedenen gesetzlichen Bestimmungen ausdrücklich festgehalten (siehe z. B. Art. 41 IVG und Art. 86 bis 88 IVV auf dem Gebiete der Renten und Hilflosenentschädigungen. Die von der Ausgleichskasse zu erlassende Verfügung wird positiv sein, wenn der neue Sachverhalt tatsächlich eine andere rechtliche Beurteilung zur Folge hat, und negativ, wenn die Überprüfung keine andere Beurteilung erlaubt. In beiden Fällen ist jedoch die Beschwerdemöglichkeit gegeben.

Im vorliegenden Fall wurden keine neuen Tatsachen oder Beweismittel im Sinne von Buchst. a geltend gemacht. Bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 16. Mai 1960 war bekannt, daß das Kind seine Eltern alle 14 Tage besucht — hiefür wurde denn auch mit Gesuch vom 25. Januar 1960 die Reiseentschädigung geltend gemacht — und daß für einen späteren Zeitpunkt sogar die Möglichkeit der wöchentlichen Heimreise in Aussicht genommen wurde. Der kantonale Richter hat sich denn auch nicht darauf gestützt, sondern hat im Sinne von Buchst. b eine Änderung des Sachverhaltes angenommen. Nach Erlaß der Verfügung vom 16. Mai 1960, d. h. ab Herbst 1961, konnte das Kind tatsächlich für einen Teil der Reisestrecke auf die Begleitung einer erwachsenen Person verzichten. Zu diesem Zeitpunkt hat denn auch das Institut die wöchentliche Heimfahrt vorgeschlagen. Dieser Vorschlag konnte seit September 1962 verwirklicht werden, und das Kind reiste von da an ohne Begleitperson. Man darf deshalb mit der ersten Instanz davon ausgehen, daß die Vorbringen der Versicherten in ihrem Gesuch vom 25. Mai 1962 eine Änderung des Sachverhaltes als annehmbar und somit eine andere rechtliche Beurteilung als möglich erscheinen ließen. Die Ausgleichskasse hätte daher eine beschwerdefähige Verfügung erlassen müssen — auch wenn sie auf Grund ihrer Abklärungen zu einer Bestätigung ihres früheren Entscheides gelangt wäre. Der kantonale Richter hätte in der Folge auf die gegen diese Verfügung eingereichte Beschwerde eintreten können. Eine nähere Prüfung dieser Frage erübrigt sich jedoch, da die Berufung des BSV aus materiellen Gründen gutzuheißend ist.

3. Gemäß Art. 51, Abs. 1, IVG werden dem Versicherten «die für die Abklärung des Leistungsanspruchs und die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen notwendigen Reisekosten im Inland vergütet». Nach Art. 90, Abs. 1, IVV umfassen diese Leistungen «die Fahrauslagen, ein Zehrgeld und die notwendigen Nebenkosten, insbesondere die Fahrauslagen und das Zehrgeld für eine unerläßliche Begleitperson».

Für das in einem Internat untergebrachte Kind erweisen sich in der Regel bei der Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen lediglich die durch den Schulbesuch, d. h. zu Beginn und am Ende einer Unterrichtsperiode (Anfang und Ende des Quartals oder Semesters) sowie die durch Urlaube von längerer Dauer (z. B. Weihnachts- oder Osterferien) verursachten Reisekosten als notwendig. Die IV kann nur in Ausnahmefällen, wo häufigere Fahrten die Voraussetzung für die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen bilden, zu

weitergehenden Leistungen verhalten werden. Die Weisungen des BSV (Kreis schreiben vom 1. September 1961 über die Vergütung der Reisekosten in der IV) berücksichtigen allerdings, daß gegenseitige Besuche zur Wahrung der persönlichen Beziehungen zwischen Kind und Elternhaus während der Dauer der Sonderschulung in einem Internat sich als notwendig erweisen können; sie bestimmen, daß pro Monat einmal die Kosten für eine monatliche Fahrt des Versicherten zu übernehmen sind, wobei gegebenenfalls auch die Fahrtauslagen der Begleitperson zu vergüten sind. Diese praktische Regelung, die eine gleichmäßige Behandlung der in einem Internat untergebrachten Versicherten garantiert, entspricht einer vernünftigen, wenn auch extensiven Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen. Die Regelung bindet zwar den Richter nicht; er hat aber nur dann Veranlassung hiervon abzuweichen, wenn sie offensichtlich dem rechtlich maßgebenden Tatbestand nicht angepaßt ist. Im vorliegenden Fall trifft dies keineswegs zu; die Verwaltung hat dadurch, daß sie die Zahl der von der IV bezahlten Fahrten auf eine pro Monat festlegte, ihre Befugnisse nicht überschritten.

Es ist zweifellos begreiflich, daß von einem gewissen Alter an häufigere Kontakte zwischen Kind und Eltern gewünscht werden. Erachtete die Leiterin des Institutes im Jahre 1960 die wöchentlichen Fahrten für die Weiterentwicklung des Kindes noch als hinderlich, so hebt sie in einem Schreiben vom 2. März 1963 an den Vater aus erzieherischen und charakterlichen Gründen die Notwendigkeit solcher Besuche hervor. Daraus darf jedoch nicht geschlossen werden, daß dieses Erfordernis zugleich auch Voraussetzung für die Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen bilde und die IV deshalb an diese Kosten wenigstens für die in Frage stehende Zeitspanne beizutragen habe; zudem konnten die Versicherungsorgane damals, als sie über die Sache zu befinden hatten, annehmen, daß die Umstände ein Abweichen von der in den Verwaltungsweisungen getroffenen — großzügigen und an sich schon eine Ausnahme bildenden — Regelung weder erforderten noch rechtfertigten.

#### **Urteil des EVG vom 26. November 1963, i. Sa. H. K.**

**Art. 69 und 81 IVG; Art. 84 und 97 AHVG. Verfügungen über Eingliederungsmaßnahmen gelten nur für den im Zeitpunkt ihres Erlasses gegebenen Tatbestand; sind neue Tatsachen eingetreten, die zu einem andern rechtlichen Ergebnis führen können, so hat die Verwaltung auf Begehren des Versicherten hin über die Eingliederungsmaßnahmen neu zu verfügen. Bestätigung der Praxis. (Erwägung 1)**

**Art. 69 und 81 IVG; Art. 84 und 97 AHVG. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes gilt nicht als neue Tatsache, wenn sie der Gesundheitsschädigung innewohnt und nach der Lebenserfahrung vorzusehen war. (Erwägung 2)**

**Art. 81 IVG und Art. 97 AHVG. Ob auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückzukommen ist, liegt im pflichtgemäßen Ermessen der Verwaltungsorgane, denen aber das BSV eine entsprechende Weisung erteilen kann. Bestätigung der Praxis. (Erwägung 3)**

Der 1907 geborene Versicherte, der an schwerer Coxarthrose leidet, meldete sich zum Leistungsbezug bei der IV. Der Arzt erklärte in einem Bericht, daß er dem Versicherten schon wiederholt eine Operation angeraten habe. Ebenso schlug eine Klinik in ihrem Bericht eine Operation vor und wies darauf hin, die Beschwerden seien nun so stark, daß eine Fortsetzung der Arbeit über einige Monate hinaus wahrscheinlich nicht mehr möglich sein werde. Durch Verfügung vom 20. November 1961 teilte die Ausgleichskasse dem Versicherten mit, die IV-Kommission habe es abgelehnt, die vorgeschlagene Operation zu übernehmen, da sie keine Eingliederungsmaßnahme darstelle. Diese Verfügung blieb unangefochten und erwuchs in Rechtskraft.

Im September 1962 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug bei der IV. Die IV-Kommission beschloß, auf die neue Anmeldung nicht einzutreten, da keine Tatsachen geltend gemacht würden, die nicht schon anläßlich der ersten Beratung vom November 1961 bekannt gewesen seien. Dieser Beschluß wurde dem Versicherten von der Ausgleichskasse durch Verfügung vom 19. November 1962 eröffnet. Mit Entscheid vom 10. Juli 1963 wies die kantonale Rekurskommission die Beschwerde des Versicherten ab und bestätigte die angefochtene Verfügung.

Das EVG seinerseits wies die gegen diesen Entscheid vom Versicherten eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Die Kassenverfügungen erwachsen in Rechtskraft, wenn sie nicht innert 30 Tagen seit der Zustellung durch Beschwerde angefochten werden (vgl. Art. 84 und 97, Abs. 1, AHVG, die gemäß Art. 69 und 81 IVG in IV-Sachen sinngemäß anwendbar sind). Nach unbenütztem Ablauf der Beschwerdefrist ist eine Überprüfung der Verfügung durch den Richter ausgeschlossen. Die Verwaltung ist auch nicht befugt, durch Wiederholung einer rechtskräftig gewordenen Verfügung dem Betroffenen erneut das Beschwerderecht einzuräumen; es soll verhindert werden, daß eine neue Verfügung nur dazu dient, eine versäumte Beschwerdefrist wieder aufleben zu lassen. Verfügungen über Eingliederungsmaßnahmen der IV gelten indessen nur für den im Zeitpunkt ihres Erlasses gegebenen Tatbestand; wenn neue Tatsachen eingetreten sind, welche zu einem andern rechtlichen Ergebnis führen können, hat die Verwaltung auf entsprechendes Begehren hin über die Eingliederungsmaßnahmen neu zu verfügen (ZAK 1964, S. 129).

2. Im vorliegenden Fall erwuchs die Verfügung vom 20. November 1961 über die Verweigerung medizinischer Maßnahmen in Rechtskraft, da innert der Frist von 30 Tagen keine Beschwerde erhoben wurde. Das erneute Begehren des Versicherten um Gewährung der Maßnahmen erledigte die IV-Kommission durch Nichteintreten, weil keine neuen Tatsachen eingetreten seien. Die Vorinstanz hat diesen Nichteintretensentscheid mit Recht geschützt, da in der geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten keine neue Tatsache zu erblicken ist. Der IV-Kommission war im Zeitpunkt ihres ersten Beschlusses auf Grund der ärztlichen Berichte bekannt, daß in naher Zukunft mit einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gerechnet werden mußte. Daß diese Prognose sich inzwischen bewahrheitet hat, stellt keine Änderung des Sachverhaltes dar. Dort, wo die Progredienz einer Gesundheitsschädigung innewohnt und nach der Lebenserfahrung vorauszusehen ist, kann die Verwirklichung dieser Progredienz nicht als neue Tatsache gelten. Es läßt sich auch nicht sagen, daß für

den Versicherten ein anderer Sachverhalt eingetreten sei; nachdem ihm wiederholt zur Operation geraten worden war, kannte er zweifellos die ärztliche Prognose schon längst. Die Berufung erweist sich daher als unbegründet.

3. Eine andere Frage ist, ob die IV-Kommission auf den ersten Beschluß über die Verweigerung medizinischer Maßnahmen zurückkommen kann. Das trifft dann zu, wenn die erste, formell rechtskräftige Verfügung zweifellos unrichtig war und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Der Richter kann indessen die Verwaltung nicht verhalten, von dieser möglicherweise gegebenen Befugnis Gebrauch zu machen. Ob auf eine formell rechtskräftige Verfügung wegen Unrichtigkeit zurückzukommen ist, liegt im pflichtgemäßen Ermessen der Verwaltungsorgane, denen aber das BSV eine entsprechende Weisung erteilen kann (EVGE 1963, S. 86; ZAK 1963, S. 295).

## Familienzulagen

**Urteil des EVG vom 4. Dezember 1963 i. Sa. M. S.**

**Art. 9, Abs. 1, FLG. Eine Kumulation von Waisenrenten der AHV und Kinderzulagen gemäß FLG ist grundsätzlich zulässig. (Erwägung 1)**

**Anspruch auf Zulagen für Pflegekinder im Falle der Ausrichtung von Waisenrenten der AHV. (Erwägung 2 und 3)**

Die einen Landwirtschaftsbetrieb führenden Eheleute nahmen im April 1960 zwei 1948 und 1949 geborene Geschwister für unbestimmte Zeit als Pflegekinder bei sich auf. Die leiblichen geschiedenen Eltern kümmern sich nicht um ihre Kinder und leisten auch keine Unterhaltsbeiträge. Weder die Pflegeeltern noch die zuständige Vormundschaftsbehörde versuchten, die Eltern zur Erfüllung ihrer Alimentationspflichten zu verhalten, weil anscheinend keine Erfolgsaussichten bestehen. Die Pflegeeltern kamen somit für den gesamten Unterhalt der beiden Kinder auf. Am 13. März 1962 starb der Pflegevater. Dessen Witwe führt das Pflegeverhältnis unverändert weiter. Seit 1. April 1962 erhält sie für jedes Kind nach Maßgabe von Art. 28, Abs. 3, AHVG und Art. 49 AHVV monatlich eine einfache Waisenrente von 55 Franken. Ein von der Witwe gestelltes Gesuch um Ausrichtung von Kinderzulagen für die Pflegekinder nach FLG wurde von der Ausgleichskasse abgelehnt mit der Begründung, gemäß Art. 9, Abs. 1, Buchst. c, FLG bestehe ein Anspruch auf Kinderzulagen nur für solche Pflegekinder, die der Gesuchsteller unentgeltlich zu dauernder Pflege und Erziehung zu sich genommen habe. Da die Witwe für ihre Pflegekinder Waisenrenten erhalte, liege kein unentgeltliches Pflegeverhältnis vor.

Die kantonale Rekursbehörde hat die gegen die Kassenverfügung vom 22. Februar 1963 eingereichte Beschwerde der Pflegemutter im wesentlichen aus folgenden Erwägungen abgewiesen: Nach der Rechtsprechung des EVG (Urteil i. Sa. Z. vom 10. Juli 1958, EVGE 1958, S. 202) könne ein Pflegeverhältnis noch dann als unentgeltlich betrachtet werden, wenn die Leistungen Dritter für Pflegekinder einen Viertel der gesamten Unterhaltskosten nicht überstei-

gen. Es sei klar, daß die für Pflegekinder ausgerichteten Waisenrenten den Leistungen Dritter gleichzusetzen seien, denn diese Renten träten an die Stelle der von den Eltern oder einem Elternteil zu Lebzeiten erbrachten Unterhaltsbeiträge. Im vorliegenden Fall betrügen die zugesprochenen Waisenrenten von je 55 Franken im Monat «zur Zeit zweifellos» mehr als ein Viertel der für die zwei Kinder aufzuwendenden Unterhaltskosten. Es liege somit ein entgeltliches Pflegeverhältnis vor, was die Ausrichtung von Kinderzulagen gemäß Art. 9, Abs. 1, FLG ausschließe.

Das BSV zog dieses kantonale Urteil an das EVG weiter, das die Berufung aus folgenden Erwägungen guthieß:

1. Das FLG enthält keine Bestimmung, die den gleichzeitigen Bezug von Waisenrenten der AHV und von Kinderzulagen verböte. Dies läßt den Schluß zu, daß das Gesetz, wenn auch nicht ausdrücklich, grundsätzlich eine Kumulation dieser beiden Versicherungsleistungen zuläßt. Wie das BSV in Präzisierung seiner Ausführungen in einer früheren Berufung (vgl. Urteil des EVG i. Sa. R. vom 9. September 1957) nunmehr zutreffend bemerkt, gilt dieser Grundsatz jedoch nicht ohne jede Einschränkung: Handelt es sich um Pflegekinder, so geht Art. 9, Abs. 1, Buchst. c, FLG, der für diesen Fall an die Zulageberechtigung besondere Voraussetzungen knüpft, dem allgemeinen Grundsatz selbstverständlich vor. Nach dieser Gesetzesvorschrift besteht für Pflegekinder nur Anspruch auf Kinderzulagen, wenn der Bezugsberechtigte die Kinder unentgeltlich zu dauernder Pflege und Erziehung zu sich genommen hat.

2. Im vorliegenden Fall ist einzig die Frage streitig, ob das Pflegeverhältnis entgeltlich oder unentgeltlich sei. Nach Ansicht der Ausgleichskasse und den Ausführungen im vorinstanzlichen Urteil wäre es entgeltlich, da die Waisenrenten, die den beiden Pflegekindern seit dem Tode ihres Pflegevaters zukommen, den Unterhaltsleistungen Dritter gleichzusetzen seien.

Nach Ansicht des BSV ist eine solche Gleichsetzung aber nicht in jedem Falle zulässig.

3a. Wird einem Pflegekind infolge des Todes seiner leiblichen Eltern oder eines leiblichen Elternteils eine Waisenrente zugesprochen, so erfüllt sie die Funktion des Pflegegeldes, wenn sie zur Finanzierung eines Pflegeverhältnisses verwendet wird. Die Pflegeeltern haben hierbei nicht etwa einen versicherungsrechtlichen Anspruch auf die Waisenrente; ihr allfälliger Rechtsanspruch gründet vielmehr auf dem zivilrechtlichen Pflegevertrag mit dem Inhaber der elterlichen Gewalt bzw. dem Vormund oder der zuständigen Vormundschaftsbehörde. In solchen Fällen ist daher die Waisenrente den Unterhaltsbeiträgen Dritter gleichzusetzen und demgemäß die Berechtigung der Pflegeeltern auf Kinderzulagen wegen Entgeltlichkeit des Pflegeverhältnisses zu verneinen, sofern die Waisenrente einen Viertel der gesamten Unterhaltskosten übersteigt.

3b. Anders dagegen verhält es sich, wenn die Waisenrente einem Pflegekind ausgerichtet wird, weil — wie im vorliegenden Falle — der eine Pflegeelternteil gestorben ist. Hier tritt die Rente an die Stelle der persönlichen Fürsorge dieses Pflegeelternteiles für das Kind. War das Pflegeverhältnis bisher ein unentgeltliches und führt der überlebende Pflegeelternteil es in gleicher Weise weiter, dann wird es wegen der fraglichen Rente nicht zu

einem entgeltlichen. Die Ausrichtung der Waisenrente für den Verlust eines Pflegeelternteils setzt ja voraus, daß das Pflegeverhältnis beim Tode desselben unentgeltlich war (Art. 49, Abs. 1, AHVV). Eine solche Rente stellt demnach gleichsam eine Entschädigung dafür dar, daß der überlebende Pflegeelternteil fortan die Pflegeleistungen gegenüber dem Kind allein, statt wie bisher zusammen mit dem Ehegatten, erbringt.

Die Ausgleichskasse richtet für die beiden Kinder Waisenrenten gemäß Art. 49, Abs. 1, AHVV aus. Damit setzt sie die Unentgeltlichkeit des Pflegeverhältnisses selber voraus, und zwar nach den tatbeständlichen Gegebenheiten zu Recht.

Die Pflegemutter hat somit für die beiden Pflegekinder Anspruch auf die Zulage. Zu dieser Ansicht ist übrigens nachträglich auch die Vorinstanz selbst gelangt, nachdem sie erkannt hatte, daß die Waisenrenten für die zwei Pflegekinder nicht — wie im Urteil irrtümlich angenommen — wegen des Todes der leiblichen Eltern oder eines leiblichen Elternteils, sondern wegen des Todes des Pflegevaters ausgerichtet werden. Die für den Tod des Pflegevaters — also für einen Ausfall an Pflegeleistungen — entrichtete Rente kann aber selbstverständlich nicht die Entgeltlichkeit eben dieses Pflegeverhältnisses begründen.



## VON MONAT ZU MONAT

Am 13. März tagte die *Eidgenössische Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung* unter dem Vorsitz von Direktor Saxer und im Beisein von Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung. Im Zusammenhang mit der sechsten AHV-Revision und der zweiten Revision der EO nahm sie zuhanden des Bundesrates Stellung zur *Abänderung der betreffenden Vollzugsverordnungen*. Ferner hielt die Kommission eine erste Aussprache zum *Entwurf eines Bundesgesetzes über die Gewährung zusätzlicher Leistungen an Alte, Hinterlassene und Invalide* ab. Sie beschloß, nochmals zusammenzutreten, sobald dieser Entwurf auf Grund der Vernehmlassungen der Kantone, der Spitzenverbände der Wirtschaft, der politischen Parteien und einiger weiterer Organisationen bereinigt sein wird.

\*

Am 18. März lief die Referendumsfrist für die Bundesgesetze über die *sechste AHV-Revision* und die *zweite EO-Revision* unbenützt ab. Das Änderungsgesetz zur AHV trat damit gemäß einer ausdrücklichen Bestimmung im Gesetz selbst rückwirkend auf den 1. Januar 1964 in Kraft. Das Inkrafttreten der EO-Revision wurde gemäß Bundesratsbeschluß vom 24. März ebenfalls auf den 1. Januar 1964 angesetzt. Der Wortlaut der neuen Bestimmungen ist in Form von Klebetekturen zu den bestehenden Textausgaben des AHVG und des EOG erhältlich (siehe 3. Umschlagseite dieser Nummer).

\*

Das Bundesamt für Sozialversicherung hielt am 19. März 1964 unter dem Vorsitz von Dr. Granacher mit Vertretern der kantonalen und der Verbandsausgleichskassen eine Besprechung über die weitere Orientierung der Öffentlichkeit über die sechste AHV-Revision (Pressemitteilung, amtliche Publikationen) ab.

\*

Die *Betriebsrechnung 1963 der AHV* wird nach den bis heute vorliegenden Ergebnissen wiederum mit einem Einnahmenüberschuß abschließen. Die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber belaufen sich auf rund 1 121 (1962: 1 005) Mio Franken und die Versicherungsleistungen auf rund 1 031 (987) Mio Franken. Unter Berücksichtigung der Beiträge der öffentlichen Hand, der Zinseinnahmen und der Verwal-

tungskosten beträgt der Einnahmenüberschuß 446 (354) Mio Franken. In der Betriebsrechnung 1963 wirkt sich die sechste AHV-Revision noch nicht aus, da diese auf den 1. Januar 1964 in Kraft getreten ist.

Die *Betriebsrechnung 1963 der IV* zeigt folgende Ergebnisse: Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber 112 (100) Mio Franken, Beiträge der öffentlichen Hand 94 (84) Mio Franken, Gesamtausgaben 188 (168) Mio Franken. Der Einnahmenüberschuß beträgt hier 19 (17) Mio Franken.

In der *Betriebsrechnung der EO* stehen den Gesamteinnahmen von 116 (104) Mio Franken die Ausgaben im Betrag von 88 (85) Mio Franken gegenüber. Auch hier wird sich die Gesetzesrevision erst vom Januar 1964 an auswirken.

Die Bilanz und die detaillierten Zahlen der Betriebsrechnung werden veröffentlicht, sobald sie vom Bundesrat genehmigt sind.

\*

Im Zusammenhang mit der Revision der AHV und der EO faßte der Bundesrat am 3. April drei Beschlüsse über die *Änderung der Vollzugsverordnung zur AHV*, der *Verordnung über die freiwillige Versicherung der Auslandschweizer* und der *Vollziehungsverordnung zur EO*. Es ist vorgesehen, auch für diese Änderungen Klebetekturen zu den vorhandenen Textausgaben herzustellen (weitere Mitteilungen hiezu in der nächsten Nummer).

## Die AHV 1948 bis 1964

Die sechste AHV-Revision steht vor dem Abschluß. Im laufenden Monat sind erstmals die erhöhten Renten ausbezahlt worden. Die Nachzahlungen, die eine Folge des rückwirkenden Inkrafttretens der Revision sind, haben auch schon eingesetzt. Die Anmeldungen für die neuen Rentenansprüche (Altersrenten für 62jährige Frauen, Zusatzrenten für jüngere Ehefrauen sowie für Kinder usw.) können nunmehr eingereicht werden.

Wie man weiß, ist die Gesetzesnovelle vom 19. Dezember 1963 von größter finanzieller Tragweite. Das heißt aber nicht, es sei in dieser Hinsicht seit dem Inkrafttreten der AHV nichts oder nur wenig geschehen. Daher ist ein Rückblick auf die bisherige Entwicklung am Platze.

\*

Das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement (dem das Bundesamt für Sozialversicherung damals angehörte) erhielt vom Bundesrat am 25. Januar 1944 den Auftrag, «zu prüfen, ob und gegebenenfalls in welcher Form eine . . . Vorlage in bezug auf die AHV möglich erscheint». Am 11. Mai 1944 wurde hierfür eine Expertenkommission von 16 Mitgliedern bestellt. Diese tagte erstmals am 1. Juni 1944. Fünf Tage später trat der Zweite Weltkrieg mit der Invasion der Normandie durch die alliierten Truppen in sein entscheidendes Stadium. Obwohl sich die Feindseligkeiten noch fast ein Jahr lang hinzogen, war der Ausgang des Krieges erstmals mit einiger Wahrscheinlichkeit vorauszusehen. Unser Land war bestrebt, der für die Nachkriegszeit als fast unvermeidlich betrachteten Wirtschaftskrise entgegenzutreten und ihre Folgen nach Möglichkeit zu mildern. Die Art der Finanzierung und die Organisation des neuen Sozialwerkes waren zwar durch das erfolgreiche «Experiment» der Lohn- und Verdienstersatzordnung vorgezeichnet. Leistungsmäßig war indessen Zurückhaltung geboten. Wer heute beinahe geringschätzig auf die Anfänge der AHV zurückblickt, übersieht nur zu leicht, unter welchen zeitbedingten Voraussetzungen sie entstanden und vom Schweizervolk in einer denkwürdigen Abstimmung gleichsam als Jubiläumsgabe für den 100jährigen Bundesstaat angenommen worden ist.

Glücklicherweise sind die Dinge anders verlaufen, als man damals befürchtete. Heute hat sich die Lage — siehe Konjunkturdämpfung — fast ins Gegenteil verkehrt. Der Gesetzgeber hat mit der Entwicklung Schritt gehalten und die AHV durch sechs (oder, wenn man sie genau zählt, durch sieben) Revisionen den veränderten Verhältnissen angepaßt.

\*

Bei den Verbesserungen standen nicht immer, aber vorherrschend die *Rentenansätze* im Vordergrund. Das Fundament ist die einfache Altersrente; die übrigen Rentenarten stehen zu ihr in einem bestimmten Verhältnis. Die Berechnungsgrundlage ist die in Artikel 34 AHVG niedergelegte Rentenformel. Jede Erhöhung der ordentlichen Renten drückt sich in einer entsprechenden Änderung dieser Formel aus. An Stelle vieler Einzelheiten sei auf die grundsätzlichen Darlegungen in ZAK 1962, Seite 62, verwiesen. Die *Graphik 1* zeigt die Entwicklung des Minimums und Maximums der einfachen Altersrenten. Weil die erste und die dritte Revision nur die außerordentlichen Renten betrafen, fehlen sie in der Darstellung. Die ordentliche Mindestrente ist seit 1948 von 480 auf 1 500

Franken, d. h. auf das Dreifache (genau auf 313 Prozent), die Höchstrente von 1 500 auf 3 200 Franken, d. h. auf das Doppelte (genau auf 213 Prozent) gestiegen. Die Solidarität der großen mit den kleinen Beitragszahlern hat sich also noch verstärkt.

\*

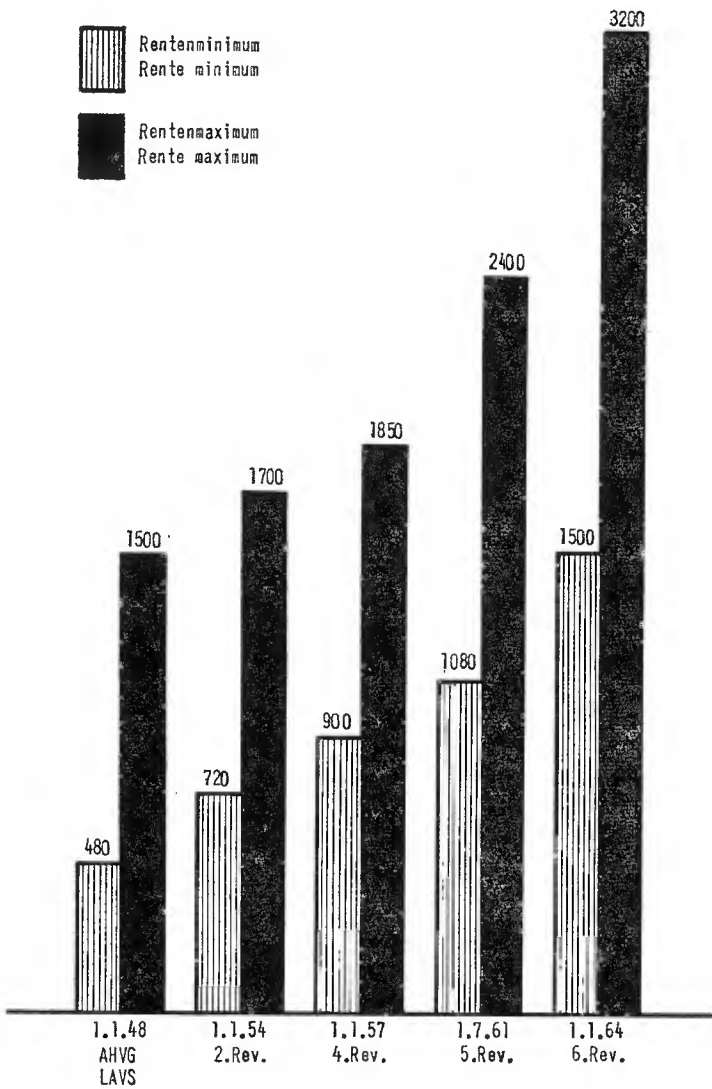
Die Revisionen haben sich jedoch nicht auf die Rentenansätze beschränkt. Nachstehend sei eine summarische Übersicht über die für den Bürger wichtigsten Revisionspunkte vermittelt.

Die Verbesserungen betreffen wohl in erster Linie die Leistungen. Solche sind aber nur möglich, wenn der Versicherung genügend *Beiträge* zufließen. Am wichtigsten sind die Prämien der Versicherten und ihrer Arbeitgeber. Auf diesem Gebiet haben die sechs AHV-Revisionen namhafte Erleichterungen gebracht. 1954 fielen — ein sehr grundsätzlicher Entscheid — die Beiträge erwerbstätiger Altersrentner weg. 1957 wurde der Beginn der Beitragspflicht für erwerbstätige Jugendliche um zwei Jahre, d. h. bis zum 31. Dezember des Jahres, in welchem sie das 17. Altersjahr zurückgelegt haben, hinausgeschoben. Durch die gleiche Vorlage wurde die Beitragspflicht für im Nebenerwerb erzielte geringfügige Entgelte — im Interesse der Versicherten und der AHV-Verwaltung — elastischer geregelt. Schließlich hat der Gesetzgeber die sinkende Beitragskala für Selbständigerwerbende, durch welche die Beitragsbelastung der Versicherten mit geringem Verdienst ohne rentenmäßigen Nachteil ermäßigt wird, mehrfach erweitert. Der Grenzwert stieg von 3 600 über 4 800 und 7 200 auf 9 000 Franken und beträgt nunmehr 12 000 Franken.

Führen die Beitragsерleichterungen zu spürbaren Mindereinnahmen, so bewirkten die *Rentenverbesserungen* noch weit erheblichere Mehrausgaben. Soweit im folgenden von den finanziellen Konsequenzen der Revision die Rede ist, handelt es sich jeweils um die Summe der verminderten Erträge und der vermehrten Leistungen. Die Angaben beinhalten aber nicht die unmittelbare Belastung, sondern *die Auswirkungen der Revisionen auf den Finanzhaushalt der AHV auf weite Sicht*.

\*

Die *erste Revision* trat auf 1951 in Kraft und erhöhte die Einkommensgrenzen für die außerordentlichen Renten. Mit einer Belastung von 12 Millionen Franken im Jahr war sie, zumindest für heutige Begriffe, bescheiden.

*Entwicklung der einfachen Altersrente 1948—1964*

Wichtiger war die *zweite Revision* mit Wirkung vom Jahre 1954 an. Nach den Berechnungen stand ein Überschuß von 70 Millionen Franken zur Verfügung. Die Bundesversammlung ging aber weiter. Sie beschloß, die Einkommensgrenzen der außerordentlichen Renten nochmals zu heben und die entsprechenden Rentenansätze zu verbessern. Gleichzeitig wurden die ordentlichen Renten erhöht. Statt der in Rechnung gestellten 70 Millionen kam die zweite Revision auf 83 Millionen Franken zu stehen.

Die *dritte Revision* war vom Jahre 1956 an wirksam und stellte ein Entgegenkommen an die «vergessenen Alten» dar. Sie erleichterte ein weiteres Mal den Anspruch auf außerordentliche Renten. Zwei einschränkende Voraussetzungen fielen dahin: einmal (für die sogenannte Übergangsgeneration) die Einkommensgrenzen für den Bezug der Renten und zum zweiten die Abstufung nach städtischen, halbstädtischen und ländlichen Ortsklassen. Die Auswirkungen betragen 19 Millionen Franken im Jahr.

Die *vierte Revision* wurde 1957 rechtskräftig. Sie übertraf in ihrer finanziellen Bedeutung alle ihre Vorgängerinnen. Die Ansätze der ordentlichen Renten wurden erhöht, die Teilrentner durch die Verdoppelung der anrechenbaren Beitragsjahre begünstigt, das Rentenalter der Frau von 65 auf 63 Jahre herabgesetzt und die Hinterlassenenrenten erneut verbessert. Im Ausland wohnhafte Schweizer der Übergangsgeneration konnten, wenn auch nur bis zur Einkommensgrenze, außerordentliche Renten erhalten. Die finanzielle Belastung betrug 157 Millionen Franken.

Die Revision auf 1. Januar 1960 wird trotz ihrer großen Tragweite als bloße *Anpassungsrevision* bezeichnet. Sie galt der Pro rata temporis-Berechnung der Renten bei unvollständiger Beitragsdauer und wurde ausgelöst durch die unerwartet starke Zunahme der ausländischen Arbeitskräfte. Die damit verbundenen Auswirkungen auf den Finanzhaushalt der AHV ließen sich zwar nicht von vornherein abschätzen, aber sie wären ohne die Revision zweifellos von größter Tragweite geworden. Die Garantie eines relativ hohen Rentenminimums hätte mit der Zeit an die finanzielle Substanz der AHV gegriffen. Mit anderen Worten hätte sich aus den Leistungen an die in der Schweiz kurzfristig tätig gewesenen ausländischen Arbeitskräften ein bedeutendes versicherungstechnisches Defizit zu Lasten der im Inland dauernd ansässigen Versicherten ergeben. Daher war die Neuerung unumgänglich.

Im weitern stimmte diese Revision die Rentensysteme der AHV und der IV aufeinander ab und taufte die Übergangsrnten in außerordent-

liche Renten um. Sodann hat der Gesetzgeber die Beitrittsmöglichkeit zur freiwilligen Versicherung erweitert.

Die *fünfte Revision* trat auf den 1. Juli 1961 in Kraft. Sie verbesserte erneut die Rentenformel, so daß sich Rentenerhöhungen von 14,4 bis 34,1 Prozent ergaben. Die Verbesserungen waren so unterschiedlich, weil die früheren Revisionen die oberen und insbesondere die unteren Beitragsstufen stärker berücksichtigt hatten und diesmal ein Ausgleich gefunden werden mußte.

Die außerordentlichen Renten wurden auf den Mindestansatz der ordentlichen Renten gehoben und die Einkommensgrenzen angemessen erhöht. Die finanziellen Auswirkungen waren — wie schon bei der vierten Revision — größer als diejenigen aller frühern Revisionen zusammen und wurden auf 385 Millionen Franken geschätzt.

Über die heutige *sechste Revision* hat die ZAK wiederholt und einläßlich orientiert: ihre Hauptpunkte betreffen die Erhöhung um ein Drittel (der Mindestansatz steigt sogar stärker an), die Aufhebung der Teilrenten alter Ordnung, die Herabsetzung des Rentenalters der Frau von 63 auf 62 Jahre sowie die Einführung von Zusatzrenten an Altersrentner mit Ehefrauen von 45 bis 60 Jahren und mit Kindern. Für Waisen und damit auch für Kinder mit Anrecht auf Zusatzrenten, die sich in Ausbildung befinden, wird das Grenzalter für den Rentenbezug auf 25 Jahre hinausgeschoben. Die Einkommensgrenzen für außerordentliche Renten werden um ein Drittel heraufgesetzt, um dem — allerdings recht kleinen — Kreis der Bezüger gekürzter Renten eine Verbesserung zu gewährleisten. Die Mehrkosten, die der AHV aus der sechsten Revision erwachsen, werden auf weite Sicht mit rund 800 Millionen Franken im Jahr beziffert. Sie sind also wiederum höher als die Mehrauslagen der ersten bis fünften Revision zusammen.

Die *Tabelle* und die *Graphik 2* auf S. 145 veranschaulichen die Entwicklung der Rentnerbestände und der Rentensummen. Sie zeigen deutlich, wie die Rentensummen wesentlich stärker zugenommen haben als die Zahl der Rentenbezüger. 1964 gibt es — bewirkt durch die längere Lebenserwartung und die Ausweitung des Bezügerkreises — rund dreimal mehr Bezüger als 1948; die ausbezahlten Rentensummen sind indessen auf das 12fache gestiegen. Die Auswirkungen der jeweiligen Gesetzesrevisionen treten klar zu Tage. So steigt die Zahl der Rentenbezüger anläßlich der dritten Revision (Wegfall der Einkommensgrenzen für außerordentliche Renten) oder der vierten Revision (Herabsetzung

## Ordentliche und außerordentliche Renten der AHV

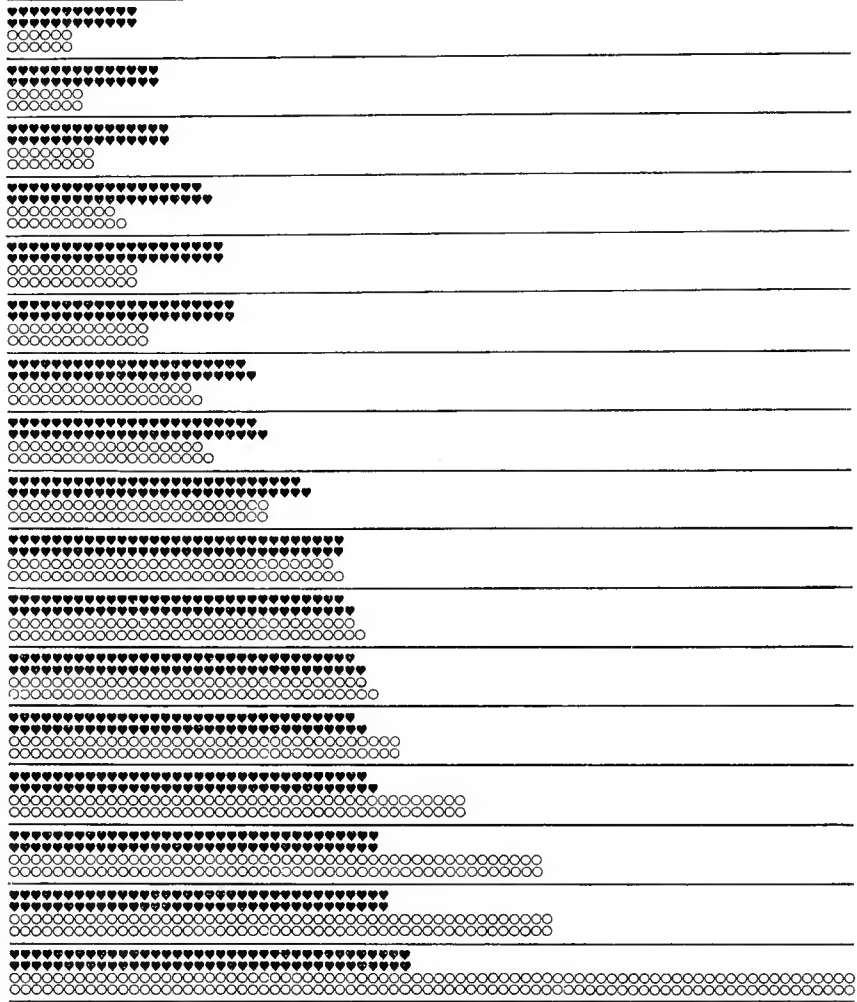
Jahre	Rentenbezüger in Tausend	Rentensummen in Mio Franken	Gesetzesrevision
1948	247	122	
1949	280	141	
1950	305	164	
1951	375	215	1. Rev. 1. 1. 51
1952	404	241	
1953	426	260	
1954	453	350	2. Rev. 1. 1. 54
1955	470	372	
1956	554	482	3. Rev. 1. 1. 56
1957	621	616	4. Rev. 1. 1. 57
1958	634	653	
1959	655	687	
1960	656	718	
1961	670	845	5. Rev. 1. 7. 61
1962	687	985	
1963 <sup>1</sup>	700	1 007	
1964 <sup>1</sup>	742	1 566	6. Rev. 1. 1. 64

<sup>1</sup> geschätzte Zahlen



### Bezüger und Auszahlungen

- ♥ = Zehntausend Rentenbezüger
- = Zehn Millionen Franken



des Rentenalters der Ehefrauen) geradezu sprunghaft an. Die Angaben über die Rentensummen illustrieren das im Rückblick auf die sechs Revisionen Gesagte. Die AHV darf auf ihre Entwicklung stolz sein.

## Die zweite Revision der Erwerbersatzordnung

In ZAK 1964, Seite 2, wurde mitgeteilt, daß die eidgenössischen Räte am 19. Dezember 1963 das *Bundesgesetz* über die zweite EO-Revision verabschiedet haben. In der materiellen Behandlung wichen sie dabei lediglich bei Artikel 16 EOG von den Anträgen des Bundesrates in seiner Botschaft vom 31. Mai 1963 (ZAK 1963, S. 298) ab. Während dieser gegenüber dem geltenden Recht beantragt hatte, den Höchstansatz der gesamten Entschädigungen von 28 auf 36 Franken im Tag hinaufzusetzen, erhöhten ihn die Räte auf 40 Franken. Dazu sind nach neuem Recht, außer den Mindestansätzen der beiden Grundentschädigungen, nicht nur wie bisher zwei, sondern drei Kinderzulagen und außerdem — ganz neu — eine Unterstützungszulage voll auszurichten. Hier ist besonders zu beachten, daß sich die Gewährleistung einer Unterstützungszulage lediglich auf den relativen Höchstansatz von 90 Prozent bezieht, d. h. daß die Unterstützungszulage für die erste Person nicht deswegen zu kürzen oder zu verweigern ist, weil mit deren Zusprechung diese Prozentgrenze überschritten würde. Dagegen gehen die Kürzungsbestimmungen von Artikel 14 EOG und Artikel 12 EOv vor. Trotz der Gewährleistung darf also die Unterstützungszulage die auf den Tag umgerechnete tatsächliche Unterstützungsleistung des Wehrpflichtigen nicht übersteigen und ist gegebenenfalls auf den Differenzbetrag zwischen dem Einkommen und der für die unterstützte Person geltenden Einkommensgrenze zu beschränken.

Nachdem am 18. März 1964 die Referendumsfrist gegen die zweite EOG-Revision unbenutzt abgelaufen ist, hat der Bundesrat das Gesetz *rückwirkend auf den 1. Januar 1964 in Kraft* gesetzt. Daher werden nunmehr alle vom 1. Januar 1964 an geleisteten Diensttage nach neuem Recht entschädigt. Für Dienstleistungen im Jahre 1964, für die die Entschädigungen noch nach bisherigem Recht ausbezahlt worden sind, werden die Differenzbeträge zwischen altem und neuem Recht nachbezahlt.

\*

Da sich die zweite Revision des EOG im wesentlichen auf die Erhöhung der Entschädigungsansätze beschränkte, bestand kein Anlaß, die *Vollziehungsverordnung* (EOV) einer allgemeinen Revision zu unterziehen. Die Änderungen konnten sich vielmehr auf zwei Problemkreise beschränken.

Sowohl im Vernehmlassungsverfahren für die zweite Revision wie auch anläßlich deren parlamentarischen Behandlung wurde durchaus anerkannt, daß den Begehren der militärdienstleistenden *Studierenden* durch die Erhöhung der Mindestansätze der beiden Grundentschädigungen im allgemeinen und für Beförderungskurse im besondern weitgehend Rechnung getragen werde. Es wurde jedoch auch die Prüfung der Frage gewünscht, ob den Studierenden nicht noch durch Änderungen der Ausführungsbestimmungen, also der EOV, weiter entgegengekommen werden könne.

In diesem Sinne wurde in den Artikeln 1 und 5 EOV der Ausdruck «nachweisen» ersetzt durch «gaubhaft machen». Außerdem wurde dem Artikel 1, Absatz 2, EOV der folgende Satz beigefügt:

«Haben sie unmittelbar vor dem Einrücken ihre Ausbildung abgeschlossen oder hätten sie sie während der Zeit des Militärdienstes beendet, so wird vermutet, daß sie eine Erwerbstätigkeit aufgenommen hätten.»

Entsprechend wurde Artikel 2, Absatz 2, EOV durch einen zweiten Satz ergänzt:

«Haben sie unmittelbar vor dem Einrücken ihre Ausbildung abgeschlossen oder hätten sie sie während der Zeit des Militärdienstes beendet, so bemißt sich die Entschädigung nach dem ortsüblichen Anfangslohn im betreffenden Beruf.»

Soweit hievon Wehrpflichtige erfaßt werden, die ihre Ausbildung vor dem Einrücken abgeschlossen haben, entspricht die neue Ordnung der in ZAK 1962, Seite 303, dargestellten Regelung.

Die zweite EOG-Revision bewirkt eine Erhöhung der Entschädigungsansätze nach Maßgabe der in den letzten Jahren gestiegenen Erwerbseinkommen. Es erschien daher als gegeben, auch die ziffernmäßigen Bemessungselemente der *Unterstützungszulagen* zu erhöhen. Somit wurde der in Artikel 9, Absatz 1, Buchstabe b, EOV bisher mit 150 bzw. 180 Franken im Monat höchstens zu bemessende Gegenwert nicht entlohnter Arbeit auf 210 bzw. 240 Franken heraufgesetzt.

Im Absatz 2 des gleichen Artikels wäre es an und für sich gegeben gewesen, den Betrag von 5 Franken im Tag für die Unterkunft und

Verpflegung des Wehrpflichtigen entsprechend dem seit 1. Januar 1962 in Kraft stehenden Artikel 11, Absatz 1, AHVV auf 5,50 Franken zu erhöhen. Um periodisch notwendige Angleichungen zu vermeiden, wird auf die einschlägigen Bestimmungen der AHVV verwiesen, so daß Artikel 9, Absatz 2, zweiter Satzteil, nunmehr lautet:

«... und hievon der nach den Bestimmungen der Vollzugsverordnung vom 31. Oktober 1947 zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung ermittelte Wert seines Naturaleinkommens abzuziehen.»

Damit werden also gegenwärtig auch für die Anwendung der vorerwähnten Bestimmung der EO V Verpflegung und Unterkunft der Arbeitnehmer in nichtlandwirtschaftlichen Betrieben und im Hausdienst mit 5,50 Franken im Tag bewertet, während auf Arbeitnehmer in der Landwirtschaft bzw. in sowohl landwirtschaftlichen wie nichtlandwirtschaftlichen Betrieben Artikel 10 bzw. 12 AHVV sinngemäß Anwendung finden.

Schließlich wurden die in Artikel 10, Absatz 1, Buchstabe b, festgesetzten Einkommensgrenzen von Franken 360 auf 540 Franken erhöht oder, falls die unterstützte Person mit dem Wehrpflichtigen oder unter sich zusammenleben, auf 450 für die erste, 300 für die zweite und auf 180 Franken für jede weitere unterhaltene oder unterstützte Person festgesetzt.

Wie die zweite EOG-Revision hat der Bundesrat auch die Revision der EO *rückwirkend auf den 1. Januar 1964 in Kraft gesetzt*. Damit kann sich die ebenfalls rückwirkend geltende Gewährleistung einer Unterstützungszulage gemäß Artikel 16 des revidierten EOG voll auswirken. Die für Dienstleistungen im Jahre 1964 nach bisherigem Recht festgesetzten Unterstützungszulagen sind daher zu überprüfen.

## Inkrafttreten des Sozialversicherungsabkommens mit Jugoslawien

Das am 8. Juni 1962 zwischen der Schweiz und Jugoslawien abgeschlossene Abkommen über Sozialversicherung ist am 1. März 1964 in Kraft getreten. Es bezieht sich schweizerischerseits auf die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, auf die Versicherung gegen Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle und gegen Berufskrankheiten sowie auf die Bundesgesetzgebung über die Familienzulagen; jugoslawischerseits ist es auf die entsprechenden Versicherungsweige anwendbar.

Der Vertrag beruht auf dem Grundsatz der Gleichbehandlung der beiderseitigen Staatsangehörigen. Demnach sichert Jugoslawien den Schweizerbürgern unter den gleichen Voraussetzungen wie den eigenen Staatsangehörigen den Anspruch auf sämtliche Leistungen der jugoslawischen Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherung zu, wobei schweizerische Versicherungszeiten immer dann auf die jugoslawische Mindestbeitragsdauer angerechnet werden, wenn dies für deren Erfüllung notwendig ist (sogenannte Totalisation der Versicherungszeiten). Die jugoslawischen Staatsangehörigen erhalten als Gegenleistung bereits nach einem vollen Beitragsjahr einen Anspruch auf die ordentlichen Renten der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung. Den in der Schweiz wohnhaften jugoslawischen Staatsangehörigen wird ferner unter den gleichen Voraussetzungen wie den Schweizerbürgern auch die außerordentliche Rente der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung gewährt, sofern bestimmte Bedingungen hinsichtlich der Aufenthaltsdauer erfüllt sind.

In bezug auf die Unfallversicherung bringt das Abkommen im wesentlichen den Wegfall der Leistungskürzung bei Nichtbetriebsunfällen, eine Regelung bei Verschlimmerung von Berufskrankheiten sowie eine gegenseitige Leistungsaushilfe bei Aufenthalt des Verunfallten im anderen Vertragsstaat.

Im Bereich der Familienzulagen wird den Staatsangehörigen der beiden Länder die Ausrichtung der Kinderzulagen ohne Rücksicht auf den Wohnort ihrer Kinder zugesichert.

Nicht in das Abkommen einbezogen sind die beiderseitigen Krankenversicherungssysteme. Hingegen wurden im Schlußprotokoll zum Abkommen Bestimmungen aufgenommen, die den Übertritt von der Krankenversicherung des einen in diejenige des andern Vertragsstaates erleichtern.

In der Schweiz wohnhafte schweizerische und jugoslawische Staatsangehörige, die Anspruch auf Leistungen der jugoslawischen sozialen Sicherheit erheben, haben sich bei der *Schweizerischen Ausgleichskasse AHV, 52, rue des Pâquis, in Genf*, anzumelden. Diese Ausgleichskasse wird die Anträge an die zuständigen jugoslawischen Stellen weiterleiten und inskünftig die jugoslawischen Leistungen an die in der Schweiz wohnhaften Berechtigten auszahlen.

In der Schweiz wohnhafte jugoslawische Staatsangehörige, die Ansprüche gegenüber der schweizerischen AHV geltend machen, haben ihr Gesuch bei der *zuständigen AHV-Ausgleichskasse* einzureichen, d. h. bei derjenigen, an die ihr Arbeitgeber oder sie selbst zuletzt Beiträge bezahlt haben.

Weitere *Auskünfte* über das Abkommen erteilen die obengenannte Schweizerische Ausgleichskasse in Genf und das Bundesamt für Sozialversicherung in Bern.

## Das Gutscheilverfahren für Fahrten in der Invalidenversicherung

Das gemeinsam mit den schweizerischen Transportunternehmungen im Jahre 1960 eingeführte Gutscheilverfahren ermöglicht grundsätzlich die bargeldlose Vergütung der Kosten für Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln im Inland, die für die Abklärung des Leistungsanspruches und für die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen notwendig sind und gemäß Artikel 51, Absatz 1, IVG von der Versicherung übernommen werden. Die Funktion des Gutscheins besteht darin, einerseits die vorschüssige Bezahlung der Fahrauslagen und die besondere Rechnungstellung durch die Versicherten und andererseits die Prüfung der zahlreichen Rechnungen durch die zuständigen IV-Organen, die nachträgliche Anweisung der Kostenvergütungen durch die Zentrale Ausgleichsstelle und die Auszahlung der vorwiegend bescheidenen Beträge durch die Post zu vermeiden. Da mit dem Fahrausweis gegebenenfalls auch das Zehrgeld von den Billetausgabestellen der öffentlichen Transportunternehmungen ausgehändigt wird, anerkennen diese den Gutschein somit als Zahlungsmittel und gleichzeitig als Check.

Die am direkten schweizerischen Verkehr beteiligten Transportunternehmungen rechnen — unter Beilage der entgegengenommenen Gutscheine — über die von ihnen erbrachten Leistungen monatlich im Rahmen des ordentlichen Abrechnungsverfahrens mit der Verkehrskontrolle der Generaldirektion der Schweizerischen Bundesbahnen ab. Diese stellt ihrerseits der Zentralen Ausgleichsstelle für den Gesamtbetrag jeden Monat Rechnung und übermittelt ihr die Gutscheine als Belege. Für die ersten vier Jahre lauten die entsprechenden Zahlen wie folgt:

*Über die Verkehrskontrolle der SBB abgerechnete Gutscheine*

Jahr	Anzahl abgerechnete Gutscheine	Abgerechnete Fahrkosten und Zehrgelder	Kosten je Gutschein im Mittel
		Fr.	Fr.
1960	11 444	110 454.65	9.65
1961	35 289	365 531.90	10.35
1962	45 566	535 064.35	11.75
1963	53 313	650 554.10	12.20
Total	145 612	1 661 605.—	11.40

Mit dem Gutscheinverfahren haben sich seinerzeit nur die am direkten schweizerischen Verkehr beteiligten Transportunternehmungen einverstanden erklärt. In der Folge wurden die Gutscheine bald auch von anderen öffentlichen Verkehrsbetrieben (Autobusunternehmungen, Luftseilbahnen usw.) entgegengenommen. Diese können jedoch über ihre im Rahmen der IV erbrachten Leistungen mit der Verkehrskontrolle der Generaldirektion der Schweizerischen Bundesbahnen nicht abrechnen. Eine besondere Regelung sichert in solchen Fällen die weitere Mitwirkung am Gutscheinverfahren, indem die am direkten schweizerischen Verkehr nicht beteiligten Transportunternehmungen die von den Versicherten eingelösten Gutscheine unmittelbar der Zentralen Ausgleichsstelle einreichen und in Rechnung stellen können. Ende 1963 bestanden 31 entsprechende Vereinbarungen.

Insgesamt wurden für die ersten vier IV-Jahre mit der Zentralen Ausgleichsstelle annähernd 150 000 Gutscheine im Kostenbetrag von rund 1,7 Millionen Franken abgerechnet. Dieser Betrag bezieht sich auf die Billet- und Abonnementskosten für die Versicherten und ihre Begleitpersonen, auf die ihnen ausgehändigten Zehrgelder und auf die Beförderungsspesen für Invalidenfahrzeuge, Kinderwagen und Reisegepäck. Im übrigen ist die Anzahl der mit Gutscheinen bezogenen Fahrausweise und aufgegebenen Gepäckstücke höher als die Gesamtzahl der abgerechneten Gutscheine, da seit dem Herbst 1961 die für mehrere Versicherte gleichzeitig benötigten Fahrausweise von den Billetausgabestellen unter bestimmten Voraussetzungen auch auf Grund eines Namensverzeichnisses, das mit einem einzigen Begleit-Gutschein versehen ist, abgegeben werden.

Die stete Zunahme der abgerechneten Gutscheine und Kosten beweist, wie sehr das Verfahren allgemein einem Bedürfnis entspricht und dazu beiträgt, die durch die Vergütung der Fahrauslagen bedingten Umtriebe in einem erträglichen Rahmen zu halten. Immerhin nimmt auch die Ausstellung der Gutscheine die hierfür zuständigen IV-Organen in Anspruch. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen war es nun bereits möglich, den administrativen Aufwand auf den 1. Januar 1964 zu verringern. Für Fahrstrecken, an denen mehrere Transportunternehmungen beteiligt sind, und für gemeinsame Fahrten des Versicherten und seiner Begleitperson sowie für die Beförderung des Gepäcks über die gleiche Strecke muß heute nur noch ein einziger Gutschein ausgestellt werden. Wird in Betracht gezogen, daß von den im Jahre 1963 abgerechneten Gutscheinen allein rund 22 000 oder 41 Prozent auf Fahrausweise für Begleitpersonen lauteten, so werden die Sekretariate der IV-Kommissionen und die IV-Regionalstellen nach der neuen Regelung künftig zwei Fünftel weniger Gutscheine abzugeben haben. Daß solche Verfahrensvereinfachungen sowie gleichzeitig die Anpassung und zweckmäßigere Ausgestaltung des Gutscheinformulars selbst verwirklicht werden konnten, ist nicht zuletzt dem Entgegenkommen und der Mitwirkung der schweizerischen Transportunternehmungen zu verdanken.

## Die deutsche Handwerkerversicherung

Wie in andern europäischen Staaten steht auch in der Bundesrepublik Deutschland auf dem Gebiete der Sozialversicherung der Ausbau des Schutzes der Arbeitnehmer und ihrer Familien im Vordergrund der Bemühungen. Indessen nehmen in unserem Nachbarland, der modernen Entwicklung folgend, die Bestrebungen nach einer Einbeziehung auch der Selbständigerwerbenden in die Soziale Sicherheit mehr und mehr Raum ein. Neben den klassischen Systemen der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung<sup>1</sup>, die bei den Unselbständigerwerbenden den hier besonders interessierenden Schutz für die *Risiken Alter, Invalidität und Tod* (Leistungen zugunsten der Hinterlassenen) übernehmen, bestehen heute für die selbständigen Handwerker und Landwirte besondere gesetzliche Regelungen. Während jedoch für die Landwirte eine eigene Ordnung erst durch das seit 1. Oktober 1957 in Kraft stehende Gesetz

<sup>1</sup> Siehe ZAK 1957, Seiten 282 und 343.



über eine Altersbeihilfe für Landwirte verwirklicht worden ist<sup>1</sup>, führte die Forderung der Handwerker nach einem angemessenen Schutz gegen die Wechselfälle des Lebens bereits 1897 zur Schaffung eines ersten Handwerkersversicherungsgesetzes. Dieses vermochte jedoch trotz verschiedener Änderungen und Ergänzungen den gestellten Ansprüchen nicht zu genügen. Erst mit dem Gesetz über die Altersversorgung für das deutsche Handwerk vom Jahre 1938, womit die selbständigen Handwerker der Rentenversicherung der Angestellten angegliedert wurden, konnte der Mangel einer ausreichenden Alters- und Hinterbliebenenversicherung behoben werden. Im Zusammenhang mit der Rentenreform von 1957, die eine grundlegende Neugestaltung der Rentenversicherungen der Angestellten und Arbeiter sowie der Bergleute brachte, ist auch die Handwerkersversicherung neu geregelt worden. Das heute geltende *Gesetz über die Rentenversicherung der Handwerker* (Handwerkersversicherungsgesetz) vom 8. September 1960 ist am 1. Januar 1962 in Kraft getreten. Es soll im folgenden kurz dargestellt werden.

Dem Umstand Rechnung tragend, daß die Handwerker als Lehrlinge und Gesellen regelmäßig in der *Rentenversicherung der Arbeiter* versicherungspflichtig sind, ist die Handwerkersversicherung auf den Zeitpunkt ihrer Inkraftsetzung nunmehr diesem Rentenversicherungszweig *angeschlossen* worden. Trotz dieser engen Verbindung bleibt jedoch das Handwerkersversicherungsgesetz in einem gewissen Umfang eine eigenständige gesetzliche Ordnung, deren Bestimmungen Geltung haben, soweit nicht die allgemeinen Vorschriften der Arbeiterrentenversicherung anwendbar sind. Sonderregelungen für die Handwerker bestehen in der Hauptsache hinsichtlich der Versicherungspflicht sowie des Beitragsrechtes.

In der Handwerkersversicherung *obligatorisch erfaßt* werden grundsätzlich nur die in der Handwerksrolle der deutschen Handwerkskammer eingetragenen Handwerker mit eigenen Betrieben, nicht dagegen die in solchen Betrieben als Arbeitnehmer beschäftigten Handwerker oder mitarbeitenden Familienangehörigen. Derzeit dürften von den rund 0,75 Millionen Handwerkern in der Bundesrepublik etwa der fünfte Teil als Pflichtversicherte der Rentenversicherung der Handwerker *angeschlossen* sein.

Für die Handwerkersversicherung ist kein besonderes Finanzierungsverfahren vorgesehen. Die *Finanzierung* erfolgt vielmehr im Rahmen der Rentenversicherung der Arbeiter durch die Beiträge aller in diesem Versicherungszweig versicherten Personen mit Einschluß der Handwerker sowie durch einen Zuschuß des Bundes.

<sup>1</sup> Siehe ZAK 1958, Seite 406.

Im Gegensatz zum früheren Recht ist nach geltender Regelung die Dauer der *Versicherungspflicht* in der Handwerkerversicherung zeitlich begrenzt, im übrigen aber unabhängig von Alter, Geschlecht und Nationalität des Handwerkers sowie der Höhe seines Einkommens. Damit soll nach Auffassung des Gesetzgebers dem selbständigen Handwerker von Gesetzes wegen wohl eine bestimmte Mindestsicherung garantiert, die Gestaltung der weiteren Altersversorgung aber seinem freien Ermessen anheimgestellt werden. Die Pflichtversicherung beginnt mit dem Eintrag des Betriebes in die Handwerksrolle und dauert bloß solange, als noch nicht für wenigstens 216 Monate (gleich 18 Jahre) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet worden sind. (Ist beispielsweise in der Rentenversicherung der Arbeiter bereits eine Pflichtbeitragszeit von 150 Monaten nachgewiesen, so sind in der Handwerkerversicherung nur noch 66 Monatsbeiträge zu bezahlen.) Mit der Erfüllung dieses Erfordernisses oder bei Aufgabe des Betriebes fällt die Versicherungspflicht in der Handwerkerversicherung automatisch dahin. Dem Handwerker ist es jedoch solchenfalls unbenommen, sich nach den für die Arbeiterrentenversicherung geltenden Bestimmungen *freiwillig weiterzuversichern*. Nicht der Pflichtversicherung unterliegt, wer bereits ein Altersruhegeld (Altersrente) aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht, oder wer in dieser schon pflichtversichert ist und dessen Tätigkeit als selbständiger Handwerker bloß eine Nebenbeschäftigung darstellt. Dagegen ist — von einigen Übergangsfällen abgesehen — die bis anhin bestehende Möglichkeit ausgeschlossen worden, durch Abschluß eines privaten, bestimmten gesetzlich umschriebenen Mindestanforderungen genügenden Lebensversicherungsvertrages die Befreiung von der Pflichtversicherung zu erwirken.

Besondere Vorschriften gelten für die Bemessung und den Bezug der *Beiträge*. Die Beitragshöhe in der Handwerkerversicherung — der Beitragssatz beträgt 14 Prozent — richtet sich nicht nach dem erzielten Betriebseinkommen, sondern nach dem durchschnittlichen, jährlich festzulegenden Bruttojahresarbeitsverdienst aller in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten versicherten Personen. Als Beitrag ist somit im Regelfall eine bestimmte, von Jahr zu Jahr neu festgesetzte Einheitsprämie zu entrichten. Indessen steht es dem Handwerker frei, im Rahmen der in der Arbeiterrentenversicherung vorgesehenen Beitragsklassen höhere oder niedrigere Beiträge zu bezahlen, wobei dann allerdings die Höhe der betrieblichen Einkünfte berücksichtigt wird. An Stelle des einheitlichen Beitrags kann der Versicherte Pflichtbeiträge in einer höheren Beitragsklasse bezahlen, jedoch nur bis zu der einem

Zwölftel seiner Jahreseinkünfte entsprechenden Klasse. Liegt sein steuerlich ermitteltes betriebliches Jahreseinkommen unter der Hälfte des obengenannten durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsverdienstes, so kann er gegebenenfalls für dieses Jahr Beiträge in einer der vier niedrigsten Beitragsklassen zahlen. Die Beiträge sind im übrigen vom Versicherten selbst zu tragen und monatlich zu entrichten. Unter bestimmten Voraussetzungen braucht nur jeden zweiten Monat ein Beitrag bezahlt zu werden. Dadurch verringert sich zwar die Beitragsbelastung um die Hälfte, doch verlängert sich die Dauer der Versicherungspflicht entsprechend.

Für das *Leistungsrecht* finden grundsätzlich die allgemeinen Vorschriften der Rentenversicherung der Arbeiter Anwendung. Indessen sind einzelne Bestimmungen über die Rentenberechnung, insbesondere über die für den Rentenanspruch zu berücksichtigenden Zeiten, modifiziert und überdies mit Rücksicht auf die besonderen Verhältnisse dieses Berufsstandes einige Begriffe, wie Krankheit, Arbeitsunfähigkeit u. a., anders umschrieben worden als in der Arbeiterrentenversicherung. Von Bedeutung ist namentlich, daß die bisherigen in die Angestelltenversicherung bezahlten Beiträge als zur Rentenversicherung der Arbeiter entrichtet gelten.

## Geburtsgebrechen, Vererbung und Molekularmedizin (Fortsetzung)<sup>1</sup>

### *Geburtsgebrechen und Vererbung*

Auch in verzweifelten Fällen, wo wir noch keine wirksame Behandlung wissen und das Leiden früher oder später zum Tode führt, ist eine gründliche Untersuchung wichtig, da nur so festgestellt werden kann, ob ein Erbleiden vorliegt und wie groß das Erkrankungsrisiko für weitere Kinder ist. Die Möglichkeit eines Erbleidens ist bei allen Geburtsgebrechen und auch bei zahlreichen später auftretenden Krankheiten zu prüfen und besteht auch dann, wenn beide Eltern gesund sind und das Leiden in beiden Familien noch nie vorgekommen ist.

Die Fragen nach Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, nach Gesundheit und Krankheit der Eltern, Großeltern und Geschwister gehören in jede kinderärztliche Krankengeschichte. Bei sichern und fraglichen

<sup>1</sup> Siehe ZAK 1964, Seite 112.

Erbkrankheiten müssen zusätzlich die gleich oder ähnlich erkrankten Angehörigen sowie die Eltern und alle Geschwister des Patienten gründlich untersucht werden. Ein Angehöriger kann Symptome zeigen, die beim Patienten eine sonst noch kaum diagnostizierbare Erbkrankheit schon im Frühstadium erkennen lassen. Umgekehrt läßt die Untersuchung der jüngern Geschwister bei diesen oft die gleiche Erkrankung in einem noch symptomlosen Frühstadium aufdecken und ermöglicht damit unter Umständen eine erfolgreiche prophylaktische Behandlung. Die genetische Familienuntersuchung ist damit für Diagnose, Behandlung und Prophylaxe einer Krankheit oft ausschlaggebend.

Die Abklärung und Behandlung der zahlreichen und vielfältigen Geburtsgebrechen ist nicht leicht. Auf der einen Seite ist das heutige medizinische Wissen auf diesem Gebiet noch sehr lückenhaft, auf der andern Seite ist es schon so groß, daß es der Einzelne nicht mehr überblicken kann. Auch gemeinsame und intensivste Bemühungen einer ganzen Spezialistengruppe, wie dies in jedem modernen Kinderspital und in noch erweiterter Form in jedem größeren medizinischen Zentrum möglich ist, lassen oft keine Diagnose stellen, geschweige denn die Ursache auffinden. Jedes Jahr werden aber aus der Fülle unklarer Einzelbeobachtungen neue, eindeutig umschriebene Krankheitsbilder herausgehoben und ganz oder wenigstens teilweise genetisch und biochemisch erforscht.

Im folgenden möchte ich drei Beispiele kurz besprechen, um die Vielfalt der genetischen Probleme in der Klinik zu beleuchten. Alle drei haben uns Ärzte im Kinderspital in besonderem Maße beschäftigt. Es sind die hereditäre Fruktoseintoleranz, eine nicht häufige und gut erforschte Molekularkrankheit, die Pankreasfibrose, ein überaus häufiges und schweres Erbleiden, dessen Natur wir noch wenig verstehen, und endlich die häufigen angeborenen Chromosomenstörungen, bei denen es sich nicht um einzelne Gen-Defekte, sondern um ein Zuviel oder Zuwenig von ganzen Chromosomen handelt.

### *Fruktoseintoleranz*

Die hereditäre Fruktoseintoleranz wurde vor wenigen Jahren in Zürich in Zusammenarbeit zwischen der Stoffwechselabteilung des Kantonsospitals, dem Biochemischen Institut und dem Kinderspital erstmals erkannt und genetisch und biochemisch analysiert. Seither ist die Krankheit in vielen andern Ländern ebenfalls beobachtet worden. Labhart hat in seiner Antrittsvorlesung den faszinierenden Gang der Entdeckung und Erforschung dieser Krankheit dargestellt. Die Patienten leiden an re-

zidivierendem Erbrechen mit Schockzuständen und sind früher nicht selten schon im Säuglingsalter an ihrer Krankheit gestorben. Heute wissen wir, daß diese Symptome durch die Einnahme von Fruktose bedingt sind und daß sich die Patienten bei fruktosefreier Nahrung vollkommen gesund und wohl fühlen. Fruktose ist ein einfacher Zucker, der sich in allen Früchten sowie im Rohr- und Rübenzucker findet und deshalb in sehr vielen Speisen enthalten ist. Die Ursache der Störung ist ein Enzymdefekt in der Leber; es fehlt die 1-Phosphofruktaldolase, die für den Stoffwechsel der Fruktose mitverantwortlich ist. Die Rückwirkungen dieses Defektes auf den Stoffwechsel erklären die früher unverständlichen Krankheitssymptome. Der rezessive Erbgang der Krankheit ließ sich durch das Studium einer großen Sippe mit ungewöhnlich starker Inzucht nachweisen. Heute können wir schon im frühesten Säuglingsalter die Störung erkennen, ihre Auswirkungen durch eine einfache Diät verhindern und die Eltern über das Krankheitsrisiko für weitere Kinder genau informieren.

### *Pankreasfibrose*

Die zystische Pankreasfibrose oder Mucoviscidosis wurde erstmals 1936 von Fanconi und Uehlinger als besondere Krankheit erkannt. Sie ist der häufigste menschliche Letalfaktor, den wir heute kennen, das heißt die häufigste Erbkrankheit mit tödlichem Ausgang vor Erreichung des Erwachsenenalters. Sie manifestiert sich schon im frühen Kindesalter als chronische Darm- und Bronchialerkrankung und führt mit wenigen Ausnahmen im Laufe der ersten zwei Jahrzehnte zum Tode infolge von Lungen- und Herzkomplicationen. Der ursächliche Molekulardefekt wurde trotz intensivster Forschung noch nicht gefunden.

Ungefähr jedes tausendste Neugeborene leidet an einer Pankreasfibrose. Jährlich werden in der Schweiz gegen hundert Kinder mit dieser Krankheit geboren, und jährlich stirbt eine fast gleich hohe Zahl von älteren Kindern daran. Beide Eltern sind jeweiligen gesunde Überträger, sogenannte Heterozygote, das heißt, sie tragen das Pankreasfibrose-Gen in einfacher Dosis ohne manifeste Krankheitserscheinung. Die Patienten selbst sind sogenannte Homozygote, das heißt, sie haben das Pankreasfibrose-Gen von beiden Eltern empfangen und tragen es in doppelter Dosis. Das ist die klassische Situation des rezessiven Erbganges, wie er bei zahlreichen Erbkrankheiten, unter anderem auch bei der Fruktoseintoleranz, vorliegt. Sind beide Ehepartner Heterozygote, so trifft die Krankheit durchschnittlich jedes vierte Kind. Ist dagegen nur der eine Ehepartner Heterozygot und der andere frei von dem betreffenden

Krankheits-Gen, so weist keines der Kinder die Krankheit auf. Das Risiko einer ehelichen Verbindung von Heterozygoten ist allerdings recht groß, weil unter den nahen Verwandten eines Patienten jedes zweite bis vierte und in der Gesamtbevölkerung ungefähr jedes sechzehnte Individuum heterozygoter Träger des Pankreasfibrose-Gens ist, ohne es zu wissen. Bei der selteneren Fruktoseintoleranz ist das Risiko sehr viel kleiner.

Solche Überlegungen lassen vermuten, daß die meisten von uns, ohne es zu wissen, heterozygote Träger mehrerer Gene von rezessiven Erbkrankheiten sind. Außerdem erklären sie die alte Erfahrung, daß bei Verwandtenehen das Risiko erbkranker Kinder besonders groß ist. Der Wunsch liegt nahe, Mittel und Wege zu finden, defekte Gene bei den Gesunden aufzuspüren, damit dann vor ehelichen Verbindungen zwischen heterozygoten Trägern des gleichen Gen-Defekts gewarnt werden kann. Wenn man Heiraten zwischen Trägern des Pankreasfibrose-Gens verhindern könnte, würde die Krankheit nicht mehr auftreten, und endlich viel Unglück und Leid wäre vermieden. Leider ist die sichere Erkennung des Pankreasfibrose-Gens bei Heterozygoten trotz anfänglichen Hoffnungen methodisch noch nicht möglich. Es ist aber eines der Hauptziele der heutigen medizinischen Forschung, biochemische Prüfmethoden für die sichere Erfassung heterozygoter Träger defekter Gene zu entwickeln; und tatsächlich ist dieses Ziel für gewisse Erbkrankheiten auch schon erreicht worden. In der Zukunft sollte es möglich sein, die genetische Eheberatung in ausgedehntem Maß auf solchen Untersuchungen aufzubauen und damit eine wirkungsvolle eugenische Prophylaxe durchzuführen.

Eine weitere Frage, die durch die Pankreasfibrose aufgeworfen wird, ist die, warum ein Erbleiden, dessen Opfer das defekte Gen nicht weitervererben, weil sie vorzeitig sterben, so häufig bleiben kann (man spricht von balanciertem Polymorphismus) und nicht schon lange verschwunden ist. Offenbar wird der durch den frühen Tod der Patienten bedingte Gen-Verlust in der Population irgendwie wettgemacht, sei es durch Neumutationen, das heißt durch wiederholte Neuentstehung des gleichen Gen-Defektes, sei es durch eine überdurchschnittliche Kinderzahl der Heterozygoten. Die erste Alternative setzt eine höhere Mutationsrate voraus, als nach allgemeiner Erfahrung angenommen werden kann, und dürfte deshalb wegfallen. Die zweite Alternative setzt eine biologische Überlegenheit der Heterozygoten voraus, wie man sie vor allem beim Sichelzell-Gen kennt. Die schon erwähnte Sichelzellanämie ist bei Negern eine sehr häufige und ebenso tödlich verlaufende Erbkrankheit wie die

Pankreasfibrose bei uns. Interessanterweise zeigen die Heterozygoten eine auffallende Malariaresistenz und können sich deshalb in ihrer natürlichen Umgebung besser fortpflanzen als Individuen ohne diesen Gen-Defekt. Es ist zu vermuten, daß die heterozygoten Träger des Pankreasfibrose-Gens einen ähnlichen spezifischen biologischen Vorteil besitzen oder unter den Lebensbedingungen früherer Zeiten besessen haben, weil sonst die Häufigkeit der Pankreasfibrose nicht erklärbar wäre. Die Natur dieses Vorteils ist vorläufig nicht bekannt. Denkbar wäre eine besondere Resistenz gegen Seuchen wie Pest und Pocken.

### *Angeborene Chromosomenstörungen*

Unser drittes Beispiel betrifft die angeborenen Chromosomenstörungen. Individuen mit solchen Störungen haben in ihren Zellkernen nicht die normalen 23 Chromosomenpaare, sondern ein oder mehrere Chromosomen oder Chromosomenbruchstücke zuviel oder zuwenig. Das dabei um Hunderte oder Tausende von Genen gestörte Gen-Gleichgewicht manifestiert sich als multiple Mißbildung, als Fehlentwicklung der Geschlechtsdrüsen oder als Schwachsinn.

Die angeborenen Chromosomenstörungen sind in der Regel nicht vererbt und kommen deshalb im Gegensatz zu den hereditären Gen-Defekten unter Geschwistern meistens nur einmal vor. Da ihre Träger häufig nicht fortpflanzungsfähig sind oder frühzeitig sterben, werden sie meistens auch nicht weitervererbt. Sie entstehen in der Regel aus einer fehlerhaften Chromosomenverteilung bei der Bildung der Samen- und Eizellen in den Geschlechtsdrüsen, wobei höheres Alter neben andern, noch unbekanntem Faktoren eine begünstigende Rolle spielt. Gelangen solche Zellen zur Befruchtung, so wird das daraus entstehende Individuum in allen seinen Zellen einen abnormen Chromosomenbestand aufweisen.

Die entsprechenden Krankheitsbilder sind zum Teil schon recht lange bekannt. Ihre Ursache, der abnorme Chromosomenbestand, wurde dagegen erst im Laufe der letzten vier Jahre entdeckt, nachdem Methoden entwickelt worden waren, welche Zahl, Größe und Form der menschlichen Chromosomen im Mikroskop erkennen lassen. Ungefähr jedes 170. Neugeborene hat eine grobe, relativ leicht nachweisbare, Chromosomenstörung. Am bekanntesten ist der Mongolismus, eine besondere Form des Schwachsinn, die ungefähr jedes 500. Neugeborene trifft und der eine Trisomie 21, das heißt ein dreifaches statt nur ein zweifaches Vorkommen des Chromosoms Nr. 21, zugrunde liegt. Noch häufiger ist das Klinefelter-Syndrom, eine besondere Form der Hodenfehlentwick-

lung, bei der statt der zwei Geschlechtschromosomen X und Y drei Geschlechtschromosomen, nämlich zwei X und ein Y, zu finden sind. Zu den selteneren Chromosomenanomalien gehören das Turner-Syndrom, eine durch Kleinwuchs und Fehlentwicklung der Eierstöcke charakterisierte Monosomie der Geschlechtschromosomen, sowie die durch multiple Mißbildungen auffallenden Trisomien 13 und 18.

Da die Chromosomenstörungen bei gewissen Laboratoriumstieren intensiv erforscht worden sind, lange bevor die menschlichen Chromosomen untersucht werden konnten, hat sich das heutige Wissen über die angeborenen menschlichen Chromosomenstörungen in Zusammenarbeit von Biologen mit Chromosomenerfahrungen und Medizinern entwickelt.

Zu den aktuellen Problemen der Chromosomenforschung beim Menschen gehören folgende Fragen: Welches sind die Ursachen der häufigen Verteilungsstörungen der Chromosomen bei der Bildung der Samen- und Eizellen? Warum sehen wir Störungen des X-Chromosoms und des Chromosoms Nr. 21 häufig, andere Chromosomenstörungen nur selten und noch andere überhaupt nie? Eine neue Arbeitsrichtung versucht, aus den körperlichen Merkmalen bei verschiedenen Chromosomenstörungen herauszufinden, in welchem Chromosom und in welcher Gen-Nachbarschaft die einzelnen Gene lokalisiert sind. Tatsächlich gibt es bereits Hinweise darauf, daß beim Mongolismus ein bestimmtes Enzym, nämlich die alkalische Leukozyten-Phosphatase vermehrt ist, daß also dieses Phosphatase-Gen vermutlich im Chromosom Nr. 21 lokalisiert ist. Eine weitere Neuigkeit ist die Tatsache, daß eineiige Zwillinge entgegen der populären Annahme verschieden sein können, wenn anlässlich ihrer Entstehung aus einer befruchteten Eizelle eine fehlerhafte Chromosomenverteilung unterläuft. Ja es ist sogar möglich, daß der eine eineiige Zwilling normal männlich ist und der andere weiblich, allerdings mit nur einem X-Chromosom, ist.

### *Teamarbeit*

Wie die Beispiele der Fruktoseintoleranz, der Pankreasfibrose und der Chromosomenstörungen zeigen, ist die Erforschung der Geburtsgebrechen und zahlreicher anderer Leiden nur noch möglich in enger Zusammenarbeit zwischen Kliniker und Grundlagenforscher. Am Anfang steht das Aufmerken des Klinikers, das Erkennen des Besonderen, das vorher auch schon gesehen, aber noch nie als bemerkens- oder erforschenswert aufgefaßt worden ist. Dieses Erfassen des Besonderen und des Neuen ist die wichtigste und schönste Aufgabe des forschenden Arztes, eine



Aufgabe, die ihm kein Theoretiker abnehmen kann und die er nur erfüllen wird, wenn er gelernt hat, sorgfältig und unvoreingenommen zu beobachten und zu untersuchen. Das große Vorbild für mich ist mein Vorgänger und verehrter Lehrer Fanconi, der dank seiner unermüdlich geübten Beobachtungsgabe, seiner reichen Erfahrung und seiner Vorurteilslosigkeit zahlreiche Krankheiten, die zum Teil heute seinen Namen tragen, als erster erkannte und durch Scharfsinn und Arbeitshypothesen die biochemische und genetische Forschung vielfältig befruchtete. Es ist für den Kliniker etwas vom Schönsten, wenn es ihm gelingt, das Interesse des Grundlagenforschers, sei es des Morphologen oder des Physiologen, des Biochemikers oder des Genetikers, für seine Patienten und für seine besonderen Anliegen zu wecken, und wenn es dann in gemeinsamer Anstrengung gelingt, einen Teil der gestellten Fragen zu beantworten.

Die aktive Mitarbeit an der biochemischen und genetischen Erforschung einer Krankheit ist bei der hohen Entwicklung der heutigen labortechnischen und statistischen Forschungsmethoden für den Kliniker nicht mehr leicht, aber stets faszinierend. Wenn auch nur wenige Ärzte einer großen Klinik sich ganz oder teilweise solchen Aufgaben widmen können, so ist der Gewinn für die ganze Klinik beträchtlich. Der dauernde Kontakt mit aufgeschlossenen, wissenschaftlichen Diskussions- und Arbeitsgruppen schärft den Blick des ganzen Ärztestabes für das Wesentliche, verbessert die Zusammenarbeit, regt zu größerer Sorgfalt beim Untersuchen und zur Ausarbeitung besserer Methoden an; er lehrt klarer denken, kritischer deuten und besser formulieren. Die medizinische Forschung und die wissenschaftliche Teamarbeit gehören deshalb zu den wichtigsten Elementen in der Ausbildung unserer jungen Ärzte. Umgekehrt erhält der Theoretiker und Grundlagenforscher in einer solchen Gemeinschaftsarbeit die Möglichkeit, anhand von Naturexperimenten — und Krankheiten sind für den Biologen Naturexperimente — grundsätzlich biologische Fragen zu bearbeiten.

### *Humangenetik in Forschung und Unterricht*

Daß humangenetische Kenntnisse heute für jeden Arzt, ganz besonders aber für jeden Kinderarzt, unentbehrlich sind, versteht sich aus dem bisher Gesagten von selbst. Solche Kenntnisse schärfen nicht nur den Blick für individual- und populationsgenetische Zusammenhänge, sondern lassen auch den Anteil der Umweltseinflüsse am Krankheitsgeschehen klarer erkennen. Es ist bezeichnend, daß ausgerechnet ein Humangenetiker (Lenz) die nichtgenetische Ursache der in den letzten Jahren

vor allem in Deutschland erschreckend häufig aufgetretenen Extremitätenmißbildungen erkannte und als erster den Zusammenhang zwischen diesen furchtbaren Verstümmelungen und dem Einnehmen von Thalidomidtabletten in der Frühschwangerschaft nachgewiesen hat. Lenz hat damit Hunderte und Tausende von Kindern vor dem schrecklichen Schicksal bewahrt, ohne Extremitäten geboren zu werden.

Die Überzeugung von der fundamentalen Bedeutung von Genetik und Molekularmedizin für die zukünftige Entwicklung der Medizin hat in den letzten Jahren in zahlreichen Ländern zur Errichtung von Instituten und Lehrstühlen für Biochemie, Molekularbiologie und Humangenetik und zum Ausbau dieser Fächer im medizinischen Unterricht geführt. In der Schweiz ist diese Entwicklung noch wenig sichtbar. Wohl haben wir für unsere vorklinischen Medizinstudenten hervorragende Lehrer in allgemeiner Genetik und Biochemie. Die auf der klinischen Stufe des Unterrichtes so wichtige Humangenetik ist dagegen in der ganzen Schweiz erst mit einem Lehrstuhl vertreten und findet sich weder im jetzigen Studienplan noch in der neuen Studienreform. Es zeugt jedoch für die Aufgeschlossenheit von Dozenten und Studenten, daß sich immer mehr medizinische Antrittsvorlesungen von Biochemikern, Internisten und andern Klinikern mit genetischen Fragen befassen, daß dank der maßgeblichen Mithilfe von Rektor Hadorn auch in Zürich humangenetische Ringvorlesungen gehalten werden und daß unsere Studenten für diese Fragen lebhaftes Interesse und Verständnis bekunden.

Es ist heute die Pflicht jedes einsichtigen Klinikers, auf die Notwendigkeit des genetischen Unterrichtes und ganz allgemein auf die Notwendigkeit des Unterrichtes und der Forschung in den Grundlagenfächern hinzuweisen und für ihre Förderung einzutreten. Der Unterricht in diesen Fächern prägt das biologische Denken des Studenten und gibt ihm damit die notwendige Voraussetzung, der immer rascher werdenden Entwicklung der Medizin nicht nur während seines Studiums, sondern auch nachher und während seiner ganzen beruflichen Lebensspanne folgen zu können. Die neuen Erkenntnisse in den Grundlagenfächern und die Zusammenarbeit von Kliniker und Grundlagenforscher bilden die Grundlagen der klinischen Forschung und der medizinischen Fortschritte. Die heutige Grundlagenforschung kommt morgen dem Patienten zugute.

### *Medizin und Menschheitsentwicklung*

Ich möchte meine Ausführungen nicht abschließen, ohne mich kurz mit der gegen die Medizin erhobenen Anklage auseinanderzusetzen,

ihre Fortschritte beeinträchtigten die natürliche Selektion, begünstigten die Zunahme erbkranker Individuen in der Bevölkerung und verursachten eine Verschlechterung der Erbmasse der Menschheit. Dieser Vorwurf ist nur zum Teil zutreffend. Ich hoffe, deutlich gezeigt zu haben, daß die moderne genetisch orientierte Medizin sowohl die ärztliche Betreuung des Individuums wie auch die eugenische Prophylaxe zum Ziele hat. Den populations-genetisch negativen Auswirkungen gewisser individualmedizinischer Fortschritte stehen überdies eine Reihe positiver Entwicklungstendenzen gegenüber. So wird das Verschwinden der Inzucht manche Erbkrankheit seltener werden lassen; vermutlich wird zum Beispiel die Fruktoseintoleranz in der uns bekannten Sippe in der nächsten Generation zum Verschwinden kommen. Ferner lassen die Ausrottung der Malaria und die Unterdrückung anderer Voraussetzungen für die biologische Besserstellung heterozygoter Träger defekter Gene einen Rückgang gewisser Erbkrankheiten erwarten. Endlich wird in der Zukunft eine genauere individualgenetische Analyse jedem verantwortungsbewußten Individuum eine wirkungsvollere eugenische Prophylaxe in die Hand geben. Ob darüber hinaus je einmal die gezielte Korrektur der fehlerhaften DNS-Moleküle beim Menschen möglich sein wird, scheint vorläufig zweifelhaft. Bei all diesen Überlegungen wollen wir aber eines bedenken: Unser Wissen in Biochemie und Genetik, das heißt unser Wissen über Ursprung und Zukunft des Lebens, ist trotz den großen Fortschritten der letzten Jahre noch bescheiden. Es wäre vermessen, aus unserer heutigen beschränkten Schau die zukünftige genetische Entwicklung der Menschheit voraussagen zu wollen.

## Durchführungsfrage der AHV

### Entschädigungen an Übersetzer und Dolmetscher

Übersetzer und Dolmetscher gelten grundsätzlich als Unselbständigerwerbende. Sie übersetzen zu Hause alle Dokumente und Texte, die ein Dritter ihnen zustellt, oder wirken bei Zusammenkünften, Kongressen, Versammlungen usw. als Dolmetscher. Die Ausgleichskassen haben die Arbeitgeber darauf aufmerksam zu machen, daß die an solche Übersetzer und Dolmetscher ausbezahlten Entschädigungen *maßgebenden Lohn* darstellen und daß davon die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge zu entrichten sind.

In zwei Fällen sind die Entschädigungen an Übersetzer ausnahmsweise als *Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit* zu betrachten. Der erste Fall betrifft den Übersetzer, dem durch einen Dritten, mit

dem er nicht in ständiger Geschäftsverbindung steht, die Übersetzung eines ganzen Werkes (z. B. eines Buches) anvertraut wird. Im zweiten Fall ist der Übersetzer Inhaber eines eigentlichen Übersetzungsbüros mit eigenen Räumlichkeiten und einem oder mehreren Angestellten und trägt ein gewisses Betriebsrisiko. Personen, die für solche Büros Heimarbeiten ausführen, sind Arbeitnehmer des Inhabers des Übersetzungsbüros.

Übersetzer und Dolmetscher, die für *internationale staatliche Organisationen* arbeiten, gelten, sofern sie von der Versicherungspflicht nicht befreit sind, als Arbeitnehmer ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber. Den Übersetzern, die für *internationale private Organisationen* arbeiten, — Organisationen dieser Art sind von der Beitragspflicht nicht befreit — werden durch die Organisationen die Beiträge von ihren Entschädigungen abgezogen und mit den Arbeitgeberbeiträgen der zuständigen Ausgleichskasse abgeliefert.

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

**Hunziker, M.:** Der Ausgleichsfonds der schweizerischen Alters- und Hinterlassenenversicherung. Dissertation der Rechts- und staatswissenschaftlichen Fakultät der Universität Zürich. 147 S., mit Tabellen und Graphiken. Juris-Verlag Zürich, 1963.

**Meyer, M.:** Pro Infirmis und Entwicklung der Behindertenhilfe. Sonderdruck aus «Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit» Zürich, Heft 5/6, Mai/Juni 1964, 6 S.

**Probleme bei Epilepsie-Kranken.** Monatsschrift «Pro Infirmis» Zürich, Heft 9, März 1964. Mit Beiträgen von: J. de Ajuriaguerra et J. Rey-Bellet: Les troubles psychiques de l'épilepsie. — H. Landolt: Über psychische Reaktionsformen bei Epilepsie-Kranken und deren Umgebung. — J. Miribel: Probleme in Familien mit epileptischen Kindern. — R. Schweingruber: Naturheilmethoden und Epilepsie. — H. Neidhart et M. Breitmeyer: L'enfant épileptique à l'école. — H. Jost: Beratung und Fürsorge für Epilepsie-Kranke.

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

**Rentenauszahlungen an die «Caisse cantonale vaudoise des retraites populaires»**

Das BSV hat einem von der «Caisse cantonale vaudoise des retraites populaires» unterbreiteten Gesuch entsprochen, den Bezüglern von Alters- und Witwenrenten die Möglichkeit einzuräumen, die AHV-Leistung ihr auszahlen zu lassen, damit sie diese später in eine erhöhte

Rente umwandeln kann. In derartigen Fällen muß der Rentenberechtigte seine Anweisung auf Drittauszahlung mit einem besonderen Formular erteilen, welches die «Caisse cantonale vaudoise des retraites populaires» — im Einverständnis mit dem BSV — zur Verfügung der AHV-Rentner hält.

**Familienzulagen  
im Kanton Aargau**

Am 15. März 1964 haben die Stimmberechtigten des Kantons Aargau das Gesetz über Kinderzulagen für Arbeitnehmer mit 48 896 Ja gegen 19 540 Nein angenommen. Über die getroffene Ordnung wurde in ZAK 1964, S. 107, einläßlich berichtet.

**Lieferfristen im  
Drucksachenwesen**

Die Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale (EDMZ) teilt mit, daß sie als Beitrag zur Konjunkturdämpfung ihren Lieferanten inskünftig längere Lieferfristen einräumen werde. Dies bewirkt, daß auch die Ausgleichskassen für amtliche Formulare mit Spezialeindruck mit längeren Lieferfristen rechnen müssen. Bestellungen für solche Formulare sind deshalb mindestens zwei Monate vor Erschöpfung des Lagervorrates aufzugeben. Auch bei den sogenannten Lagerformularen der EDMZ ist es empfehlenswert, Bestellungen frühzeitig aufzugeben, damit allfällige Stockungen in der Nachlieferung von den Ausgleichskassen überbrückt werden können. Schließlich sei darauf hingewiesen, daß sich die Verlängerung der Lieferfristen ebenfalls bei der Herausgabe neuer Publikationen (Tabellen, Wegleitungen, Kreisschreiben usw.) auswirken wird.

**Adressenverzeichnis  
AHV/IV/EO**

Seite 16, Ausgleichskasse 81, Versicherung  
Neues Domizil: Alfred Escher-Str. 9  
Die übrigen Angaben bleiben unverändert.

**Personelles**

Der Leiter der IV-Regionalstelle St. Gallen, Theo Studer, ist auf 31. März 1964 von seinem Amte zurückgetreten. Zum neuen Leiter wurde Heinrich Niedermann, St. Gallen, gewählt.

# GERICHTSENTSCHEIDE

---

## Invalidenversicherung Eingliederung

Urteil des EVG vom 11. November 1963 i. Sa. A. K.

**Art. 12, Abs. 1, IVG. Eine wegen Coxarthrose notwendige Operation geht angesichts des gemischten Charakters dieses Leidens nur dann zu Lasten der IV, wenn die Operation offensichtlich vorwiegend der beruflichen Eingliederung dient (Ablehnung bei einem 60jährigen Landwirt).**

Der 1902 geborene Landwirt leidet seit Jahren zunehmend an einer Coxarthrose des linken Hüftgelenkes. Am 13. November 1961 wurde er von seinem Hausarzt in eine chirurgische Klinik eingewiesen; die tomographische Untersuchung der linken Hüfte zeigte eine große Pfannendachcyste sowie eine etwa walnußgroße Femurkopfcyste mit leichtem Einbruch. Gestützt auf diesen Befund nahm der Spitalarzt bereits am 17. November 1961 eine intertrochantäre Osteotomie links und eine Spangiosaplastik vor. Am 20. November 1961 ging bei der IV-Kommission eine Anmeldung des Versicherten zum Leistungsbezug ein. Die IV lehnte es ab, für die Operation und den damit verbundenen Spitalaufenthalt aufzukommen, weil die ohne vorherige Anordnung durchgeführte medizinische Vorkehr nicht dringlich gewesen sei. Dieser Beschluß wurde dem Versicherten mit der Bemerkung eröffnet, daß er sich im Juni 1962 zur Prüfung eines allfälligen Rentengesuches erneut melden könne.

Gegen diese Verfügung beschwerte sich der Versicherte bei der kantonalen Rekurskommission; gleichzeitig verlangte er die Ausrichtung einer Rente. Die kantonale Rekurskommission hieß die Beschwerde gut. Sie verhielt die IV, die Kosten der Operation samt Spitalaufenthalt gemäß Tarif zu übernehmen und für die Zeit der Eingliederung ein entsprechendes Taggeld auszurichten.

Das EVG schützte die von der Ausgleichskasse gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen:

1. Die IV-Kommission lehnte zwar die Übernahme der ohne ihre Anordnung durchgeführten Operation lediglich aus formellen Gründen ab. Im Beschwerdeverfahren äußerte sich aber die Ausgleichskasse auch zur Frage, ob die Operation überhaupt eine Eingliederungsmaßnahme darstelle, welchen Ausführungen sich die IV-Kommission anschloß. Die Vorinstanz bejahte dann sowohl die formellen wie die materiellen Voraussetzungen für die Übernahme der Operation durch die IV. Nachdem die Ausgleichskasse ihren Berufungsantrag nur damit begründet, daß die Operation nicht überwiegend der Eingliederung gedient habe, ist beim gegebenen, vollständigen Tatbestand vorab dieser Punkt zu prüfen.

2. Gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG hat der Versicherte Anspruch auf medizinische Maßnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, son-

dern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Wie in EVGE 1962, S. 308 (ZAK 1963, S. 128), dargetan wurde, zeigt die Erfahrung, daß eine und dieselbe Vorkehr sehr oft sowohl Merkmale der Behandlung des Leidens an sich als auch solche der Eingliederung aufweist. Zunächst muß geprüft werden, ob eine Vorkehr der eigentlichen Leidensbehandlung angehört, die den — möglicherweise ebenfalls vorhandenen — Eingliederungszweck stets überschattet; das trifft in der Regel dann zu, wenn die Vorkehrungen überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dienen. Gehören die Vorkehrungen nicht zur eigentlichen Leidensbehandlung, so ist abzuwägen, ob sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung im erforderlichen gesetzlichen (zeitlichen und maßlichen) Umfang oder andern Zwecken dienen.

3. In der Regel läßt sich nicht sagen, daß die wegen Coxarthrose notwendigen Operationen vorwiegend der Heilung labilen pathologischen Geschehens dienen und daher zur eigentlichen Leidensbehandlung gezählt werden müßten. Wenn auch im mehr oder weniger zerstörten Hüftgelenk medizinisch ein stabilisierter Zustand (nach Ablauf des labilen pathologischen Geschehens) zu erblicken ist, so darf doch nicht übersehen werden, daß die Arthrose selber sich oft — wie im vorliegenden Falle — im Sinne einer Verschlechterung weiterentwickelt, was zunehmende Schmerzen und andere Beeinträchtigungen verursacht. Wird trotzdem von einem überwiegend stabilisierten Zustand ausgegangen, so muß es andererseits mit den übrigen Merkmalen des Art. 12 IVG eher streng genommen werden. Sofern diese Merkmale nicht klar gegeben sind, stellt eine Coxarthroseoperation beim gemischten Charakter des Leidens keine Eingliederungsmaßnahme dar.

Der Versicherte stand im Zeitpunkt der Operation bereits im 60. Altersjahr. Er hatte damals den weitaus überwiegenden Teil seiner Aktivitätsperiode hinter sich; denn diese geht IV-rechtlich mit der Erreichung des AHV-rechtlichen Rentenalters (65 Jahre) zu Ende, da für die Folgezeit die Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen ausgeschlossen ist. Außerdem muß berücksichtigt werden, daß die Berufstätigkeit als Landwirt körperlich anspruchsvoll ist und die Rekonvaleszenz und Angewöhnung nach Coxarthroseoperationen ziemlich lange dauern kann. Eine Abwägung vom Zeitpunkt der Operation aus unter Berücksichtigung des Charakters des Leidens führt hier zum Schluß, daß der Eingriff nicht vorwiegend der Eingliederung im geforderten gesetzlichen Sinne, sondern vorwiegend andern Zwecken diene. Diese Abwägung für den Zeitpunkt der Durchführung der Vorkehr — die ausschlaggebend ist — wird übrigens weitgehend durch den nachträglich bekannt gewordenen, arbeitsmäßigen Erfolg der Operation bestätigt: Der Versicherte ist nach einem von der Ausgleichskasse eingeholten Gutachten des Arztes wahrscheinlich bleibend zu 60 Prozent invalid; mit der Operation konnten vor allem die starken Schmerzen behoben werden. Steht aber die Schmerzbefreiung im Vordergrund und wirkt sie sich nicht entscheidender auf die Erwerbsfähigkeit aus als im vorliegenden Falle, dann kann nicht gesagt werden, daß die Vorkehr überwiegend der beruflichen Eingliederung gedient habe.

4. Nachdem die Operation nicht als Eingliederungsmaßnahme anerkannt werden kann, hat die IV für die damit verbundenen Kosten nicht aufzu-

kommen. Dem Versicherten steht auch kein Taggeld zu, da dieses gemäß Art. 22 IVG nur während der Eingliederung gewährt wird. Bei dieser Sachlage erübrigt sich die Prüfung der Frage, ob die Voraussetzung des Art. 78, Abs. 2, IVV (in der seit 10. Juni 1963 geltenden Fassung) für die Übernahme der ohne Anordnung der IV-Kommission durchgeführten Vorkehr erfüllt wären.

Das vordringliche Anliegen des Versicherten ist im übrigen die Gewährung einer Rente. Über das bereits in der Beschwerde gestellte Rentenbegehren wird die IV-Kommission zu befinden haben; hinsichtlich des Rentenbeginnes ist insbesondere zu prüfen, ob Variante 1 oder 2 des Art. 29, Abs. 1, IVG Anwendung findet.

#### **Urteil des EVG vom 6. Dezember 1963 i. Sa. E. H.**

**Art. 12, Abs. 1, IVG. Eine Otosklerose-Operation, mit der in 20 Prozent aller Fälle keine dauerhaften Hörgewinne erzielt werden kann, ist bei einem 58jährigen Versicherten nicht unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet.**

Der 1904 geborene Versicherte leidet an Otosklerose und wurde deswegen bereits im Alter von 35 Jahren dienstuntauglich erklärt. Von 1935 bis 1962 konnte er seine Schwerhörigkeit durch Hörapparate weitgehend überbrücken. Am 12. November 1962 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV und wies u. a. darauf hin, daß sein sechster Hörapparat weitgehend verbraucht sei, weshalb er seine Otosklerose operativ behandeln lassen möchte; am 23. oder 24. November 1962 werde er operiert werden. Mit Verfügung brachte die Ausgleichskasse dem Versicherten zur Kenntnis, daß laut Beschluß der IV die vom Arzt vorgeschlagene Operation nicht übernommen werden könne, da sie eine Heilbehandlung darstelle. Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekursbehörde abgewiesen.

Das EVG seinerseits wies die vom Versicherten gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. ...

2. Wie die Vorinstanz zutreffend feststellt, gehört die im November 1962 durchgeführte Otoskleroseoperation nicht zur eigentlichen Leidensbehandlung; sie ging einen Defektzustand an und bezweckte nicht die Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens. Dagegen kommt die Vorinstanz auf Grund einer Abwägung der Verhältnisse zum Schluß, daß die Operation nicht vorwiegend der beruflichen Eingliederung im oben dargelegten Sinne diene. Für das EVG besteht kein Anlaß, vom kantonalen Entscheid abzugehen. Einmal ist zu beachten, daß der 1904 geborene Versicherte im Jahre 1962 nahe dem Ende seiner Aktivitätsperiode stand; denn diese geht IV-rechtlich mit der Erreichung des AHV-rechtlichen Rentenalters (Männer 65 Jahre) zu Ende, da für die Folgezeit die Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen ausgeschlossen ist (EVGE 1962, S. 312, ZAK 1963, S. 135). Ferner ist die Behauptung unzutreffend, daß die Operation trotz Verwendung von Hörapparaten unvermeidbar geworden sei, ansonst der Versicherte seine berufliche Tätigkeit hätte aufgeben müssen. Denn nach der unbestritten gebliebenen Darstellung der Vorinstanz hätte auch die Benützung von Hörapparaten eine weitere Berufsausübung gestattet. Das ergibt sich übrigens



klar aus den Angaben des Arztes, der das Leiden als stationär bezeichnet und die Ausübung einer Tätigkeit «mit Hörapparat oder nach erfolgreicher Operation» als möglich erachtet. Nach einer vom Versicherten im Beschwerdeverfahren aufgelegten Publikation eines Spezialarztes zu schließen, erzielen zudem selbst die gemäß neuester Technik durchgeführten Otosklerose-Operationen in 20 Prozent aller Fälle keine dauerhaften Hörgewinne. Unter diesen Umständen läßt sich im Hinblick auf die noch kurze Zeit der rechtserheblichen Aktivität nicht sagen, die im November 1962 durchgeführte Operation sei unmittelbar auf die berufliche Eingliederung im oben dargelegten Sinne gerichtet gewesen. Wie aus EVGE 1962, S. 312 (ZAK 1963, S. 135) hervorgeht, dienen medizinische Vorkehrungen in der Regel nicht mehr überwiegend der beruflichen Eingliederung, wenn ein Versicherter einen wesentlichen Teil seiner Aktivitätsperiode hinter sich hat.

3. Verwaltung und Vorinstanz haben es demnach mit Recht abgelehnt, die im November 1962 durchgeführte Ohrenoperation der IV zu belasten. Nachdem die Vorkehrung keine Eingliederungsmaßnahme darstellt, erübrigt sich die Prüfung der Frage, ob ihrer nachträglichen Übernahme ein formell-rechtliches Hindernis entgegensteht (was die Vorinstanz verneint). Über das Begehren um Gewährung der für das Jahr 1964 vorgesehenen zweiten Operation hat die IV-Kommission nach ihren Vorbringen im kantonalen Beschwerdeverfahren nicht befunden; soweit die Berufung Leistungen in diesem Zusammenhang verlangt, ist sie daher durch Nichteintreten zu erledigen. Der Versicherte wird aber schon heute darauf aufmerksam gemacht, daß die IV-Kommission bei der Behandlung eines Gesuches um Übernahme der zweiten Operation kaum anders entscheiden könnte als hinsichtlich der ersten Operation.

#### **Urteil des EVG vom 28. Dezember 1963 i. Sa. R. T.**

**Art. 78, Abs. 2, IVV. Durchführung einer Operation aus wichtigen Gründen bei Epiphysenlösung. (Erwägung 1)**

**Art. 12, Abs. 1, IVG. Vorkehrungen bei Epiphysenlösung, insbesondere alle medizinischen Maßnahmen in dem dem Stadium progrediens vorangehenden Zustand (Stadium imminens und Stadium incipiens), gehören in der Regel zur eigentlichen Leidensbehandlung. (Erwägung 2)**

**Läßt ausnahmsweise die rasche Entwicklung des Leidens an der Schwelle des Berufsbildungsalters voraussehen, daß Stadium progrediens und Defektzustand in kürzester Zeit bevorstehen, so gilt ein medizinisch angezeigter operativer Eingriff als Eingliederungsmaßnahme der IV. (Erwägung 3)**

Die 1947 geborene Versicherte verspürte im Juni 1961 erstmals Schmerzen über dem linken Hüftgelenk. Ein Röntgenarzt konnte damals keinen sicheren pathologischen Knochenbefund erheben. Im Frühjahr 1962 verstärkten sich die Schmerzen; anlässlich einer zweiten Untersuchung vom 16. April 1962 stellte der gleiche Röntgenarzt eine Epiphysolysis capitis femoris (Loslösung des obren Endstückes des Oberschenkelknochens) links fest und schrieb in seinem Bericht:

«Im Gegensatz zum Befundbericht vom 19. 6. 1961 sieht man jetzt auf dem Bild eine Abflachung der Kopfepiphyse, die gegen medial den proximalen Schenkelhalsteil etwas umklammert. Der Epiphysenspalt ist nicht mehr zu sehen. Auf dem axialen Bild sieht man jetzt eine deutliche dorsale Abrutschung der Kopfepiphyse mit kleinen Osteophyten an der Metaphyse vorne. Die Kopfepiphyse ist um etwa 1 cm nach hinten verschoben.»

Im April 1962 unterzog sich die Versicherte einer subkapitalen Schenkelhalsosteotomie links. Vor der Spitalentlassung erhielt sie einen Thomasbügel. Eine Kontrolle wurde nach Ablauf von 6 Monaten in Aussicht genommen.

Am 2. Mai 1962 meldete sich die Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. Die IV-Kommission beschloß, die Kosten des Thomasbügels und der damit verbundenen Kontrollen zu übernehmen; dagegen lehnte sie es ab, für die Operation aufzukommen, da sie keine Eingliederungsmaßnahme darstelle. Der Beschluß über die Verweigerung medizinischer Maßnahmen wurde der Versicherten von der Ausgleichskasse durch Verfügung vom 21. September 1962 eröffnet. Die kantonale Rekurskommission hieß eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde gut. Sie wies die IV an, für die Operation, den Spitalaufenthalt sowie die nachoperativen Kontrollen bis zum 31. Dezember 1962 gemäß Tarif aufzukommen.

Den kantonalen Rekursentscheid hat das BSV durch Berufung an das EVG weitergezogen. Es führt aus: Nach einem i. Sa. J. S. (Urteil vom 16. April 1963, ZAK 1963, S. 444) von Prof. Baumann in Langenthal eingeholten Gutachten ließen sich 3 Stadien der Epiphysolyse unterscheiden: a. Stadium imminens, b. Stadium incipiens, c. Stadium progrediens.

Im Urteil J. S. habe das EVG gefunden, daß Operationen im dritten Stadium (das mit einem Defektzustand endigte) als Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG in Betracht fallen könnten, während alle früheren Vorkehren überwiegend der Behandlung des Leidens an sich dienten. Im vorliegenden Falle gehe aus der beigezogenen Krankengeschichte und den Röntgenbildern hervor, daß eine Epiphysolysis incipiens operiert worden sei. Demzufolge dürften die mit der Operation zusammenhängenden Kosten nicht der IV belastet werden, obwohl die Versicherte an der Schwelle des Berufsbildungsalters stehe.

Nach Abschluß des Rechtsschriftenwechsels hat Prof. Baumann dem EVG auf Anfrage hin folgenden Bericht erstattet:

«Wenn ich in meinem Gutachten aus der Literatur die drei klassischen Stadien genannt habe, so darf doch der Unterschied zwischen ‚Epiphysolysis incipiens‘ und ‚progrediens‘ nicht schematisiert werden. Obwohl mir die Röntgenbilder des Falles nicht vorliegen, muß es nach den klaren Befunden des Röntgenologen als erwiesen betrachtet werden, daß die Verschiebung der Epiphyse sich in der Zeit vom 19. 6. 1961 bis zum 16. 4. 62 ganz rapid entwickelt hat. Die Epiphysenverschiebung ‚um 1 cm nach hinten‘ erreicht damit bereits schon morphologisch ganz oder annähernd jenen Grad, der als wichtiges Charakteristikum des ‚progredienten‘ Stadiums gilt. Die objektiv nachgewiesene, überraschend schnelle Entwicklung während der Pubertät in der Richtung auf einen schweren Defekt muß vollends als unverkennbares Merkmal des ‚Stadium progrediens‘ betrachtet werden. Die beschriebenen Umstände müssen auch Anlaß zur Indikation und zur raschen Durchführung der Osteotomie gegeben haben.»

Damit komme ich zur Überzeugung, daß es sich bei der jungen Tochter um Vorkehrungen zur Beseitigung eines zum Teil vorhandenen und zur Vermeidung eines unmittelbar drohenden schweren Defektes gehandelt hat (Operation und Nachbehandlung). Sie durften aus mitgeteilten Gründen nicht aufgeschoben werden. Damit lagen sie überwiegend im Interesse der beruflichen Ausbildung und der späteren Eingliederung in das Erwerbsleben.»

Das EVG wies in der Folge die Berufung aus nachstehenden Erwägungen ab:

1. Da sich die Versicherte ohne vorherige Anordnung der IV-Kommission einer Operation unterzogen hat, ist vorab zu prüfen, ob die in Art. 78, Abs. 2, IVV (Fassung gemäß BRB vom 10. Juni 1963) umschriebenen Voraussetzungen für die nachträgliche Übernahme der Vorkehr erfüllt sind. Darnach übernimmt die IV die Kosten für Maßnahmen, «die aus wichtigen Gründen vor der Beschlußfassung der Kommission durchgeführt werden mußten, sofern die Anmeldung innert 6 Monaten seit Beginn der Durchführung eingereicht wurde». Die Versicherte hat sich am 2. Mai 1962, d. h. eine Woche nach Durchführung der Operation angemeldet, weshalb die sechsmonatige Frist gewahrt ist. Nachdem sich die Epiphysenlösung rasch weiterentwickelte und die Versicherte wegen Schmerzen nicht mehr richtig gehen konnte, lagen auch wichtige Gründe für die unverzügliche Durchführung der Operation vor. Ihrer Übernahme durch die IV steht daher kein formellrechtliches Hindernis entgegen.

2. ...

Für die Beurteilung der Frage, ob bei minderjährigen Versicherten eine medizinische Vorkehr vorwiegend der beruflichen Eingliederung dient und geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern, ist von Art. 5, Abs. 2, IVG auszugehen. Darnach gelten nichterwerbstätige Minderjährige mit einem körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als invalid, wenn der Gesundheitsschaden wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird. Bei nichterwerbstätigen Minderjährigen muß man sich also hinsichtlich der Frage, ob ihre Invalidität Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen gibt, in den Zeitpunkt versetzen, in dem diese jugendlichen Versicherten in das Erwerbsleben eintreten werden. Die Praxis hat nun festgestellt, daß bei typischen juvenilen Leiden, die eigentlich labiles pathologisches Geschehen darstellen, einmalige operative Eingriffe im Entwicklungsalter zur Vermeidung eines bevorstehenden Defektzustandes (samt der obligatorischen Vor- und Nachbehandlung) doch Eingliederungsmaßnahmen sein können. Hinsichtlich der Epiphysenlösung wurde erklärt, daß eine operative Korrektur der Deformität im letzten, allerschwersten Stadium (Stadium progrediens) an der Schwelle des Berufsbildungsalters als medizinische Eingliederungsmaßnahme in Betracht falle; im übrigen gehörten die Vorkehrungen im Zusammenhang mit der Epiphysenlösung, insbesondere alle Vorkehrungen in den dem Stadium progrediens vorangehenden Stadien (Stadium imminens und Stadium incipiens), zur Behandlung des Leidens an sich (Urteil des EVG vom 16. April 1963 i. Sa. J. S., EVGE 1963, S. 113; ZAK 1963, S. 444).

3. Die Ausführungen im Urteil J. S. sind für den Regelfall nach wie vor zutreffend. Aus dem eingeholten Bericht von Prof. Baumann geht jedoch hervor, daß die beiden letzten Stadien der Epiphysenlösung (Stadium incipiens

und Stadium progrediens) vom Gesichtspunkt des Art. 12 IVG aus nicht schematisch in der Weise unterschieden werden können, daß nur das letzte Stadium die medizinische Maßnahme einer Korrektur der Deformität zu begründen vermag. Wenn ausnahmsweise die rasche Entwicklung des Leidens an der Schwelle des Berufsbildungsalters voraussehen läßt, daß das letzte Stadium und anschließend der Defektzustand in kürzester Zeit bevorstehen, ist ein medizinisch indizierter operativer Eingriff ebenfalls als Eingliederungsmaßnahme anzuerkennen. Ein derartiger Ausnahmefall liegt hier vor; demzufolge stellt die durchgeführte Operation zur Korrektur der Deformität eine medizinische Eingliederungsmaßnahme dar, zumal Prof. Baumann bemerkt, die überraschend schnelle Entwicklung während der Pubertät in der Richtung auf einen schweren Defekt müsse als unverkennbares Merkmal des «Stadium progrediens» betrachtet werden.

#### **Urteil des EVG vom 27. Dezember 1963 i. Sa. M. M.**

**Art. 12, Abs. 1, und Art. 13 IVG. Regelmäßige ärztliche Kontrollen wegen der Gefahr von Glaukom (grünem Star) und Netzhautablösung bei einem Erwachsenen sind keine Eingliederungsmaßnahmen im Sinne der IV. (Erwägung 1)**

**Art. 21, Abs. 1, IVG. Brillen gehen nicht zu Lasten der IV, wenn sich der Versicherte lediglich ärztlichen Kontrollen unterziehen muß und diese keine medizinischen Maßnahmen gemäß Art. 12 oder 13 IVG darstellen. (Erwägung 2)**

Die 1913 geborene Versicherte leidet an hochgradiger Kurzsichtigkeit. Sie trägt seit ihrem 7. Lebensjahr eine Brille, die im Laufe der Zeit immer mehr verstärkt werden mußte; gleichzeitig ging die Sehschärfe an beiden Augen allmählich zurück. Im März 1961 meldete sich die Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV an. Ein Augenarzt teilte der IV-Kommission mit, daß «eventuell Kontaktgläser» abzugeben seien. Dem Bericht einer Augenpoliklinik ist folgender Befund zu entnehmen: «Visus für die Ferne beidseits 0,1, für die Nähe beidseits 0,4 mit eigener Brillenkorrektur, in einer Lesedistanz von 10 cm. Refraktion: rechts — 25 sph, links — 26 sph.»

Im Bericht der Augenklinik wird im übrigen ausgeführt, daß das Leiden wahrscheinlich seit der Geburt bestehe, daß sich keine besonderen medizinischen Maßnahmen als notwendig erwiesen und daß die jetzige Brille der Versicherten ausreichend sei.

Mit Verfügung vom 19. Februar 1963 teilte die Ausgleichskasse der Versicherten mit, laut Beschluß der IV-Kommission könnten im Zusammenhang mit dem Augenleiden keine medizinischen Maßnahmen gewährt werden; die benötigte Brille gehe nicht zu Lasten der IV, weil sie keine wesentliche Ergänzung einer medizinischen Maßnahme darstelle.

Gegen diese Verfügung beschwerte sich die Versicherte bei der Rekursbehörde; sie machte geltend, daß ihr eine Rente zustehe und daß ein Versuch mit Kontaktgläsern gemacht werden sollte. Die Rekursbehörde wies die Beschwerde ab.

Das EVG seinerseits wies die von der Versicherten gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Nach Ansicht der Augenpoliklinik sind wegen der Myopie (Kurzsichtigkeit) der Versicherten keine besonderen medizinischen Maßnahmen notwendig. Demgegenüber erklärt das BSV, daß die Versicherte wegen drohender Glaukom- und Netzhautablösungsgefahr regelmäßiger ärztlicher Kontrollen bedürfe. Es läßt sich mit guten Gründen die Annahme vertreten, daß derartige Kontrollen medizinisch indiziert seien; sie gehören aber nicht zu den medizinischen Maßnahmen im Sinne von Art. 12 oder 13 IVG und gehen daher nicht zu Lasten der IV.

a. Gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG hat der Versicherte Anspruch auf medizinische Maßnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die in Frage stehenden medizinischen Kontrollen sind weder unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet noch geeignet, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern. In Art. 2, Abs. 1, IVV hat der Bundesrat außerdem bestimmt, daß als medizinische Maßnahmen unter den in Art. 12, Abs. 1, IVG genannten Bedingungen «einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte Vorkehren» gewährt werden. Diese Umschreibung hält sich nach den Darlegungen in EVGE 1961, S. 318 (ZAK 1962, S. 79) im Rahmen des allgemeinen Begriffes von Art. 12 IVG. Die ärztlichen Kontrollen müssen auf unabsehbare Zeit hinaus wiederholt werden, weshalb es auch an den in Art. 2, Abs. 1, IVV umschriebenen Voraussetzungen fehlen würde.

b. Grundsätzlich stehen medizinische Maßnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen den Minderjährigen zu (Art. 13 IVG). Volljährige Versicherte haben gemäß Art. 85, Abs. 2, IVG nur dann Anspruch auf Leistungen gemäß Art. 13 IVG, «sofern das Geburtsgebrechen durch eine zeitlich beschränkte medizinische Maßnahme behoben oder dauernd gemildert werden kann». Sollte die Myopie der volljährigen Versicherten ein Geburtsgebrechen darstellen, so würde es hinsichtlich der Kontrollen an dieser Voraussetzung fehlen, da sie — wie bereits erwähnt — auf unbegrenzte Zeit hinaus wiederholt werden müssen; außerdem wären sie nicht geeignet, das Geburtsgebrechen zu beheben oder zu mildern.

2. Stellen aber die Kontrollen, die als medizinische Vorkehren zur Zeit einzig in Betracht fallen, keine Eingliederungsmaßnahmen dar, so kann die IV auch nicht für die Kosten der von der Versicherten benötigten Brille aufkommen. Denn gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG werden Brillen von der IV nur abgegeben, wenn sie eine wesentliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen bilden. Im Urteil vom 5. Juli 1963 i. Sa. B. und M. W. (ZAK 1963, S. 541) findet sich allerdings die Bemerkung, der Verwaltungspraxis sei insofern beizupflichten, daß bei Minderjährigen die Brillen immer dann übernommen würden, wenn sie der Korrektur einer angeborenen hochgradigen Refraktionsanomalie im Sinne von Art. 2, Ziffer 158, GgV dienten; daß die Brillen eine wesentliche Ergänzung medizinischer Maßnahmen darstellten, sei hier nicht erforderlich. Hieraus kann aber die volljährige Versicherte nichts zu ihren Gunsten ableiten, selbst wenn die nun hochgradig gewordene Myopie angeboren sein sollte. Die erwähnte Verwaltungspraxis hat ihren Grund darin, daß bei hochgradig angeborenen Refraktionsanomalien das Tragen der Brille die einzig mögliche und notwendige Vorkehr zur Erreichung des in Art. 13

IVG für Minderjährige angestrebten Eingliederungserfolges bildet. Volljährigen stehen aber Leistungen gemäß Art. 13 IVG nur unter den einschränkenden Bedingungen des Art. 85, Abs. 2, IVG zu; insbesondere muß es sich um zeitlich beschränkte Maßnahmen handeln. Da die Versicherte voraussichtlich ihr ganzes Leben eine Brille tragen muß, kann insoweit von der Erreichung eines gesetzlich geschützten Erfolges durch eine zeitlich beschränkte Maßnahme nicht gesprochen werden.

Ob die Kontaktgläser, die die Versicherte verlangt, entsprechend der Annahme der Vorinstanz den Brillen gleichzusetzen sind, braucht nicht entschieden zu werden. Auf jeden Fall könnten Kontaktgläser von der IV nur dann abgegeben werden, wenn mit ihnen ein besserer Eingliederungserfolg als mit einer Brille möglich wäre. Das läßt sich den Akten nicht entnehmen: Laut dem Bericht der Augenpoliklinik ist die Brille ausreichend; einzig der Augenarzt spricht davon, daß «eventuell» Kontaktgläser notwendig seien. Aus den Vorbringen in der Berufung ergibt sich übrigens, daß die Versicherte weiterhin die Brille benützen will und lediglich während gewisser Zeiten ihre schwere Brille mit Kontaktgläsern vertauschen möchte.

3. Wie bereits die Vorinstanz entschieden hat, sind die Akten der IV-Kommission zu überweisen, damit sie die Frage der beruflichen Eingliederung der Versicherten prüfe. Nachdem die als Hausangestellte tätige Versicherte das Handelsdiplom hat, ist vor allem abzuklären, ob ihr nicht eine Stelle verschafft werden könnte, die der Ausbildung und den bestehenden Fähigkeiten besser entspricht (möglicherweise nach Durchführung einer Umschulung). Sollte eine Eingliederung nicht gelingen, so hätte die IV über den Rentenanspruch zu befinden; die Feststellung in den Erwägungen des angefochtenen Entscheides, daß keine rentenbegründende Invalidität gegeben sei, stände dem nicht entgegen, da über die Rentenfrage keine Verfügung ergangen ist.

#### **Urteil des EVG vom 17. Dezember 1963 i. Sa. W. N.**

**Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 16, Abs. 2 und 3, IVV. Bei Motorfahrzeugen gelten als Reparatur- bzw. Erneuerungsaufwand die für die Erhaltung oder Wiederherstellung der Fahrtauglichkeit und Verkehrssicherheit unerläßlichen Auslagen. Demgegenüber zählen Auslagen für die jederzeitige Betriebsbereitschaft des Fahrzeuges zum Betriebsaufwand. Die normale Reifenabnutzung ist dem Betriebsmittelverbrauch gleichzustellen. Dagegen gehört der Ersatz oder die Instandstellung unfallmäßig oder sonstwie gewaltsam beschädigter Reifen zum Erneuerungs- bzw. Reparaturaufwand.**

Der Versicherte ist im Jahre 1944 an Poliomyelitis erkrankt und demzufolge stark gehbehindert. Er wird seit 1949 wiederum bei der Bahn beschäftigt. Seither besitzt er ein Automobil, in welchem er den Weg zu, bzw. von der Arbeit zurücklegt. Laut Beschluß der IV-Kommission verfügte die Ausgleichskasse am 24. August 1961, von Januar 1960 an übernehme die IV im Sinne des Art. 16 IVV die Reparatur- und Erneuerungskosten dieses Fahrzeuges.

Am 14. September 1962 sandte der Versicherte der IV-Kommission die folgenden quittierten Rechnungen ein und ersuchte um Vergütung der betreffenden Beträge:

1 Batterie . . . . .	Fr. 137.—
Arbeit am Dynamo usw. . . . .	Fr. 87.50
2 Winterreifen und Schlauch dazu . . . .	Fr. 161.—
1 neuer Reifen . . . . .	Fr. 70.—
1 Schlauch geflickt . . . . .	Fr. 6.—
	Fr. 76.—

Die Ausgleichskasse wies am 18. Dezember 1962 das Gesuch mit der Begründung ab, es handle sich ausschließlich um Betriebskosten (Art. 16, Abs. 3, IVV). Auf Beschwerde des Versicherten hin entschied die kantonale Rekursbehörde, die IV ersetze laut Art. 16, Abs. 2, IVV 137 Franken für eine Batterie, 161 Franken für 2 Winterreifen samt Schlauch sowie 70 Franken für einen Sommerreifen, nicht aber die 87.50 Franken für Arbeit am Dynamo und die 6 Franken für die Schlauchreparatur, da diese Betriebskosten darstellen.

Das EVG hieß die vom Versicherten und vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichten Berufungen aus folgenden Erwägungen teilweise gut:

1. Gestützt auf Art. 21, Abs. 1, IVG ist in Art. 16, Abs. 2 und 3, IVV folgendes angeordnet:

2 Bedarf ein . . . Hilfsmittel trotz sorgfältigem Gebrauch der Reparatur, Anpassung oder teilweisen Erneuerung, so übernimmt die Versicherung deren 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.

3 Die Kosten für den Betrieb von Motorfahrzeugen . . . werden von der Versicherung nicht übernommen. Ausnahmsweise kann die IV an solche Kosten einen Beitrag bis zu 50 Franken im Monat gewähren.

Der vom BSV für Bestandteile und Betriebsmittel verwendete Begriff Verbrauchsmaterial ist allzu allgemein und taugt daher nicht als Abgrenzungskriterium. Begrifflich stellt ein Kleinautomobil schon in seiner Gesamtheit «Verbrauchsmaterial» in einem weiteren Sinne dar, weil es nach rund zehnjährigem Gebrauche ausgedient haben wird. Grundsätzlich erscheint es richtiger, als Reparatur- bzw. Erneuerungsaufwand das zu betrachten, was Fahrtauglichkeit und Verkehrssicherheit bei einem Personewagen verlangen, und als laufenden Betriebsaufwand das, was für die jederzeitige Betriebsbereitschaft des (verkehrssicheren) Fahrzeuges noch vorgekehrt werden muß.

In fahrtauglichem, verkehrssicherem Zustand ist aber ein Automobil nur, solange der Motor, das Getriebe, die Lenkung, die Aufhängung, die elektrische Anlage (zu welcher die Batterie einschließlich Zündungs- und Lichtanlage gehört), das Bremssystem und die Bereifung in Ordnung sind.

2. Umschließt demnach der Begriff des fahrtauglichen, verkehrssicheren Automobils auch eine ordnungsgemäße Bereifung, so fällt jedoch hinsichtlich des Reifenverschleißes folgendes ins Gewicht: Die normale Reifenabnutzung hängt unmittelbar mit der Anzahl gefahrener Kilometer zusammen und stellt insofern einen dem Betriebsmittelverbrauch nahe verwandten Vorgang dar. Schon dieser Umstand legt es nahe, den Reifenverschleiß für die Belange des

Art.16, Abs. 2, IVV dem Benzin- und Ölverbrauch gleichzustellen. Ließe man den Ersatz abgenützter Reifen trotzdem als Erneuerung gelten, so müßte übrigens die IV-Kommission jedesmal untersuchen, ob wirklich schon ein neuer Pneu nötig sei (weil die Brauchbarkeit abgenützter, aber noch nicht völlig durchgefahrener Reifen durch gewisse Vorkehren verlängert werden kann), und bejahendenfalls ausrechnen, wieviele der vom Versicherten zurückgelegten Fahrkilometer auf Fahrten entfallen sind, die dem Eingliederungszweck des Motorfahrzeuges dienen. Das würde einen administrativen Aufwand erfordern, der sich in keinem vernünftigen Verhältnis zu dem auf dem Spiel stehenden sozialen Interesse befände.

Aus diesen Gründen rechtfertigt es sich, im Anwendungsgebiet des Art. 21 IVG die normale Reifenbenützung gleich zu behandeln wie den Verbrauch eigentlicher Betriebsstoffe. Dagegen ist der Ersatz oder die Instandstellung unfallmäßig oder sonstwie gewaltsam beschädigter Reifen zum Erneuerungs-, bzw. Reparaturaufwand zu zählen.

3. Im vorliegenden Fall gehört die Ersetzung der Batterie (Fr. 137.—) zum Erneuerungsaufwand, für welchen die IV haftbar ist, während der Ankauf zweier Winterreifen nebst einem Schlauch (Fr. 161.—) und eines Sommerreifens (Fr. 70.—) als laufender Betriebsaufwand zu Lasten des Versicherten zu gehen hat.

4. Im übrigen ist noch zur Rechnung von 87,50 Franken für «Arbeit am Dynamo usw.» Stellung zu nehmen. Der Versicherte will ausdrücklich nur die Kosten «der Dynamo-Reparatur» ersetzt haben, und das BSV erklärt in seinem Mitbericht, es bewerte die an der Lichtmaschine ausgeführte Arbeit als Reparatur, aber «unter Ausschuß der Aufladung der Batterie und des Ersatzes eines Lämpchens». Es besteht kein Anlaß, von dieser Ausscheidung abzuweichen, zumal der Versicherte es nicht ablehnt, den auf die letzterwähnten beiden Verrichtungen entfallenden — ohnehin minimen — Kostenanteil selber zu tragen.

#### Urteil des EVG vom 5. Dezember 1963 i. Sa. M. B.

**Art. 16, Abs. 3, IVV.** Für den Betrieb eines Motorfahrzeuges kann die IV einen Beitrag von höchstens 50 Franken monatlich zusprechen, wenn zwei Drittel der anrechenbaren Einkünfte des Versicherten (und gegebenenfalls seiner Ehefrau) zusammen mit einem Betriebskostenbeitrag die in Art. 42 AHVG bestimmte Einkommensgrenze nicht überschreiten. (Erwägung 1)

**Art. 16, Abs. 3, IVV.** Bei verheirateten Versicherten ist die Einkommensgrenze für Ehemänner gemäß Art. 42 AHVG maßgebend. Für jedes minderjährige Kind ist ein Pauschalabzug gemäß Art. 57, Buchst. e, AHVV von den rohen Einkünften zulässig. (Erwägung 2)

Der Versicherte ist verheiratet und Vater eines im Jahre 1948 geborenen Kindes. Er war Schriftsetzer, als er 1954 von einer schweren Poliomyelitis befallen wurde und eine Dauerlähmung beider Beine davontrug. Er bezog von der «Kinderlähmungsversicherung» eine Entschädigung von 50 000 Franken und arbeitet seit Herbst 1956 wieder in einer Druckerei, jetzt aber als Korrektor. Den Arbeitsweg von täglich  $4 \times 3$  km legte er in einem Auto zurück, das er im Jahre 1956 auf spitalärztlichen Rat gekauft und auf Handbedie-



nung hatte umbauen lassen. Nachdem die Vorinstanz auf eine Beschwerde des Versicherten hin am 27. Februar 1961 die IV verhalten hatte, sich mit monatlich 50 Franken an den Autobetriebskosten zu beteiligen, und das BSV jenen Entscheid rechtzeitig weitergezogen hatte, wies das EVG mit Urteil vom 4. September 1961 (EVGE 1961, S. 251, ZAK 1962, S. 458) die Sache zu besserer Abklärung und neuem Beschluß an die IV-Kommission zurück. Es erklärte, im allgemeinen sei Art. 16, Abs. 3, IVV nur anwendbar, wenn zwei Drittel des vom Invaliden (und gegebenenfalls seiner Ehefrau) erzielten reinen Einkommens zusammen mit dem Betriebskostenbeitrag der IV die in Art. 42 AHVG bestimmte Einkommensgrenze nicht überschreiten.

Von der IV-Kommission um Abklärung der finanziellen Verhältnisse des Versicherten ersucht, machte die IV-Regionalstelle am 13. Juli 1962 folgende Angaben:

	1959	1960	1961
	Fr.	Fr.	Fr.
Arbeitslohn + Vermögensertrag		11 446	12 500
Als Gewinnungskosten abziehbar:			
— Autobetriebskosten (Steuer, Haftpflichtvers. Benzin + Öl, Pneuverschleiß und Putzmaterial)	694		
— Amortisationsquote 1/3 der Anschaffungskosten, die Fr. 8 185 betragen haben	1 023	1 717	1 717
Reine Einkünfte		9 729	10 783
Vermögen	am 1. 1. 60 Fr.	am 1. 1. 61 Fr.	
	53 328.—	49 592.—	

Am 28. Januar 1963 verfügte die Ausgleichskasse, ein Betriebskostenbeitrag werde nicht gewährt, weil kein Härtefall im Sinne des Art. 42 AHVG vorliege. Der Versicherte beschwerte sich und erneuerte sein Gesuch, wurde aber von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen.

Das EVG seinerseits wies die vom Versicherten gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Die Kosten des Betriebes eines persönlichen Motorfahrzeuges hat ein gehbehinderter Invaliden grundsätzlich selber zu tragen; nur in Härtefällen darf die IV sich daran beteiligen, und höchstens mit 50 Franken monatlich (Art. 16, Abs. 3, IVV). Ein solcher Härtefall besteht in der Regel dann, wenn zwei Drittel der anrechenbaren Einkünfte des Versicherten (und gegebenenfalls seiner Ehefrau) zusammen mit einem Betriebskostenbeitrag die in Art. 42 AHVG bestimmte Einkommensgrenze nicht überschreiten. Maßgebende Berechnungsregeln sind die Art. 56—61 AHVV und 35, Abs. 1, IVV. Als Gewinnungskosten laut Art. 57, Buchst. a, AHVV zählen unter anderem die auf den Arbeitsweg entfallenen Autobetriebskosten sowie in den Fällen, bei welchen der Wagen schon vor dem 1. Januar 1960 (Inkrafttreten der IV) angeschafft worden war, eine entsprechende Amortisationsquote. Das EVG verweist auf

die Erwägung 2 seines im vorliegenden Fall ergangenen Urteils vom 4. September 1961 (EVGE 1961, S. 254, ZAK 1962, S. 458) und auf seine seitherigen Urteile i. Sa. M. D. vom 3. Dezember 1962 (EVGE 1962, S. 348, ZAK 1963, S. 254), und P. C. vom 14. Dezember 1962 (ZAK 1963, S. 185).

2. Für das Beitragsjahr 1960 ist von den rohen Einkünften des Jahres 1959 auszugehen (Art. 56 und 59, Abs. 1, AHVV). Abziehbar sind laut Art. 57, Buchst. a, AHVV die auf den Arbeitsweg von 12 km entfallenden Betriebskosten einschließlich einer angemessenen Amortisationsquote (Fr. 1 717.—), ferner laut Art. 57, Buchst. d, für Versicherungsprämien und Steuern 900 Franken und nach Art. 57, Buchst. e, für ein minderjähriges Kind 900 Franken. So ergibt sich für das Beitragsjahr 1960 (Berechnungsgrundlage = Einkommen 1959) die folgende Rechnung:

	Fr.	Fr.
Arbeitslohn + Vermögensertrag		11 446.—
Vermögen (am 1. Januar 1960)	53 328.—	
nicht anrechenbar (Art. 60 AHVV)	<u>16 000.—</u>	
Anrechenbares Vermögen	37 328.—	
Hievon $\frac{1}{15}$ zum Einkommen (Art. 60 AHVV)		<u>2 488.—</u>
Rohes Einkommen		13 934.—
<b>Abzüge laut Art. 57 AHVV:</b>		
Buchst. a: Autobetriebskosten und Amortisationsquote	1 717.—	
Buchst. d: Vers'prämien + Steuern	900.—	
Buchst. e: Abzug für 1 Kind	900.—	3 517.—
anrechenbares Einkommen		<u>10 417.—</u>

Zwei Drittel von Fr. 10 417.— betragen 6 944.— und überschreiten die Einkommensgrenze für Ehemänner, die bis Juni 1961 bei 4 000 Franken gelegen hatte (Art. 42 AHVG, Fassung vom 22. Dezember 1955), um rund 2 900 Franken. Die IV-Kommission und die Vorinstanz haben statt dessen zwei Drittel des Einkommens 1961 errechnet und ihnen eine Summe von 4 800 Franken + 1 500 Franken «Kinderzulage» = 6 300 Franken als revidierte Einkommensgrenze gegenübergestellt. Dieses Vorgehen verstößt gegen den Art. 42, Abs. 1, AHVG, laut welchem die Einkommensgrenze für Ehemänner 4 800 Franken beträgt (und mit der Einkommensgrenze für verwaiste Kinder, 1 500 Franken in keiner Weise zusammenhängt), und gegen den — durch Art. 42, Abs. 3, AHVG gedeckten — Art. 57, Buchst. e, AHVV, wonach für jedes minderjährige Kind ein Pauschalabzug von 900 Franken an den rohen Einkünften des Versicherten zu machen ist. Die entsprechenden Ausführungen des BSV treffen zu.

Im vorliegenden Fall hat also im Jahre 1960 und auch während der Jahre 1961 und 1962 kein Härtefall im Sinne des Art. 16, Abs. 3, IVV bestanden, obgleich mit Wirkung ab Juli 1961 die gesetzliche Einkommensgrenze von 4 000 Franken auf 4 800 Franken erhöht worden ist (Art. 42 AHVG, Fassung vom 23. März 1961; Urteil i. Sa. P. C., ZAK 1963, S. 185).

## Renten

Urteil des EVG vom 6. November 1963 i. Sa. H. A.

**Art. 29, Abs. 1 IVG und Art. 29 IVV.** Die 360tägige Frist gilt nicht als unterbrochen, wenn es sich bei der vorübergehenden Arbeitsaufnahme um einen gescheiterten Arbeitsversuch handelt, der nachgewiesenermaßen über die Kräfte des Versicherten ging, und zwar auch dann, wenn der Versuch mehr als 30 Tage gedauert hat.

Der 1909 geborene Versicherte leidet schon länger als 10 Jahre an Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwür). Seit einigen Jahren bestehen zudem schwere Zirkulationsstörungen am rechten Bein. Am 14. Februar 1962 war er gezwungen, seine Tätigkeit als Arbeiter einer Ziegelei einzustellen. Er mußte sich im Jahre 1962 einer Magenresektion und einer Sympathektomie rechts unterziehen. Vom 24. August 1962 an wurde er in seiner Arbeitgeberfirma vorerst in der Ziegelei und dann im Bureau beschäftigt, doch gab er die Arbeit am 3. Oktober 1962 wieder auf. Der Arzt bescheinigte am 4. Januar 1963, daß der Versicherte weiterhin gänzlich arbeitsunfähig sei.

Im November 1962 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. Durch Verfügung vom 1. März 1963 teilte ihm die Ausgleichskasse mit, daß laut Beschluß der IV-Kommission vorderhand keine IV-Rente ausgerichtet werden könne, da es an einer vollen Arbeitsunfähigkeit während 360 Tagen fehle. Durch die Arbeitsaufnahme von mehr als 30 Tagen sei die Frist von 360 Tagen unterbrochen worden.

Auf Beschwerde hin wies die Rekurskommission die Ausgleichskasse an, dem Versicherten vom 14. Februar 1963 an eine Rente nach ununterbrochener voller Arbeitsunfähigkeit von 360 Tagen auszurichten, sofern die Prüfung durch die IV-Kommission ergäbe, daß weiterhin mit einer mindestens hälftigen Erwerbsunfähigkeit zu rechnen sei. Sie begründete diesen Entscheid im wesentlichen damit, daß der gescheiterte Arbeitsversuch im Sommer 1962 den Lauf der 360tägigen Frist nicht beeinflußt habe.

Die gegen diesen Entscheid erhobene Berufung des BSV wurde vom EVG mit folgender Begründung abgewiesen:

1. ...

2. Bleibend gemäß der 1. Variante des Art. 29, Abs. 1, IVG ist die Erwerbsunfähigkeit grundsätzlich nur dann, wenn sie auf einen körperlichen oder geistigen Defektzustand zurückgeht; in diesem Sinne wird gefordert, daß sie während der ganzen, dem Versicherten verbleibenden Aktivitätsperiode bestehen müsse. Ein somatischer Prozeß (labiler Gesundheitsschaden) begründet dagegen grundsätzlich keine bleibende Erwerbsunfähigkeit (EVGE 1962, S. 246, i. Sa. M. S. vom 22. September 1962, ZAK 1963, S. 88). Im vorliegenden Fall liegt ein labiler Gesundheitsschaden, nicht ein Defektzustand vor; überdies stellt die Vorinstanz fest, daß die Wiedereingliederung des Versicherten ins Erwerbsleben durch Umschulung nicht ausgeschlossen sei. Eine bleibende Erwerbsunfähigkeit ist daher mit Recht verneint worden.

3. Die Vorinstanz geht davon aus, daß der Versicherte im Februar 1963 das Erfordernis der 360tägigen, ununterbrochenen vollen Arbeitsunfähigkeit

erfüllt habe; demzufolge könne er von diesem Zeitpunkt an eine Rente beanspruchen, sofern weiterhin eine mindestens hälftige (nicht aber bleibende) Erwerbsunfähigkeit bestanden habe (2. Variante des Art. 29, Abs. 1, IVG). Daß der Versicherte vom 14. Februar bis 24. August 1962 und wiederum vom 4. Oktober 1962 bis zum 14. Februar 1963 gänzlich arbeitsunfähig war, ist unbestritten. Dagegen vertritt das BSV die Ansicht, von einer ununterbrochenen vollen Arbeitsunfähigkeit während 360 Tagen habe im Februar 1963 nicht gesprochen werden können. Zwar werde gemäß Art. 29 IVV diese Frist durch Arbeitsaufnahme an insgesamt nicht mehr als 30 Tagen nicht unterbrochen; der Versicherte habe jedoch im Sommer 1962 länger als 30 Tage gearbeitet. Nach den glaubhaften Darlegungen des Versicherten handelte es sich indessen um einen gescheiterten Arbeitsversuch; der Versicherte war zunächst einige Zeit halbtagsweise in der Ziegelei und sodann — weil er die geforderte Arbeit nicht leisten konnte — im Büro der Arbeitgeberfirma tätig, worauf er zusammenbrach. Hieraus muß geschlossen werden, daß der Versicherte bei seinem damaligen Gesundheitszustand gar nicht in der Lage war, in der Ziegelei oder im Büro zu arbeiten. Von Arbeitsfähigkeit kann aber grundsätzlich nur dann gesprochen werden, wenn der Versicherte eine seinen Fähigkeiten entsprechende Arbeit zu leisten vermag, nicht aber dann, wenn eine tatsächlich geleistete Arbeit seine geschwächten Kräfte erwiesenermaßen überstiegen hat. Diese Auffassung findet sich bereits im Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Einführung der IV (S. 126); dort wird nämlich erklärt, «daß die Dauer von 360 Tagen durch erfolglose Versuche der Arbeitsaufnahme nicht als unterbrochen gelten soll». Wenn in Art. 29 IVV gesagt wird, durch Arbeitsaufnahme an insgesamt nicht mehr als 30 Tagen werde die 360 Tage dauernde volle Arbeitsunfähigkeit nicht unterbrochen, so kann das nur heißen, daß bei derart kurzen Tätigkeiten in einer Periode länger dauernder Arbeitsunfähigkeit eine Arbeitsfähigkeit von vorneherein nicht gegeben ist.

War aber der Versicherte im Sommer 1962 während der Zeit seines Arbeitsversuches nicht arbeitsfähig, so hat die Vorinstanz mit Recht angenommen, das Erfordernis der 360tägigen vollen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 29, Abs. 1, IVG sei im Februar 1963 erfüllt gewesen. Die IV-Kommission hat — entsprechend dem vorinstanzlichen Entscheid — nur noch abzuklären, ob weiterhin eine mindestens 50 Prozent, nicht bleibende Erwerbsunfähigkeit bestand. Trifft dies zu, so ist ein Rentenanspruch vom Februar 1963 an gegeben.

#### **Urteil des EVG vom 27. August 1963 i. Sa. M. H.**

**Art. 29, Abs. 2, IVG. Ist eine versicherte Jugendliche schon vor dem auf ihren 17. Geburtstag folgenden Jahr invalid geworden, so kann eine Invalidenrente erst vom 20. Altersjahr an gewährt werden, auch wenn die Versicherte schon vor diesem Zeitpunkt Beiträge an die Versicherung geleistet hat.**

Die Versicherte, geboren am 17. März 1944, hatte im Kleinkindalter eine Poliomyelitis durchgemacht, die damals nicht mit genügender Sorgfalt behandelt worden war. Es blieben eine schwere Verkrümmung der Wirbelsäule und Deformationen der Beine bestehen, mit Auswirkungen vor allem auf die

Gehfähigkeit. Versuche, auf orthopädisch-chirurgischem Wege eine Besserung herbeizuführen, hatten keinen Erfolg. Die Beschwerden nahmen im Gegenteil noch zu. Gemäß Arztbericht ist damit zu rechnen, daß sich der Zustand weiterhin verschlechtern und die Patientin ständig auf einen Fahrstuhl angewiesen sein wird. Soweit die Tochter arbeitsfähig war, beschäftigte sie der Vater mit leichteren Verrichtungen im eigenen Stickereibetrieb. An Eingliederungsmaßnahmen wurden bis heute orthopädische Spezialschuhe, Reiseauslagen, die leihweise Abgabe eines Fahrstuhls sowie die Kosten der spezialärztlichen Behandlung von der IV übernommen.

Am 2. März 1960 hatte sich der Vater für seine Tochter auch noch um eine Invalidenrente beworben, doch wurde sein Begehren von der Ausgleichskasse (Verfügung vom 19. November 1962) und der kantonalen Rekurskommission als verfrüht abgewiesen.

Das EVG wies eine gegen den kantonalen Entscheid ergriffene Berufung mit folgender Begründung ab:

Art. 29, Abs. 2, IVG lautet: «Die Rente wird frühestens vom ersten Tag des der Vollendung des 20. Altersjahres folgenden Monats an gewährt. Sie wird jedoch vor diesem Zeitpunkt ausgerichtet, wenn der Versicherte nach dem 31. Dezember des Jahres, in dem er das 17. Altersjahr zurückgelegt hat, invalid geworden ist und Beiträge geleistet oder einen wesentlichen Naturallohn bezogen hat.» An diesem klaren Wortlaut des Gesetzes scheidet das Rentenbegehren der minderjährigen Berufungsklägerin. Es fehlt auf jeden Fall am Erfordernis, daß die Invalidität erst im Jahr nach der Vollendung des 17. Altersjahres eingetreten ist. Nach den Akten war die Berufungsklägerin seit ihrer frühen Kindheit tatsächlich invalid. Gemäß Art. 85, Abs. 1, IVG wird angenommen, die Invalidität sei rechtlich mit dem Inkrafttreten des IVG am 1. Januar 1960 eingetreten (EVGE 1961, S. 339, ZAK 1962, S. 84), zu welchem Zeitpunkt die 1944 geborene Berufungsklägerin noch nicht 16 Jahre alt war. Sie kann daher vor der Zurücklegung des 20. Altersjahres keine Rente beanspruchen. Ebensowenig sind die Voraussetzungen für die Ausrichtung eines Taggeldes erfüllt; denn in Art. 22, Abs. 2, IVG wird die Ausrichtung eines Taggeldes vor der Zurücklegung des 20. Altersjahres an die in Art. 29, Abs. 2, IVG aufgestellten Voraussetzungen geknüpft.

**Urteil des EVG vom 16. Oktober 1963 i. Sa. T. und F. E.**

**Art. 50, IVG; Art. 20, Abs. 3, AHVG; Art. 78, AHVV; Art. 85, Abs. 2, IVV. Wurden zu unrecht ausgerichtete Renten auf Grund von Art. 76, Abs. 1, AHVV bzw. Art. 84, IVV einer Behörde ausbezahlt, so kann die Rückerstattungsforderung nicht mit den weiterhin laufenden Renten verrechnet werden, da nicht der Rentenberechtigte, sondern die Behörde rückerstattungspflichtig ist. (Erwägung 2)**

**Art. 85, Abs. 2, IVV; Art. 79, Abs. 1, AHVV. Der Erlaß einer Rentenerückforderung gegenüber einer Behörde fällt außer Betracht. Der Einwand der Behörde, die Rückforderung bedeute für den Versicherten eine große Härte, ist rechtlich von vornherein unbeachtlich.**

Der 1923 geborene Versicherte litt seit 1958 an Rückenschmerzen. 1960 wurde eine Tuberkulose der Wirbelsäule festgestellt, weshalb er sich vom 1. Juli 1960

bis Ende Oktober 1961 in einem Sanatorium aufhalten mußte. Die Fürsorgekommission seiner Wohngemeinde meldete ihn am 1. Juli 1961 bei der IV zum Bezuge einer Rente an und beantragte, die Rente sei an sie auszurichten. Die IV-Kommission setzte den Invaliditätsgrad auf 100 Prozent fest und nahm an, die krankheitsbedingte volle Arbeitunfähigkeit bestehe seit dem 1. Juli 1960. Mit Verfügung vom 4. November 1961 sprach die Ausgleichskasse dem Versicherten ab 1. Juli 1960, längstens jedoch bis 31. Dezember 1961, eine ganze einfache IV-Rente nebst vier entsprechenden Zusatzrenten für die Frau und drei unmündige Kinder zu und ordnete an, daß diese Renten der Fürsorgekommission ausbezahlt seien.

Mit Beschluß vom 4. April 1962 gewährte die IV-Kommission dem Versicherten ab 1. Januar 1962 nur noch eine halbe Rente und machte die Ausgleichskasse darauf aufmerksam, daß die in Art. 29, Abs. 1, IVG vorgesehene 360tägige Frist erst am 1. Juni 1961 abgelaufen sei, weshalb die ursprünglich ganze IV-Rente erst von diesem letzten Datum an hätte zugesprochen werden sollen. Daraufhin teilte die Ausgleichskasse am 5. Juni 1962 dem Versicherten mit, er habe ab 1. Januar 1962 Anspruch auf eine halbe IV-Rente zuzüglich der entsprechenden Zusatzrenten. Die Auszahlung erfolge an die Fürsorgekommission. Im übrigen sei die vom 1. Juli 1960 bis 31. Mai 1961 ausgerichtete ganze IV-Rente nebst Zusatzrenten zu Unrecht ausbezahlt worden. Gleichzeitig verrechnete die Ausgleichskasse die dem Versicherten rückwirkend ab 1. Januar 1962 zustehende halbe IV-Rente von total 972 Franken mit der Rentenrückforderung von 3 069 Franken und ließ der Fürsorgekommission eine auf 2 097 Franken lautende Rückerstattungsverfügung zukommen.

Am 20. Juni 1962 übermittelte die Fürsorgekommission der Ausgleichskasse in befürwortendem Sinn ein Erlaßgesuch des Rentenberechtigten. Darin macht dieser geltend, sein bergbäuerliches Heimwesen sei überschuldet, er verfüge über kein Bargeld, er müsse zudem für seine betagten Eltern sorgen und könne nur noch teilweise arbeiten, weshalb er einen Teil seines Viehbestandes verkaufen müßte, wenn auf der Rückforderung beharrt würde. Die Ausgleichskasse wies das Erlaßgesuch ab, weil die Fürsorgebehörden sich gemäß Art. 79, AHVV nicht auf die große Härte berufen können.

Der Gemeinderat der Wohngemeinde erhob dagegen Beschwerde und machte geltend, der Versicherte habe die Rente gutgläubig bezogen und deren Rückerstattung würde für ihn eine große Härte bedeuten. Der Rentner sei nicht armengenössig, es handle sich hier somit nicht um einen Fürsorgefall. Die Fürsorgekommission habe die Rente nur in Empfang genommen, um in Vertretung des Versicherten eine Sanierung des landwirtschaftlichen Betriebes durchzuführen. Im übrigen sei es zweifelhaft, ob die Verrechnung eines Teils der Rückforderung mit der nachzuzahlenden halben IV-Rente von insgesamt 972 Franken dem Sinn des IVG entspreche. Die kantonale Rekurskommission wies die Beschwerde ab.

Das EVG hieß die vom Gemeinderat und dem Versicherten eingereichten Berufungen in bezug auf die Verrechnung gut, wies sie im übrigen aber ab, und zwar mit folgender Begründung:

1. ...
2. ...

Voraussetzung der Gültigkeit der streitigen Verrechnung ist das Bestehen zweier verrechenbarer Forderungen. Obschon nun die unbestrittenermaßen

zu Unrecht ausgerichteten Rentengelder zur Verwendung für den Versicherten ausbezahlt wurden, besteht der Rückerstattungsanspruch der Ausgleichskasse einzig gegenüber der Fürsorgekommission bzw. der Gemeinde; denn an sie wurden die Rentengelder gemäß Verfügung vom 4. November 1961 und dem darin enthaltenen Auszahlungsvermerk überwiesen; die Fürsorgekommission war aber nicht «gesetzlicher Vertreter» des Versicherten im Sinne des Art. 78 AHVV, sondern «Behörde». Weil die Verfügung vom 4. November 1961 nicht angefochten und deshalb in allen Teilen rechtskräftig wurde, haben die Rechtspflegeorgane, entgegen der Auffassung der Gemeinde, nicht zu untersuchen, ob jene Auszahlungsbestimmung dem Art. 76, Abs. 1, AHVV restlos entsprach. Es genügt, festzustellen, daß die Ausgleichskasse die Rentengelder lediglich auf Grund des Art. 76 AHVV an die Fürsorgebehörde überweisen durfte, auf deren Antrag dies übrigens geschah, wie der Berufungsschrift zu entnehmen ist.

Ist aber die Gemeinde, und nur sie, rückerstattungspflichtig, so ergibt sich, daß die Verrechnung eines Teils der Rückerstattungsforderung infolge Fehlens zweier verrechenbarer Forderungen unmöglich ist. Denn dem Versicherten gegenüber hat die Kasse keinen Rückerstattungsanspruch und kann deshalb ihm gegenüber nicht verrechnen; und der Gemeinde gegenüber fehlt es an einer verrechenbaren Gegenforderung, weil deren aus Art. 76, Abs. 1, AHVV fließender Anspruch auf Auszahlung der Rente an sie, sofern er überhaupt durch Verfügung rechtskräftig festgestellt wäre, bloß auf Auszahlung ginge. Ein solcher Anspruch ist jedoch seiner Natur nach nicht verrechenbar.

Ganz abgesehen von dieser rechtlichen Unmöglichkeit der erwähnten Verrechnung, widersprechen solche Verrechnungsoperationen auch dem Sinn der Gerichtspraxis zu Art. 20, Abs. 3 AHVG (vgl. EVGE 1956, S. 60; ZAK 1956, S. 210). Sie sind zudem insbesondere mit Art. 76 AHVV unvereinbar; denn diese Bestimmung darf nicht dazu mißbraucht werden, Rückforderungen zu realisieren, denen gegenüber der fürsorgerisch Betreute — wie im vorliegenden Fall — seinen guten Glauben und die eigene Bedrängnis im Erlaßverfahren nicht geltend machen kann. Zudem ist die Fürsorgebehörde gemäß Art. 76, Abs. 3, AHVV verpflichtet, die Rente als Treuhänderin «ausschließlich zum Lebensunterhalt des Berechtigten und der Personen, für welche er zu sorgen hat, zu verwenden». Gerade daran aber würde die Fürsorgebehörde durch die Verrechnung gehindert, ohne daß die Ausgleichskasse irgendwie dafür sorgte, daß der Rentenberechtigte während der Zeit, für welche verrechnet wurde, das Äquivalent seiner verrechnungsweise konsumierten Rente aus einem andern Titel als aus demjenigen allfälliger Armengenössigkeit erhalten hätte.

Demzufolge ist Ziffer 3 des Berufungsbegehrens grundsätzlich gutzuheißen.

3. In Ziffer 2 des Berufungsbegehrens wird beantragt, «die Rückerstattungsverfügung der Ausgleichskasse vom 5. Juni 1962 und die Abweisung des Erlaßgesuches (Verfügung vom 5. Juli 1962) seien aufzuheben und dem Versicherten die Rückerstattung der zuviel bezogenen Rente von 3 069 Franken zu erlassen».

Weil nur die Gemeinde rückerstattungspflichtig ist, fehlt dem Versicherten die Legitimation, ein Erlaßgesuch zu stellen. Fragen kann es sich hier

bloß, ob der Gemeinde die Rückerstattungsforderung von 2 097 Franken — bloß dieser Betrag wurde durch die in Rechtskraft erwachsene Rückerstattungsverfügung vom 5. Juni 1962 geltend gemacht — zu erlassen sei.

Gemäß dem letzten Satz des Art. 79, Abs. 1, AHVV können sich Behörden, welchen die Renten gemäß Art. 76, Abs. 1, AHVV ausbezahlt wurden, nicht «auf die große Härte berufen». Der französische Text bestimmt noch genauer:

«Les autorités auxquelles les rentes ont été versées conformément à l'article 76, 1er alinéa, ne peuvent invoquer le fait qu'elles seraient mises dans une situation difficile.»

An der Gesetzmäßigkeit dieser Norm zu zweifeln besteht umso weniger Anlaß, als die Gerichtspraxis zu Art. 47, Abs. 1, AHVG den Begriff der Härte von jeher rein wirtschaftlich gedeutet hat und infolgedessen ohnehin zum selben Ergebnis hätte kommen müssen. Die Gemeinde kann sich mithin nicht darauf berufen, für sie würde ohne Erlaß eine große Härte entstehen. Eine dem Versicherten drohende Härte aber ist entgegen der Auffassung der Gemeinde rechtlich von vorneherein unbeachtlich; denn der Versicherte steht sozialversicherungsrechtlich in jeder Beziehung außerhalb des gegen die Fürsorgebehörde sich richtenden Rückerstattungsverfahrens, wie aus dem zweiten Satz des Art. 78 AHVV und zudem aus der französischen Fassung des letzten Satzes von Art. 79, Abs. 1, AHVV hervorgeht.

Ist es aber einer Behörde verwehrt, sich im Rückerstattungsverfahren auf eine große Härte zu berufen, so «kommt ein Erlaß ihr gegenüber praktisch nicht in Frage» (Urteil des EVG vom 14. Juli 1953 i. Sa. Waisenamt K., ZAK 1953, S. 468). Das Erlaßgesuch ist deshalb abzulehnen.



**VON** Unter dem Voritz von Dr. Naef vom Bundesamt für  
**MONAT** Sozialversicherung fand am 30. April die traditionelle  
**ZU** *Jahreskonferenz der IV-Kommissionen* statt, an der auch  
**MONAT** die Sekretariate der IV-Kommissionen, die IV-Regional-  
stellen und die Ausgleichskassen vertreten waren. Die  
Konferenz widmete sich diesmal dem Thema «Die Eingliederung von  
Geistesschwachen». Professor J. Ajuriaguerra, Genf, hielt am Vormittag  
ein Referat in französischer Sprache über den Schwachsinn aus medizi-  
nischer Sicht; am Nachmittag sprach Prof. E. Montalta, Zug/Freiburg,  
in deutscher Sprache über den Schwachsinn aus heilpädagogischer Sicht.  
Anschließend fand eine rege Diskussion über die praktische Bildungs-  
fähigkeit von Geistesschwachen statt.

\*

Am 30. April ist die Schweizerische Landesausstellung 1964 eröffnet worden. Im Sektor «Waren und Werte» kommen die private und soziale Versicherung, zusammen mit der staatlichen und betrieblichen Personalfürsorge, gemeinsam zum Worte. Es wird sich noch Gelegenheit bieten, in der ZAK auf die Grundzüge hinzuweisen, nach welchen der Versicherungsgedanke zur Darstellung gelangt. Die Anlagen müssen bedient werden, und die Besucher sollen auf allfällige Rückfragen hin über die einzelnen Versicherungszweige zuverlässig Auskunft erhalten. Private und soziale Versicherung haben sich in die Aufgabe geteilt, das hiezu notwendige Personal zu stellen, sei es für die ganze Dauer der EXPO, sei es für einen beschränkten Zeitraum. Von den Ausgleichskassen kommen in diesem Sinne 20 Mitarbeiter nach Lausanne. Soweit die Sozialversicherung und die öffentlichrechtliche Personalfürsorge zum Zuge kommen, hat sich *E. Schmocker*, Leiter der Ausgleichskasse CIVAS in Lausanne trotz starker Arbeitsbelastung in verdankenswerter Weise zur Verfügung gestellt, um das Bedienungs- und Auskunftspersonal zu rekrutieren und während der EXPO zu betreuen. An einer Tagung, die am 22. April 1964 in Lausanne stattfand, wurden das ständige Personal und die bis Ende Juli tätigen Ablösungen durch verschiedene Referenten in das Wesen der privaten und sozialen Versicherung eingeführt.

# Aus der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes im Jahre 1963 zur Invalidenversicherung

Die IV ist ein vielschichtiger Zweig der Sozialversicherung, der auch im Jahre 1963 das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) als höchste richterliche Instanz stark beschäftigte. Wie für die früheren Jahre (siehe ZAK 1962, S. 195 und 241; 1963, S. 203) sollen hier auch für das abgelaufene Jahr die wichtigsten Entscheide näher betrachtet und auf ihre Auswirkungen für die Praxis untersucht werden. Die nachstehenden Ausführungen vermitteln indessen keinen systematischen Überblick über das außerordentliche weite Gebiet der Rechtsprechung in der IV, sondern wollen den Leser vor allem auf die wichtigsten Neuerungen hinweisen. Die Betrachtung gliedert sich in je einen Abschnitt über die Eingliederungsmaßnahmen, die Geldleistungen und das Verfahren.

## I. Die Eingliederungsmaßnahmen

Nach wie vor ist besonders auf dem Gebiet der medizinischen Eingliederungsmaßnahmen die Anspruchsberechtigung auf Leistungen der IV stark umstritten und führte zu einer größeren Zahl von Urteilen des EVG. Während bei den beruflichen Eingliederungsmaßnahmen nur wenige Rechtsfälle zu entscheiden waren, hatte sich das Gericht mit der Gewährung von Hilfsmitteln verschiedentlich zu beschäftigen, und zwar hauptsächlich mit Fragen der Motorisierung von Invaliden zur Überwindung des Arbeitsweges. Dabei wurde die bereits im Jahre 1962 begonnene Gerichtspraxis bestätigt und teilweise weiter ausgebaut.

### 1. Medizinische Maßnahmen

Im Berichtsjahr mußten zahlreiche Begehren um medizinische Maßnahmen zu Lasten der IV wegen der strikten Beschränkung der Leistungen auf medizinische Vorkehren zur dauerhaften Eingliederung ins Erwerbsleben vom EVG abgewiesen werden. So entfiel wieder in vielen Fällen die Leistungspflicht der IV, weil Behandlungen des Leidens an sich vorlagen, oder in Fällen, bei denen die medizinischen Vorkehren als *vorwiegend* zur Leidensbehandlung gehörend beurteilt wurden.

Erwähnenswert sind u. a. folgende Leiden, deren Behandlung nicht zu Lasten der IV übernommen wurden: Tropische Geschwüre mit

Knochenabstoßung, die Fettsucht, die Platzangst (Agoraphobie) infolge eines Geburtsgebrechens gemäß Artikel 2, Ziffer 98, GgV wegen anhaltender Behandlungsdauer, die selbstzerstörerische Süchtigkeit nach Schlaftabletten, die Bürgersche Krankheit samt operativer Beseitigung von Durchblutungsstörungen durch Einsetzen künstlicher Arterien oder Amputation, Frakturen der Extremitäten einschließlich Nach-Korrekturen von schlechten Verheilungen, Reponierungen und Nagelungen, andere Erkrankungen der Gliedmaßen wie Dupuytren-Kontrakturen und Sudeck-Syndrome (Dystrophie mit Bewegungseinschränkung, Atrophie und Gelenkversteifung). Aber auch dort, wo keine eigentliche Leidensbehandlung vorlag, wurden Leistungen der IV verweigert, weil die medizinischen Vorkehren dauernd zu wiederholen waren, wobei unberücksichtigt bleiben mußte, ob diese stete Wiederholung der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit diene.

Wurden zeitlich beschränkte oder einmalige medizinische Eingliederungsmaßnahmen für Versicherte begehrt, die sich dem AHV-Rentenalter näherten, so stellte die Rechtsprechung nicht darauf ab, wie lange der Ansprecher selbst noch erwerbstätig sein könnte, sondern es wurde ohne Rücksicht auf den subjektiven Erfolg der medizinischen Maßnahmen auf ein theoretisches Ende der Erwerbstätigkeit (sogenanntes Ende der «Aktivitätsperiode») abgestellt, nämlich auf den Zeitpunkt des Anspruchsbeginnes auf eine Altersrente.

Im Berichtsjahr ergingen annähernd 10 Urteile des EVG wegen Coxarthrose. Darunter befanden sich mehrere Urteile, in denen Versicherten im Alter von 64, 62 bzw. 60 Jahren die Kostenübernahme der Operation wegen fortgeschrittenen Alters abgelehnt wurde.

Die Streitfrage der Kostenübernahme medizinischer Maßnahmen stellte sich aber noch bei weiteren Hüftleiden, so unter anderem bei der *Epiphysenlösung* (Ablösung der langen Röhrenknochen in der Wachstumszone während der Wachstumsperiode). Gestützt auf ein Gutachten von Prof. Dr. med. Baumann, Langenthal, folgte das Gericht einer Einteilung dieses evolutiven Leidens in drei Stadien (vgl. ZAK 1963, S. 445) und ließ nur die operative Korrektur einer eingetretenen Deformität (Stadium progrediens) samt Vor- und Nachbehandlung als medizinische Eingliederungsmaßnahme zu Lasten der IV zu (ZAK 1963, S. 444). Diese Praxis wurde in zwei weiteren Urteilen bestätigt, wobei in einem Fall ausnahmsweise die Kosten des operativen Eingriffes vor dem dritten Stadium übernommen wurden, weil die rasche Entwicklung des Leidens an der Schwelle des Berufsbildungsalters des Versicherten den in kürzester Zeit bevorstehenden Defektzustand vermuten ließ.

Bei der *idiopathischen Skoliose* (Verkrümmung der Wirbelsäule), wo gemäß einem weiteren Gutachten von Prof. Baumann auch drei Phasen zu unterscheiden sind (Evolutive Früh- und Spätphase sowie Stabilität nach Eintritt der Skelettreife) sprach das Gericht einer unmittelbar vor dem Berufsbildungsalter stehenden Tochter die Kostenübernahme der Operation zu, mit der Einschränkung, daß dies nur in allerschwersten Fällen in Frage komme, während die in den meisten Fällen ausreichenden konservativen Vorkehren nicht zu Lasten der IV gehen (ZAK 1963, S. 324 und 442).

Bei der *Diskushernie* bezeichnete das Gericht die konservative Behandlung, die Laminektomie (Entfernung des hinteren Teiles eines Wirbelbogens) und die Spanoperation (Einsetzung eines Spans zur Stabilisierung der Festigkeit der Wirbelsäule und Beseitigung der schmerzhaften Beweglichkeit) als Heilbehandlung und lehnte daher deren Übernahme durch die IV ab (ZAK 1963, S. 322 und 450).

Von besonderem Interesse in der Reihe dieser Urteile war ein Fall von *Scheuermannscher Krankheit* und *Spondylolisthesis*. Hier erklärte das EVG, die Kostenübernahme für die Behandlung des ersten Leidens sei abzulehnen, außer es «hätte auf die als Geburtsgebrechen anerkannte Spondylolisthesis kausal eingewirkt». Werde die Operation als Eingliederungsmaßnahme anerkannt, so frage es sich, ob die allfälligen konservativen Vorkehren wegen der Scheuermannschen Krankheit während der operativen Behandlung nicht «attraktionsweise» zum Komplex der Eingliederungsmaßnahmen gezählt werden müßten (ZAK 1963, S. 455). Auf Grund des dem EVG i. Sa. H. T. (ZAK 1963, S. 447) erstatteten Gutachtens von Prof. Baumann ist die Spondylolisthesis als «nicht angeborenes Leiden» bezeichnet worden; sie sei «noch nie bei einem Neugeborenen festgestellt» worden. Das Gericht verwies jedoch auf die bundesrätliche Geburtsgebrechenliste, in der das Leiden als Geburtsgebrechen figuriert, trat aber hier auf die Frage eines etwaigen Geburtsgebrechens nicht ein, weil der Versicherte bereits 39 Jahre alt und das Gebrechen zur Zeit der Minderjährigkeit nicht behandlungsbedürftig war. Die Spanversteifung zur Verhinderung der degenerativen Weiterentwicklung des Leidens und die anschließende Behandlung im Gipsbett waren von der IV nicht zu übernehmen, weil diese Vorkehren nicht als Eingliederungsmaßnahmen anerkannt wurden.

Auch über Fälle von *Poliomyelitis* hatte das EVG im Berichtsjahr wieder zu urteilen. Folgende grundsätzliche Urteile verdienen besondere Beachtung: Eine 1931 geborene Krankenschwester erkrankte 1955 an Polio. Trotz schweren Restlähmungen wurde sie wieder berufstätig; mit

Oberschenkelapparat, Knieriegel, Beckengurt, elastischem Tibialiszug, Stahlspangenkorsett und Schuheinlagen kann sie an zwei Krückstöcken gehen. Die Invalide bedarf zur Bewahrung ihrer Erwerbsfähigkeit einer jährlichen Badekur. In den Jahren 1960 und 1961 wurden die Kosten dieser Kur von der IV übernommen, für 1962 auf Grund der Rechtsprechung des EVG abgelehnt. Die Versicherte drang mit ihrer Berufung vor dem EVG nicht durch. Die Abweisung wurde damit begründet, die Badekur könne nicht zu den «während begrenzter Zeit wiederholten Vorkehren im Sinne von Artikel 2, Absatz 1, IVV» gezählt werden. Auf Grund des Zustandes der Versicherten müsse angenommen werden, daß auf unabsehbare Zeit hinaus jährlich eine Badekur notwendig sein werde. Die Kostenübernahme könne nicht erfolgen, auch wenn die Badekur medizinisch indiziert war, «sie bildet kein Element *dauernder* und wesentlicher Verbesserung oder Bewahrung der Erwerbsfähigkeit» (ZAK 1963, S. 495).

Interessant ist ferner ein Fall von *Hemiplegie* (ZAK 1964, S. 39). Es wurden dort nach Eintreten apoplektiformer Insulte (hirschlagartiger Anfälle) und der sich daraus ergebenden Halbseitenlähmung auch drei Phasen unterschieden (1. Schocküberwindung und medikamentöse Einwirkung auf die Hirnblutung und die Gefäßkondition, 2. Funktionelle Wiederherstellung durch physiotherapeutische Maßnahmen, 3. Periodisch zu wiederholende Therapiemaßnahmen gegen die verbliebenen Lähmungen oder Funktionsbehinderungen). Das Gericht erklärte, IV-Leistungen kämen hier höchstens in der zweiten Phase in Betracht und selbst dort sei zu prüfen, ob die Maßnahmen vorwiegend der beruflichen Eingliederung oder anderen Zwecken dienten, und, wenn ersteres der Fall sei, ob die Maßnahmen geeignet seien, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern. Der Fall wurde zu näherer Abklärung an die IVK zurückgewiesen unter obiger Umschreibung des Umfanges der IV-Leistungen.

Bei der Beurteilung von Fällen von *Strabismus* (Schielen) anerkannte das Gericht die Verwaltungspraxis, die auf Vorschlägen des Vorstandes der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft beruht und von der Mehrheit der Ophthalmologen gebilligt wurde (ZAK 1963, S. 541). Im übrigen entschied das Gericht, beim Auftreten dieses Leidens im «frühen Kindesalter» (z. B. im 2. oder 3. Altersjahr) sei davon auszugehen, daß ein anerkanntes Geburtsgebrehen vorliegt, sofern nicht hinreichende Gründe gegen diese Vermutung sprechen (ZAK 1963, S. 356).

In einem Fall von operativer Behandlung einer *Netzhautablösung* erklärte das EVG, es liege eine Behandlung des Leidens an sich vor, und

prüfte den Zusammenhang mit der seit Geburt vorliegenden hochgradigen Kurzsichtigkeit nicht, weil die Netzhautablösung zur Zeit der Minderjährigkeit des Versicherten nicht behandlungsbedürftig war und somit wegen des Geburtsgebrechens kein Anspruch hergeleitet werden konnte (ZAK 1964, S. 40). Nach zwei Eingriffen zerfiel hier allerdings die Sehschärfe wegen zunehmender Linsentrübung (Katarakta complicata), und der bisher als Ingenieur selbständig erwerbstätige Versicherte mußte seinen Beruf wechseln (technische Übersetzungen, redaktionelle Arbeiten und Sprachkurse).

Andererseits erklärte das EVG, die *Hornhautübertragung* bei einer 38jährigen Fabrikarbeiterin, die nach Beseitigung der infolge Entzündung narbig veränderten Hornhaut wieder an ihrem Arbeitsplatz erwerbstätig werden konnte, sei eine vornehmlich der beruflichen Eingliederung dienende Maßnahme, deren Kosten zu Lasten der IV gehen (ZAK 1963, S. 531).

Aus dem Gebiet der *Geburtsgebrecben* sind zwei Urteile bemerkenswert, die Schilddrüsengebrecben betreffen. In einem Fall litt ein 11jähriges Mädchen an angeborener Hypothyreose (herabgesetzter Schilddrüsenfunktion, Art. 2, Ziff. 180, GgV) und wies daher einen schweren körperlichen und geistigen Entwicklungsrückstand auf. Die medizinischen Maßnahmen wurden zu Lasten der IV übernommen, nicht hingegen ein Heimaufenthalt in den Bergen, der aus vorwiegend familiären Gründen durchgeführt wurde. Jegliche Leistung versagte das EVG in einem noch schwereren Fall völligen Fehlens der Schilddrüse (Abhyseose) bei einer 27jährigen, als Hausangestellte tätigen Versicherten, die außerdem an psychischem Infantilismus leidet. Da wegen des Fehlens der Schilddrüse der dauernd bestehende Mangel an einem lebenswichtigen Hormon ständig durch Ersatzprodukte ausgeglichen werden mußte, entfalle eine Kostenübernahme, denn gemäß Artikel 85, Absatz 2, IVG werden volljährigen Versicherten nur zeitlich beschränkte medizinische Maßnahmen zur Behebung des Geburtsgebrecbens gewährt.

In einem weiteren Fall anerkannte das Gericht zwar das Vorhandensein eines Geburtsgebrecbens (Chondrodystrophie = Knorpelwachstumsstörung), lehnte aber die Übernahme der Kosten der Behandlung durch einen Chiropraktiker ab, weil dieser ohne kantonale Bewilligung und ohne Fähigkeitsausweis arbeite und zudem nicht gesagt werden könne, seine Methode sei nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt (ZAK 1964, S. 91).

Nur am Rande sei erwähnt, daß das EVG gelegentlich mit Fällen bemüht wird, bei denen Kuriositäten im Sachverhalt und keine recht-

lichen Probleme vorliegen. So hatte in einem Fall die Versicherte die Kostenübernahme für die Behandlung ihres angeborenen Schiefhalses verlangt, aber Rechnungen eingelegt, die die Behandlung eines Auto-unfalles betrafen!

## *2. Sonderschulung*

Zum Begriff der Sonderschulung äußerte sich das EVG im Berichtsjahr in wenigen Einzelfällen. So erklärte es, daß ein Minderjähriger, der neben dem Volksschulunterricht zusätzlichen Förder- oder Hilfsklassenunterricht empfangt, keinen Anspruch auf Sonderschulbeiträge der IV habe, wenngleich er sonderschulbedürftig sei (ZAK 1963, S. 291), ebenso wurden Sonderschulbeiträge abgelehnt beim Aufenthalt in einem Heim, wo die minderjährige Ansprecherin nur gefördert wurde, aber keine eigentliche Schulung empfing. In einem anderen Fall schwerer Invalidität (Kopf-, Hand- und Fußmißbildung) kam das Gericht zum Schluß, der Klinikaufenthalt sei nur wegen Sonderschulung und aus psychologischen Gründen notwendig, die physiotherapeutischen Maßnahmen könnten auch zu Hause durchgeführt werden. Daher wurde die Kostenübernahme des Klinikaufenthaltes verweigert und nur der Beitrag an die Sonderschulung gewährt (ZAK 1964, S. 88).

Als ein an einem Geburtsgebrechen leidendes Kind nicht wegen der medizinischen, physiotherapeutischen oder schulischen Behandlung in ein Kinderheim eingewiesen wurde, sondern weil die Eltern den erhöhten erzieherischen Anforderungen wegen der eingetretenen psychischen Veränderungen nicht gewachsen waren, lehnte das EVG den Anspruch auf IV-Beiträge ab (ZAK 1962, S. 428). Demgegenüber sprach das EVG die Kostenübernahme eines Aufenthaltes in einem unter spezialärztlicher Leitung stehenden Kinderheilbad, mit dem das BSV eine Tarifvereinbarung bezüglich Heilgymnastik und Sonderschulung abgeschlossen hatte, zu, weil zur Unterbringung nicht ein Mangel in der elterlichen Betreuung Anlaß bot, sondern im Gegenteil der Umstand, daß das schwer gebrechliche Kind von der als medizinische Hilfsperson angelesenen Mutter eine die Gebrechen mildernde aufopfernde Pflege erhält, die aber nicht ununterbrochen gewährt werden kann, ansonst die Mutter überfordert würde (ZAK 1963, S. 534).

Zur Überwindung des Schulweges mußte ein trotz Thomasschiene schwer gehbehindertes 15jähriges Mädchen vom Vater mit dem Motorrad geführt werden, oder es mußte bei dessen Verhinderung ein Taxi benutzen. Das Gericht hieß für die Motorradfahrten eine km-Entschädi-

gung von 11 Rappen gut, während an die belegten Taxispesen ein monatlicher Beitrag von maximal 50 Franken gemäß Artikel 11 IVV zu gewähren war (ZAK 1963, S. 502).

### 3. Hilfsmittel

Die noch im Vorjahr umstrittene Frage der Zusprechung von *Brillen* an Sehschwache fand ihre Lösung, indem das EVG die Stellungnahme des BSV bestätigte. Grundsätzlich werden nur Brillen abgegeben, wenn sie medizinische Maßnahmen des Augenarztes ergänzen. Wenn sie der Korrektur einer angeborenen hochgradigen Refraktionsanomalie (Art. 2, Ziff. 158, GgV) dienen, so erfolgt die Kostenübernahme ohne Rücksicht darauf, ob die Brille eine wesentliche Ergänzung der Behandlung eines als Geburtsgebrechen anerkannten Strabismus oder der Behandlung einer angeborenen Amblyopie diene. Das EVG stellte fest, die Brille bilde bei hochgradiger angeborener Refraktionsanomalie die einzige mögliche und notwendige Vorkehr zur Erreichung eines wesentlichen, vom Gesetz geschützten Erfolges, weshalb es sich nach Ansicht des Gerichtes in solchen Fällen rechtfertige, eine Brille selbst dann abzugeben, wenn dies nicht unmittelbar der Eingliederung diene und auch nicht wesentliche Ergänzung medizinischer Maßnahmen bilde.

Für viele Versicherte, die schon vor Inkrafttreten des IVG über *Prothesen* verfügten, ist das Urteil vom 18. März 1963 i. Sa. V. S. (ZAK 1963, S. 329) von Bedeutung. Danach können Prothesen, die zur Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind, also von der IV abzugeben wären, zu Lasten der IV *repariert* werden, auch wenn sie vor Inkrafttreten des IVG angeschafft worden sind.

Bezüglich des Anspruches auf *Motorfahrzeuge* zur Überwindung des Arbeitsweges von invaliden Versicherten, die eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit ausüben, hatte das EVG eine Reihe von Urteilen zu fällen. Es entschied in Fortsetzung seiner Praxis, die Motorisierung eines Invaliden zu Lasten der IV sei nur zulässig, wenn das Eingliederungsziel dies unbedingt notwendig mache, d. h. nur dann, wenn der Invalide wegen seiner Invalidität außerstande sei, seinen Weg zur Arbeitsstätte und zurück weder zu Fuß, noch mit dem Fahrrad, noch mit einem öffentlichen Verkehrsmittel zurückzulegen (ZAK 1963, S. 326). So erfolgte die Zusprechung eines Autos z. B. an einen infolge Polio am rechten Arm und Bein an schwerer Muskelatrophie leidenden Pfarrer, der kein Fahrrad benutzen kann, andererseits aber ohne Invalidität zur Ausübung seiner Amtspflichten keines Autos bedürfte (ZAK 1963, S. 456). Wohnt der



Invalide so weit vom Arbeitsort entfernt, daß auch ein Gesunder zur Zurücklegung der Wegstrecke besser ein eigenes Auto benützen würde, so besteht kein Anspruch. Hingegen kann vom Invaliden nur verlangt werden, daß er «im Raume des Arbeitsortes» Wohnung nimmt, denn eine Vorschrift, die Wohnung müsse in nächster Nähe des Arbeitsplatzes gelegen sein, besteht nicht und würde auch die freie Wahl des Wohnsitzes zu stark einschränken. Einem mit gut sitzender Oberschenkelprothese ausgerüsteten Versicherten dürfe in der Regel die Wegstrecke von 300 m zu Fuß und die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel zugemutet werden, wenn nicht weitere Leiden (z. B. am anderen Bein, oder schlechte Stumpfverhältnisse) die Gehfähigkeit weiter herabsetzen (ZAK 1963, S. 379). Für kurze Arbeitswegstrecken, die nur mit einem Motorfahrzeug überwunden werden können, eignen sich Motor- oder Kabinenroller, falls nachweisbar keine medizinischen Gründe dem entgegenstehen (ZAK 1963, S. 293). Eine Neuerung brachte die Rechtsprechung insofern, als nicht nur Invalidität des «Gehapparates» für die Gewährung eines Motorfahrzeuges in Frage kommt, sondern nunmehr auch andere Leiden anerkannt werden, die eine «wesentliche Gehbehinderung» auslösen können, z. B. nachgewiesene Kurzatmigkeit infolge beidseitiger Lungentuberkulose. Maßgebend ist, ob der Versicherte *nach ärztlichem Befund* für den Arbeitsweg ein Motorfahrzeug *benötigt* (ZAK 1964, S. 42). Zur Frage, was zu geschehen hat, wenn der Versicherte wegen seiner Invalidität zwar Anspruch auf ein Auto zur Überwindung des Arbeitsweges hat, aber wegen plötzlich auftretenden Herzstörungen mit Bewußtseinsabsenzen nicht in der Lage ist, ein Auto zu führen, entschied das EVG, die IV könne als Hilfsmittel nur Gegenstände abgeben, die dem Invaliden «helfen». Wenn dieser Zweck nicht erreicht werde, entfalle der Anspruch, denn um als Invaliden ein Auto verwenden zu können, bedürfe der Versicherte des Ausweises über seine Tauglichkeit zum Führen eines Autos; dieser werde in einem derartigen Fall polizeilich verweigert (ZAK 1964, S. 37).

Eingehend konnte sich das Gericht auch mit der Frage der Reparatur- und Betriebskosten von Invaliden-Motorfahrzeugen auseinandersetzen. Nicht übernommen werden Reparaturspesen für Privatfahrten sowie geringfügige, auf den Arbeitsweg zurückgehende Reparaturkosten. Eine eingehende Umschreibung zur Frage, was Reparaturkosten und was Betriebskosten sind, gibt das Gericht in seinem Urteil vom 17. Dezember 1963 i. Sa. W. N. (ZAK 1964, S. 174). Danach gehört der normale Pneuverschleiß zu den Betriebskosten, der Pneuersatz wegen Unfall usw. zu den Reparaturkosten.

Die Voraussetzungen für den Anspruch auf ein Motorfahrzeug müssen vom invaliden Ansprecher persönlich erfüllt werden. Kein Anspruch besteht z. B., wenn der Versicherte zwar schwer invalid ist, aber die existenzsichernde Tätigkeit von seiner nicht invaliden Ehefrau ausgeübt wird. Ebenso lehnte das Gericht die Zusprechung eines Motorfahrzeuges an einen schwer Poliogelähmten ab, der erklärte, er bedürfe des Autos, um Arbeit zu finden. Es stellte darauf ab, daß der Versicherte jahrelang kaum das Existenzminimum verdiente und nach mehreren erfolglosen Arbeitsvermittlungsversuchen der IV-Regionalstelle wenig Aussicht auf eine berufliche Eingliederung habe.

Bei der Beurteilung der Frage, welches Hilfsmittel einer berufstätigen taubblinden Versicherten, die den Arbeitsweg weder mit einem Führhund noch mit einem eigenen Motorfahrzeug hätte überwinden können, abzugeben wäre, erklärte das Gericht, die Aufzählung der Hilfsmittel in Artikel 14, Absatz 1, IVV sei nicht abschließend. In einem solchen ganz besonderen Fall seien Taxifahrten von der Arbeitsstätte zum Wohnort ein geeignetes Hilfsmittel (ZAK 1963, S. 383).

## II. Die Geldleistungen

Auf dem Gebiete der Geldleistungen ist hervorzuheben, daß nach vier Jahren des Bestehens der IV die großen Linien des Systems klar hervortreten. Namentlich verfügt die IV jetzt auf einem so heiklen Gebiet, wie es die Bemessung der Invalidität darstellt, über eine derart umfangreiche Rechtsprechung, daß es möglich ist, in objektiver und einheitlicher Weise die meisten, wenn nicht überhaupt alle in der Praxis auftretenden Fälle zu erledigen.

### A. Die Taggelder

In einem grundsätzlichen Entscheid (ZAK 1963, S. 36) hat das EVG ausgeführt, daß zur Entstehung eines Anspruchs auf Taggeld während der Wartezeit einerseits die IV-Kommission eine Eingliederungsmaßnahme *angeordnet* haben muß und daß andererseits die Durchführung derselben nicht durch den Gesundheitszustand des Beteiligten verzögert werden darf. Diese zweifache Bedingung ist seither präzisiert und ergänzt worden. In zwei aufeinanderfolgenden Urteilen hat das EVG die Frage des Anspruchs auf Taggeld für die dem Beschluß der IV-Kom-

mission vorgehende Wartefrist geprüft, wenn dieser Beschluß ungebührlich verzögert wurde.

In einem Urteil (ZAK 1963, S. 506) befaßte sich das EVG mit einem Versicherten, welcher, von zunehmender Blindheit bedroht, im Juli 1961 jegliche Tätigkeit aufgeben mußte. Nachdem er sich schon im März 1960 bei der IV-Kommission im Hinblick auf medizinische Vorkehren und eine mögliche spätere Arbeitsvermittlung angemeldet hatte, wurde sein Fall im Dezember 1960 der IV-Regionalstelle unterbreitet. Diese unternahm ihre Schritte erst, als sie von der völligen Arbeitsniederlegung des Versicherten Kenntnis erhielt (Mitte Juli 1961); ein Arbeitsplatz wurde für den Versicherten anfangs Oktober 1961 gefunden. Die Ausgleichskasse sprach ihm das Taggeld vom Datum der Verfügung der Eingliederungsmaßnahmen (Dezember 1961) an zu. Die Rekurskommission gewährte ihm dieses jedoch schon von August 1961 an. Gegen den kantonalen Entscheid reichte das Bundesamt für Sozialversicherung beim EVG Berufung ein und machte geltend, daß der Versicherte selbst mögliche Eingliederungsmaßnahmen erst für später verlangt hatte, daß für die Versicherungsorgane kein Grund zur Beschleunigung ihres Vorgehens vorlag, solange der Versicherte einer Arbeit nachging und daß diese infolgedessen mit aller erforderlichen Umsicht gehandelt hätten. Es beantragte die Gewährung des Taggeldes vom Datum des Beschlusses der Kommission an (4. Oktober 1961). — Das EVG schloß sich dieser Ansicht nicht an. Es zog in Betracht, daß Artikel 18 IVV, nach welchem der Taggeldanspruch für die der Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen vorangehende Zeit mit dem Tag der Anordnung derselben durch die IV-Kommission entsteht, bei normalem Verfahrensablauf einen engen Kausalzusammenhang zwischen Beschluß und Leistungsbegehren voraussetzt. Der Ablauf des Verfahrens kann jedoch nicht mehr als normal gelten, wenn die zwischen dem Antrag auf Leistung und der Anordnung verstrichene Frist die objektiv zulässigen Grenzen überschreitet. Dies ist der Fall bei einem Beschluß, welcher 10 Monate nach dem Auftrag zur Arbeitsvermittlung und mehr als 18 Monate nach der Anmeldung zum Leistungsbezug ergeht, ohne daß im übrigen untersucht werden müßte, ob die Verzögerung den Organen der Versicherung zur Last gelegt werden kann oder nicht. Das Gericht ließ infolgedessen den Anspruch des Versicherten auf ein Taggeld vom 1. August 1961 an gut.

Dagegen hat das EVG in einem anderen Urteil (ZAK 1963, S. 385) eine ungerechtfertigte Verzögerung seitens der Verwaltung, welche einen Anspruch auf Taggeld für die der Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen vorangehende Frist begründet hätte, verneint. Der Versi-

cherte litt an beidseitiger Coxarthrose und mußte am 21. April 1961 jegliche Tätigkeit aufgeben und sich am 23. Mai in Spitalpflege begeben, nachdem er sich schon am 25. März bei der IV angemeldet hatte. Nach einer Operation wurde er am 22. Juni entlassen. Durch Beschluß vom 14. September — welcher durch Verfügung vom 1. Dezember 1961 dem Versicherten eröffnet wurde — entschied die IV-Kommission, daß die IV die Kosten des medizinischen Eingriffs übernehme und ein Taggeld vom Datum des Spitaleintritts an ausrichte. Dieser Beschluß wurde in letzter Instanz vom EVG gutgeheißen und der kantonale Entscheid auf Gewährung von Taggeldern für die der Durchführung der Eingliederung vorangehende Zeit aufgehoben. Das EVG hat zuerst präzisiert, daß in Notfällen, welche eine unmittelbare Durchführung der medizinischen Maßnahmen erfordern, bevor überhaupt eine Anmeldung erfolgt ist, ein Taggeld frühestens vom Einsetzen der Eingliederung an zugesprochen werden kann. Im vorliegenden Fall war allerdings die Anmeldung der Eingliederung zuvorgekommen, aber nichts wies auf einen Notfall hin. Es sei deshalb die Anordnung der IV-Kommission vom 14. September, die nur wenige Monate nach dem Spitaleintritt (23. Mai) erfolgte, mit einem normalen Verfahrensablauf vereinbar. Auch unter der für den Versicherten günstigsten Annahme hätte sich die IV-Kommission erst nach dem Spitaleintritt äußern können, was automatisch eine Gewährung von Taggeld für die vorangehende Zeit ausschließt.

Im weiteren hat das EVG einen Taggeldanspruch für die Wartezeit *nach* der Anordnung der IV-Kommission abgelehnt, wenn der Versicherte selbst ohne rechtserhebliche Veranlassung die Durchführung der angeordneten Maßnahmen hinauszögert. Es entschied (ZAK 1963, S. 544), daß ein Versicherter seinen Leistungsanspruch verwerke, wenn er zwar während einiger Zeit auf die Anwendung der angeordneten Eingliederungsmaßnahmen warten müsse, aber dann diese selbst während Monaten hinauszögere. Diese Haltung des Betreffenden läßt vermuten, daß er nicht wirklich die Durchführung der angeordneten Maßnahmen «erwartete». Anders verhielte es sich, wenn er von der ersten sich ihm hiezu bietenden Möglichkeit Gebrauch gemacht hätte. Bei Annahme einer andern Lösung, so bemerkte das EVG richtig, könnte in der Folge ein Versicherter, der sich einer einmal angeordneten Eingliederungsmaßnahme nicht oder noch nicht unterziehen will, gleichwohl Taggeld beziehen und dann erklären, er wünsche die Eingliederung noch nicht oder überhaupt nicht.

Die Bedingungen für die Gewährung von Taggeldern für die Wartezeit lassen sich wie folgt zusammenfassen:

a. Ein Anspruch besteht grundsätzlich vom Zeitpunkt des Beschlusses der IV-Kommission an, sofern derselbe keine ungebührliche Verzögerung erfahren hat (ZAK 1963, S. 385 und 506).

b. Das Warten auf die Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen muß sich aus Gründen erklären lassen, welche nicht in der Person des Versicherten liegen (z. B. wegen Platzmangel im Spital). Es darf also nicht durch den Gesundheitszustand (ZAK 1963, S. 36) noch durch die *negative Einstellung des Versicherten selbst* (ZAK 1963, S. 544) bedingt sein.

## B. Die Renten

### 1. Begriff der Invalidität

Im Verlaufe des vergangenen Jahres mußte sich das EVG wiederholt mit Psychopathen befassen, die eine ausgesprochene Tendenz zur Kriminalität aufwiesen. Es ergab sich dabei die Frage, ob diese Psychopathen als Invalide im Sinne der IV zu betrachten seien. Das Problem war von einiger Wichtigkeit; denn die Abgrenzung zwischen den schweren Charakterstörungen (Psychopathien) und dem deliktischen Verhalten (hauptsächlich bei Sittlichkeitsdelikten) ist in der Praxis äußerst schwierig vorzunehmen, vor allem im Falle eines Geistesschwachen mit beschränkter Zurechnungsfähigkeit. In einem früheren Urteil hatte das EVG erklärt, daß die Verwahrung eines Psychopathen «auf Grund seiner deliktischen Anlagen» die Annahme einer Invalidität im Sinne des Gesetzes nicht erlaube.

Diese Rechtsprechung wurde seither präzisiert (ZAK 1963, S. 331). Es handelte sich hier um einen leicht schwachsinnigen Versicherten, der sehr früh auch charakterliche Schwächen zeigte. In einer Erziehungsanstalt machte er sich durch seine Kleptomanie bemerkbar. Bald nach seiner Entlassung im Alter von 17 Jahren beging er Unzuchtsdelikte. Eine Strafe zu 4 Monaten Gefängnis wurde nach Artikel 14 StGB in Verwahrung umgewandelt. In der Folge wurde der Versicherte noch zu verschiedenen Malen wegen Vermögens- und Unzuchtsdelikten verurteilt, das letzte Mal im September 1962. Auf die beim EVG eingelegte Berufung hin stellte dieses fest, daß sorgfältig zu unterscheiden sei zwischen Psychopathie einerseits und deliktischen Neigungen andererseits. Damit der Versicherte als Invalider gilt, muß seine Geistesstörung einen solchen Schweregrad aufweisen, daß er durch sie verhindert wird, von seiner Arbeitsfähigkeit Gebrauch zu machen; mit andern Worten: zwischen der geistigen Verwirrung und der Erwerbsunfähigkeit muß ein

direkter Zusammenhang von Ursache und Wirkung bestehen. Ein solcher Zusammenhang fehlt aber, wenn die Unmöglichkeit, einer Arbeit nachzugehen, nicht von der seelischen Störung des Versicherten, sondern hauptsächlich von seinem kriminellen Verhalten herrührt (das ihm einen Freiheitsentzug eingetragen hatte). In einem solchen Fall kann man nicht von einer Invalidität im Sinne der IV sprechen.

In einem späteren Urteil hat das EVG nochmals die Berechtigung einer solchen Lösung geprüft, und zwar für den Fall von als unzurechnungsfähig erwiesenen Verbrechern im Sinne von Artikel 10 StGB. Ohne die Frage endgültig zu entscheiden, hat das Gericht immerhin zu verstehen gegeben, daß nur eine bleibende oder längere Zeit dauernde Unzurechnungsfähigkeit als geistiger Gesundheitsschaden im Sinne von Artikel 4 IVG gelten kann.

## *2. Bemessung der Invalidität*

Obwohl die Bemessung der Invalidität häufig Anlaß zu Rechtsstreiten gibt, sind die Urteile, welche auf diesem Gebiete Neues bringen, selten. Einige Klarstellungen hinsichtlich der Bestimmung der maßgebenden Einkommen, welche zur Festsetzung des Invaliditätsgrades dienen, mögen dennoch nützlich sein.

So hatte das EVG (ZAK 1963, S. 388) zu entscheiden über das maßgebende Einkommen, welches ein Versicherter ohne Invalidität erzielt hätte. Dieser war mit 15 Jahren Opfer eines Unfalls geworden, der ihn zwei Finger der linken Hand kostete. Er beendete zwar seine Lehre als Maschinenzwicker, übte diesen Beruf aber nie aus. 8 Jahre lang war er als Hausierer tätig, mit einem Unterbruch von einem Jahr, da er als Offiziersputzer in einer Kaserne arbeitete. Um in den Genuß einer Vollrente zu gelangen, machte der Versicherte bei der Berufung geltend, daß er ohne Invalidität als Putzer 10 200 Franken verdient hätte, welcher Betrag im Vergleich mit dem tatsächlichen gegenwärtigen Hausierer-Einkommen von 2 900 Franken einer zwei Drittel überschreitenden Invalidität entsprochen hätte. Das EVG konnte sich dieser Ansicht nicht anschließen. Es zog in Betracht, daß der Versicherte in seiner Jugend den Beruf eines Maschinenzwickers erlernt hatte und bestimmte, daß der Erwerb in eben dieser Eigenschaft zur Berechnung herangezogen werden müsse (8 400 Franken), auch wenn er diesen Beruf infolge seiner körperlichen Behinderung, welche ihm gleichwohl erlaubte, die Lehre zu beenden, nie ausgeübt hatte. Keinesfalls könne dagegen das Einkommen in Rechnung gezogen werden, das er als Putzer erzielte, da er diese

Tätigkeit nur während kurzer Zeit ausübte und sie sich für den Betroffenen auf lange Sicht als ungeeignet erwies. Von ähnlichen Erwägungen ausgehend entschied das EVG in einem andern Fall (ZAK 1963, S. 509), daß man sich bei der Bestimmung des maßgebenden Einkommens des Versicherten ohne Invalidität auf das durchschnittliche Einkommen im erlernten Beruf stützen müsse, auch wenn dieser tatsächlich nie ausgeübt wurde. Diese Rechtsprechung bringt eine nützliche Ergänzung der in Artikel 26 IVV enthaltenen Vorschriften.

Nicht anwendbar sind dagegen die Vorschriften des Artikels 26 IVV bei der Bestimmung des maßgebenden Verdienstes eines Selbständig-erwerbenden (ZAK 1963, S. 462). Es handelte sich in diesem Fall um die Feststellung des Invaliditätsgrades eines Versicherten, der seit dem Alter von 10 Jahren an einer teilweisen Lähmung und Versteifung der linken Hand und Knies leidet und den Landwirtschaftsbetrieb seines Vaters übernommen hatte. Da er weder melken noch schwere Lasten heben konnte, war der Betroffene gezwungen, einen Melker, dem er einen jährlichen Lohn von 7 400 Franken ausrichtete, sowie Tagelöhner zur Erledigung der für ihn zu schweren Arbeiten, anzustellen. Um den maßgebenden Erwerb des Versicherten ohne Invalidität zu bestimmen, ging das EVG aus vom effektiven Netto-Betriebseinkommen (nach Abzug des Eigenkapitalzinses, der Prämien an Krankenkassen und andere Versicherungen), wie es aus der Steuerveranlagung hervorging. In der Erwägung, daß der Versicherte, falls er keinen Gesundheitsschaden erlitten hätte, das Melken des Viehs selbst besorgt hätte, erhöhte das Gericht das Steuereinkommen (10 000 Franken) um den Betrag des Melkerlohnes (7 400 Franken) zu einem den mutmaßlichen Verdienst darstellenden Total von 17 400 Franken. Andererseits sah das Gericht von einer Aufrechnung der Arbeiterlöhne (1 500 Franken pro Jahr) ab, weil es die leitende Stellung des Beteiligten an der Spitze eines großen Flachlandbetriebes als hinreichende Entschädigung für den entsprechenden Tätigkeitsausfall empfand.

### *3. Beginn des Rentenanspruchs*

Verschiedene grundsätzliche Urteile, welche während des Jahres 1962 ergingen (ZAK 1963, S. 88 und 248), haben eine klare Trennungslinie zwischen Dauerinvalidität und langdauernder Krankheit gezogen und damit eine wichtige Frage bei der Bestimmung des Beginns eines Rentenanspruchs beantwortet. Es kann immerhin vorkommen, daß ein labiler Gesundheitsschaden, dessen Entwicklung vorerst unsicher ist, sich mehr

und mehr stabilisiert und dauernde Folgen hinterläßt, welche eine Verminderung der erwarteten ständigen Erwerbsfähigkeit nach sich ziehen. Der nicht voraussehbare Übergang einer Krankheit von langer Dauer in Dauerinvalidität stellt ein doppeltes Problem. Materiell muß man sich fragen, ob die spätere Entwicklung die in Artikel 29, Absatz 1, IVG erwähnte Wartefrist erneut in Frage stellt. Andererseits ist es vom Gesichtspunkt des Verfahrens aus wichtig zu wissen, welches der ideale Zeitpunkt für die Beschlußfassung der IV-Kommission ist.

Diese Fragen finden eine Antwort in einem Urteil des EVG (ZAK 1963, S. 390). Es handelte sich in diesem Fall um eine Versicherte, welche im Juni 1960 einen Herzinfarkt erlitt, dem kurz darauf eine Komplikation durch eine Gehirnembolie und eine linksseitige Lähmung folgte. Die IV-Kommission stützte sich auf einen ärztlichen Bericht vom Mai 1961, welcher den Gesundheitszustand der Versicherten als besserungsfähig bezeichnete und sogar die Wiederaufnahme einer beschränkten Tätigkeit nach einigen Monaten in Aussicht stellte. Demgemäß behandelte sie diesen Fall als langdauernde Krankheit, welche die Gewährung einer Rente erst nach Ablauf einer Frist von 360 Tagen vollständiger Arbeitsunfähigkeit rechtfertigt. — Im Verlaufe des Rechtsverfahrens kam der Arzt auf seine früheren Darlegungen zurück und erachtete jetzt eine quasi totale Dauerinvalidität als gegeben. Auf Berufung hin entschied das EVG, daß dieses neue Moment der Dauerinvalidität keine rückwirkende Neuerwägung des Falles rechtfertigte. Solange das Leiden sich nicht stabilisiert hatte und man vernünftigerweise mit einer Besserung des Gesundheitszustandes rechnen konnte, mußte der Fall als langdauernde Krankheit behandelt werden. Im Zeitpunkt der Beschlußfassung der IV-Kommission — im September 1961 — hatte sich das Leiden noch nicht stabilisiert, da sogar eine Besserung des Gesundheitszustandes als möglich erachtet worden war. Es war deshalb richtig, die Rente erst nach Ablauf der auf das Auftreten des Leidens folgenden Frist von 360 Tagen zuzusprechen.

Dieses Urteil bedarf noch einer Bemerkung. In seinen letzten Begründungen weist das EVG richtigerweise darauf hin, daß man auch bei einem weniger optimistischen ersten Arztbericht nicht von Anfang an auf Dauerinvalidität hätte schließen dürfen; diese kann erst von demjenigen Zeitpunkt an bestehen, in dem die Feststellung der dauernden Folgen eines Leidens möglich ist (vgl. ZAK 1962, S. 386). Daraus folgt, daß bei einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes vor Ende der 360tägigen Frist eine Rente vom Zeitpunkt dieser Stabilisierung an gewährt werden kann (und nicht erst nach Ablauf der betreffenden Frist).



Zum Begriff der vollen Arbeitsunfähigkeit von 360 Tagen in Fällen langdauernder Krankheit hat das EVG seine strenge Rechtsprechung (ZAK 1963, S. 248) etwas näher präzisiert. Im zitierten Urteil hatte es angenommen, daß ein Versuch zur Wiederaufnahme der Arbeit von mehr als 30 Tagen die Zeitspanne von 360 Tagen voller Arbeitsunfähigkeit unterbrach, auch wenn dieser Versuch schließlich mißlang. — In einem Urteil (ZAK 1964, S. 179) entschied das EVG in Anbetracht der Tatsache, daß der Begriff der Arbeitsfähigkeit eine den Kräften des Versicherten angemessene Tätigkeit voraussetzt, daß auch ein Arbeitsversuch, der länger dauert, als es der Befristung von Artikel 29 IVV entspricht, als unerheblich zu betrachten sei, wenn die während dieser Zeit geleistete Arbeit die Kräfte des Versicherten offensichtlich übersteigt.

#### *4. Revision der Rente*

Auf diesem Gebiet hat das EVG ein Urteil von Bedeutung gefällt. Es bestätigt den Grundsatz, daß die Durchführung einer Revision angezeigt ist, wenn der Versicherte oder die berechtigte Behörde ihrer in Artikel 77 IVV statuierten Meldepflicht nicht nachkommt. Dabei gilt die Revision von demjenigen Zeitpunkt an, da auf die für den Rentenanspruch rechtserheblichen Tatsachen hätte hingewiesen werden müssen, und nicht erst — wie es die allgemeine Regel will — vom Erlaß der revidierten Verfügung an. Im betreffenden Urteil (ZAK 1963, S. 552) war der an psychischen Störungen leidende Versicherte in einer psychiatrischen Heilanstalt untergebracht und dann gemäß Artikel 369 ZGB bevormundet worden. Im März 1961 wurde er aus der Pflegeanstalt entlassen und begab sich zu seiner Schwester, wo er vom Mai 1961 bis zum April 1962 als Hilfsarbeiter 400 Franken im Monat verdiente; dann nahm er seine frühere Berufstätigkeit an seinem Wohnort wieder auf. — Weder der Versicherte, der im Genuß einer ganzen Invalidenrente stand, noch sein Vormund meldeten diese neuen Tatsachen der zuständigen Ausgleichskasse. Diese forderte denn auch, gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission auf Senkung des Invaliditätsgrades auf 54 Prozent, daß der seit Mai 1961 zu Unrecht bezogene Rentenanteil zurückzuerstaten sei. Das EVG anerkannte, daß nur die für den Leistungsanspruch wesentlichen Tatsachen den zuständigen Organen gemeldet werden müssen und nicht jede Änderung an sich; es entschied aber, daß die Wiederaufnahme der Arbeit durch das Mündel, sobald dieser Versuch einigen Erfolg zeigte, vom Vormund hätte gemeldet werden sollen. Die Unterlassung dieser Meldung rechtfertigte eine teilweise Rückerstattung der zu Unrecht bezogenen Beiträge.

### III. Das Verfahren

Seit den letzten Urteilsbesprechungen in der ZAK 1963 (S. 225 und 273) sind verschiedene weitere Entscheide des EVG über Verfahrensfragen veröffentlicht worden. Mit den nachstehenden Ausführungen soll versucht werden, die wesentlichsten Erkenntnisse dieser neueren Rechtsprechung herauszuschälen. Dem Unterfangen sind dabei notgedrungen gewisse Grenzen gesetzt; denn häufig sind prozeßrechtliche Fragen aufs engste mit dem materiellen Recht verknüpft und lassen sich nicht getrennt von diesem behandeln. Zudem kann auf verschiedenen Rechtsgebieten, vorab in der Anwendung von Artikel 78, Absatz 2, IVV die Rechtsprechung des EVG noch nicht als dermaßen gefestigt betrachtet werden, daß sich bereits heute in ihrer ganzen Tragweite allgemein gültige Schlußfolgerungen ziehen ließen.

#### *1. Formrichtige Eröffnung von Entscheiden der Versicherungsorgane*

In einem Urteil vom 4. Januar 1963 i. Sa. H. T. (ZAK 1963, S. 287) hat das EVG in Erinnerung gerufen, daß gemäß Artikel 60, Absatz 1, IVG nur die Ausgleichskassen zum Erlaß von Verfügungen an die Versicherten zuständig sind. Sie haben alle Entscheide der Organe der IV den Betroffenen — soweit notwendig durch Verfügung — zu eröffnen. Beschließt daher die IV-Kommission, ein Versicherter habe keinen Anspruch auf die geltend gemachten Leistungen, so muß sie ihren Beschluß nicht dem Betroffenen, sondern der zuständigen Ausgleichskasse mitteilen, welche ihn alsdann durch eine gemäß Artikel 69 IVG weiterziehbare Verfügung zu eröffnen hat. Andernfalls würde der Versicherte seines ihm von Gesetzes wegen zustehenden Beschwerderechtes beraubt, was im Ergebnis einer Rechtsverweigerung gleichkäme.

#### *2. Abänderung von Verfügungen betreffend Eingliederungsmaßnahmen infolge Änderung der Verhältnisse (Revision).*

Von der Wiedererwägung von Verwaltungsverfügungen und der vom EVG zu dieser Frage entwickelten Rechtsprechung war bereits in einem früheren Artikel die Rede (ZAK 1963, S. 273). Es handelt sich hierbei um die Abänderung rechtskräftig gewordener Kassenverfügungen auf Grund eines nachträglich festgestellten Irrtums in der Rechtsanwendung oder Tatsachenwürdigung. Im Gegensatz zur Wiedererwägung bildet bei der Revision nicht die Begründetheit der Kassenverfügung im Zeitpunkt ihres Erlasses Gegenstand des Verfahrens, sondern eine seit-

her eingetretene Änderung der Verhältnisse, die unter Umständen zu einer Neubeurteilung des Falles führen kann. Es wird somit nicht wie bei der Wiedererwägung die in Rechtskraft erwachsene Verfügung rückwirkend auf das Erlaßdatum aufgehoben; vielmehr wird diese mit Wirkung für die Zukunft bzw. vom Zeitpunkt an, in welchem die rechts-erhebliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist, durch eine neue Verfügung ersetzt.

Während die Revision der Renten in der IV gesetzlich geregelt ist (Art. 41 IVG und Art. 86—88 IVV), enthalten weder Gesetz noch Verordnung ausdrückliche Vorschriften über die Revision von Eingliederungsmaßnahmen. Trotzdem ist nicht zu verkennen, daß sich auf dem Gebiete der Eingliederung, insbesondere wenn die Versicherungsleistungen periodisch erbracht werden, wie z. B. Beiträge an die Sonderschulung (Art. 19 IVG) oder Kostgeldbeiträge an bildungsunfähige Minderjährige (Art. 20 IVG), ähnliche Probleme stellen können wie bei den Renten.

In seinem Urteil vom 5. Juli 1963 i. Sa. F. W. (ZAK 1964, S. 129) hat sich das EVG auf den Standpunkt gestellt, daß die Artikel 41 IVG und 86—88 IVV lediglich Ausdruck eines allgemeinen Grundsatzes seien, wonach eine Kassenverfügung nur für einen bestimmten Sachverhalt gilt. Macht der Versicherte eine Änderung der Verhältnisse geltend — das EVG spricht in solchen Fällen auch vom Eintritt neuer Tatsachen —, welche zu einem andern rechtlichen Ergebnis führen könnte, so darf die Ausgleichskasse nicht nur, sondern sie muß eine neue Verfügung erlassen.

Ohne daß dies vom EVG ausdrücklich erwähnt wurde, darf somit wohl angenommen werden, daß gewisse Regeln für die Rentenrevision sinngemäß auf periodische Eingliederungsleistungen (im betreffenden Falle handelte es sich um die Übernahme regelmäßiger Transportkosten) Anwendung finden können. Die Schlußfolgerungen, die sich aus dem genannten Urteil für die Behandlung solcher Revisionsgesuche auf dem Gebiete der Eingliederung ziehen lassen, decken sich im übrigen mit den Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 26. November 1962 über die Revision der Renten und Hilflosenentschädigungen; hier wie dort ist in erster Linie zu prüfen, ob eine Änderung der Verhältnisse vorliegt, die geeignet ist, eine andere rechtliche Beurteilung des Falles herbeizuführen. Trifft dies nicht zu, so ist das Revisionsgesuch durch eine Verfügung auf Nichteintreten zu erledigen. Andernfalls erläßt die Ausgleichskasse gestützt auf den Beschluß der IV-Kommission eine neue Verfügung.

Im Urteil vom 26. November 1963 i. Sa. H. K. (ZAK 1964, S. 132) führt das EVG näher aus, was unter «neuen Tatsachen, die zu einem andern rechtlichen Ergebnis führen können», zu verstehen ist. Es handelte sich in diesem Falle um einen 56jährigen Versicherten, der an Coxarthrose litt. In einer ersten Verfügung hatte die Ausgleichskasse dem Versicherten mitgeteilt, die IV-Kommission habe es abgelehnt, die vorgeschlagene Operation zu übernehmen, da sie keine Eingliederungsmaßnahme darstelle. Diese Verfügung blieb unangefochten und erwuchs in Rechtskraft. Zehn Monate später meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug bei der IV an und machte geltend, sein Zustand habe sich hochgradig verschlechtert; ohne Operation werde er gezwungen sein, seinen Beruf in nächster Zeit aufzugeben. Das EVG entschied, daß in der geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten keine neue Tatsache zu erblicken sei, weil es sich um die Verwirklichung einer der Gesundheitsschädigung innewohnenden Progredienz gehandelt habe, die der IV-Kommission im Zeitpunkt ihres ersten Beschlusses bekannt gewesen sei. Die IV-Kommission habe deshalb das erneute Begehren des Versicherten um Gewährung der Maßnahmen zu Recht durch Nichteintreten erledigt.

Bei diesem Urteil ist zu beachten, daß das EVG der voraussehbaren Veränderung des Gesundheitszustandes die Eigenschaft als neue Tatsache nicht schlechthin, sondern lediglich in bezug auf die medizinische Eingliederung abgesprochen hat; denn der Begriff der neuen Tatsache ist keine absolute Größe. Die gleiche Verschlimmerung des Gesundheitszustandes, der das Gericht die Anerkennung als neue Tatsache versagte, müßte unter Umständen unter dem Gesichtspunkt einer wesentlichen Änderung des Invaliditätsgrades als Revisionsgrund für eine Rentenverfügung betrachtet werden.

### *3. Rechtskraft von Verfügungen betreffend Eingliederungsmaßnahmen von beschränkter Dauer*

Bekanntlich gelten Beitragsverfügungen und Verfügungen über Familienzulagen nach konstanter Rechtsprechung nur für eine bestimmte Periode (ZAK 1960, S. 386 und 1962, S. 92) und zwar auch dann, wenn sie in einem gerichtlichen Verfahren überprüft worden sind. Die materielle Rechtskraft der Gerichtsurteile hindert die Verwaltungsbehörden nicht daran, nach Ablauf dieser Perioden für die Folgezeit den gesamten Sachverhalt einer neuen Würdigung zu unterziehen.

In seinem Urteil vom 27. September 1963 i. Sa. M. W. (ZAK 1964, S. 88) hat das EVG festgestellt, daß für befristete Eingliederungsmaß-

nahmen eine ähnliche Rechtslage besteht. Im konkreten Fall waren einem Versicherten durch eine erste Kassenverfügung Schul- und Kostgeldbeiträge in der Zeit vom 1. Januar 1960 bis Ostern 1965 sowie medizinische Maßnahmen in der Zeit vom 1. Januar 1960 bis 31. Dezember 1961 zugesprochen worden. In Ausführung dieser Verfügung übernahm die IV für die Jahre 1960 und 1961 die vollen Kosten des Spitalaufenthaltes des Versicherten gemäß bestehender Tarifvereinbarung. Durch eine zweite Verfügung zu Beginn des Jahres 1962 wurden die medizinischen Maßnahmen bis Ostern 1965 verlängert, mit dem Hinweis, daß gemäß der ersten Verfügung nicht der Tarif zur Anwendung gelange, sondern daß nur der Schul- und Kostgeldbeitrag sowie die Kosten der physikalischen Therapie zu Lasten der IV gingen. Auf eine Beschwerde des Versicherten, mit welcher die Übernahme der vollen Spitalkosten geltend gemacht wurden, trat die Rekursbehörde nicht ein. Sie erklärte, die zweite Verfügung sei hinsichtlich des Hinweises auf die Höhe der bewilligten Leistungen nicht anfechtbar, weil sich diese bereits aus der ersten, in Rechtskraft erwachsenen Verfügung ergebe. Daran vermöge auch die irrtümliche Vergütung der vollen Spitalkosten in den Jahren 1960 und 1961 nichts zu ändern. Entgegen dieser Auffassung entschied das EVG, daß die Vorinstanz auf die Beschwerde hätte eintreten sollen. Da die erste Verfügung hinsichtlich der medizinischen Maßnahmen nur bis Ende 1961 galt, konnte der Versicherte vom 1. Januar 1962 an die erneute Überprüfung des Umfangs der Leistungspflicht verlangen, und zwar selbst dann, wenn sich die Sachlage gegenüber den Jahren 1960 und 1961 nicht geändert hatte.

#### *4. Prozeßrechtliche Fragen*

##### *a. Grenzen der Officialmaxime*

Im Urteil vom 6. Juli 1963 i. Sa. H. Z. (ZAK 1964, S. 45) hatte sich das EVG mit einem Fall zu befassen, in welchem die Ausgleichskasse die Übernahme medizinischer Maßnahmen mangels Vorliegens eines Geburtsgebrechens abgelehnt hatte. Ein von der Mutter des Kindes an die Rekursbehörde gerichtetes Schreiben, worin sie erklärte, wenn man schon medizinische Maßnahmen verweigere, fordere sie wenigstens einen «Heimpflege-Zuschlag», wurde vom kantonalen Richter durch Nicht-eintreten erledigt. Das EVG schützte diesen Entscheid, weil der genannte Brief der Mutter des Versicherten nicht als Beschwerde gegen die — medizinische Maßnahmen ablehnende — Kassenverfügung gedeutet werden konnte. Vielmehr stellte der geltend gemachte Beitrag an die Pflege-

kosten ein neues Begehren dar, das nicht Gegenstand der Kassenverfügung war und daher vorerst durch die Versicherungsorgane zu prüfen ist.

In diesem Zusammenhang stellte das EVG auch fest, daß das richterliche Officialprinzip nur gilt, wenn eine Kassenverfügung überhaupt angefochten worden, d. h. vom Versicherten zum Streitgegenstand gemacht worden ist. Dies traf im vorliegenden Fall nicht zu. Deswegen bestand für die Vorinstanz kein Anlaß, danach zu forschen, ob der Versicherte an einem Geburtsgebreehen leide, so daß das EVG gegen ihren Nichteintretensentscheid auch in dieser Beziehung nichts einzuwenden hatte.

#### *b. Rechtskraft der gerichtlichen Nichteintretensentscheide*

In dem unter Ziffer 4a erwähnten Urteil i. Sa. H. Z. hat das EVG auch die Rechtswirkungen eines von der ersten Instanz gefällten Nichteintretensentscheides umschrieben und hiezu ausgeführt, daß eine Kassenverfügung, soweit sie vom Richter nicht auf ihre Gesetzmäßigkeit geprüft worden ist, lediglich in formelle Rechtskraft erwächst. Der Nichteintretensentscheid steht daher der Befugnis des BSV, den Versicherungsorganen gegebenenfalls die Weisung zu erteilen, auf die Verfügung zurückzukommen, nicht entgegen (vgl. auch Urteil vom 26. November 1963 i. Sa. H. K., ZAK 1964, S. 132).

#### *c. Verfügungsrecht der Verwaltungsorgane während der Rechtshängigkeit*

Im Urteil vom 29. Oktober 1963 i. Sa. F. W. (ZAK 1964, S. 95) bestätigte das EVG die bisherige Praxis, wonach mit der Rechtshängigkeit die Kompetenz, in der Streitsache zu verfügen, auf den Richter übergeht (vgl. insbesondere ZAK 1962, S. 463 und 485). Die IV-Kommission kann über Fragen, die Gegenstand der angefochtenen Kassenverfügung sind, nachträglich nicht mehr abweichend beschließen, sondern ist lediglich noch befugt, der Ausgleichskasse zuhanden des Richters Anträge zu unterbreiten.

## **Die Geschäftsabwicklung der IV-Kommissionen im Jahre 1963**

Seit Inkrafttreten der IV melden die Sekretariate der IV-Kommissionen dem Bundesamt für Sozialversicherung jeden Monat die Anzahl der bei ihnen eingegangenen Anmeldungen und der von den IV-Kommissionen

gefaßten Beschlüsse. Diese Angaben geben über die Entwicklung der Geschäftstätigkeit der IV-Kommissionen Aufschluß. Sie sagen indessen über den Arbeitsaufwand und die Umtriebe nichts aus und sind daher mit der gebotenen Vorsicht zu würdigen.

Während der Einführungsjahre 1960 und 1961 beschränkte man sich auf die Mitteilung der Zahl der Anmeldungen und der erledigten Geschäfte. Es zeigte sich indessen bald, daß diese Angaben unvollständig waren und zu einer falschen Beurteilung des Arbeitsanfalls der IV-Kommissionen führten. Vor allem wurden die auf Grund der ursprünglichen Anmeldungen notwendigen zweiten und weiteren Beschlüsse über neue Maßnahmen nicht berücksichtigt. Ferner wurden die im Rahmen des Abklärungsverfahrens getroffenen Kommissionsbeschlüsse, wie beispielsweise das Einverlangen eines Gutachtens, nicht in Betracht gezogen. Seit Januar 1962 werden nunmehr die weiteren Beschlüsse und auch die von den Sekretariaten ohne Beschlußfassung der IV-Kommissionen — z. B. wenn ein Fall zuständigkeitshalber einer anderen IV-Kommission überwiesen werden muß oder wenn die versicherungsmäßigen Anspruchsvoraussetzungen fehlen — direkt erledigten Geschäfte gesondert erfaßt. In der Monatsstatistik sind sodann ebenfalls die «anderen» Beschlüsse der IV-Kommissionen enthalten. Es handelt sich dabei insbesondere um das Einholen zusätzlicher Auskünfte, die sich im Laufe der Bearbeitung eines Falles als notwendig erweisen.

Die auf offiziellem Formular eingegangenen Anmeldungen beliefen sich 1960 insgesamt auf 91 523 und 1961 auf 48 453. Nach einem Rückgang im Jahre 1962 auf 41 617, wurden 1963 wiederum mehr, nämlich 44 174 Anmeldungen eingereicht. Davon entfielen 42 952 auf die kantonalen IV-Kommissionen und 1 222 auf die beiden IV-Kommissionen des Bundes.

Im Jahre 1963 betrug das Monatsmittel der Anmeldungen 3 681 gegenüber 3 468 im Jahre 1962. Die Schwankungen innerhalb des letzten Geschäftsjahres sind unbedeutend. Die höchste Zahl war im Mai mit 4 104 Anmeldungen zu verzeichnen, während im August nur 3 317 neue Anmeldungen eingingen. Ein Vergleich der Zahl der Anmeldungen mit der Wohnbevölkerung der Kantone ergibt, daß sich im Mittel der Jahre 1962 und 1963 auf 1 000 Einwohner je 8 bei der IV angemeldet haben. Bei 5 Kantonen beträgt das Verhältnis 10 und mehr Promille, mit einem Maximum von 12 Promille. 4 Kantone weisen ein niedrigeres Mittel als 7 Promille auf; die kleinste Verhältniszahl beträgt 4 Promille. Die aus 16 Kantonen und Halbkantonen bestehende Hauptgruppe, die mehr als vier Fünftel der Wohnbevölkerung der Schweiz umfaßt, weist ein Mittel

von 7 bis 9 Promille auf. Allgemein liegen die Stadtkantone unter dem Gesamtmittel, während die Landkantone eher über dem schweizerischen Mittel stehen.

Unter Berücksichtigung der am 1. Januar 1963 hängig gewesenen 14 108 Anmeldungen belief sich die Zahl der im Jahre 1963 von den IV-Kommissionen zu behandelnden Fälle auf insgesamt 58 282. Bis am 31. Dezember 1963 waren davon 44 284 Anmeldungen bearbeitet und 13 998 noch pendent, das heißt etwas weniger als am Ende des Vorjahres. Diese hängigen Geschäfte entsprechen einem Arbeitsaufwand von ungefähr 3½ Monaten. Während einige IV-Kommissionen in der Lage waren, die angefallenen Geschäfte nahezu aufzuarbeiten, verblieben bei andern noch einige Rückstände. Eine diesbezügliche Erhebung ergab, daß 30 Prozent der hängigen Geschäfte auf ausstehende Berichte der Ärzte zurückzuführen waren, 30 Prozent sich bei den Sekretariaten der IV-Kommissionen befanden und die restlichen 40 Prozent bei den IV-Kommissionen selbst, den IV-Regionalstellen und den beigezogenen Spezialstellen lagen.

Im Jahre 1963 haben die IV-Kommissionen insgesamt 89 248 Beschlüsse gefaßt, das heißt ungefähr 5 000 mehr als im Vorjahre. Unter Einschluß der 1 558 durch die Kommissionssekretariate direkt erledigten Fälle wurden somit 90 806 Geschäfte behandelt. Auffallend ist dabei, daß die Zahl der ersten Beschlüsse von 45 020 im Jahre 1962 auf 42 726 im Jahre 1963 zurückgegangen ist, während die auf Grund der ursprünglichen Anmeldungen gefaßten zweiten und weiteren Beschlüsse von 27 939 auf 34 035 oder rund um einen Viertel zugenommen haben. Ob diese Entwicklung weiterhin anhält, wird sich in den kommenden Jahren zeigen.

Werden die 88 496 Beschlüsse der kantonalen IV-Kommissionen mit der Wohnbevölkerung ins Verhältnis gebracht, so ergeben sich rund 16 Beschlüsse auf je 1 000 Einwohner. Diese Zahl entspricht indessen lediglich einem Durchschnitt und ist von Kommission zu Kommission verschieden, wobei die Abweichungen nicht zuletzt davon abhängen, wie die Überwachung der Einzelfälle geregelt ist.

## **Entsante Arbeitnehmer nach dem Abkommen mit Frankreich**

Sämtliche zur Zeit in Kraft stehenden vierzehn bilateralen Sozialversicherungsabkommen der Schweiz — dasjenige mit Frankreich vom 9. Juli 1949 ist heute übrigens das älteste — regeln die Stellung der



*vorübergehend aus dem einen in das Gebiet des andern Vertragsstaats entsandten Arbeitnehmer.* Dabei wird in der Regel eine Befreiung dieser «kurzfristigen Wanderarbeitnehmer» von den in das einzelne Abkommen einbezogenen Versicherungszweigen des Gastlandes für mindestens zwölf Monate vorgesehen, mit unterschiedlichen Verlängerungsmöglichkeiten nach Ablauf dieser Jahresfrist. Einzig im Vertrag mit Frankreich ist die erstmalige Befreiung beträchtlich kürzer, nämlich auf drei Monate, bemessen. Nach Ablauf dieser Zeitspanne kann die zuständige Verwaltungsbehörde des Gastlandes eine Verlängerung der Befreiung aussprechen (vgl. Art. 3, Abs. 1, des Abkommens), was bisher nach französischer Praxis stets nur für eine neue Dreimonatsperiode, falls erforderlich mehrmals wiederholt, geschah.

Die Erfahrungen haben gezeigt, daß diese Regelung einen beträchtlichen Verwaltungsaufwand mit sich bringt. Da bis zu einer Änderung des Verfahrens anlässlich der kommenden Totalrevision des Abkommens noch einige Zeit vergehen wird, sind die zuständigen Behörden beider Länder im Verlaufe von Besprechungen über Probleme der zwischenstaatlichen Sozialversicherung im November 1963 übereingekommen, vorderhand im Rahmen ihrer Kompetenzen gewisse *Vereinfachungen in den Formalitäten* eintreten zu lassen. Danach soll die Zustimmung dieser Behörden zu einer *Verlängerung der dreimonatigen Befreiungsdauer künftig als stillschweigend erteilt gelten, bis die Entsendung insgesamt zwölf Monate erreicht hat.* Der mit der vorgeschriebenen Bescheinigung über seine vorübergehende Entsendung ausgerüstete Arbeitnehmer braucht also hinfort erst nach Ablauf eines Jahres, falls seine Beschäftigung im andern Land dann noch andauert, gestützt auf eine neue Bescheinigung ein Gesuch um ausnahmsweise Verlängerung seiner Befreiung von der AHV seines Gastlandes zu stellen.

## Das Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung

Mit dem Inkrafttreten der IV sahen sich die Versicherungsorgane ganz neuartigen Problemen gegenüber, die sich insbesondere bei der Anwendung des materiellen Rechtes, dann aber auch auf dem Gebiete der Organisation und des Verfahrens stellten. Um trotzdem das rasche Funktionieren der Versicherung zu gewährleisten, war es notwendig, den

Versicherungsorganen mit Weisungen in Form von Rundschreiben, Richtlinien, IV-Mitteilungen, Anordnungen in Einzelfällen usw. an die Hand zu gehen. Wie es bei der eher komplizierten Materie nicht anders zu erwarten war, sind diese Weisungen — vorab im Einführungsjahr 1960, wo sie teilweise die Funktion einer stellvertretenden Vollziehungsverordnung zu übernehmen hatten — recht umfangreich ausgefallen. Schon bald wurde daher das Bedürfnis empfunden, das zersplitterte Weisungsrecht zusammenzufassen und damit den Durchführungsstellen die Übersicht und Orientierung zu erleichtern. Das Bundesamt für Sozialversicherung entschloß sich deshalb zu einer Kodifikation unter gleichzeitiger Überarbeitung und Anpassung der Weisungen an den Stand der Rechtsprechung und an die neuen Erkenntnisse der Verwaltung. Bei dieser Gelegenheit sollten auch die in der IV verwendeten Formulare neu überprüft und soweit notwendig verbessert werden.

Nach der Konzeption des Bundesamtes für Sozialversicherung war vorgesehen, die Verfahrensfragen allgemeiner Natur, soweit sie sich vom materiellen Recht loslösen lassen, zum Gegenstand eines besonderen Kreisschreibens zu machen, während die verfahrensrechtlichen Spezialfälle den Kreisschreiben über die einzelnen Leistungsarten zugewiesen werden sollten. Von Anfang an bestand auch die Auffassung, daß die Bearbeitung der Formulare und Kreisschreiben nur unter Mitwirkung der IV-Organen erfolgen könne. Auf diese Weise war dafür gesorgt, daß neben den rechtlichen Erwägungen auch die praktischen Gesichtspunkte der mit der Gesetzesanwendung unmittelbar betrauten Stellen berücksichtigt wurden.

Da Verfahren und Formulare in engen Wechselbeziehungen zueinander stehen, war es gegeben, diese beiden Sachgebiete gemeinsam zu behandeln. Zu diesem Zwecke wurde eine IV-Fachkommission, bestehend aus Mitgliedern der IV-Kommissionen und ihren Sekretariaten, der IV-Regionalstellen sowie der Ausgleichskassen eingesetzt, die am 24. Mai erstmals in Bern zusammentrat. Im Schoße dieser Fachkommission wurde — neben anderen — ein Subkommission für allgemeine Verfahrensfragen gebildet, deren Aufgabe es war, die vom Bundesamt für Sozialversicherung vorgelegten Entwürfe für Formulare und für ein Verfahrenskreisschreiben zu begutachten. Diese Subkommission trat zweimal zusammen, nämlich am 26./27. Juni und am 29./30. November 1962. Aus den Beratungen ging ein bereinigter Entwurf für ein Verfahrenskreisschreiben hervor, der am 19. Juli 1963 den Mitgliedern der Gesamtkommission zur schriftlichen Stellungnahme unterbreitet wurde. Am 1. April 1964 ist nun das neue Kreisschreiben über das Verfahren in

der IV<sup>1</sup> in Kraft getreten, das im folgenden kurz vorgestellt werden soll.

Das Kreisschreiben gliedert sich in sieben Teile, denen eine *Einleitung* vorangestellt ist. In dieser wird festgehalten, daß das Kreisschreiben ganz allgemein das Verfahren für die Abklärung der Anspruchsvoraussetzungen sowie für die Festsetzung von Versicherungsleistungen regelt und daß verfahrensmäßige Besonderheiten für einzelne Leistungsarten im Zusammenhang mit dem materiellen Recht behandelt werden und als Sondervorschriften diesem Kreisschreiben vorgehen.

Naturgemäß nehmen die ersten beiden Teile über das *Anmelde- und über das Abklärungsverfahren* den breitesten Raum ein. Unter den Formalitäten, die bei der Anmeldung von Bedeutung sind, stellt die Nichtbeachtung der Anmeldefristen (Art. 48 IVG und 78, Abs. 2, IVV) einen der häufigsten formellen Gründe dar, aus denen Leistungen der IV abgelehnt werden müssen. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat sich bemüht, für die Eingliederungsmaßnahmen eine Lösung zu treffen, die unter Respektierung der gesetzlichen Vorschriften den Interessen der Versicherten soweit als möglich entgegenkommt (Rz 35—53). Im einzelnen entspricht die Regelung den Grundsätzen, wie sie in der ZAK 1963, S. 416 eingehend dargelegt worden sind. Damit ist die bisher geltende Ordnung gemäß Nachtrag vom 26. Juni 1963 zum Kreisschreiben vom 28. Mai 1962 über die Vergütung der Kosten von Eingliederungsmaßnahmen der IV aufgehoben.

Für das Abklärungsverfahren wird ausdrücklich betont, daß die IV-Kommissionen von Amtes wegen alle für die Beschlußfassung erheblichen Tatsachen festzustellen und ihre Abklärungen auf alle in Betracht fallenden Maßnahmen auszudehnen haben, auch wenn diese nicht ausdrücklich geltend gemacht worden sind (Rz 86 und 87). Großes Gewicht ist vor allem auf die rasche Beschaffung aller notwendigen medizinischen Angaben und Unterlagen zu legen, der die Priorität vor der Abklärung der beruflichen Eingliederungsfähigkeit einzuräumen ist (Rz 88). Hiezu dienen neben dem Arztbericht (Rz 114—125) auch die — im Zusammenhang mit den übrigen Expertisen geregelten — medizinischen Gutachten in Sonderfällen (Rz 126 ff.), die unter Umständen eine Einweisung in eine Kranken- oder Heilanstalt oder in eine Beobachtungsstätte notwendig machen können (Rz 132). Als weitere Mittel zur Abklärung der Anspruchsvoraussetzungen werden behandelt die Auskunftserteilung durch die Versicherten, ihre Angehörigen oder andere Dritte (Rz 98—113), die Berichte der Regionalstellen auf dem Gebiete

<sup>1</sup> Erhältlich unter Nr. 318.507.03 bei der Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale, Bern 3, zum Preis von Fr. 1.60.

der beruflichen Eingliederung (Rz 138—157) sowie die persönliche Vorladung der Versicherten (Rz 158—161). Für die Kostenvergütung bei Abklärungsmaßnahmen wird die Regel aufgestellt, daß eine Vergütung nur dann erfolgt, wenn die Maßnahme durch das zuständige IV-Organ angeordnet worden ist (Rz 163). Lediglich bei medizinischen Spezialuntersuchungen (Röntgen, Elektroencephalogramme, Elektrokardiogramme, Blutuntersuchungen usw.), die für die Erstellung des Arztberichtes durchgeführt werden, können die Kosten auch übernommen werden, wenn diese Maßnahmen zwar nicht angeordnet worden sind, sich aber für die Beschlußfassung der IV-Kommission als offensichtlich unerläßlich erweisen (Rz 121).

Der dritte Teil befaßt sich mit der *Festsetzung der Leistungen* und führt als Grundsatz an, daß über Ansprüche der Versicherten, auch wenn verschiedene Leistungen in Frage stehen, die IV-Kommissionen nach Möglichkeit gleichzeitig zu befinden haben (Rz 175). Das Verfahren vor der IV-Kommission wird — von wenigen Ausnahmen abgesehen — durch die Kantone geregelt. Für die mündliche Beratung wird u. a. vorgeschrieben, daß sämtliche Kommissionsmitglieder die Möglichkeit zur Akteneinsicht haben müssen (Rz 177). Hauptaufgabe der Ausgleichskassen ist es alsdann, die ihnen mitgeteilten Kommissionsbeschlüsse, soweit notwendig, in die Form einer Kassenverfügung zu kleiden und diese den Beteiligten zu eröffnen (Rz 193—212). Für den Vollzug der Kassenverfügung verweist das Kreisschreiben auf die besonderen Weisungen auf dem Gebiete der Geld- und Sachleistungen (Rz 213).

Der vierte Teil regelt die *Zuständigkeit der Ausgleichskassen, IV-Kommissionen und der IV-Regionalstellen* (Rz 214—242), während der fünfte Teil dem *Beizug der Spezialstellen* gewidmet ist (Rz 243—265). Die Spezialstellen sind keine Organe der IV, sondern ihre Mitwirkung bei der Abklärung und Durchführung beruht juristisch gesehen auf einem Auftrag, den ihnen die IV-Regionalstellen oder — wo es sich nicht um die berufliche Eingliederung handelt — die IV-Kommissionen erteilen. Die Spezialstellen, die den von ihnen angenommenen Auftrag selber zu erfüllen haben und nicht weiter delegieren dürfen, sind für dessen Erledigung und für die Berichterstattung weitgehend denselben Vorschriften unterstellt wie die IV-Regionalstellen (Rz 261).

Eine übereinstimmende Regelung wurde auch für die Bekanntgabe der medizinischen Tatsachen des abzuklärenden Falles an die Regional- und Spezialstellen getroffen (Rz 256). Dabei wurde grundsätzlich die zweckmäßige Orientierung dieser Stellen als notwendige Voraussetzung für die richtige Erfüllung des Auftrags betrachtet. Eine Herausgabe

medizinischer Akten darf jedoch nicht erfolgen, wenn ihre Bekanntgabe aus Diskretionsgründen nicht angezeigt ist oder wenn — auch mit einer entsprechenden Erläuterung — die darin enthaltenen Angaben von den Regional- und Spezialstellen nicht oder nur ungenügend verstanden werden könnten. In diesen Fällen sind die medizinischen Tatsachen, deren Kenntnis für die Erledigung des Auftrags erforderlich ist, der beauftragten Stelle in Form eines Berichtes nach den Angaben des Arztes der IV-Kommission zu eröffnen.

Der sechste Teil hat den *Rechtsschutz der Versicherten* zum Inhalt und weist im Sinne einer allgemeinen Orientierung auf die ihnen zur Verfügung stehenden Rechtsmittel sowie die geltende Gerichtsorganisation hin (Rz 266—280). Im siebenten und letzten Teil schließlich werden das *Inkrafttreten* des neuen Kreisschreibens und die Aufhebung der zu ihm im Widerspruch stehenden Weisungen geregelt (Rz 281).

## Durchführungsfragen der AHV

### Zu den Beitragstabellen für Selbständigerwerbende

Verschiedene Ausgleichskassen haben sich erkundigt, wie die Beitragstabellen für Selbständigerwerbende innerhalb der sinkenden Beitragskala abgestuft worden sind. Hiezu ist folgendes zu bemerken:

Bei Benützung der früheren Tabellen konnten in der Buchhaltung zuweilen Differenzen entstehen, indem der Jahresbeitrag nicht durchwegs dem mit zwölf multiplizierten Monatsbeitrag entsprach. Um dies zu vermeiden, wurden in den heute gültigen Tabellen «Beiträge der Selbständigerwerbenden und der Arbeitnehmer ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber» (siehe Broschüre 318.114 dfi, Seiten 6—13) bei gewissen Jahresbeiträgen gegenüber der genauen prozentualen Berechnung kleine Verschiebungen vorgenommen. Durch Auf- und Abrundungen von höchstens 30 Rappen sind nunmehr alle Jahresbeiträge durch zwölf teilbar und die bisherigen Differenzen automatisch ausgeschlossen. So konnte im Rahmen des Gesetzes einem praktischen Bedürfnis der Ausgleichskassen entsprochen werden. — Die Berechnung der Beiträge darf nur auf Grund der vom Bundesrat genehmigten und vom Bundesamt für Sozialversicherung publizierten Tabellen erfolgen.

Anschließend sei beigefügt, daß sich in den vorerwähnten Tabellen beim Jahresbeitrag für ein Einkommen von 10 900 Franken (Seite 6) ein Druckfehler eingeschlichen hat. Die Zahl sollte 457.80 Franken und nicht wie vermerkt 457.60 Franken lauten.

## Durchführungsfragen der IV <sup>1</sup>

### Geburtsgebrechen: Anerkennung im Einzelfall

Das Eidgenössische Departement des Innern hat mit Entscheiden vom 18. bzw. 22. Februar 1964 gestützt auf Artikel 3, Absatz 2, GgV in Einzelfällen die *Erythrodermia ichthyosiformis congenita* (angeborene, ausgedehnte, entzündliche Hautrötung mit Schuppenbildung), die *idiopathische Nebenniereninsuffizienz* und den *angeborenen Blasentumor* (Fibro-Rhabdomyom der Blasenwand) als Geburtsgebrechen anerkannt.

Es ist zu beachten, daß es sich bei der *Erythrodermia ichthyosiformis congenita* um ein seltenes Leiden handelt, dessen Ursache nicht bekannt ist, wobei möglicherweise auch später noch ähnliche Krankheitsbilder auftreten können, die nicht Geburtsgebrechen im Sinne von Artikel 13 IVG darstellen.

Gesuche um Anerkennung dieser Leiden als Geburtsgebrechen in künftig zur Beurteilung gelangenden Fällen sind dem Bundesamt für Sozialversicherung unter Vorlage sämtlicher Akten zu unterbreiten.

### Abgrenzung zwischen medizinischen Maßnahmen und Sonderschulung bei Anstaltsaufenthalt

Wird ein minderjähriger Versicherter in eine Anstalt eingewiesen, die sowohl den Charakter einer Kranken- oder Kuranstalt wie auch den einer Sonderschule trägt, so ist im Hinblick auf die unterschiedlichen Leistungen der IV abzuklären, ob der Anstaltsaufenthalt vorwiegend der Durchführung medizinischer Maßnahmen dient oder ob die Sonderschulung im Vordergrund steht.

*Bezweckt der Aufenthalt primär die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der IV* (Anstaltspflege im Sinne von Art. 14, Abs. 3, IVG), so gehen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung voll zu Lasten der IV. Dient der Anstaltsaufenthalt jedoch *vorwiegend der Heilbehandlung*, wobei das Kind *gleichzeitig* den Sonderschulunterricht besucht, so wird *nur das Schulgeld* — nicht aber das Kostgeld — ausgerichtet.

*Steht die Sonderschulung im Vordergrund*, so hat der Versicherte Anspruch auf das Schul- und Kostgeld, während die verfügbaren medizinischen Maßnahmen allenfalls als ambulante Behandlung zu werten und zu vergüten sind.

Die vorstehende Unterscheidung muß aus dem Beschluß der IV-Kommission *eindeutig* ersichtlich sein.

<sup>1</sup> Aus «IV-Mitteilungen» Nr. 52.

## **Medizinische Maßnahmen: Psychiatrische Leistungen**

### *a. Anordnung*

Die IV übernimmt diagnostische und therapeutische psychiatrische Leistungen — wie bei allen medizinischen Maßnahmen — nur gestützt auf einen Beschluß der zuständigen IV-Kommission. Werden diese Maßnahmen durch medizinisches Hilfspersonal (z. B. Psychologen) erbracht, so gehen sie nur dann zu Lasten der IV, wenn sie *von einem Arzt angeordnet und überwacht* werden.

### *b. Kostenvergütung*

Die von *freipraktizierenden Ärzten* durchgeführten psychiatrischen Begutachtungen und Behandlungen werden gemäß SUVA-Tarif bzw. IV-Interimstarif honoriert. Abgesehen von bestimmten Extraleistungen (z. B. Elektroencephalogramme) gilt sowohl für diagnostische wie auch für therapeutische Leistungen der Ansatz der Konsultationen, wobei gemäß IV-Interimstarif für Konsultationen, die notwendigerweise länger als 15 Minuten dauern, je Viertelstunde ein Zuschlag von 6 Franken (+ Teuerungszuschlag) verrechnet werden kann (soweit während dieser Zeit keine besondere in Rechnung gestellte Leistung ausgeführt wird).

Wird die Maßnahme in einer *Klinik* durchgeführt, so gelten die mit der betreffenden Anstalt vereinbarten Tarife.

Für psychiatrische Leistungen, die durch *medizinische Hilfspersonen* (z. B. Psychologen) erbracht werden, bestehen noch keine generellen Tarifvereinbarungen. Die Rechnungsstellung hat daher nach den ortsüblichen Ansätzen zu erfolgen, wobei ein Honorar von 20 Franken pro Stunde als Höchstansatz gilt.

## **Ärztliche Kontrolluntersuchungen: Kostenübernahme**

Die Kosten für ärztliche Kontrolluntersuchungen werden von der IV nur dann übernommen, wenn es sich um eine *von einer IV-Kommission angeordnete Abklärungsmaßnahme* handelt oder wenn die Konsultation *Bestandteil einer verfügbaren medizinischen Eingliederungsmaßnahme* bildet. Veranlaßt dagegen eine Eingliederungsstätte oder Sonderschule — beispielsweise beim Eintritt — eine Kontrolluntersuchung, so können die entsprechenden Aufwendungen im Einzelfall nicht der IV belastet werden. Sie gehen vielmehr zu Lasten der Betriebsrechnung der Institution und können lediglich bei der Festlegung eines allfälligen Betriebsbeitrages im Sinne von Artikel 73, Absatz 2, Buchstabe a, IVG als anrechenbare Kosten berücksichtigt werden.

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

**Gysin, A.: Soziale Ideen und rechtliche Strukturen in der Sozialversicherung.** In: «Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung», Heft 1 1964, S. 1—28, Verlag Stämpfli & Cie., Bern.

**Pfluger, A.: Der Begriff der vorübergehenden und der dauernden Erwerbsunfähigkeit in der Sozialversicherung und in der Privatversicherung.** In: «Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung», Heft 1 1964, S. 29—55, Verlag Stämpfli & Cie., Bern.

**Achermann, K.: Die Stellung der ärztlichen Sachverständigen in der Sozialversicherung der Schweiz.** Sonderdruck aus «Der medizinische Sachverständige», Berlin, S. 53—56, März 1964.

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

**Neuer parlamentarischer Vorstoß**  
Motion Barras  
vom 3. März 1964

Nationalrat Barras hat am 3. März 1964 folgende Motion eingereicht:

«Gemäß dem Bundesgesetz vom 20. Juni 1952, welches letztmals am 16. März 1962 revidiert worden ist, haben Anspruch auf Kinderzulagen die Kleinbauern, deren Jahreseinkommen 5 500 Franken nicht übersteigt. Diese Einkommensgrenze erhöht sich um 700 Franken je Kind. Die Teuerung, die sich in der Landwirtschaft in gleicher Weise geltend macht wie in andern Berufen, führt wohl zu einer Erhöhung des nominellen Einkommens, nicht aber zu einer Verbesserung der Kaufkraft.

Der Bundesrat wird eingeladen, zu prüfen, inwiefern Art. 5 des Gesetzes abgeändert werden sollte, um die Einkommensgrenzen, die auf Grund der Verhältnisse im März 1962 festgelegt wurden, dem gegenwärtigen Stand der Lebenskosten anzupassen.»

**Adressenverzeichnis**  
**AHV/IV/EO**

Seite 21, Ausgleichskasse 106, FRSP  
Neue Adresse: 15, rue Pierre-Fatio, Genève  
Neue Telefonnummer: (022) 36 40 00

Seite 23, IV-Kommission Basel-Stadt  
Neue Telefonnummer: (061) 23 88 90

Seite 24, IV-Kommission Aargau  
Neue Adresse: Feerstr. 3, Postfach 139, Aarau



# GERICHTSENTSCHEIDE

## Invalidenversicherung Eingliederung

Urteil des EVG vom 28. Januar 1964 i. Sa. R. K.

**Art. 12, Abs. 1, IVG. Eine medizinisch angezeigte Operation des infolge einer Osteomyelitis (Knochenmarkentzündung) zerstörten Hüftgelenks eines Kindes, welche einen schweren Defektzustand behebt und damit eine wesentliche Beeinträchtigung der späteren Berufsbildung und Erwerbstätigkeit verhindert, gilt als unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtete medizinische Maßnahme. (Erwägung 2)**

Anfangs Oktober 1961 wurde die 1952 geborene Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet. Ein Orthopäde stellte fest, daß die Versicherte an den Folgen einer frühkindlichen Osteomyelitis (Knochenmarkentzündung) mit Schenkelkopfnekrose leide; das linke Bein sei um 4 cm verkürzt, und das Röntgenbild zeige folgendes: «Leere und flache Hüftpfanne, Schenkelkopf und Schenkelhals fehlen, die Trochanterspitze steht an der Beckenschaukel, wobei es aber nicht zur Ausbildung eines röntgenologisch sichtbar neuen Gelenkes gekommen ist». In einem weiteren Bericht erklärte der Orthopäde, im «jetzigen Zeitpunkt» sei (trotz Geh- und Stehbehinderung) eine Behandlung nicht notwendig; dagegen müsse «in den nächsten Jahren» voraussichtlich eine Osteotomie in der linken Introchantergegend und vielleicht gleichzeitig eine Epiphysiodese am rechten distalen Femurende durchgeführt werden. Zur gleichen Zeit gab Pro Infirmis der IV-Kommission bekannt, daß der Orthopäde wegen der Schwere des Falles eine Untersuchung durch einen weiteren Spezialisten vorschläge. Hierauf beschloß die IV-Kommission, keine medizinischen Maßnahmen zu gewähren, da sich die Vorkehrungen auf die Behandlung des Leidens an sich richteten.

Auf Beschwerde hin holte die kantonale Rekurskommission von einem Spezialisten einen Bericht ein. Dieser teilte mit, die Versicherte sei inzwischen operiert worden; die Operation habe nicht die früher durchgemachte Osteomyelitis behandelt, sondern das zerstörte Hüftgelenk als deren Folge. Die Versicherte habe das seinerzeit erkrankte Hüftgelenk nicht mehr belasten können; jetzt sei die Standfestigkeit erheblich verbessert. Möglicherweise würden später noch weitere Eingriffe nötig. In der Folge hieß die Rekurskommission die Beschwerde gut; sie verhielt die IV, «die Kosten der durchgeführten Operation, des Aufenthaltes im Spital sowie der nachoperativen Kontrollen zu übernehmen».

Das EVG wies die von der Ausgleichskasse gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab :

1. ...

Für die Beurteilung der Frage, ob bei minderjährigen Versicherten eine medizinische Vorkehrung vorwiegend der beruflichen Eingliederung diene und geeignet sei, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern, ist

von Art. 5, Abs. 2, IVG auszugehen. Darnach gelten nichterwerbstätige Minderjährige mit einem körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als invalid, wenn der Gesundheitsschaden wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird. Bei nichterwerbstätigen Jugendlichen muß man sich also hinsichtlich der Frage, ob ihre Invalidität Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen gibt, in den Zeitpunkt versetzen, da diese Versicherten in das Erwerbsleben eintreten werden. Die Praxis hat nun festgestellt, daß bei typischen juvenilen Leiden, die eigentlich labiles pathologisches Geschehen darstellen, einmalige operative Eingriffe zur Vermeidung eines bevorstehenden Defektzustandes doch Eingliederungsmaßnahmen sein können, wenn sie an der Schwelle des Berufsbildungsalters erfolgen (EVGE 1962, S. 319, 1963, S. 113, ZAK 1963, S. 130, 1962, S. 426).

2. Die Ausgleichskasse läßt sich in ihrer Berufung offensichtlich durch die eben zitierte Praxis leiten. Im vorliegenden Fall liegt jedoch im wesentlichen ein Defektzustand als Folge eines längst abgelaufenen Krankheitsprozesses vor, nicht ein evolutives juveniles Leiden. Die erwähnte Praxis schließt medizinische Maßnahmen im Kindesalter bei Defektzuständen keineswegs aus; sie verfolgt vielmehr das Ziel, Jugendlichen an der Schwelle des Berufsbildungsalters, über die sonst in der Regel geltende Grenze hinaus, auch bei besonderen evolutiven Leiden medizinische Maßnahmen zu gewähren, bevor die zu erwartende Defektheilung schon eingetreten ist.

Zwar geht nicht jede Korrektur eines Defektzustandes zu Lasten der IV. Vielmehr ist hiezu erforderlich, daß die Korrektur überwiegend im Zusammenhang mit der durch Art. 12 IVG vorgeschriebenen Eingliederung stehe. Das träfe unter Umständen dann nicht zu, wenn die Korrektur dem medizinischen Sachverhalte nach als abschließende Vorkehr im einheitlichen Zuge einer Leidenbehandlung zu bewerten wäre. Es ist auch einzuräumen, daß die Art des Defektzustandes und die zeitliche Entfernung vom Berufsbildungsalter bei der Qualifikation einer Korrektur ausschlaggebend für die Leidenbehandlung sein können. Erweist sich aber der Defektzustand als derart schwer, daß er ohne medizinische Vorkehren über die restliche Schulzeit hinweg Berufsbildung und Erwerbstätigkeit wesentlich beeinträchtigen würde, so ist nach Art. 5, Abs. 2, IVG und der Rechtsprechung (EVGE 1962, S. 319, ZAK 1963, S. 130) der überwiegende Eingliederungszweck der bereits im Kindesalter durchgeführten Vorkehren zu bejahen. Die Unmittelbarkeit, die in Art. 12 IVG verlangt wird, bezieht sich auf den Zweck der Maßnahme, weshalb auch im Kindesalter medizinische Vorkehren notwendig werden können, welche in diesem Sinne unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet sind (vgl. Botschaft des Bundesrates zum IVG, S. 121). Dem vielfach zufälligen Zeitpunkt, da die medizinische Vorkehr durchgeführt wird, kommt bei Jugendlichen nicht die gleiche Bedeutung zu wie etwa bei Versicherten, die sich dem Ende der IV-rechtlich maßgebenden Periode erwerblicher Aktivität nähern. Vor allem darf die versicherungsrechtliche Praxis nicht ohne gesetzliche Notwendigkeit dazu führen, zweckmäßige Eingliederungsmaßnahmen entgegen medizinischer Indikation zurückzustellen. Es wäre wenig sinnvoll, eine bereits notwendig gewordene Vorkehr auf ein späteres Alter hinauszuschieben, zumal wenn die — im Kindesalter oft größeren — Erfolgsaussichten verringert werden.

3. Unter den gegebenen Umständen ist die durchgeführte Operation überwiegend Eingliederungsmaßnahme. Sie diene der Behebung eines sehr schweren Defektzustandes, der über die Schulzeit hinaus Berufsbildung und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt hätte. Da die Versicherte nach den Angaben des Spezialisten das Hüftgelenk nicht mehr belasten konnte, steht auch fest, daß die Operation im Zeitpunkt ihrer Durchführung angezeigt war; übrigens hatte bereits der Orthopäde anlässlich seiner früheren Untersuchungen einen operativen Eingriff in Aussicht gestellt.

Der Übernahme der ohne Anordnung der IV-Kommission durchgeführten Operation steht auch kein formell-rechtliches Hindernis entgegen. Obwohl der genaue Zeitpunkt der Operation nicht bekannt ist, darf auf Grund der Akten doch angenommen werden, daß sie erst erfolgte, nachdem die Verwaltung die nachgesuchten medizinischen Maßnahmen durch Verfügung verweigert hatte. Da im Prozeß die Richtigkeit dieser Verfügung zu überprüfen ist (und die Maßnahme nach dem Gesagten hätte gewährt werden sollen), kann der Versicherten Art. 78, Abs. 2, IVV, wonach ohne Anordnung der IV-Kommission durchgeführte Maßnahmen nur ausnahmsweise unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden, überhaupt nicht entgegengehalten werden (EVGE 1962, S. 318, ZAK 1963, S. 130). Die IV-Kommission hat die medizinischen Maßnahmen auch nicht nur «zur Zeit» verweigert mit Rechtsvorbehalt für später, woran man nach der ersten medizinischen Abklärung durch den Orthopäden hätte denken können. Vielmehr wurden die Maßnahmen grundsätzlich abgelehnt, wann immer sie medizinisch angezeigt gewesen wären.

**Urteil des EVG vom 3. Februar 1964 i. Sa. B. M.**

**Art. 13 IVG. Der auf die Scheuermannsche Krankheit zurückgehende Hohlrundrücken ist kein Geburtsgebrechen. (Erwägung 1)**

**Art. 12, Abs. 1, IVG. Konservative Vorgehen bei Scheuermannscher Krankheit gehören zur eigentlichen Leidensbehandlung. (Erwägung 1)**

**Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 14, Abs. 1, IVV. Ein der Eingliederung und gleichzeitig der Leidensbehandlung dienendes Reklinationskorsett ist ein Hilfsmittel im Sinne der IV. Nicht als Hilfsmittel gilt hingegen eine Liegeschale, die ihrer Konstruktion nach nicht geeignet ist, der Eingliederung ins Erwerbsleben zu dienen. (Erwägung 2)**

Die 1948 geborene Versicherte leidet an «typischem Hohlrundrücken». Sie wird konservativ mit Heilgymnastik behandelt und benötigt laut ärztlicher Anordnung ein Reklinationskorsett und eine Liegeschale. Gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission teilte ihr die Ausgleichskasse mit, daß kein Anspruch auf medizinische Maßnahmen und auf Hilfsmittel bestehe, da eine Behandlung des Leidens an sich vorliege. Die kantonale Rekursbehörde hieß die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde gut und wies die IV an, «die Kosten für medizinische Maßnahmen und jene für entsprechende Hilfsmittel zu übernehmen».

Das EVG hieß die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Der Hohlrundrücken der Versicherten ist kein Geburtsgebrechen im Sinne der GgV, weshalb Leistungen gemäß Art. 13 IVG von vorneherein außer Betracht fallen. Es kann sich einzig fragen, ob die wegen dieses Leidens notwendigen medizinischen Vorkehren Eingliederungsmaßnahmen gemäß Art. 12 IVG darstellen.

...

Für die Beurteilung der Frage, ob bei minderjährigen Versicherten eine medizinische Vorkehr vorwiegend der beruflichen Eingliederung diene und geeignet sei, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern, ist von Art. 5, Abs. 2, IVG auszugehen. Darnach gelten nichterwerbstätige Minderjährige mit einem körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als invalid, wenn der Gesundheitsschaden wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird. Bei nichterwerbstätigen Minderjährigen muß man sich also hinsichtlich der Frage, ob ihre Invalidität Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen gibt, in den Zeitpunkt versetzen, in dem diese jugendlichen Versicherten in das Erwerbsleben eintreten werden. Die Praxis hat nun festgestellt, daß bei typischen juvenilen Leiden, die eigentlich labiles pathologisches Geschehen darstellen, einmalige operative Eingriffe im Entwicklungsalter zur Vermeidung eines bevorstehenden Defektzustandes doch Eingliederungsmaßnahmen sein können. Anders verhält es sich dagegen hinsichtlich der konservativen Behandlung derartiger Leiden. Eine solche Behandlung ist in der Regel nicht erst angezeigt, wenn gegen das Ende der Wachstumsperiode in absehbarer Zeit ein Defektzustand zu erwarten ist, und sie dient grundsätzlich überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens; außerdem zieht sie sich oft über längere Zeit hin, so daß sie nicht mehr zu den während begrenzter Zeit durchgeführten Vorkehren im Sinne von Art. 2 IVV gehört (vgl. dazu insbesondere EVGE 1963, S. 46, ZAK 1963, S. 324, und EVGE 1963, S. 113, ZAK 1963, S. 444, sowie das Urteil des EVG vom 14. Mai 1963, i. Sa. J. M., ZAK 1963, S. 455).

Im vorliegenden Fall steht zwar die Versicherte im Berufsbildungsalter; es ist auch zu erwarten, daß ihr Leiden (Hohlrundrücken) ohne Behandlung in absehbarer Zeit mit einem Defektzustand endigen würde. Indessen wird der Hohlrundrücken, der nach den Darlegungen des BSV auf die Scheuermannsche Krankheit, d. h. auf labiles pathologisches Geschehen zurückgeht, nur konservativ behandelt. Diese konservativen Vorkehren müssen nach dem Gesagten zur Leidensbehandlung gezählt werden. Soweit daher der Versicherten medizinische Eingliederungsmaßnahmen gewährt werden, ist der vorinstanzliche Entscheid aufzuheben.

2. Gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG hat ein Versicherter im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. Diese Voraussetzung wird in Art. 15, Abs. 1, IVV u. a. dahin erläutert, daß der Versicherte auf das Hilfsmittel zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder für die Schulung angewiesen sein müsse. Grundsätzlich kann es nicht darauf ankommen, ob, und wenn ja, wie weit das Hilfsmittel neben diesem 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. Demgemäß geht ein Hilfsmittel, das den

genannten Eingliederungszweck erfüllt, zu Lasten der IV, auch wenn es zur Linderung eines Leidens abgegeben wird, dessen Behandlung nicht unter Art. 12 IVG fällt (EVGE 1963, S. 144, ZAK 1963, S. 502). Das Reklinationskorsett, das offensichtlich ein Hilfsmittel darstellt und zur Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig ist, muß daher durch die IV übernommen werden. In diesem Punkt ist der vorinstanzliche Entscheid zu schützen.

Abweichende Verhältnisse bestehen hinsichtlich der Liegeschale. Wie in EVGE 1963, S. 146 (ZAK 1963, S. 502) dargetan wurde, ergibt sich aus dem in Art. 21, Abs. 1, IVG umschriebenen Zweck des Hilfsmittels, daß es seiner Konstruktion nach geeignet sein muß, der Eingliederung ins Erwerbsleben zu dienen; Gegenstände, die diesem Zweck nicht dienlich sein können (z. B. bloße Extensionsvorrichtungen, Gipsbetten), erfüllen den Hilfsmittelbegriff nicht. Die Liegeschale ist ihrer Zweckbestimmung nach weitgehend dem Gipsbett gleichzustellen und daher kein Hilfsmittel im Sinne des IVG. Demzufolge gehen ihre Kosten nicht zu Lasten der IV. Der vorinstanzliche Entscheid ist insoweit aufzuheben, als er die IV zur Abgabe einer Liegeschale verhält.

#### Urteil des EVG vom 13. Januar 1964 i. Sa. M. R.

**Art. 13 und Art. 85, Abs. 2, IVG; Art. 2, Ziff. 98, GgV. War ein angeborener Herzfehler schon während der Minderjährigkeit eines Versicherten behandlungsbedürftig, fehlte es aber damals nach dem Stand der Wissenschaft an der Behandlungsmöglichkeit, so geht die nach Erreichen der Volljährigkeit möglich gewordene Herzoperation unter den Voraussetzungen von Art. 85, Abs. 2, IVG zu Lasten der IV.**

Die 1921 geborene Versicherte meldete sich im Juli 1962 zum Leistungsbezug bei der IV. Bereits vorher hatte ihr Hausarzt unter Auflage des Zeugnisses eines Spezialisten mitgeteilt, daß wegen der bestehenden Pulmonalstenose (Verengung des Abganges der Lungenarterie aus dem Herzen) mit beginnender Arbeitsinsuffizienz eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt werden sollte; gestützt auf das Ergebnis dieser Untersuchung werde sich dann die Frage einer Herzoperation stellen. In der Folge gab die Versicherte der IV-Kommission bekannt, daß sich die Herzoperation als notwendig erweise. Am 10. September 1962 beschloß die IV, keine medizinischen Eingliederungsmaßnahmen zu gewähren, da die Vorkehrungen auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet seien.

Eine gegen die entsprechende Verfügung erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen. Diesen Entscheid hat die Versicherte durch Berufung ans EVG weitergezogen und dabei auf das Zeugnis einer medizinischen Universitätsklinik verwiesen. Dem Zeugnis läßt sich folgendes entnehmen: Anlässlich der Untersuchung der Versicherten vom 25. Juni bis 4. Juli 1962 habe sich folgende Diagnose ergeben: «Vorhofseptumdefekt vom Secundumtyp mit einem Links-Rechts-Shunt von 6 Litern bei einem Körperzeitvolumen von 5,5 Litern». Diese Diagnose sei durch die am 21. Januar 1963 erfolgte Operation bestätigt worden, und der Defekt habe geschlossen werden können. Bei dem operativ bestätigten Herzfehler handle

es sich um ein angeborenes Leiden. «Dieser Herzfehler soll heutzutage im Kindesalter operiert werden, um spätere Komplikationen zu vermeiden.»

Das EVG hieß die Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

Grundsätzlich stehen medizinische Maßnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen den Minderjährigen zu (Art. 13 IVG). Volljährige Versicherte haben gemäß Art. 85, Abs. 2, IVG während einer Dauer von fünf Jahren seit Inkrafttreten des IVG Anspruch auf Leistungen gemäß Art. 13 IVG, «sofern das Geburtsgebrechen durch eine zeitlich beschränkte medizinische Maßnahme behoben oder dauernd gemildert werden kann».

Aus dem im Berufungsverfahren aufgelegten Zeugnis geht hervor, daß es sich beim operierten Herzfehler der Versicherten um ein angeborenes Leiden handelte, das ein Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 2, Ziff. 98, GgV darstellt. Dieses Leiden, das schon in der Jugend der Versicherten behandlungsbedürftig war, konnte durch den einmaligen chirurgischen Eingriff behoben werden. Dagegen war es während der Minderjährigkeit der Versicherten nach dem damaligen Stande der Wissenschaft noch nicht möglich, das Gebrechen zu diagnostizieren und zu operieren. Es erhebt sich deshalb die Frage, ob der volljährigen Versicherten die seitherige Entwicklung der Wissenschaft IV-rechtlich zugute kommen soll. Das ist gestützt auf eine Stellungnahme des Gesamtgerichtes zu bejahen. Wenn ein Geburtsgebrechen schon während der Minderjährigkeit behandlungsbedürftig war (vgl. dazu EVGE 1961, S. 186, ZAK 1961, S. 315) und es damals nach dem Stande der Wissenschaft lediglich an der Behandlungsmöglichkeit fehlte, so ist die nach Erreichen der Volljährigkeit nun möglich gewordene Behandlung während der Übergangszeit von 5 Jahren unter den in Art. 85, Abs. 2, IVG umschriebenen Voraussetzungen zu übernehmen. Es wäre mit der ratio des Art. 13 IVG nicht zu vereinbaren, die Behandlung nur deshalb zu verweigern, weil erst seit dem Eintritt der Volljährigkeit wirksam geholfen werden kann. Eine andere Lösung würde auch die wenig sinnvolle Konsequenz zeitigen, daß man im Einzelfall untersuchen müßte, wie weit die Behandlungsmöglichkeiten des Gebrechens vor Erreichen der Volljährigkeit gediehen waren, was unter Umständen bei gleichen Leiden je nach dem heutigen Alter des Patienten zu verschiedenen Lösungen führen könnte. Die Voraussetzungen für die Übernahme der Behandlungskosten durch die IV sind daher erfüllt.

Daß sich die Versicherte ohne entsprechende Anordnung der IV-Kommission untersuchen und operieren ließ, steht der Übernahme der Vorkehren nicht entgegen. Die Versicherte hat sich kurz nach dem Abschluß der Untersuchungen angemeldet und damit die sechsmonatige Frist des Art. 78, Abs. 2, IVV gewahrt. Bei der Schwere des Leidens darf auch gesagt werden, daß die Untersuchungen aus «wichtigen Gründen» im Sinne der genannten Bestimmung vor der Beschlußfassung erfolgen mußten. Die Operation selber wurde erst durchgeführt, nachdem die Verfügung über die Verweigerung von Leistungen ergangen war. Da im Prozeß die Begründetheit der Verfügung zu überprüfen ist, kann der Versicherten hinsichtlich der seit Erlaß der Verfügung durchgeführten Maßnahmen Art. 78, Abs. 2, IVV überhaupt nicht entgegengehalten werden (EVGE 1962, S. 316, ZAK 1963, S. 130).

Über das Maß der Leistungen wird die IV-Kommission noch zu befinden haben.

## Renten

Urteil des EVG vom 10. Dezember 1963 i. Sa. H. S.

**Art. 24, Abs. 2 IVG; Art. 21, Abs. 2, IVV. Mußte der Versicherte infolge zunehmender Erkrankung seinen erlernten Beruf aufgeben und eine schlechter entlohnte Erwerbstätigkeit aufnehmen, so ist das Eingliederungstaggeld auf Grund des Einkommens zu bemessen, das der Invalide im erlernten Berufe unmittelbar vor der Eingliederung erzielt hätte.**

Der 1915 geborene Versicherte, gelernter Sanitärmoniteur, mußte seinen Beruf anfangs Oktober 1959 auf dringenden ärztlichen Rat hin aufgeben. In der Folge war er bei verschiedenen Firmen als Magaziner und Packer tätig. Seine erste Anmeldung zum Bezug von Leistungen der IV wurde durch Verfügung der Ausgleichskasse vom 18. November 1960 abgewiesen, ohne daß sich der Versicherte dagegen beschwert hätte. Im Januar 1962 meldete er sich bei der IV zum zweiten Mal an und beanspruchte Eingliederungsmaßnahmen.

Zuhanden der IV-Kommission stellte der Arzt folgende Diagnose: Fortgeschrittene Osteochondrose der beiden ersten Lendenbandscheiben sowie der Bandscheibe L4/L5 mit reaktiver Spondylarthrose; Spondylolisthesis L5/S1. Überdies leide der Versicherte an Zuckerkrankheit und chronischer Gastroduodenitis. Der Zustand sei besserungsfähig. Doch wäre eine Umschulung wünschenswert.

In ihrem Bericht vom 10. Dezember 1962 schlug die IV-Regionalstelle die Umschulung zum Hilfszeichner vor. Dieser Beruf entspreche den Neigungen des Versicherten, würde ihm einen Monatsverdienst von 750 bis 800 Franken erzielen zu lassen und es ihm erlauben, «mitunter aufzustehen und stehend zu zeichnen, so daß die notwendige Wechselbelastung hergestellt ist».

Gestützt auf die Berichte von IV-Regionalstelle und Arzt beschloß die IV-Kommission, die Kosten der Umschulung auf technisches Zeichnen für die Dauer eines halben Jahres (d. h. monatlich 110 Franken) zu übernehmen und überdies einen Beitrag für die Anschaffung des Schulmaterials von ungefähr 180 Franken auszurichten. Hinsichtlich der Berechnung des Taggeldes wurde «als letzte voll ausgeübte Tätigkeit» diejenige eines Packers bezeichnet. Diesen Beschluß eröffnete die Ausgleichskasse dem Versicherten mit Verfügung vom 31. Januar 1963; die ab 14. Januar 1963 auszurichtende Haushaltungsentschädigung (inkl. eine Kinderzulage) wurde auf 15,90 Franken im Tag beziffert, wozu noch der Eingliederungszuschlag von 30 Prozent zu rechnen war; als Bemessungsgrundlage im Sinne der «zuletzt voll ausgeübten Tätigkeit» diene das Einkommen von monatlich 850 Franken, das der Versicherte im Jahre 1962 als Packer und Spediteur erzielt hatte. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte Beschwerde.

Die kantonale Rekurskommission wies die Beschwerde ab. Diesen Entscheid zog der Versicherte durch Berufung an das EVG weiter, mit dem Begehren, es sei bei der Berechnung des Taggeldes auf den Lohn abzustellen, den er zur Zeit als Sanitärmoniteur erzielen könnte. Dieser betrage 1 000 bis 1 200 Franken im Monat. Das BSV beantragte in seinem Mitbericht Gutheißung der Berufung.

Das EVG hat die Berufung aus folgenden Gründen gutgeheißen:

1. ...

2. Es ist nicht streitig, daß der Berufungskläger für die in der angefochtenen Verfügung genannte Zeit Anspruch auf ein Taggeld in der Form einer Haushaltungsentschädigung (inkl. eine Kinderzulage) nebst einem Eingliederungszuschlag von 30 Prozent (Art. 25, Buchst. c, IVG) hat. Umstritten ist dagegen, welches die Bemessungsgrundlage für die Ermittlung dieses Taggeldes sei. Ausgleichskasse und Vorinstanz nahmen an, Bemessungsgrundlage sei der zuletzt verdiente Packer-Lohn. Der Versicherte ist jedoch der Auffassung, es sei vom Verdienst auszugehen, den er als Sanitärmonteur unmittelbar vor Durchführung der Eingliederungsmaßnahme hätte erzielen können. Der Versicherte und die kantonale Rekurskommission berufen sich auf Art. 24, Abs. 2, IVG, wonach für Erwerbstätige — und zu diesen ist der Berufungskläger zu zählen — als Bemessungsgrundlage das durch «die zuletzt voll ausgeübte Tätigkeit» erzielte Erwerbseinkommen dient. Rein sprachlich kann dieser Ausdruck bedeuten: a. die zuletzt bei voller Arbeitszeit ausgeübte Tätigkeit; b. die zuletzt bei voller Erwerbsfähigkeit ausgeübte Tätigkeit; c. die zuletzt bei voller Arbeitszeit und voller Erwerbsfähigkeit ausgeübte Tätigkeit. Daß der erwähnte Ausdruck die Bedeutung von Buchst. c hat, ergibt die Auslegung des Art. 21, Abs. 2, IVV, der lautet:

«Liegt die vom Versicherten zuletzt voll ausgeübte Tätigkeit mehr als drei Jahre zurück, so ist auf das Erwerbseinkommen abzustellen, das der Versicherte, wenn er nicht invalid gewesen wäre, durch die gleiche Tätigkeit unmittelbar vor der Eingliederung erzielt hätte.»

Ist danach das ohne Invalidität erzielbare Einkommen nach Ablauf der dreijährigen Periode maßgebend, so folgt daraus im Verein mit Art. 24, Abs. 2, IVG, daß vor Ablauf dieser Periode das ohne Invalidität zuletzt tatsächlich erzielte Einkommen ausschlaggebend ist, wobei in der Regel vorauszusetzen sein wird, daß die entsprechende Tätigkeit auch hinsichtlich der Arbeitszeit «voll» ausgeübt wurde. Von dieser Ordnung auszunehmen sind gemäß Art. 21, Abs. 4, IVV die Rentenbezüger. An der Gesetzmäßigkeit dieser Regelung, die vom Bundesrat auf Grund des Art. 24, Abs. 3, IVG erlassen wurde, ist nicht zu zweifeln.

3. Demzufolge ist im vorliegenden Fall Bemessungsgrundlage das Einkommen eines Sanitärmonteurs. Da der Versicherte seinen erlernten Beruf im Oktober 1959 wegen seiner Invalidität aufgeben mußte, den Umschulungskurs aber gemäß der am 31. Januar 1963 ergangenen Verfügung der Ausgleichskasse erst am 14. Januar 1963 begonnen hat, liegt «die zuletzt voll ausgeübte Tätigkeit» im Sinne des Art. 21, Abs. 2, IVV «mehr als drei Jahre zurück», weshalb hier vom Verdienst auszugehen ist, den der Berufungskläger als Sanitärmonteur unmittelbar vor der Eingliederung hätte erzielen können. Es ist Sache der IV-Kommission bzw. der Ausgleichskasse, die Höhe dieses hypothetischen Einkommens zu ermitteln und alsdann das Taggeld entsprechend neu festzusetzen.



**Urteil des EVG vom 23. September 1963 i. Sa. R. S.**

**Art. 28, Abs. 2, IVG. Als Vergleichseinkommen bei der Bemessung des Invaliditätsgrades ist dasjenige heranzuziehen, das der Versicherte ohne Invalidität an seinem Wohnort erzielen könnte, gleichgültig aus welchen Gründen er diesen Wohnsitz gewählt hat.**

Der im 61. Lebensjahr stehende Versicherte betreibt auf dem Lande eine Schneiderwerkstatt, in der neben der Ehefrau bis vor kurzem auch sein Sohn, der diplomierter Zuschneider ist und über ein Automobil verfügt, sowie seine Tochter mitarbeiteten. Ende August 1960 meldete er sich zum Bezug von IV-Leistungen an. Der Arzt stellte folgende Diagnose: «Zustand nach nicht spezifischer Coxitis mit Hüftarthrose links 1956». Ferner läßt sich dem ärztlichen Bericht entnehmen, das linke Bein sei um 7 cm verkürzt. Zum Ausgleich trage der Versicherte einen orthopädischen Schuh; er empfinde keine Hüftschmerzen, hingegen leichte Knieschmerzen medial rechts. Sein Gesundheitszustand sei stationär. Er sei ganztägig und selbständig tätig, in dessen wegen seiner Invalidität insofern in der Erwerbsfähigkeit eingeschränkt, als er nicht mehr rationell arbeiten könne.

Die Ausgleichskasse teilte dem Versicherten durch Verfügung vom 6. September 1961 mit, die IV-Kommission habe den Rentenanspruch abgelehnt, da der Invaliditätsgrad unter 50 bzw. 40 Prozent liege. Hingegen sei sie bereit, die Kosten für orthopädische Schuhe zu übernehmen.

Die Beschwerde des Versicherten wurde von der kantonalen Rekursbehörde abgewiesen. Diese stützte sich dabei auf den Bericht der IV-Regionalstelle, wonach der Versicherte eingegliedert und mindestens zu 60 Prozent erwerbsfähig sei. Wenn er heute sein Auskommen nicht mehr habe, so sei dies die Folge des ungenügenden Geschäftsganges im Verhältnis zu den vielen Arbeitskräften. In seiner Berufung an das EVG beantragt der Versicherte eine Rente seit 1. Januar 1960. Zur Begründung macht er im wesentlichen geltend, seine familiären Verhältnisse hätten sich seit der Berichterstattung durch die IV-Regionalstelle geändert. Seine Ehefrau sei herzleidend und müsse sich deshalb auf den Haushalt beschränken. Die Tochter habe geheiratet und führe einen eigenen Haushalt. Der Sohn arbeite seit dem 1. Oktober 1962 auf eigene Rechnung; zudem wolle er heiraten und fortziehen. Wegen seiner Behinderung sei er (der Versicherte) auf die Mitarbeit der Angehörigen angewiesen. Insbesondere habe der Sohn mit dem Auto die auswärtige Kundschaft besucht. Da er (der Versicherte) selbst nicht mehr velofahren könne, jedoch von Bahn und Post eine Wegstunde entfernt lebe, wisse er nicht, wer inskünftig den Sohn ersetzen solle.

Das EVG wies die Berufung mit folgender Begründung ab:

1. Gemäß Art. 28, Abs. 1, IVG hat der Versicherte Anspruch auf eine Rente, 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. Diese Rente kann in Härtefällen auch bei einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens zwei Fünfteln ausgerichtet werden; ein Härtefall liegt nach der Gerichtspraxis nur vor, wenn der Versicherte von wirtschaftlicher Härte betroffen wird (EVGE 1962, S. 78, Erwägung 4, ZAK 1962, S. 317).

Der Invaliditätsgrad wird in der Weise ermittelt, daß das Erwerbseinkommen, welches der Versicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das er zu erreichen vermöchte, wenn er nicht erwerbsunfähig geworden wäre (Art. 28, Abs. 2, IVG). Dabei sind die Tatsachen maßgebend, wie sie in dem Zeitpunkt bestehen, in welchem die IV-Kommission ihren Beschluß faßt.

2. Der Berufungskläger macht hauptsächlich geltend, die Verhältnisse hätten sich in letzter Zeit wesentlich geändert. Diese Änderung trat jedoch offensichtlich erst ein, nachdem die IV-Kommission am 14. Juni 1961 ihren Beschluß gefaßt hatte. Für den Ausgang des vorliegenden Rechtsstreits sind die in Rede stehenden Tatsachen mithin unerheblich. Zu prüfen ist hier nur, ob der Versicherte zur Zeit, da die Kommission sein Rentenbegehren abwies, Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen oder eine Rente hatte. Dabei ist vom gründlichen Bericht der IV-Regionalstelle auszugehen.

3. Die IV-Regionalstelle führt aus, der Versicherte habe die Schneiderlehre mit Erfolg abgeschlossen und arbeite seit Jahren als Selbständigerwerbender. Er verfüge im eigenen Haus über ein geräumiges Atelier, eine elektrische Nähmaschine und einen die Arbeit erleichternden Spezialschemel. Unter diesen Umständen und im Hinblick auf die Mitarbeit der Familienangehörigen konnte die IV-Kommission den Berufungskläger mit Grund als eingegliedert betrachten.

4. Hinsichtlich der Rentenfrage ist ein Härtefall nach dem Bericht der IV-Regionalstelle auszuschließen. Es fragt sich nur, ob der Versicherte im maßgebenden Zeitpunkt mindestens zur Hälfte bleibend erwerbsunfähig gewesen sei (Art. 29, Abs. 1, IVG).

Der Versicherte macht in seiner Berufung geltend, er habe aus Hemmungen wegen seiner körperlichen Beeinträchtigung aufs Land ziehen müssen und keine «bessere Lebensstellung erwerben» können. Dies ist jedoch nicht Grund genug, das zumutbare Invaliden-Erwerbseinkommen mit einem durchschnittlichen städtischen Schneidermeister-Einkommen zu vergleichen. IV-rechtlich hat die Wahl des Erwerbssortes vielmehr als freiwillig zu gelten; es ist demnach das maßgebende Invalideneinkommen mit demjenigen Einkommen zu vergleichen, das der Versicherte in den gleichen Verhältnissen ohne Invalidität zu erzielen vermöchte. Die von der IV-Regionalstelle erwähnte Schwierigkeit, genügend Arbeit zu beschaffen — der Versicherte sollte, statt wie 1961 bloß 47, jährlich 80 bis 100 Maßanzüge verkaufen können —, ist folglich nur in dem Maße zu berücksichtigen, wie sie auf die körperliche Beeinträchtigung zurückgeht.

In dem für die Beurteilung relevanten Zeitabschnitt — 1. Januar 1960 bis zum Beschluß der IV-Kommission — wurde das Schneidergewerbe zum guten Teil als Familienbetrieb geführt, worin der 1942 geborene Sohn, selber gelernter Schneider und diplomierter Zuschneider, die Tochter (geb. 1944) und die Ehefrau mitarbeiteten. Der Sohn nahm die Maße, besorgte die Anprobe und mit seinem Automobil die beruflichen Fahrten. Leiter des Betriebes blieb

jedoch der Berufungskläger. Nach dem ärztlichen Bericht war er voll arbeitsfähig; die IV-Regionalstelle schreibt: «Seine Invalidität fällt aber bei der Arbeit gar nicht augenfällig ins Gewicht.»; und sogar der Arzt testierte in seiner Zuschrift vom 16. Oktober 1961 eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von ungefähr 75 Prozent. Wenn der Versicherte seine nach der Natur des Leidens nicht um die Hälfte eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in seinem Betriebe wirtschaftlich nicht besser ausnützen konnte, als die Einkommensschätzung der IV-Regionalstelle ergibt, dann liegt die Ursache nicht erheblich in der Invalidität, wie die Regionalstelle überzeugend dartut. Es ist hier namentlich der Umstand zu erwähnen, daß der Berufungskläger in früheren Jahren, als er seinen Beruf noch allein ausübte und nur auf die Hilfe der Ehefrau rechnen konnte, immer «ein einigermaßen rechtes Einkommen» gehabt haben will, obschon sein Leiden schon damals bestand. Auf alle Fälle entspricht die Verneinung einer mindestens hälftigen Erwerbsunfähigkeit pflichtgemäßem Ermessen, das nicht zu korrigieren ist.

5. In der Berufung hat der Versicherte neue Tatsachen geltend gemacht. Wie das BSV in seinem Mitbericht zutreffend ausführt, ist es sehr wohl möglich, daß diese Veränderungen in der Art des Betriebes eine beachtliche Auswirkung auf den Invalidenverdienst des Versicherten haben; insbesondere wäre zu überprüfen, ob die Kundenfahrten des Sohnes, falls sie wegfallen, durch den Berufungskläger nicht mehr ausgeglichen werden können. In diesem Zusammenhang kann sich auch die Eingliederungsfrage neu stellen.

Die Akten sind deshalb der IV-Kommission zuzustellen, damit sie die neue Lage untersuche und beurteile.

#### **Urteil des EVG vom 10. Juli 1963 i. Sa. O. S.**

**Art. 4 und 28 IVG. Eine Psychopathie kann dann nicht als Krankheit im Sinne von Art. 4 IVG bewertet werden, wenn sich die hauptsächlich durch Familienkonflikte bewirkten untragbaren psychopathischen Erscheinungen des Rentenanwärters durch eine Trennung von der Familie weitgehend beseitigen lassen.**

Der 1908 geborene Versicherte ist italienischer Staatsangehöriger und lebte seit 1918 in der Schweiz. Mindestens seit 1938 war er ununterbrochen hier niedergelassen. Über seine unregelmäßige Erwerbstätigkeit ist nur bekannt, daß er bis 1961 wohl unter anderem während dreieinhalb Jahren als Stanzer und Dreher tätig war. Am 9. April 1951 verunfallte er und zog sich eine Wirbelsäulenfraktur zu. Die SUVA richtete ihm in der Folge eine Rente aus und zwar ab 1. April 1952 für eine dauernde Erwerbsunfähigkeit von 15 Prozent.

Seit seiner Jugend beschäftigte sich der Versicherte mit religiösen Fragen. Er fühlte sich zum Prediger berufen und widmete dieser Tätigkeit einen erheblichen Teil seiner Zeit. Seine Familie vernachlässigte er und behandelte sie zum Teil auf brutale Weise. Deshalb weilte er vom 8. November 1956 bis zum 13. Mai 1957 in einer Nervenheilanstalt zur Behandlung und Begutachtung. Im Februar 1957 wurde er auf Grund eines in der Heilanstalt verfaßten Gutachtens nach Art. 369 ZGB bevormundet. Da er aber seine Angehörigen auch weiterhin bedrängte, brachte ihn die Polizei auf Betreiben der Vormundschaftsbehörde nach einem neuerlichen Aufenthalt in der Heilanstalt

am 6. Juli 1959 in seine Heimat nach Italien. Dort hält er sich, soweit bekannt ist, zumeist auf.

Mit Beschluß vom 7. April 1961 lehnte die IV-Kommission die Gewährung einer Rente ab, weil der Anspruch infolge des Verhaltens des Versicherten — er ließ sich nicht ärztlich untersuchen — nicht genügend abgeklärt werden können. Gegen die entsprechende Verfügung erhob der Amtsvormund Beschwerde und legte ein ärztliches Zeugnis vom 7. Juli 1961 auf. Die kantonale Rekursinstanz hieß die Beschwerde gut und sprach eine ganze IV-Rente seit 1. Januar 1960 zu. Zur Begründung führte die Rekursbehörde im wesentlichen aus, daß der Rentenanwärter, der seit 1938 in der Schweiz wohnte und als Bevormundeter seinen Wohnsitz gemäß Art. 25 ZGB weiterhin dort habe, trotz seiner Heimschaffung gemäß Art. 6, Abs. 2, IVG auf Grund seines während 15 Jahren ununterbrochenen Wohnsitzes in der Schweiz anspruchsberechtigt sei. Seit vielen Jahren leide er an einer derart schweren Psychopathie, daß ihm die Verwertung seiner verbliebenen Arbeitsfähigkeit nicht mehr zugemutet werden könne.

Das BSV zog diesen Entscheid mit Berufung an das EVG weiter und führte aus, es seien weder die versicherungsmäßigen noch die invaliditätsmäßigen Voraussetzungen für einen Rentenanspruch gegeben. Das EVG hieß die Berufung auf Grund folgender Erwägungen gut:

1. ...

Es kann offen gelassen werden, ob die versicherungsmäßigen Voraussetzungen erfüllt sind. Die Berufung wäre nämlich selbst dann gutzuheißen, wenn der Berufungsbeklagte gemäß Art. 6 IVG versichert und anspruchsberechtigt wäre, weil nicht nachgewiesen ist, daß er in rentenbegründender Weise invalid sei.

2. Die SUVA hat in ihrer Verfügung vom 13. Oktober 1951 angenommen, die unfallbedingte Erwerbsunfähigkeit betrage bis zum 31. März 1952 25 Prozent, von diesem Zeitpunkt an nur noch 15 Prozent. Auch bei den 1953 und 1954 vorgenommenen Rentenrevisionen wurde die Invalidität auf 15 Prozent geschätzt.

Im Bericht der Heilanstalt vom 19. Dezember 1956 wurde festgestellt: «Bei der Untersuchung zeigt sich Herr O. S. körperlich mit Ausnahme von leichten Unfallfolgen gesund. Nach der fachärztlichen Schätzung bedingen die körperlichen Unfallfolgen eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit um höchstens 15 Prozent».

Ärztliche Urteile aus neuerer Zeit über die Höhe der unfallbedingten Invalidität sind nicht bekannt, zumal der Berufungsbeklagte sich geweigert hat, sich von einem Arzt untersuchen zu lassen. Nichts spricht aber dafür, daß seine Erwerbsunfähigkeit im Zeitpunkt des Beschlusses der IV-Kommission — und dieser Zeitpunkt ist für die Ermittlung des Invaliditätsgrades ausschlaggebend — in körperlicher Beziehung mehr als 15 Prozent betragen hätte, wobei erst noch zu berücksichtigen ist, daß der von der SUVA geschätzte Invaliditätsgrad nicht mit dem gemäß Art. 28, Abs. 2, IVG zu ermittelnden Grad der Erwerbsunfähigkeit übereinzustimmen braucht, namentlich deshalb, weil die SUVA nicht wie die IV-Kommission durch zweckmäßige Eingliederungsmaßnahmen eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit herbeizuführen in der Lage ist.

3. Die Vorinstanz hat indessen, gestützt auf das Gutachten der Heilanstalt vom 19. Dezember 1956 und ein Zeugnis des Chefarztes vom 7. Juli 1961, angenommen, der Berufungsbeklagte leide seit Jahren an einer derart schweren Psychopathie, daß ihm die Verwertung der körperlichen Arbeitsfähigkeit nicht mehr zugemutet werden könne.

Die Rechtsprechung hat entschieden, daß eine Psychopathie nur dann als Krankheit im Sinne des Art. 4 IVG zu bewerten ist, wenn sie so schwer ist, daß die weitgehend objektivierbare Zumutbarkeit der Ausnützung der körperlich vorhandenen Arbeitsfähigkeit zerstört ist, insbesondere auch, weil die Verwertung der Arbeitsfähigkeit für die Gesellschaft nicht mehr tragbar ist.

Im psychiatrischen Gutachten der Heilanstalt vom 19. Dezember 1956 wird festgestellt, der Berufungsbeklagte sei ein Psychopath mit krankhaften, egozentrischen, überwertigen Ideen, die sich auf der Höhe des Affektes zu wahnhafter Einstellung steigern. Das dauernde Versagen und die gefährliche Brutalität seiner Familie gegenüber erscheine als krankhafter Aspekt seiner Persönlichkeit. Er werde nicht dazu zu bringen sein, sein «Faulenzerleben» aufzugeben und seine körperliche Arbeitsfähigkeit auszunützen. Nach dem Gutachten ist aber anzunehmen, daß sich die «gefährliche Brutalität» in der Beziehung zu seiner Familie erschöpft. Es ist nicht zu übersehen, daß der Berufungsbeklagte in der Schweiz — wenn auch ungeregelt — lange Zeit erwerbstätig war und daß die von der Vormundschaftsbehörde veranlaßten Sicherungsvorkehren nicht wegen eines allgemeinen gefährlichen Fehlverhaltens als nötig erachtet wurden, sondern hauptsächlich zum Schutze der Angehörigen angeordnet worden sind. Soweit es in der Schweiz überprüft werden kann, erscheint die von der Rechtsprechung geforderte Schwere der Psychopathie im vorliegenden Fall noch nicht erreicht zu sein. Für die Zeit, da der Berufungsbeklagte von der Familie örtlich getrennt lebte und deshalb vermutlich nicht mehr unter den durch den Familienkonflikt bewirkten psychopathischen Erscheinungen litt, fehlt es in dieser Beziehung an hinreichend ausgewiesenen Gründen. Der kurze ärztliche Bericht vom 7. Juli 1961 vermag dieses Ergebnis nicht zu ändern, drückt er doch lediglich den medizinischen Aspekt retrospektiv aus.

4. Somit ergibt sich, daß die durch den Unfall von 1951 verursachte Invalidität bei weitem nicht das in Art. 28, Abs. 1 IVG umschriebene Ausmaß — 50 Prozent bzw., bei Vorliegen einer wirtschaftlichen Härte, 40 Prozent — erreicht, während die Psychopathie zur Zeit nicht als Krankheit im Sinne des Art. 4 IVG zu bewerten ist und deshalb IV-rechtlich nicht ins Gewicht fällt.

## Familienzulagen

Urteil des EVG vom 27. Februar 1964 i. Sa. P. V.

**Art. 3, Abs. 2, FLG.** Ein landwirtschaftlicher Arbeitnehmer, der wegen einer 57prozentigen Invalidität eine halbe Invalidenrente bezieht, mit seiner Ehefrau im Landwirtschaftsbetrieb seines Bruders arbeitet und mit diesem in Hausgemeinschaft lebt, hat mindestens solange Anspruch auf ungekürzte Familienzulagen, als beide Ehegatten die Voraussetzungen für die Bezugsberechtigung erfüllen.

Der 1929 geborene P. V. arbeitet als Landwirt in unselbständiger Stellung auf dem von seinem älteren Bruder gepachteten landwirtschaftlichen Betrieb. P. V. hat am 12. Mai 1962 geheiratet, lebt mit dem Bruder in Hausgemeinschaft und bezieht von diesem monatlich einen Barlohn von 500 Franken, wovon die Hälfte der Ehefrau für ihre Arbeit zuzurechnen ist.

Im Alter von 12 Jahren geriet P. V. mit der rechten Hand in eine landwirtschaftliche Maschine. In der Folge konnte er den rechten Arm praktisch nicht mehr gebrauchen. Seit dem 1. Januar 1960 erhält er eine halbe Invalidenrente.

Anfangs Januar 1963 hat P. V. ein Gesuch um Ausrichtung von Familienzulagen gestellt. In der Verfügung vom 4. Februar 1963 wurde ihm eröffnet, er habe ab 1. Mai 1962 Anspruch auf eine halbe Haushaltzulage. Nach der neuesten Rechtsprechung der kantonalen Rekurskommission sei nur dann eine ganze Zulage zu gewähren, wenn der Arbeitnehmer dauernd und unter Einsatz seiner vollen Arbeitskraft in der Landwirtschaft tätig sei. Sein Invaliditätsgrad betrage nach Schätzung der kantonalen Invalidenversicherungskommission 57 Prozent, weshalb er nur eine halbe Zulage beanspruchen könne.

In der dagegen eingereichten Beschwerde beantragte P. V. die Ausrichtung einer ganzen Zulage mit der Bemerkung, die verfügte Beschränkung erscheine ihm nicht als gerechtfertigt, zumal seine Ehefrau nach seiner Ansicht ebenfalls Anrecht auf eine ganze Zulage habe.

Die kantonale Rekursbehörde hat die Beschwerde im wesentlichen mit folgender Begründung abgewiesen: Sie habe bereits früher entschieden, daß die Gewährung einer halben Invalidenrente die Kürzung der Familienzulagen um 50 Prozent nach sich ziehe. Die Kumulation derartiger Leistungen sei zwar gesetzlich nicht geregelt; daraus dürfe jedoch nicht geschlossen werden, daß sie ohne Einschränkung zulässig sei. Wer eine Invalidenrente erhalte, erziele bloß ein beschränktes Erwerbseinkommen. Gemäß Art. 4 FLG setze aber die Gewährung von Familienzulagen voraus, daß der Arbeitnehmer zumindest den ortsüblichen Lohn beziehe. Wenn der Lohn dieses Maß beachtlich unterschreite, sei die Zulage entsprechend zu kürzen. Demzufolge müsse die angefochtene Verfügung geschützt werden. Doch wäre es zu begrüßen, wenn das EVG zu dieser Praxis Stellung nehmen könnte.

P. V. hat den kantonalen Entscheid an das EVG weitergezogen mit dem Antrag auf Zusprechung einer ganzen Haushaltzulage nebst einer Zulage für sein am 10. April 1963 geborenes Kind. Während die Ausgleichskasse keinen Antrag stellte, beantragte das BSV Abweisung der Berufung.

1. P. V. hat erstmals in der Berufung beantragt, es sei ihm eine Kinderzulage auszurichten. Auf dieses Begehren kann indessen nicht eingetreten werden, weil die Ausgleichskasse dazu noch nicht Stellung nehmen konnte. Streitig ist somit bloß die Frage, ob der Berufungskläger Anspruch auf eine ungekürzte Haushaltzulage habe.

2. Anspruch auf Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer haben gemäß Art. 1, Abs. 1, Art. 3 sowie Art. 4, Abs. 1, FLG grundsätzlich alle Personen, die in einem landwirtschaftlichen Betrieb in unselbständiger Stellung tätig sind und dafür einen Lohn beziehen, der mindestens den ortsüblichen Ansätzen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer entspricht, sofern überdies die in Art. 3 FLG genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Familienglieder des Betriebsleiters, die im Betriebe mitarbeiten, haben ebenfalls Anspruch auf solche Zulagen; ausgenommen sind jedoch die Blutsverwandten des Betriebsleiters in auf- und absteigender Linie sowie deren Ehefrauen; ferner die Schwiegersöhne des Betriebsleiters, die den Betrieb voraussichtlich übernehmen und selber bewirtschaften werden (Art. 1, Abs. 2, FLG).

Als Betriebsleiter gelten die Eigentümer, Pächter oder Nutznießer eines landwirtschaftlichen Betriebes (Art. 8 FLV).

3. Es ist unbestritten, daß der Berufungskläger, der im Betriebe, den sein Bruder gepachtet hat, in unselbständiger Stellung mitarbeitet, im Sinne des Art. 1 FLG bezugsberechtigt ist und zudem auch die in Art. 3, Abs. 1, Buchst. c, erwähnten Voraussetzungen erfüllt. Streitig ist hingegen, ob er einen ortsüblichen Lohn gemäß Art. 4, Abs. 1, FLG beziehe.

Nach der Rechtsprechung ist der Lohn des in einem landwirtschaftlichen Betriebe mitarbeitenden Familiengliedes 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 Betriebe üblicherweise gewährt wird (EVGE 1961, S. 97, Ziff. 1, Buchst. b). Diese Umschreibung steht mit den Ausführungen der bundesrätlichen Botschaft zu Art. 4 FLG im Einklang, wonach der ortsübliche Lohn sich «nach der Leistungsfähigkeit der landwirtschaftlichen Arbeitnehmer» richtet, «weshalb nicht schlechthin auf die Ansätze für voll arbeitsfähige Arbeitskräfte abgestellt werden kann».

Nach den Angaben des BSV sind im Kanton Freiburg für voll leistungsfähige und verheiratete landwirtschaftliche Arbeitnehmer monatliche Barlöhne zwischen 287 und 402 Franken üblich. Der zu 57 Prozent invalide P. V. bezieht einen Barlohn von 250 Franken im Monat. Es ist nicht anzunehmen, daß einem familienfremden Arbeitnehmer annähernd gleicher Leistungsfähigkeit unter entsprechenden betrieblichen und regionalen Verhältnissen ein wesentlich höherer Barlohn gewährt würde. Daraus folgt, daß der Berufungskläger grundsätzlich Anspruch auf Familienzulagen hat.

4. Die Vorinstanz bestreitet die Anspruchsberechtigung nicht, ist aber der Auffassung, die Zulage sei entsprechend der Invalidität zu kürzen. Der Bezug einer ganzen Familienzulage und einer Invalidenrente sei unzulässig.

a. Bei der Prüfung der Frage, ob eine derartige Kürzung, die in keiner gesetzlichen Bestimmung ausdrücklich vorgesehen ist, rechtlich angängig sei, ist vorab festzustellen, daß dies jedenfalls nicht aus Art. 43 oder Art. 45 IVG abgeleitet werden könnte, in der Meinung, diese Bestimmungen enthielten bezüglich der Familienzulagen eine Lücke. Daß eine solche Lücke bestehe, ist schon deshalb nicht anzunehmen, weil Wesen und Zweck der Familienzulagen sich vom Wesen und Zweck der in Art. 43 und 45 IVG genannten Leistungen grundlegend unterscheiden.

b. Eine Kürzung könnte somit nur durch Interpretation einer Bestimmung des FLG begründet werden. Es kann hier dahingestellt bleiben, ob dieses Gesetz eine derartige Auslegung zuläßt (vgl. dazu Art. 4, 10 und 11, Abs. 1, FLG sowie Art. 2 FLV). Auf keinen Fall kann die Zulage eines anpruchsberechtigten landwirtschaftlichen Arbeitnehmers gekürzt werden,

dessen Ehefrau ebenfalls anspruchsberechtigt ist; denn aus Art. 3, Abs. 2, FLG, der anordnet, daß dann, wenn beide (in Hausgemeinschaft lebenden) Ehegatten bezugsberechtigt sind, nur eine Haushaltungszulage ausgerichtet werden darf, ist zu schließen, daß diese Zulage, die in solchen Fällen nur eine ungekürzte sein kann, mindestens solange gewährt werden muß, als die Voraussetzungen für die doppelte Bezugsberechtigung gegeben sind. Noch deutlicher als aus dem deutschen Wortlaut ergibt sich dieser Schluß aus dem französischen Text, der lautet:

«Si les deux conjoints ont la qualité de travailleurs agricoles, il n'est accordé qu'une seule allocation de ménage.»

Daß nach dieser Ordnung in einem solchen Fall auch die Kinderzulagen nicht gekürzt werden dürfen, liegt auf der Hand. — Die Ehefrau des P. V. arbeitet nun aber im Betriebe ihres Schwagers ebenfalls in unselbständiger Stellung mit und bezieht dafür einen ortsüblichen Lohn, wie der an die Vorinstanz gerichteten Vernehmlassung der Ausgleichskasse entnommen werden kann. Demgemäß ist auch die Ehefrau des Berufungsklägers bezugsberechtigt, weshalb diesem als dem Vertreter der ehelichen Gemeinschaft vom 1. Mai 1962 an (Art. 3, Abs. 4, FLG) eine ungekürzte Haushaltungszulage auszurichten ist.



VON  
MONAT  
ZU  
MONAT

Die «Fédération internationale des mutilés et invalides du travail et des invalides civils (FIMITIC)» hielt vom 27. bis 30. Mai in Lausanne ihren fünften Rehabilitationskongreß ab. Sie befaßte sich mit dem Stand der Eingliederungsmaßnahmen in der Sozialgesetzgebung der verschiedenen Länder. Von schweizerischer Seite äußerten sich zur medizinischen Rehabilitation Dr. Kuratle, Sektionschef im Bundesamt für Sozialversicherung, und zur beruflichen Eingliederung Dr. Stalder, Vorsteher der IV-Regionalstelle Lausanne. Am 31. Mai schloß sich dem Kongreß ein stark besuchter schweizerischer Tag der Invaliden an.

Beide Veranstaltungen fanden im Rahmen der EXPO und unter dem Patronat des schweizerischen Bundesrates und der Landesausstellung statt. Dr. Frauenfelder, Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung, hieß am 27. Mai den Kongreß und am 31. Mai die rund 3 000 Invaliden im Namen des Bundesrates willkommen und umriß den Stand und die Ziele der eidgenössischen Invalidenversicherung.

## Die Betriebsrechnungen der AHV, IV und EO im Jahre 1963

Der Verwaltungsrat des AHV-Ausgleichsfonds hat die Rechnung für das Jahr 1963 am 5. Mai 1964 verabschiedet. Sie wurde vom Bundesrat am 12. Juni 1964 genehmigt. Im Hinblick auf die inzwischen abgeschlossene sechste AHV-Revision, auf deren Auswirkungen auf die IV und auf die gleichzeitige Erhöhung der Erwerbsausfallentschädigungen mag es von Interesse sein,

*die Vorjahresergebnisse bzw. die Ausgangsposition für die namhaften Leistungsverbesserungen kurz zu untersuchen. Das Resultat ist — dies sei vorweggenommen — wiederum erfreulich.*

### *Alters- und Hinterlassenenversicherung*

In der Betriebsrechnung der AHV sind sowohl die *Einnahmen* als auch die *Ausgaben* erneut angestiegen. Mit nahezu 1,5 Milliarden beziehungsweise etwas über 1,0 Milliarden Franken weisen sie einen nie erreichten Höchststand auf.

JUNI 1964

## Betriebsrechnung der AHV

Beträge in Millionen Franken

Tabelle 1

Rechnungskonten	Einnahmen		Ausgaben	
	1962	1963	1962	1963
1. Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber	1 004,8	1 120,6		
2. Leistungen				
a. Ordentliche Renten			805,9	866,4
b. Außerordentliche Renten			181,6	164,9
3. Beiträge der öffentlichen Hand	160,0	160,0		
4. Ertrag der Anlagen und Wertberichtigungen	187,9	208,5		
5. Verwaltungskosten			10,8	12,1
6. Saldo der Betriebsrechnung			354,4	445,7
<b>Total</b>	<b>1 352,7</b>	<b>1 489,1</b>	<b>1 352,7</b>	<b>1 489,1</b>

Von den gegenüber dem Jahre 1962 um 136,4 Millionen Franken höheren Einnahmen entfallen 115,8 Millionen Franken auf die *Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber*, die um 11,5 Prozent zugenommen haben. Die übrigen 20,6 Millionen Franken sind auf den vermehrten *Ertrag der Anlagen* zurückzuführen.

Die Zunahme der *ordentlichen Renten* gegenüber dem Jahre 1962 beläuft sich auf 60,5 Millionen Franken oder 7,5 Prozent. Andererseits wurden für 16,7 Millionen Franken weniger außerordentliche Renten ausgerichtet. Somit beträgt der Leistungszuwachs insgesamt 43,8 Millionen.

*Die Rentenauszahlungen haben die Milliardengrenze überschritten. Anders gesagt entfielen auf jeden Werktag rund 3,3 Millionen Franken AHV-Renten.*

Das Verhältnis der Renten zu den Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber ist von 98,3 Prozent im Jahre 1962 auf 92,0 Prozent zurückgegangen, da die vereinnahmten Beiträge in größerem Ausmaß zugenommen haben als die erbrachten Renten. Aus dem gleichen Grunde ist auch der *Saldo der Betriebsrechnung* gegenüber dem Vorjahr angestiegen. Die Zunahme beträgt — in Berücksichtigung der um 1,3 Millionen Franken höheren Verwaltungskosten — 91,3 Millionen Franken oder ein Viertel.

*Die AHV ist also — die Mehrbelastung der öffentlichen Hand selbstverständlich mit einbezogen — im Hinblick auf die sechste AHV-Revision finanziell gut gerüstet.*

## Invalidenversicherung

Im gleichen Verhältnis wie die AHV-Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber haben sich auch die *Einnahmen* aus dem IV-Zuschlag gegenüber dem Jahre 1962 erhöht. Da die Ausgaben der IV, die zur Hälfte durch die öffentliche Hand gedeckt werden, ebenfalls angestiegen sind, nahm auf der Einnahmenseite auch dieser Anteil entsprechend zu.

### Betriebsrechnung der IV

Beträge in Millionen Franken

Tabelle 2

Rechnungskonten	Einnahmen		Ausgaben	
	1962	1963	1962	1963
1. Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber	100,5	112,1		
2. Geldleistungen			122,2	123,9
3. Kosten für individuelle Maßnahmen			34,6	43,2
4. Beiträge an Institutionen und Organisationen			5,0	12,3
5. Durchführungskosten			5,6	7,3
6. Beiträge der öffentlichen Hand	84,2	93,9		
7. Zinsen	0,9	0,8		
8. Verwaltungskosten			0,9	1,2
9. Saldo der Betriebsrechnung			17,3	18,9
<b>Total</b>	<b>185,6</b>	<b>206,8</b>	<b>185,6</b>	<b>206,8</b>

Die *Ausgaben* sind von 168,3 Millionen Franken im Jahre 1962 um 19,6 Millionen Franken oder um 11,6 Prozent auf 187,9 Millionen Franken angestiegen. Von diesem Betrag betreffen

- 65,9 Prozent *Geldleistungen* (Renten, Taggelder, Hilflosenentschädigungen und Fürsorgeleistungen an Schweizer im Ausland);
- 23,0 Prozent *Kosten für individuelle Maßnahmen* (medizinische Maßnahmen, Maßnahmen beruflicher Art, Beiträge für Sonderschulung und Hilfsmittel);
- 6,6 Prozent *Beiträge an Institutionen und Organisationen* (Baubeträge, Betriebsbeiträge, Beiträge an Dachorganisationen und Ausbildungsstätten für Fachpersonal sowie an Berufsberatungs- und Spezialstellen);
- 4,5 Prozent *Durchführungs- und Verwaltungskosten* (IV-Kommissionen und ihre Sekretariate, IV-Regionalstellen, Spezialstellen, Reisekosten usw.).

Während die Ausgaben für die *Geldleistungen* nahezu unverändert geblieben sind, haben die *Kosten für individuelle Maßnahmen* gegenüber dem Vorjahr um einen Drittel zugenommen. Die *Beiträge an Institutionen und Organisationen* sind auf das Zweieinhalbfache gestiegen. An der Zunahme sind vor allem die medizinischen Maßnahmen mit 5,9 Millionen Franken, die Baubeiträge mit 4,4 Millionen Franken und die Betriebsbeiträge mit 2,7 Millionen Franken beteiligt. Um je 0,8 bis 1,0 Millionen Franken sind ferner die Kosten für Maßnahmen beruflicher Art sowie die Beiträge für Sonderschulung und Hilfsmittel höher ausgefallen.

Die Zunahme der «medizinischen Ausgaben» dürften zum Teil auf vermehrte Leistungen zur Behebung von Geburtsgebrechen zurückzuführen sein. Genauere Auskunft wird zu gegebener Zeit die statistische Auswertung vermitteln.

*Die Baubeiträge erscheinen 1963 erstmals in ihrer vollen Bedeutung, haben sie sich doch gegenüber 1962 vervierfacht.*

Die IV erlaubt es, bisherige Heime und Anstalten, die mangels eigener Mittel baulich und betrieblich nicht mehr ganz auf der Höhe sind, zu modernisieren und neue Institutionen für die dringend nötigen zusätzlichen Plätze zu schaffen. In der ZAK wurde schon wiederholt darauf hingewiesen, daß sich solche Bauvorhaben—von der Planung bis zur Bauabrechnung—oft über Jahre hinziehen können. Seit Inkrafttreten der IV sind 156 Beitragsgesuche eingegangen, davon allein im Jahre 1963 deren 68. Die Bausumme aller Projekte beträgt 151 Millionen Franken; davon entfallen auf das Jahr 1963 allein 46 Millionen Franken. Die IV deckt naturgemäß nur die für die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen der IV notwendigen Baukosten. Dennoch haben die Beitragszusicherungen seit 1960 einen Betrag von 27,1 Millionen Franken erreicht, wovon auf 1963 allein 20 Millionen Franken entfallen. Die höchste bisher verfügte und schon ausbezahlte Subvention — hier mußte erstmals der Gesamtbundesrat entscheiden — betrug 1,19 Millionen Franken. Das größte Bauvorhaben, an dem die IV «beteiligt» ist, beläuft sich auf 24 Millionen Franken. Schon aus diesen wenigen Angaben ergibt sich, in welchem Maße die IV Einrichtungen die Rehabilitation körperlich und geistig Behinderter fördern.

Die Entwicklung setzt sich im laufenden Jahre fort. Der Bundesbeschluß über die Bekämpfung der Teuerung auf dem Gebiete der Bauwirtschaft wird ihr allerdings gewisse Grenzen setzen: Obwohl die Bau-

ten für die Invalidenhilfe nicht der Bewilligungspflicht unterstehen, wird dem Beschluß — soweit es die Sache zuläßt — doch Rechnung zu tragen sein.

Die *Durchführungskosten* sind einmal durch die Teuerung, dann aber auch deshalb angestiegen, weil sich die IV weiterhin als sehr arbeitsintensiv erweist und mehr Personal benötigt.

Der *Saldo der Betriebsrechnung* ist mit 1,6 Millionen Franken um 9,2 Prozent höher als im Vorjahr. Die Zunahme hat sich — verglichen mit jener im Jahre 1962 gegenüber dem Jahre 1961 — verlangsamt. Auch hier werden sich die Revision des AHV-Gesetzes und jene des EO-Gesetzes künftig auswirken, weshalb mit Einnahmenüberschüssen im bisherigen Ausmaß kaum gerechnet werden darf. Grund zu Pessimismus besteht aber nicht.

*Die IV hat sich im vierten Jahre ihres Bestehens erneut als einer der differenziertesten, aber auch schönsten Zweige der Sozialen Sicherheit erwiesen.*

#### *Erwerbsersatzordnung*

Die als EO-Zuschlag zum AHV-Beitrag erhobenen *Beiträge* sind naturgemäß ebenfalls höher als 1962. Auch die *Zinsen* sind angestiegen. Die öffentliche Hand leistet keine Zuschüsse. Die Betriebsrechnung weist daher Mehreinnahmen von insgesamt 12,5 Millionen Franken aus. Die Zunahme der Gesamtausgaben beläuft sich dagegen auf nur 3,5 Millionen Franken.

#### *Betriebsrechnung der EO*

Beträge in Millionen Franken

Tabelle 3

Rechnungskonten	Einnahmen		Ausgaben	
	1962	1963	1962	1963
1. Beiträge der erfaßten Personen und der Arbeitgeber	99,9	111,5		
2. Leistungen			84,9	88,3
3. Zinsen	3,9	4,8		
4. Verwaltungskosten			0,1	0,2
5. Saldo der Betriebsrechnung			18,8	27,8
Total	103,8	116,3	103,8	116,3

An eigentlichen *Entschädigungen* wurden im Vergleich zum Jahre 1962 rund 3,4 Millionen Franken mehr ausgerichtet. Im Berichtsjahr wurden 11,42 Millionen Soldtage geleistet, im Tagesdurchschnitt also deren 31 290. Der *Saldo der Betriebsrechnung* ist um 9,0 Millionen Franken oder fast um die Hälfte gestiegen. Mit einem knappen Drittel der Ausgaben übertrifft er die Ergebnisse der Jahre 1960 bis 1962, in denen Rechnungsüberschüsse zwischen 21,7 und 28,1 Prozent erzielt wurden. Die auf den 1. Januar 1964 in Kraft getretene Revision des EO-Gesetzes, durch welche die Leistungen erheblich erhöht worden sind, wird sich zwangsläufig auch auf die Betriebsrechnung auswirken.

*Das Vermögen der EO betrug Ende des Rechnungsjahres 168,9 Millionen Franken. So sind auch hier die Voraussetzungen für eine ge-  
deihliche Entwicklung erfüllt.*

## Ursprung und Tätigkeit der Kommission für Altersfragen

### *I. Parlamentarisches Vorspiel*

1. Es begann mit einem Fehlstart . . .

Am 23. März 1950 reichte der damalige Nationalrat Dr. med. Rudolf Bucher, Zürich, ein Postulat ein. Darin wird der Bundesrat eingeladen, eine Studienkommission einzusetzen, welche die Berufs- und Erwerbsmöglichkeiten der über 65jährigen Bürger und Bürgerinnen zu untersuchen hätte.

Nicht von ungefähr war es ein Arzt, der zuerst in unserm Parlament auf das Altersproblem im weitern Sinne aufmerksam machte. Die medizinische Wissenschaft hat sich am frühesten mit dem Problem des Alters auseinandergesetzt und dessen soziale Bedeutung erkannt. Vorher lag das öffentliche Interesse auf Bundesebene bei der Altersversicherung und der unentgeltlichen Altersfürsorge; d. h. die Heilung der wirtschaftlichen Schäden stand im Vordergrund, nicht die Bekämpfung der Ursache.

Dr. Bucher trat aber schon im Herbst 1950, bevor sein Vorstoß im Rate zur Behandlung kam, aus dem Nationalrat aus. Das Postulat wurde abgeschrieben.

Ganz ohne Erfolg blieb dieser Vorstoß indessen nicht. Noch im Sommer 1950 hatte das Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit

im Auftrage des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements die Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft angefragt, ob sie sich mit der im Nationalrat aufgeworfenen Frage der Erwerbstätigkeit der alten Leute befassen wolle. Die Gesellschaft sagte zu und arbeitete einen Bericht «Beschäftigung im Alter» mit Anregungen aus, der anfangs 1953 in der Zeitschrift für Gemeinnützigkeit publiziert worden ist.

Als wesentliche konkrete Unterlage diente dem Bericht eine Umfrage unter alten Leuten in der Stadt Zürich und in einer Landgemeinde dieses Kantons. Das Ergebnis zeigte, da nur wenige der Befragten den Wunsch nach einer organisierten Beschäftigung äußerten.

2. Zwei Jahre nach diesem gescheiterten Vorstoß forderte Nationalrat Dr. *Jaeckle* in einem Postulat die Schaffung einer Fachkommission, «die als Zentralstelle für alle die Betreuung der alternden und alten Menschen betreffenden Fragen die Arbeitsgebiete begrenzt und eine Sammlung der Unterlagen durchführt, die ferner für die Ausbildung von Spezialärzten und besonders geschultem Pflegepersonal Vorschläge ausarbeitet, die Fragen der Altersberufe klärt und die populär-wissenschaftliche Aufklärung übernimmt».

Am 8. Dezember 1953 wurde das Postulat begründet, vom Bundesrat entgegengenommen und vom Rate überwiesen. In seiner Antwort wies der bundesrätliche Sprecher darauf hin, er sei der Ansicht, die im Entstehen begriffene ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der Altersphysiologie, die spätere Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie, solle sich der medizinischen Fragen, die Stiftung «Für das Alter» der sozialen und wirtschaftlichen Fragen annehmen. Das Direktionskomitee der Stiftung hatte sich schon, bevor das Postulat im Rat beantwortet wurde, grundsätzlich zur Übernahme der ihr zugeordneten Aufgabe bereit erklärt.

Mit dieser Delegation betrachtete die Bundesverwaltung das Geschäft für sie zunächst als erledigt. Nicht so der Nationalrat. Er wollte das Postulat nicht abschreiben, auch nicht im Sommer 1958, als es schon mehr als vier Jahre hängig war. Die Stiftung «Für das Alter» hatte bis dahin noch keine Kommission geschaffen. Wartete sie etwa auf eine erneute Initialzündung von Seiten des Bundes? Der Hauptgrund der Verzögerung lag wohl darin, daß die Zeit für eine energische Förderung der Sache Anfang und Mitte der Fünfzigerjahre noch nicht reif war.

Inzwischen war aber im Ausland, vor allem in Großbritannien und Skandinavien, das Studium der Altersfragen wirksam vorgetrieben worden. Der Staat nahm sich in diesen Ländern sehr aktiv dieses Problems

an. In unserm Lande wies vor allem Dr. A. L. *Vischer* in Basel in unentwegter publizistischer Tätigkeit auf dessen Dringlichkeit hin.

So wurde im Sommer 1959 die Stiftung «Für das Alter» erneut vom Bundesamt für Sozialversicherung angefragt, ob sie bereit wäre, das im Postulat aufgeworfene Thema zu studieren. Die Stiftung sagte nach verschiedenen Besprechungen mit dem Bundesamt für Sozialversicherung zu, und im Sommer 1961 nahm die neubestellte Kommission für Altersfragen ihre Tätigkeit auf.

Nachdem Mitte 1962 die ersten konkreten Resultate vorlagen, konnte das Postulat Jaekle im Sommer 1963 abgeschrieben werden. Sein Zweck war erfüllt.

## II. Der Ausgangspunkt

1. Was war der Ausgangspunkt der parlamentarischen Vorstöße und der in- und ausländischen Bestrebungen zur Untersuchung der Lage der alten Leute? Der Hauptgrund war — und ist es heute mehr denn je — die *Altersumschichtung der Bevölkerung* der hochentwickelten Industriestaaten im 19. und vor allem im 20. Jahrhundert<sup>1</sup>. Hat die schweizerische Wohnbevölkerung im Intervall von 1900 bis 1960 von 3,3 auf 5,4 Millionen also knapp  $\frac{2}{3}$  zugenommen, so ist die Zahl der 65 und mehr Jahre alten Einwohner von 193 000 auf 564 000 also beinahe um das Dreifache angewachsen. Der Altersquotient, d. h. das Verhältnis der 65 und mehr Jahre alten Personen zu den 20—64jährigen ist in der gleichen Zeit von 109 auf 178 Promille gestiegen. Berücksichtigt man nur die Schweizerbürger, so entfallen 1960 auf 1 000 schweizerische Einwohner von 20—64 Jahren gar 195 im Alter von 65 und mehr Jahren. Das Verhältnis beträgt beinahe 1 : 5.

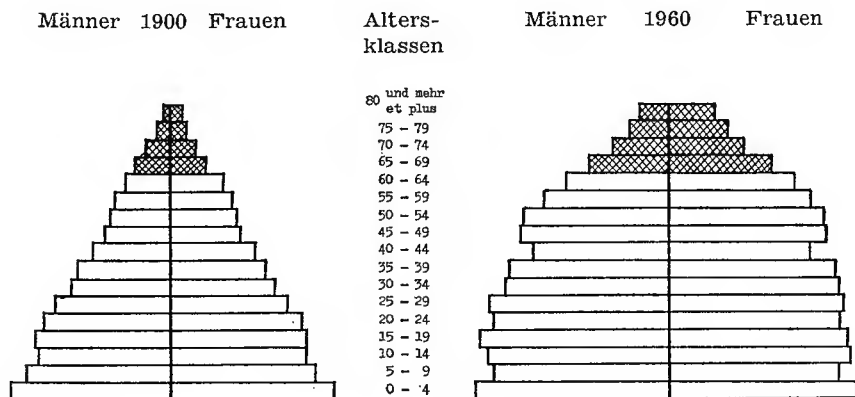
Bildlich gesprochen hat sich die Bevölkerungspyramide der Jahrhundertwende in einen stumpfen Kegel mit einer recht beachtlichen Kappe von 65 und mehr Jahre alten Leuten umgewandelt.

<sup>1</sup> In Frankreich setzte die Umschichtung schon viel früher ein als in den übrigen europäischen Staaten.



Nun darf man sich nicht mit der Feststellung der bisherigen Entwicklung begnügen, sondern muß den Blick in die Zukunft werfen. So ist damit zu rechnen, daß die Zahl der 65 und mehrjährigen Einwohner schon bis zum Jahre 1975 auf 814 000 ansteigt — also auf mehr als das Vierfache des Standes von 1900 — und um das Jahr 2000 die Millionengrenze erreicht. Demgegenüber darf allerdings auch mit einer sehr starken Zunahme der im Erwerbsalter Stehenden in den nächsten Jahrzehnten gerechnet werden. Besser als alle Worte vermag die folgende graphische Gegenüberstellung das Wachstum der 65 und mehr Jahre alten Personen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung die rasante Entwicklung darzustellen.

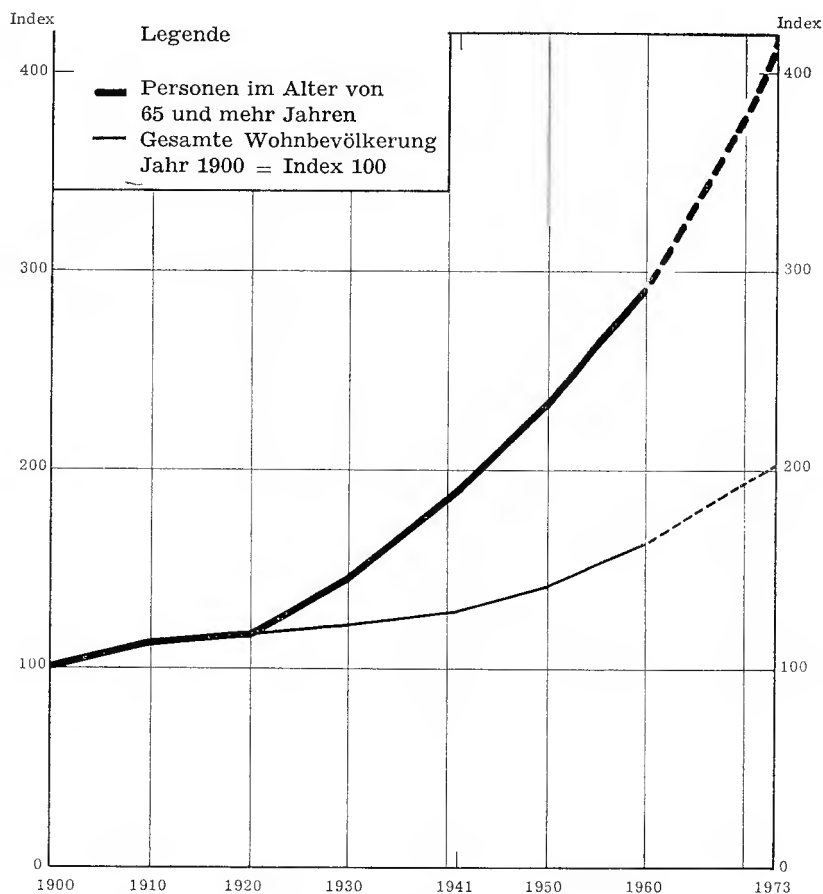
### Altersstruktur der Wohnbevölkerung in der Schweiz



Haben sich die beiden Indexkurven in den zwei ersten Dezennien unseres Jahrhunderts noch gedeckt, so fächern sie seit 1920 immer stärker auseinander.

Diese Entwicklung mahnt allein schon vom bevölkerungspolitischen Standpunkt zum Aufsehen. Sie ist bedingt, einerseits durch die Verlängerung der mittleren Lebensdauer, aber mehr noch durch die Abnahme und Stagnation der Geburten im Verhältnis zur Bevölkerung. Die jährliche Zahl der Geburten ist von knapp 30 Promille um die Jahrhundert-

*Indexmäßige Entwicklung der schweizerischen Wohnbevölkerung  
von 1900 bis 1973*  
(ab 1960 Schätzung)



wende im Ersten Weltkrieg auf weniger als 20 Promille nach dieser Zeit gefallen und seither ziemlich stabil geblieben. Die Wanderungsbewegung wirkt sich hauptsächlich in einer Verstärkung der im Erwerbsleben stehenden Altersklassen aus. Der Anteil der Alten wäre sonst noch größer.

2. Das Problem gewinnt aber noch stark an Bedeutung durch *Änderungen auf wirtschaftlichem und soziologischem Gebiet*. Im Landwirtschaftsbetrieb, im kleinen und mittleren Gewerbebetrieb und in Familienbetrieben der Heimarbeit fanden die alten Familienglieder eine fast natürliche Einordnung. Sie konnten eine ihren Fähigkeiten und Erfahrungen angemessene Arbeit übernehmen. Vor der industriellen Revolution gab es daher kein Altersproblem im heutigen Sinne. Die im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung eher schwach vertretenen alten Leute konnten in den Großfamilien erhalten werden. Sie hatten ihr Auskommen und ihre gesellschaftlichen Funktionen. Im 19. und 20. Jahrhundert hat sich das in den alten Industrieländern grundlegend geändert. Halten wir uns nochmals vor Augen, daß die Wohnbevölkerung in der Schweiz seit dem Jahre 1900 von 3,3 auf 5,4 Millionen zugenommen hat, die Zahl der Selbständigerwerbenden aber von 425 000 auf 360 000 zurückgegangen ist. Hingegen hat sich die Zahl der Haushaltungen mehr als verdoppelt, sie ist von 729 000 auf 1,6 Millionen gestiegen, die durchschnittliche Zahl der Bewohner pro Haushaltung infolgedessen von 4,5 auf 3,4 gesunken.

Diese Zahlen deuten an, was bekannt ist, aber nicht gerne zur Kenntnis genommen werden will. Trotz glänzender Wirtschaftslage kann nur noch ein kleiner Teil der alten Bevölkerung mit den Jungen sinnvoll zusammenleben und dort ihren natürlichen Lebensraum finden. Die Großfamilien boten den Betagten:

- Existenzgrundlage
- Unterkunft
- sinnvolle Beschäftigung
- Kontakt mit der Umwelt
- und nötigenfalls Betreuung.

Heute und erst recht in Zukunft sind in sehr vielen Fällen weder die Betagten selbst, noch ihre Familien in der Lage, aus eigenen Kräften für diese grundlegenden Erfordernisse einer menschenwürdigen Existenz zu sorgen. Was früher Ausnahme war, wird heute immer mehr zur Regel. Wer soll und kann in diesen Fällen eingreifen? In steigendem Maße müssen sich Gemeinden, Kanton und Bund mit dieser Aufgabe befassen, soweit nicht gemeinnützige Institutionen sie übernehmen können.

Damit ist aber auch die Aufgabe einer Kommission für Altersfragen umschrieben. Sie hat

- die künftige Entwicklung abzuschätzen,
- die gegenwärtige Lage der alten Leute genau abzuklären,

- Maßnahmen zu prüfen und vorzuschlagen, um soziale Schäden der aufgezeigten Entwicklung möglichst zu verhindern oder zu mildern.

### III. Die bisherige Tätigkeit der Kommission für Altersfragen

1. Wie schon erwähnt, trat die Kommission für Altersfragen Ende Juni 1961 zu ihrer konstituierenden Sitzung unter dem Präsidium von Dr. *Saxer*, damals Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung, zusammen. Ihren Kern bilden Mitglieder des *Arbeitsausschusses für Altersprobleme der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik*. In diesem sind Gerontologen und leitende Personen der Sozialversicherung und Sozialfürsorge vertreten. Der Ausschuß für Altersfürsorge der Schweizerischen Vereinigung für Sozialpolitik, dem Dr. M. Greiner, Zürich, vorsteht, wurde im Jahre 1959 zum Studium der Altersfragen gegründet. Er arbeitete bis zum Herbst 1961 Empfehlungen zur Frage der Pensionierung aus. Die meisten seiner Mitglieder erklärten sich bei der Gründung der Kommission für Altersfragen bereit, auch in ihr aktiv mitzuarbeiten. Dieses Gremium ist durch Vertreter der Dachverbände der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie des Bundesamtes für Industrie, Gewerbe und Arbeit ergänzt worden. Im übrigen ist die Kommission kein so geschlossenes und starres Gebilde, daß sie nicht den Bedürfnissen entsprechend zusätzliche Kräfte beiziehen kann. Sie hat von dieser Möglichkeit mehrmals Gebrauch gemacht.

2. Es zeigte sich schon zu Beginn, daß das Arbeitsgebiet, das der Kommission oblag, außerordentlich umfangreich und vielfältig war. Die Arbeit würde nur bewältigt werden können, wenn das Studium der gegenwärtigen und künftigen Lage der alten Leute und der zu prüfenden Maßnahmen auf verschiedene Arbeitsgruppen verteilt würde. So sind nicht weniger als *zehn Gruppen* gebildet worden.

Fünf davon befassen sich mit folgenden Gebieten:

- Bevölkerungsstatistische Grundlagen
- Biologische und medizinische Fragen
- Wohnprobleme
- Beschäftigung (nicht auf Erwerb gerichtet) und
- Betreuung alter Leute.

Weitere fünf Arbeitsgruppen untersuchen die wirtschaftliche Lage und Sicherung der Betagten, nämlich

- der Unselbständigerwerbenden
- der Selbständigerwerbenden der Landwirtschaft
- der Selbständigerwerbenden des Gewerbes
- der Selbständigerwerbenden der freien Berufe
- der Nichterwerbstätigen.

Die Untersuchungsergebnisse sollten, so ist es vorgesehen, im Sinne des Postulates Jaeckle in einem Gesamtbericht niedergelegt werden, der Behörden und Verbänden zur Stellungnahme zu unterbreiten wäre.

3. Die Abklärungen erfordern die Sammlung weitläufiger statistischer Unterlagen und die Durchführung gründlicher Erhebungen. Dazu wäre die Stiftung «Für das Alter» weder personell noch organisatorisch und finanziell in der Lage gewesen. Das Departement des Innern hat daher im Dezember 1961 das *Bundesamt für Sozialversicherung* ermächtigt, die Arbeiten, die sich im Zusammenhang mit der Durchführung des Postulates Jaeckle ergeben und die daraus erwachsenden Kosten zu übernehmen. Es sollte die Aufgabe in enger Zusammenarbeit mit der Stiftung «Für das Alter» durchführen. Gleichzeitig wurde das Eidg. Statistische Amt ermächtigt, allfällig notwendig werdende statistische Spezialerhebungen durchzuführen.

4. Jetzt war der Weg frei. Die damalige Sektion Mathematik und Statistik des Bundesamtes für Sozialversicherung erstellte eine umfassende Tabellensammlung mit statistischen Angaben über «Alter und Bevölkerung», «Alter», «Erwerb», «Alter und Sozialversicherung». Diese Angaben bilden zusammen mit den zum Teil noch ausstehenden Ergebnissen der Volkszählung 1960 das Fundament der weitem Untersuchungen und Prognosen. Auch heute beschränkt sich die *Unterabteilung Mathematik und Statistik* nicht nur auf die Bearbeitung des bevölkerungsstatistischen Teiles des Berichtes. Sie besorgt auch die statistisch-technische Durchführung und Beratung von Spezialerhebungen einzelner Arbeitsgruppen und ist um die korrekte Darstellung der gewonnenen Ergebnisse bemüht.

Die *Unterabteilung AHV/IV/EO* übernahm die Leitung der Arbeitsgruppe zur Untersuchung der wirtschaftlichen Lage und Sicherung der Unselbständigerwerbenden und der Nichterwerbstätigen. Die Altersprobleme der Unselbständigerwerbenden sind besonders bedeutsam, nicht

nur weil es sich um die zahlenmäßig größte Erwerbsgruppe handelt, die immer mehr überhandnimmt; für diese Gruppe gestaltet sich der Rücktritt aus dem Erwerbsleben besonders akut. Die Ärzte weisen immer wieder auf die möglichen psychologischen Wirkungen des Rücktritts hin. Vor allem aber gilt es, die wirtschaftliche Lage der Menschen im Ruhestand und die Deckung des Existenzbedarfs näher zu untersuchen. Um in die Rolle der älteren Arbeitnehmer im Betrieb, die Rücktrittsprobleme und die Altersvorsorge Einsicht zu erhalten, mußte das Bundesamt für Sozialversicherung eine spezielle Untersuchung anordnen, die das Institut für Soziologie der Universität Bern übernahm.

Auch die meisten anderen Arbeitsgruppen kommen nicht ohne Spezialerhebungen aus.

- Die Probleme der älteren Selbständigerwerbenden in der Landwirtschaft sind durch Umfragen des Schweizerischen Bauernsekretariates und der Arbeitsgemeinschaft der Bergbauern abgeklärt worden.
- Eine ähnliche Erhebung bei Selbständigerwerbenden des Gewerbes durch das Schweizerische Institut für Gewerbliche Wirtschaft der Hochschule St. Gallen für Wirtschaft und Sozialwissenschaft läuft gegenwärtig.
- Die Arbeitsgruppe zur Untersuchung der Lage und Sicherung der Angehörigen freier Berufe veranstaltete eine Umfrage bei den Berufsverbänden.
- Die Altersprobleme der Nichterwerbstätigen (Hausfrauen, Mitglieder religiöser Gemeinschaften, Privatiers, Invalide) erfordern eine Reihe von Spezialstudien.
- Die Abklärung des Wohnproblems setzt eine Erhebung über Alters-Pflegeheime und Alters-Siedelungen voraus.
- Mit den Maßnahmen gegen die Vereinsamung der Betagten (Unterhaltung und Beschäftigung) geben sich viele verschiedenartige Institutionen ab. Das Ergebnis einer großangelegten Umfrage wird gegenwärtig ausgewertet.
- Der Stand der Betreuung der alten Leute wird im Rahmen der Stiftung «Für das Alter» abgeklärt.

Ohne Sondererhebungen sind bis jetzt nur die Ärzte der Kommissionen ausgekommen. Sie haben als erste ihren Teilbericht über die Biologie des Alters, die Alterskrankheiten und die sozialmedizinischen Aspekte des Alters abgeliefert.

Auch der bevölkerungsstatistische Teil wird voraussichtlich gestützt auf bereits vorhandene und demnächst erhältliche Untersuchungen erstellt werden können.

Es hat sich auch hier wieder einmal gezeigt, daß eine Kommission als beratendes und beurteilendes Organ wertvolle Arbeit leistet, die eigentliche Forschungsarbeit aber von kleinen, wenn möglich voll einsatzfähigen Arbeitsgruppen und Einzelpersonen geleistet werden muß. So setzte das Bundesamt für Sozialversicherung eine kleine Equipe ein, die nicht nur für die Erfüllung der dem Amt übertragenen Spezialaufgaben sorgt, sondern die ganze Forschungsarbeit plant und koordiniert. Die mehr die Fürsorge betreffenden Probleme des Alters werden von einer eigens dafür angestellten Mitarbeiterin des Zentralsekretariates der Stiftung «Für das Alter» durchgeführt.

#### *IV. Ausblick*

Die Untersuchungsergebnisse der meisten Arbeitsgruppen werden voraussichtlich noch in diesem Jahre fertiggestellt werden können, soweit sie nicht schon vorliegen. Sie werden allen Mitgliedern der Kommission zugestellt, die dazu schriftlich oder an den Sitzungen der Gesamtkommission Stellung nehmen können. Die eigentliche Koordinationsarbeit erfolgt in direkten Besprechungen zwischen den Redaktoren der Teilberichte und der Koordinationsequipe im Bundesamt für Sozialversicherung. Der Redaktion des Gesamtberichtes und den Arbeiten der Nachzügler unter den Gruppenberichten ist das kommende Jahr gewidmet.

### **Aus dem Pflichtenheft einer IV-Regionalstelle**

Die IV-Regionalstellen haben sich mit der Berufsberatung und Arbeitsvermittlung Invalider sowie mit dem Nachweis von Ausbildungs- und Umschulungsplätzen für diese zu befassen und die Durchführung solcher Eingliederungsmaßnahmen zu überwachen. Eine derartige Aufgabe setzt ein besonderes menschliches Einfühlungsvermögen voraus. Der nachfolgende Ausschnitt aus dem Jahresbericht einer IV-Regionalstelle ist in dieser Hinsicht recht aufschlußreich:

«Als Mitarbeiter einer IV-Regionalstelle, die ihre Arbeit ernst nehmen, kommen wir nicht darum herum, uns ständig neu darüber Rechenschaft zu geben, welche Faktoren letztlich entscheiden über Erfolg und Mißerfolg in unserer Arbeit. Als erfolgreich kann diese Arbeit sicher nur dann gewertet werden, wenn es uns gelingt, einen möglichst großen Prozentsatz jener Invaliden zu aktivieren und im Leben einen Schritt weiterzubringen, die ohne fremde Hilfe den Weg ins Berufsleben nicht finden würden. Oft ist für den Erfolg oder Mißerfolg der Eingliederungsbemühungen weniger die objektiv feststellbare Invalidität entscheidend als vielmehr die Grundhaltung des Betroffenen zum vorliegenden Gebrechen und seiner Lebenssituation überhaupt.

So stellt sich uns die zentrale Frage, ob und wie es uns bei der Bewältigung unserer Arbeit gelingt, allenfalls durch Einschaltung anderer Personen und Institutionen diese Grundhaltung positiv zu beeinflussen, um gebrochenen Lebensmut aufzurichten und falsche Lebenshaltung zu korrigieren. Eine wesentliche Voraussetzung ist hier sicher, daß der Berufsberater in bestem Sinne des Wortes fähig ist, als Berater am Schicksal des Ratsuchenden teilzunehmen. Darüber hinaus muß er dazu beitragen, daß der Invalide trotz der vielen Widerwärtigkeiten des Lebens wieder oder erstmals bereit wird, seinen Beitrag im Volksganzen zu leisten. Dem Berufsberater sollte es bei Berücksichtigung von Wesensart, Neigung und Eignung gelingen, für den Ratsuchenden jene optimale Berufslösung zu finden, die für ihn sinnvoll erscheint. Wir können uns nicht eindrücklich genug immer wieder sagen, daß das ins Auge gefaßte Berufsziel und die zukünftige Lebenssituation für den Betroffenen erstrebenswert und hoffnungsvoll sein müssen, sonst laufen wir Gefahr, daß alle Bemühungen der IV nicht zum gewünschten Erfolg führen. Solange beispielsweise ein Invaliden mit einer anderen Versicherung einen Prozeß führt, weil ihm die zugesprochene Rente resp. der angesetzte Invaliditätsgrad zu niedrig erscheint, und er somit in der tragischen Situation steht, eine möglichst ausgeprägte Invalidität nachweisen zu müssen, sind unsere Maßnahmen meist verfrüht. Und beim Behinderten, der durch einen Unfall jäh aus dem bisherigen Berufs- und Lebensbereich herausgerissen wurde, kann die Berufsfrage selbstverständlich nicht gesondert von der übrigen Lebenssituation gelöst werden. Auch beim Chronischkranken, auf den nach dem Sanatoriumsaufenthalt unter Umständen finanzielle Sorgen und zerrüttete Familienverhältnisse warten, sind alle Bemühungen, die den sozialen Faktor ungenügend berücksichtigen, absoluter Leerlauf. Gerade hier liegt unsere besondere Aufgabe als Berufsberater für Invalide. Wir müssen immer ein Stück



weit auch Lebensberater sein, im Gegensatz zum mehr technischen «Schadenbeamten» in anderen Versicherungszweigen. Allerdings besteht gerne die Gefahr, daß das aufgebaute Vertrauensverhältnis, welches mindestens vorübergehend unumgänglich ist, nach Erledigung in versicherungstechnischer Hinsicht oft nur schwer wieder gelöst oder auf eine andere Person übertragen werden kann. Hier berühren sich Versicherung und Fürsorge besonders eng. Je länger und intensiver wir uns mit Behinderten befassen, umso häufiger fallen uns Einzelschicksale auf, wo die Invalidität nicht allein durch körperliche Schäden verursacht wurde. Oft hat man den Eindruck, nach einer langen Kette von ungelösten und unerträglich gewordenen Lebensproblemen sei die Invalidität lediglich der sozial anerkannte Schlußpunkt. Daß solchen oft während Jahren leidenden Menschen nicht allein mit wohl korrekten, aber nur beruflichen Maßnahmen auf die Dauer geholfen werden kann, liegt auf der Hand.

Der Gesetzgeber hat uns mit seinem fortschrittlichen IVG die Möglichkeit gegeben, diese nebenberuflichen Faktoren zu sehen und zu berücksichtigen. Solange Eingliederung vor Rente gehen soll, können wir gar nicht anders handeln. Da nun aber die Regionalstelle keine Fürsorge betreiben darf, kommt es unseres Erachtens mehr als bisher auf die sorgfältige Koordination aller notwendigen Hilfeleistungen an. Nur so wird es gelingen, daß der Invalide mit gebrochenem Lebensmut Vertrauen faßt und damit fähig wird, seinen persönlichen und zugleich entscheidenden aller Beiträge zum Gelingen der Eingliederung zu leisten.»

## Ein erfreuliches Resultat

Ein Schulheim für Blinde und Sehschwache schickte dieses Jahr erstmals einige Kandidaten in das Examen der kaufmännischen Berufsschule. Alle Arbeiten waren in Blindenschrift übertragen worden. Drei der Prüflinge bestanden eine Vollprüfung wie alle nicht behinderten Mitbewerber, ausgenommen in der Buchhaltung. Hier wurden sie nur mündlich geprüft. Für die vierte Anwärterin ließ der Arzt nur eine Teilprüfung zu.

Die Durchschnittsnote der 672 Teilnehmer betrug 2,01. Der beste blinde Kandidat kam mit acht weiteren Bewerbern mit der Note 1,2 in den zweiten Rang. Zwei Kandidatinnen schlossen mit 34 Kandidaten mit

der Note 1,4 im vierten bzw. mit 42 Prüflingen mit der Note 1,5 im fünften Rang ab. Die vierte Schülerin erreichte mit der Note 1,8 immer noch ein überdurchschnittliches Ergebnis.

Die jungen kaufmännischen Angestellten bewiesen mit Fleiß und Ausdauer, daß Sehbehinderte durchaus mit gesunden Bewerbern Schritt zu halten vermögen. Der städtische Schuldirektor stellte über seine Rede das Wort: «Die Prüfung ist nicht das Leben, aber das Leben ist eine Prüfung». Mögen die vier glücklichen Absolventen auch hier bestehen.

## Zur Verweigerung von Geldleistungen

Geht die Invalidität eines Versicherten nachgewiesenermaßen auf dessen eigenes schweres Verschulden zurück, kann diese Tatsache für ihn auch im Rahmen der Sozialversicherung nachteilige Folgen haben. So sieht Artikel 7, Absatz 1, IVG dauernde oder vorübergehende Kürzung, Verweigerung bzw. Entzug der Geldleistungen vor, wenn ein Versicherter die Invalidität vorsätzlich oder grobfahrlässig oder bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt hat. Über die bisherige Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts hinsichtlich solcher Sanktionen ist schon bei anderer Gelegenheit ausführlich berichtet worden (vgl. ZAK 1962, S. 402 und 438; 1963, S. 222 und 243).

In obigem Zusammenhang verdient ein rechtskräftiger Entscheid der Rekursbehörde des Kantons Luzern für die AHV, II. Abteilung, vom 13. Januar 1964 besonderer Erwähnung. Die Beschwerdeinstanz gelangte wegen schweren Selbstverschuldens des Versicherten, der sich zugleich strafbar gemacht hatte, zur Verweigerung einer IV-Geldleistung. Zur Beurteilung stand der Fall eines 30jährigen Beschwerdeführers, der am 6. Juli 1962 in einer Wirtschaft die Wette eingegangen war, er werde mit seinem Alfa Romeo innert 90 Minuten von Malters (LU) nach Konstanz fahren. Schon nach kurzer Fahrt verlor er bei hoher Geschwindigkeit die Herrschaft über sein Fahrzeug und geriet ins Schleudern. Das Auto verließ die Straße, gelangte durch eine Wiese auf ein Bahntrasse und überschlug sich dort; der Beschwerdeführer mußte schwer verletzt ins Spital eingewiesen werden und war bis 30. Juni 1963 voll arbeitsunfähig. Die genannte Rekursbehörde fällt ihr Urteil im wesentlichen gestützt auf nachstehende Erwägungen:

«Obwohl Art. 7 IVG eine ‚Kannvorschrift‘ darstellt, darf nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts bei Vorliegen eines schweren Verschuldens von einer Sanktion nicht Umgang ge-

nommen werden. Ob im Einzelfall eine Verweigerung oder lediglich eine Kürzung der Versicherungsleistungen anzuordnen sei, ist weitgehend eine Ermessensfrage.

Daß vorliegend Artikel 7 IVG zur Anwendung kommt, bestreitet der Beschwerdeführer nicht. Er verlangt aber, daß anstelle der totalen Verweigerung lediglich eine Kürzung der Geldleistungen auszusprechen sei. Das Amtsgericht von Luzern-Land kam in seinem Strafurteil vom 27. Mai 1963 zu folgenden Feststellungen: Der Sachverhalt läßt ein bedeutendes Maß an Verantwortungslosigkeit und Charakterlosigkeit erkennen; der Beschwerdeführer war sich der großen Gefahren bewußt; er handelte leichtfertig und verantwortungslos; er war bereits neunmal wegen Verkehrsdelikten vorbestraft und zweimal war ihm schon der Führerausweis entzogen worden. Das Amtsgericht verweigerte den bedingten Strafvollzug, indem es die Argumentation verwarf, wonach der Beschwerdeführer unter dem enthemmenden Einfluß des Alkohols und durch starkes Drängen von Drittpersonen zur Tat bewogen worden sei; letzteres traf, wie durch Zeugenbeweis erstellt, gar nicht zu, und ein enthemmender Einfluß des Alkohols konnte dem Beschwerdeführer nicht zugute gehalten werden, da er sich auch unter dem Alkoholeinfluß (höchstens 1,2 Promille) der Gefahr seiner Wettfahrt voll bewußt war.

Die Rekursinstanz hat keinen Grund, in bezug auf das Verschulden des Beschwerdeführers eine vom Amtsgericht Luzern-Land abweichende Ansicht zu vertreten. Indem der Beschwerdeführer die sinnlose Wettfahrt unternahm, hat er sich freiwillig in eine große Gefahr begeben. Er mußte sich der Folgen seines unvernünftigen Verhaltens bewußt sein. Wie die IV-Kommission in ihrer Vernehmlassung zutreffend feststellt, wäre eine sozialpolitische Milde in diesem krassen Falle fehl am Platz. Die von der Ausgleichskasse ausgesprochene Verweigerung der Geldleistungen erscheint daher gerechtfertigt.»

## Mängelrügen bei der Abgabe von Hilfsmitteln

Ein invalider Versicherter meldete der IV-Kommission, daß er die im Auftrag der IV von einem Fußorthopäden gelieferten orthopädischen Maßschuhe nicht tragen könne. Für die Versicherungsorgane stellte sich damit die Frage, ob die Annahme der Schuhe verweigert oder ob eine Minderung des Preises bzw. die unentgeltliche Verbesserung der Mängel verlangt werden solle.

Die nähere Prüfung des Falles ergab, daß sowohl ein Spezialarzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, welcher den Versicherten behandelt hatte, als auch ein von der IV-Kommission konsultiertes Fachgeschäft für Fußorthopädie die angefertigten Maßschuhe als mit Mängeln behaftet bewerteten. Der Versicherte selber hatte unmittelbar nach Erhalt der Schuhe gegenüber der IV erklärt, das Hilfsmittel bewähre sich im praktischen Gebrauch nicht. Die Füße seien zu stark eingengt. Zudem wiesen beide Schuhe an den Fersen beim Anfertigen entstandene, inzwischen genähte Risse auf. Die IV leitete diese Beanstandung an den Lieferanten weiter, worauf dieser die Schuhe ausweitete. Der Versicherte ließ vier Monate nichts mehr von sich hören, worauf die IV den anfänglich zurückgehaltenen Kaufpreis entrichtete. In der Folge erschien der Versicherte auf dem Sekretariat der IV-Kommission und machte erneut Mängel in der Ausführung der Schuhe geltend. Die Schuhe seien trotz der vorgenommenen Ausweitung immer noch zu kurz und zu schmal. Er könne sie auf keinen Fall tragen.

Bei der Beurteilung der Frage, welche Vorkehren die IV in solchen Fällen anzuordnen hat, ist davon auszugehen, daß es sich bei dem hier vorliegenden Rechtsgeschäft in Form der Übernahme der Herstellung orthopädischer Maßschuhe durch einen Orthopäden gegen Entrichtung eines entsprechenden Lohnes durch die IV um einen Werkvertrag handelt. Dieses Rechtsverhältnis ist in Artikel 353 ff. OR geordnet. Danach hat der Besteller nach Erhalt des Werkes, sobald es nach dem üblichen Geschäftsgang tunlich ist, dessen Beschaffenheit zu prüfen und den Unternehmer von allfälligen Mängeln in Kenntnis zu setzen. (Art. 367, Abs. 1, OR.) Diese Rügepflicht ist wie diejenige im Kaufrecht eine Voraussetzung für das Recht auf Gewährleistung wegen Mängel oder wegen vertragswidriger Ausführung. Leidet das Werk an so erheblichen Mängeln oder weicht es sonst so sehr vom Vertrag ab, daß es für den Besteller unbrauchbar ist oder daß ihm die Annahme billigerweise nicht zugemutet werden kann, so darf er diese verweigern und bei Verschulden des Unternehmers Schadenersatz verlangen (Art. 368, Abs. 1, OR). Sind die Mängel oder die Abweichungen vom Vertrag minder erheblich, so kann der Besteller einen dem Minderwert des Werkes entsprechenden Abzug am Lohn machen oder auch, sofern dieses dem Unternehmer nicht übermäßige Kosten verursacht, die unentgeltliche Verbesserung des Werkes und bei Verschulden Schadenersatz verlangen (Art. 368, Abs. 2, OR). Der Besteller verliert seine Ansprüche auf Gewährleistung, wenn er das abgelieferte Werk ausdrücklich oder, durch Unterlassung der rechtzeitigen Mängelrüge, stillschweigend genehmigt.

Der Unternehmer ist dabei von seiner Haftung nur befreit, soweit es sich nicht um Mängel handelt, die bei der Abnahme und ordnungsgemäßen Prüfung nicht erkennbar waren oder vom Unternehmer absichtlich verschwiegen wurden (Art. 370, Abs. 1, OR). Stillschweigende Genehmigung wird insbesondere angenommen, wenn der Besteller die gesetzlich vorgeschriebene Prüfung und Anzeige unterläßt (Art. 370, Abs. 2, OR).

Eine solche stillschweigende Genehmigung des Werkes und damit ein Verlust der Ansprüche auf Gewährleistung im Sinne von Artikel 370 OR ist in dem von uns aufgeführten Falle anzunehmen. Einmal verstrichen seit der auf Grund einer Mängelrüge durch den Orthopäden vorgenommenen Anpassung und Verbesserung der Maßschuhe bis zur nächsten Beanstandung vier Monate, und weiter hatte in dieser Zeitspanne die IV den vorsorglich, unter Mitteilung an den Lieferanten, zurückbehaltenen Kaufpreis beglichen. Eine rechtzeitige Rüge war nicht erfolgt, denn die vier Monate später vorgebrachte Beanstandung muß als verspätet betrachtet werden. Durch Unterlassen der rechtzeitigen Mängelrüge bzw. der erneuten Geltendmachung des anscheinend nicht behobenen Mangels seitens der IV wurde das vom Orthopäden abgelieferte Werk stillschweigend genehmigt. Angesichts dieser Rechtslage konnte die IV weder die Annahme der Maßschuhe verweigern, noch Schadenersatz verlangen (Art. 368, Abs. 1, OR), noch einen Abzug am Werklohn machen und auch nicht die unentgeltliche Verbesserung der Schuhe verlangen (Art. 368, Abs. 2, OR). Da auch eine Behebung der noch bestehenden Mängel nicht mehr möglich erschien, mußte in der Folge ein anderes Fachgeschäft für Fußorthopädie mit der Neuanfertigung orthopädischer Schuhe beauftragt werden.

Der Fall lehrt, daß seitens der Organe der IV der Behebung geltend gemachter Mängel, bzw. der Geltendmachung der Gewährleistungsansprüche bei Abgabe von Hilfsmitteln alle Beachtung zu schenken ist. So ist insbesondere darauf zu achten, daß der Versicherte *innert nützlicher Frist* der IV die schriftliche Bestätigung abgibt, wonach sich das Hilfsmittel im praktischen Gebrauch bewährt hat. Trifft dies nicht zu, so sind allfällige Mängel der IV *sofort* zu melden. Deren Behebung ist zu überwachen und vom Versicherten eine Meldung über deren Erfolg einzuholen. Mit der Bezahlung des Kaufpreises durch die IV sollte zumindest bis zum Eintreffen der genannten schriftlichen Bestätigung zugewartet werden. Wohl hat der Besteller eines «Werkes» die Vergütung bei der Ablieferung zu bezahlen (Art. 372, Abs. 1, OR), d. h. die Fälligkeit zum Bezahlen einer Rechnung tritt mit der Ablieferung des

vollendeten Werkes ein, es sei denn, es beständen anderslautende vertragliche Abmachungen. Im geschäftlichen Verkehr ist es nun aber üblich, fällige Rechnungen innert einer Frist von 30 Tagen seit Eintreffen der Rechnung zu begleichen. Es sollte also praktisch möglich sein, innerhalb dieser Frist eine allfällige Mängelrüge schriftlich geltend zu machen und gegebenenfalls vorsorglich einen dem Minderwerte entsprechenden Abzug vorzunehmen, zumal die Rechnungen in der Regel nicht bei der Abgabe einer Sache, sondern später ausgestellt werden. Die Nichtentrichtung des *gesamten* Preises ist jedoch nur dann zulässig, wenn das gelieferte Werk unbrauchbar ist oder dessen Annahme der IV billigerweise nicht zugemutet werden kann.

## IV und Reisekosten bei der Sonderschulung

Gemäß Artikel 51, Absatz 1, IVG, in Verbindung mit Artikel 90 IVV werden den Versicherten die für die Abklärung des Leistungsanspruches und die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen notwendigen Reisekosten grundsätzlich vergütet. Da die *Sonderschulung* gemäß Artikel 8, Buchstabe c, IVG eine Eingliederungsmaßnahme darstellt, sind auch die damit in Zusammenhang stehenden notwendigen Reisekosten von der IV zu übernehmen. Maßgebend im Einzelnen sind hiefür die Bestimmungen des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 1. September 1961 über die Vergütung der Reisekosten in der IV. Darin wird für die Sonderschulung insbesondere vorgesehen, daß die IV bei einem Aufenthalt in einem Internat im Hinblick auf einen guten Kontakt zwischen Kind und Elternhaus die Kosten für eine Hin- und Rückfahrt im Monat übernimmt (Rz 20). Das EVG hat diese Bestimmung als gesetzeskonform betrachtet (Urteil des EVG vom 5. Juli 1963, i. Sa. F. W., ZAK 1964, S. 129). Ferner hat das EVG in konstanter Rechtsprechung festgestellt, daß die IV auf der Grundlage von Artikel 51, Absatz 1, IVG nur die Kosten für Reisen des Versicherten vom Wohn- zum Schulort übernimmt, nicht dagegen Reisekosten einer Lehrperson, die sich zum Schüler begibt (Urteile des EVG vom 2. Juli 1962, i. Sa. M. B., ZAK 1962, S. 514, und vom 22. Januar 1963, i. Sa. H. G., ZAK 1963, S. 181).

Anders verhält es sich bei den Fällen von Artikel 11 IVV. Nach dieser unter der Marginale «Ermöglichung des Schulbesuches» stehenden Bestimmung übernimmt die IV invaliditätsbedingte Transportkosten bis

zum Betrag von 50 Franken pro Monat und zusätzlich einen Kostgeldbeitrag von 3 Franken pro Tag, wenn der Versicherte wegen der Invalidität auswärts gepflegt oder untergebracht werden muß. Es geht hier um die Übernahme der invaliditätsbedingten Transportkosten zur *Ermöglichung des Volksschulbesuches* — nicht des Besuches der Sonderschule —, also um jene Fälle, in denen bewegungsbehinderte Minderjährige — ohne einen eigentlichen Sonderschulunterricht zu benötigen — infolge ihrer Behinderung auf die Dauer nicht in der Lage sind, den Schulweg zu überwinden. Die Übernahme der Transportkosten stellt in diesen Fällen die eigentliche Versicherungsleistung dar, während sie im allgemeinen lediglich neben eine Eingliederungsmaßnahme tritt und damit ergänzenden Charakter trägt.

Das EVG hat bereits mehrfach zur Tragweite von Artikel 11 IVV Stellung genommen. So hat es festgestellt, daß unter «besonderen Maßnahmen gemäß Artikel 8, Absatz 1, Buchst. b, IVV nur Beiträge gemäß Artikel 11 IVV an die Transportkosten sowie an die auswärtige Unterkunft und Verpflegung zu verstehen seien (Urteile des EVG vom 29. März 1962, i. Sa. P. K., ZAK 1962, S. 313, und vom 7. Dezember 1962, i. Sa. J. B., ZAK 1963, S. 236). Artikel 11 IVV setze somit, soll ein Beitrag seitens der IV erfolgen, u. a. Volksschul-tauglichkeit des Versicherten voraus. In einem weiteren Urteil führte das EVG aus, im Rahmen von Artikel 11 IVV seien die von der IV zu vergütenden Transportkosten bei Motorradfahrten nach einer Kilometerentschädigung von 11 Rappen und bei Taxifahrten nach den nachgewiesenen tatsächlichen Auslagen zu bemessen, wobei aber die gesamte Entschädigung 50 Franken im Monat nicht übersteigen darf (Urteil des EVG vom 29. Juni 1963, i. Sa. R. G., ZAK 1963, S. 502).

Im Gegensatz zur feststehenden Verwaltungspraxis und zur vorliegenden Rechtsprechung ist nun das EVG in einem kürzlichen Urteil davon ausgegangen, daß sich die Übernahme der Transportkosten bei Sonderschulfällen auf Artikel 11 IVV zu stützen habe und deshalb höchstens eine Vergütung von 50 Franken monatlich möglich sei. Da sich dieser Entscheid nicht mit der bisherigen Rechtsprechung und Verwaltungspraxis auseinandersetzt, bleiben auf diesem Gebiete weitere Urteile abzuwarten. Bis dahin sind Transportkosten, die sich aus dem Besuch einer Sonderschule ergeben, nach wie vor gemäß Artikel 51, Absatz 1, IVG festzusetzen.

# Durchführungsfragen der IV

## Leistungspflicht der Krankenkassen bei Geburtsgebrechen

Die IV übernimmt lediglich die Kosten für die Behandlung solcher Geburtsgebrechen, die in der Liste gemäß Artikel 2 der Verordnung über die Geburtsgebrechen aufgeführt sind. Andererseits fallen Geburtsgebrechen grundsätzlich nicht unter die Leistungspflicht der anerkannten Krankenkassen, und zwar auch dann nicht, wenn sie in den Statuten nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind. Handelt es sich somit um in der Liste nicht aufgeführte, angeborene Gebrechen, so kann es vorkommen, daß weder Invalidenversicherung noch Krankenkassen leistungspflichtig sind.

Daraus ergibt sich, daß von der Ablehnung der Kostenübernahme mangels Vorliegens eines Geburtsgebrechens im Sinne der IV nicht ohne weiteres auf die Leistungspflicht einer Krankenkasse geschlossen werden darf. Wir ersuchen die IV-Kommissionen und deren Sekretariate, diesem Umstand Rechnung zu tragen und ganz allgemein gegenüber den Versicherten von Meinungsäußerungen über die mutmaßliche Leistungspflicht von Krankenkassen abzusehen.

### KLEINE MITTEILUNGEN

#### **Erhöhung der Familienzulagen im Kanton Freiburg**

a. Nichtlandwirtschaftliche  
Arbeitnehmer

Durch Gesetz vom 28. Februar 1964 hat der Große Rat den Mindestbetrag der Kinderzulagen von 25 auf 30 Franken erhöht. Die Erhöhung wird in zwei Etappen durchgeführt. Mit der ersten Etappe werden die Familien mit drei und mehr Kindern und mit der zweiten alle Familien, ohne Rücksicht auf die Kinderzahl, die erhöhte Zulage erhalten.

In Ausführung dieses Gesetzes hat der Staatsrat am 3. April 1964 mit Wirkung ab 1. April die Zulage je Kind und Monat auf 25 Franken für Familien mit einem oder zwei Kindern und auf 30 Franken für Familien mit drei und mehr Kindern festgesetzt.

b. landwirtschaftliche  
Arbeitnehmer

Mit dem gleichen Beschluß wurden die monatlichen Zulagen, die der Kanton Freiburg neben den bundesrechtlichen Zulagen an landwirtschaftliche Arbeitnehmer ausrichtet, für Familien mit einem oder zwei Kindern auf 20 Franken und für solche mit drei und mehr Kindern auf 25 Franken je Kind festgesetzt. Die gesamte Kinderzulage je Kind und Monat beträgt somit:



### Im Unterland

35 Franken für Familien mit einem und zwei Kindern  
40 Franken für Familien mit drei und mehr Kindern

### Im Berggebiet

40 Franken für Familien mit einem und zwei Kindern  
45 Franken für Familien mit drei und mehr Kindern

### Adressenverzeichnis AHV/IV/EO

Das BSV wird auf Beginn des nächsten Jahres das Adressenverzeichnis AHV/IV/EO neu herausgeben und dabei die Postleitzahlen und die neuen Nummern der Postcheckämter berücksichtigen. Auf eine Publikation dieser Neuerungen in der ZAK (sofern keine andere Mutation eintritt) wird deshalb verzichtet.

### Mutationen

Seite	Ausgleichskasse	Neue Telefonnummer
6	2 Bern	(031) 22 79 44
9	30 Tapezierer-Dekorateur	(031) 25 23 85
10	33 Autogewerbe	(031) 22 47 77
10	38 Bäcker	(031) 25 14 44
11	45 Spirituosen	(031) 23 21 26
13	56 Tabak	(031) 22 38 42
14	63 Berner Arbeitgeber	(031) 22 70 74
15	69 Transport	(031) 22 72 73
15	74 Albicolac	(031) 22 25 81
16	78 Milchwirtschaft	(031) 22 69 48
19	97 Vinico	(031) 25 61 82
21	105 Gewerbe	(031) 25 77 85
21	107 Geschäftsinhaber Bern	(031) 22 47 29

Seite 11, Ausgleichskasse 41, Schmiede-Wagner  
Neue Telefonnummer (051) 47 73 00

Seite 11, Ausgleichskasse 43, Eisenwaren  
Neue Adresse: Walchestraße 25, 8006 Zürich  
Neue Telefonnummer: (051) 26 40 09

Seite 23, IV-Kommission des Kantons Bern  
Neue Telefonnummer: (031) 22 79 44

Seite 25, IV-Regionalstelle Bern  
Neue Telefonnummer: (031) 25 38 55

Seite 25, IV-Regionalstelle St. Gallen  
Neues Domizil: Schwalbenstraße 6  
Die übrigen Angaben bleiben unverändert.

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

	Neu erschienen sind:	Preis	Bemerkungen
318.117 df	Tabellen zur Ermittlung der Renten und der Hilflosenentschädigung (gültig ab 1. Januar 1964) Tables de calcul des rentes et de l'allocation pour impotent (valables dès le 1er janvier 1964)	3.—*	
318.120.02 d	Verzeichnis der kantonalen Erlasse auf dem Gebiete der AHV und IV	—,55*	
318.120.02 f	Liste des arrêtés cantonaux concernant l'AVS et l'AI	—,55*	
318.121.62 d	Jahresbericht AHV/IV/EO 1962	3.50*	
318.121.62 f	Rapport annuel AVS/AI/APG 1962	3.50*	
318.273 d	Ergänzungsanmeldung für Zusatzrenten und Waisenrenten	4.—	2
318.273 f	Demande accessoire de rentes complémentaires et de rentes d'orphelins	4.—	2
318.273 i	Domanda accessoria per rendite complementiva e rendite per orfani	4.—	2
318.275 d	Ergänzungsblatt 2 zur Anmeldung	4.—	2 B
318.275 f	Feuille annexe 2 à la demande de prestations	4.—	2 B
318.275 i	Foglio complementivo 2 della domanda di prestazioni	4.—	2 B
318.300.1 d	Klebetektoren 1964 zum AHVG	1.—*	
318.300.1 f	Feuillets collants 1964 pour la LAVS	1.—*	
318.500.2 d	Klebetektoren 1964 zum IVG	—,15*	
318.500.2 f	Feuillets collants 1964 pour la LAI	—,15*	
318.507.03 d	Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung	1.60*	
318.507.03 f	Circulaire sur la procédure à suivre dans l'assurance-invalidité	1.60*	
318.700.2 d	Klebetektoren 1964 zum EOG	—,25*	
318.700.2 f	Feuillets collants 1964 pour la LAPG	—,25*	

# GERICHTSENTSCHEIDE

---

## Alters- und Hinterlassenenversicherung

### Renten

Urteil des EVG vom 11. Oktober 1963 i. Sa. S. C.

**Art. 22, Abs. 3, am Ende, AHVG.** Wird eine außerordentliche Alters- oder Invaliden-Ehepaarrente als Minimalgarantie (nach Art. 42, Abs. 1, AHVG) gewährt, so kann die Ehefrau für sich selbst nicht eine ordentliche einfache Altersrente beanspruchen.

Die Versicherte wurde am 20. August 1899 geboren. Ihr Ehemann wurde ab 1. Januar 1960 als zu über zwei Dritteln invalid erkannt und kam von diesem Zeitpunkt an in den Genuß einer ganzen Ehepaar-Altersrente von 113.40 Franken, die ab 1. Juli 1961 auf 144 Franken erhöht wurde (es handelte sich um eine an die Stelle der kleineren ordentlichen Rente getretene außerordentliche Rente).

Nachdem die Versicherte am 20. August 1962 ihr 63. Altersjahr vollendet hatte, bewarb sie sich um die Ausrichtung einer ordentlichen einfachen Altersrente an sich selbst. Nach Abweisung des Gesuches durch die Ausgleichskasse erhob sie Beschwerde bei der Rekurskommission. Diese wies die Beschwerde ab mit der Begründung, daß es unbillig wäre, wenn ein wegen unvollständiger Beitragszahlung im Genuß einer außerordentlichen Rente stehender Versicherter zusammen mit seinem Ehepartner zwei einfache Renten und damit höhere Leistungen beziehen könnte als ein Versicherter, dessen Beitragsdauer vollständig ist.

Das EVG wies die Berufung der Versicherten mit folgender Begründung ab:

....

1. Nach Art. 22, Abs. 3, am Ende, und Art. 21, Abs. 3, AHVG erlischt der Anspruch auf eine außerordentliche Alters- oder Invaliden-Ehepaarrente mit der Entstehung des Anspruches der Ehefrau auf eine ordentliche einfache Altersrente. Nach dem Wortlaut von (alt) Art. 21, Abs. 1, AHVG haben Frauen, die das 63. Altersjahr zurückgelegt haben, Anspruch auf einfache Altersrente, sofern kein Anspruch auf eine Ehepaar-Altersrente besteht. Schließlich ordnet Art 21, Abs. 2, AHVG an, daß der Anspruch auf eine einfache Altersrente am ersten Tag des Monats entsteht, welcher der Vollendung des maßgebenden Altersjahres oder dem Erlöschen des Anspruchs auf eine Ehepaar-Altersrente folgt. So macht das Gesetz die Entstehung des Anspruchs der Ehefrau auf eine ordentliche einfache Altersrente wörtlich vom Erlöschen des Anspruchs des Ehemannes auf eine Alters- oder Invaliden-Ehepaarrente abhängig, und diese Rente erlischt ausdrücklich nur dann, wenn die Ehefrau eine ordentliche einfache Altersrente beanspruchen kann. Zur Beurteilung der Schlußfolgerung der ersten Instanz, die der Berufungsklägerin die Aus-

richtung einer ordentlichen einfachen Altersrente verweigerte, kann man demnach aus dem Gesetzestext allein keinen Schluß ziehen. Es ist vielmehr zu untersuchen, ob das an das EVG weitergezogene Urteil mit dem allgemeinen System des Gesetzes übereinstimmt.

2. Nach der allgemeinen AHV-rechtlichen Ordnung ist die verheiratete Frau vor allem mittels der Ehepaarrente gegen das Altersrisiko versichert, da grundsätzlich der Anspruch des Ehemannes auf eine solche Rente demjenigen der Ehefrau auf eine einfache Altersrente vorgeht. Dies ergibt sich aus Art. 21, Abs. 1, AHVG, der bestimmt, daß der Anspruch auf eine einfache Altersrente nur geltend gemacht werden kann, «sofern kein Anspruch auf eine Ehepaar-Altersrente besteht», sowie aus Art. 22, Abs. 1, AHVG, der die «Ehemänner» für diese Rente als berechtigt bezeichnet. Art. 21, Abs. 3, AHVG stellt andererseits ausdrücklich die Ehepaar-Invalidenrente den Altersrenten derselben Gattung gleich. Im allgemeinen kann die Ehefrau nur solange eine einfache Altersrente beanspruchen, als die gesetzlichen Erfordernisse für die Gewährung einer Alters- oder Invaliden-Ehepaarrente nicht oder nicht mehr erfüllt sind, vorausgesetzt, daß die Bedingungen von Art. 21, Abs. 1, AHVG gegeben sind. Art. 21, Abs. 2, AHVG schließt zusammen mit Abs. 3 dieses Artikels, indem er bestimmt, daß der Anspruch auf eine einfache Altersrente mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Alters- oder Invaliden-Ehepaarrente erlischt, grundsätzlich die Ausrichtung zweier einfacher Altersrenten oder einer einfachen Altersrente und einer einfachen Invalidenrente an Eheleute aus.

Allerdings enthält Art. 22, Abs. 3, am Ende, AHVG eine — jedoch einschränkend auszulegende — Ausnahme von der Regel, nach welcher der Anspruch des Ehemannes auf eine Alters- oder Invaliden-Ehepaarrente dem Anspruch auf eine einfache Altersrente der Ehefrau vorgeht. Gemäß dieser Bestimmung und derjenigen von Art. 21, Abs. 3, AHVG erlischt in der Tat im Falle einer außerordentlichen Rente der Anspruch auf eine Alters- oder Invaliden-Ehepaarrente mit der Entstehung eines Anspruchs der Ehefrau auf eine ordentliche einfache Altersrente. Daraus geht offensichtlich hervor, daß bei Ehegatten einzig eine ordentliche einfache Altersrente der Ehefrau einerseits und eine außerordentliche Alters- oder Invalidenrente des Ehemannes andererseits zusammenfallen können, die Ausrichtung von zwei ordentlichen einfachen Altersrenten oder einer ordentlichen einfachen Altersrente und einer ordentlichen einfachen Invalidenrente jedoch ausgeschlossen ist (vgl. hierüber die Botschaft des Bundesrates vom 25. Juni 1956, BBl 1956, Bd. I, S. 1480, zum Entwurf betreffend die Änderung von Art. 22, Abs. 3, AHVG, die festhält, die neue Bestimmung sehe ausdrücklich vor, «daß die Übergangs- (= außerordentliche) Ehepaar-Altersrente des Ehemannes durch eine einfache Übergangs- (= außerordentliche) Altersrente abgelöst wird, wenn die jüngere Ehefrau auf Grund eigener Beiträge in den Genuß einer ordentlichen einfachen Altersrente gelangt»). Gemäß Art. 42 AHVG haben Anspruch auf eine außerordentliche Rente einerseits Versicherte, denen keine ordentliche Rente zusteht, und andererseits solche, die grundsätzlich Anspruch auf eine ordentliche Rente haben, deren Betrag jedoch kleiner ist als derjenige der außerordentlichen. Im letzteren Falle ist indessen die Gewährung einer außerordentlichen Rente als Minimalgarantie von der Bedingung abhängig, daß Einkommen und Vermögen des Versicherten gewisse Grenzen nicht über-

steigen, und die Ausrichtung einer solchen Rente somit nur so lange erfolgen kann, als diese Voraussetzung vorhanden ist (Art. 42, Abs. 4, AHVG).

Wenn demzufolge der Gesetzgeber im Falle eines Ehepaares die Ausrichtung zweier ordentlicher Altersrenten oder einer ordentlichen einfachen Altersrente und einer ordentlichen einfachen Invalidenrente, wie dies aus Art. 21 und 22, Abs. 3, AHVG hervorgeht, absolut ausgeschlossen hat, so bedeutet das keineswegs, daß er die gleichzeitige Ausrichtung einer ordentlichen einfachen Altersrente der Ehefrau mit einer an die Stelle der kleineren ordentlichen Rente tretenden außerordentlichen einfachen Alters- oder Invalidenrente des Ehemannes zulassen wollte. Es ist im Gegenteil anzunehmen, daß er beabsichtigte, auch eine solche Kumulation auszuschließen; denn ein solcher Fall unterscheidet sich grundsätzlich in nichts von dem eines Versicherten, der unter den gleichen Umständen keinen Anspruch auf eine außerordentliche Rente hat, weil er die in Art. 42 AHVG aufgestellten Einkommensbedingungen nicht oder nicht mehr erfüllt, und er auf Grund dieser Tatsache nur Anspruch auf eine ordentliche Alters- oder Invaliden-Ehepaarrente hat. Nun ist aber in einem solchen Falle die Ausnahmebestimmung des Art. 22, Abs. 3, am Ende, AHVG, die eine außerordentliche Alters- oder Invaliden-Ehepaarrente voraussetzt, nicht anwendbar.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß die Ausnahmebestimmung von Art. 22, Abs. 3, am Ende, AHVG nur die außerordentlichen Alters- oder Invaliden-Ehepaarrenten von Versicherten betrifft, die keinen Anspruch auf eine ordentliche Rente haben, während jene Renten ausgeschlossen sind, die in Anwendung von Art. 42 AHVG im Sinne der Minimalgarantie ausgerichtet werden.

## Invalidenversicherung Eingliederung

Urteil des EVG vom 2. März 1964 i. Sa. F. S.

**Art. 12, Abs. 1, IVG und Art. 2 IVV. Medizinische Vorkehren bei vorwiegend stabilisierten Leiden gelten rechtlich nur dann als Eingliederungsmaßnahmen, wenn sie nach den gesamten Umständen des Einzelfalles dem gesetzlich umschriebenen Eingliederungszweck derart überwiegend dienen, daß eine darin enthaltene Leidensbehandlung als Ziel in den Hintergrund tritt. (Erwägung 1)**

**Eine Osteotomie bei einer Coxarthrose ist im Hinblick auf die Schwere des Eingriffs und die lange Rekonvaleszenz höchstens dann überwiegend auf die Eingliederung gerichtet, wenn der Patient noch eine ansehnliche Aktivitätsperiode vor sich hat. (Erwägung 2)**

Der Versicherte leidet seit vielen Jahren eine Fleisch- und Wurstwarenfamilie. Am 3. April 1962 ersuchte er die IV um medizinische Eingliederungsmaßnahmen, da er von einem Hüftleiden befallen sei. Am 18. April bescheinigte ein Spezialarzt für Orthopädie, seit fünf Jahren bestehe links eine schmerzhafte Coxarthrose, die eine rund 25prozentige Teilinvalidität bewirke und eine

intertrochantere Osteotomie nötig mache. Dieser Eingriff am Oberschenkelknochen wurde dann am 20. Juni 1962 vorgenommen. Mit Verfügung vom 22. August 1962 eröffnete die Ausgleichskasse dem Versicherten, laut Kommissionsbeschuß gehe die Behandlung nicht zu Lasten der IV, weil eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bei einem 62jährigen Coxarthritiker nicht mehr zu erwarten sei (Art. 12 IVG). Der Versicherte beschwerte sich und forderte, daß die IV seine Spital- und Nachbehandlungskosten übernehme und ihm ein Taggeld zahle. Die kantonale Rekurskommission hieß die Beschwerde gut.

Das EVG hieß die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Nach Art. 12 IVG und Art. 2 IVV hat ein Invalider Anspruch auf einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte medizinische Maßnahmen, die nicht der Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar der beruflichen Eingliederung dienen und die Erwerbsfähigkeit des Versicherten dauernd wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren versprechen.

Zur ärztlichen Behandlung gehören an sich alle medizinischen Vorkehren, die nach dem jeweiligen Stand des medizinischen Wissens die Heilung (oder Konservierung) eines krankhaften Zustandes oder eine Beseitigung oder doch Milderung vorhandener Schmerzen bezwecken. Ob im Einzelfall eine Vorkehr aus dem allgemeinen Behandlungsrahmen heraustrete und zur Eingliederungsmaßnahme werde, ist im Licht der in Art. 12 IVG und Art. 2 IVV umschriebenen Abgrenzungskriterien zu entscheiden. Ärztliche Behandlung ist der umfassende allgemeine, medizinische Eingliederungsmaßnahme dagegen ein viel engerer rechtlicher Sonderbegriff.

Um zu einer brauchbaren Abgrenzung zu gelangen, sind nach der Praxis des EVG vorerst die in Entwicklung begriffenen Leiden auszuscheiden, weil deren Behandlung in der Regel eine Behandlung des Leidens an sich darstellt. Hat das behandelte Leiden dagegen überwiegend den Charakter eines stabilisierten Zustandes, so daß die Behandlung nur mehr die endgültige Stabilisierung oder eine Korrektur des Defektes bezweckt, so finden sich erfahrungsgemäß in den ärztlichen Vorkehren oft sowohl Merkmale der Leidensbehandlung als auch der Eingliederungsmaßnahme. Bei dieser Sachlage sind die medizinischen Vorkehren rechtlich nur dann als Eingliederungsmaßnahmen zu qualifizieren, wenn sie nach den gesamten Umständen des Einzelfalles dem gesetzlich umschriebenen Eingliederungszweck derart überwiegend dienen, daß die Leidensbehandlung als Ziel zurücktritt.

2. Coxarthrosen (Hüftgelenkarthrosen) entwickeln sich schleichend im Laufe von Jahren und können, sobald sie ein fortgeschrittenes Stadium erreicht haben, zu starken Schmerzen führen. Eine Osteotomie wird in der Regel erst ausgeführt, wenn allein schon die Behebung der Schmerzen einen genügenden Anlaß für diesen Eingriff bildet. Die Operation kann aber den krankhaften Prozeß nicht aufhalten, sondern nur seine Weiterentwicklung nachhaltig verzögern. (Handbuch der Orthopädie, Bd. IV/1 Stuttgart 1961, S. 334, 348 und 353).

Die Verwaltungsorgane der IV bewerten eine fortgeschrittene Coxarthrose als einen zur Hauptsache stabilisierten Defektzustand, und das EVG

hat in diese Praxis, die den Versicherten entgegenkommt, bisher nicht eingegriffen. Wird hieran festgehalten, so darf dann aber die andere Frage, ob eine Operation wesentlich zur beruflichen Eingliederung eines Coxarthrotikers beizutragen verspreche, nicht unbesehen bejaht werden. Vielmehr ist eine Osteotomie — zumal bei diesem Eingriff auch seine Schwere und die verhältnismäßig lange Wiederherstellungsdauer ins Gewicht fallen — immer nur dann überwiegend auf die Eingliederung gerichtet, wenn der Patient noch eine ansehnliche restliche Aktivitätsperiode vor sich hat. Fehlt es hieran, so ist eben der Hauptzweck der Operation in der Behebung der Schmerzen zu erblicken (vgl. EVGE 1962, S. 208, Erwägung 3, und S. 314, Erwägung 2, sowie das nicht publizierte Urteil des EVG vom 11. November 1963 i. Sa. A. K., ZAK 1964, S. 166).

3. Für das IV-Recht geht die Aktivitätsperiode des Mannes spätestens mit dem Monat zu Ende, in welchem er sein 65. Altersjahr zurücklegt. Dies ergibt sich — entgegen der Behauptung des Berufungsbeklagten — aus Art. 10, Abs. 1, IVG sowie Art. 21, Abs. 2, und Art. 22, Abs. 3, AHVG.

Der Versicherte ist anscheinend seit Januar 1963 wiederum voll erwerbsfähig, und er wird im April 1965 sein 65. Altersjahr zurücklegen. Folglich wird seine Aktivitätsperiode schon rund 2¼ Jahre nach der erfolgten Wiederaufnahme der Berufsarbeit endigen. Kann aber nur dieser kleine Aktivitätsrest von ihrem Ergebnis profitieren, so hat die Operation vom Sommer 1962 nicht vorwiegend der beruflichen Eingliederung, sondern überwiegend andern Zwecken gedient.

Hieraus ergibt sich, daß die Berufung des BSV begründet ist. Allerdings widerspricht dem Art. 10 IVG die generelle Annahme des BSV, bei einem anfangs der Sechzigerjahre stehenden Mann sei mangels «dauerhafter» Ergebnisse jede medizinische Eingliederungsmaßnahmen ausgeschlossen. Auch in einem solchen Fall müßte doch wohl die IV einen chirurgischen Eingriff finanzieren, wenn dieser — wie etwa die Amputation eines in Krallenstellung versteiften Fingers — einzig oder auch nur vorwiegend der beruflichen Eingliederung des Patienten zu gelten hätte (EVGE 1962, S. 208, Erwägung 3, ZAK 1963, S. 126).

#### Urteil des EVG vom 23. März 1964 i. Sa. L. W.

**Art. 19, Abs. 3, IVG; Art. 12 IVV.** Als Vorbereitung auf Sonderschulunterricht ist nur eine qualifizierte, namentlich heilpädagogische Förderung zu werten, nicht aber jede Pflege, die einem Gebrechlichen vorgängig einer Sonderschulung in einem Kinderheim erwiesen wird. Insbesondere bei schwachsinnigen Kindern kann sich eine möglichst frühzeitige pädagogische Förderung als notwendig erweisen. (Erwägung 1)

**Art. 26, Abs. 4, IVG; Art. 24, Abs. 1, IVV.** Über die Zulassung zur Lehrfähigkeit auf dem Gebiete der Sonderschulung entscheidet das BSV. (Erwägung 3)

Am 11. September 1961 meldete Vater W. der IV-Kommission, seine am 3. Februar 1958 geborene Tochter leide an einem Geburtsgebrehen, wie Dr. N.

festgestellt habe. Zwei Monate später empfahl dieser Arzt der Kommission, das Mädchen, das schwachsinnig sei, im Kinderspital Z. begutachten zu lassen. Die Kommission entsprach dem Antrag und erhielt am 21. Februar 1962 vom Kinderspital folgenden Bericht:

Das Kind leide an einem angeborenen Herzfehler und an einem leichten Hydrocephalus (Ziffern 98 und 132 der Geburtsgebrechenliste). Es müsse ärztlich überwacht und periodisch in der Herzpoliklinik des Kinderspitals kontrolliert werden. Sein Intelligenzquotient betrage 62 und könnte durch geeignete Erziehung noch etwas gehoben werden. Vorgängig einer Sonderschulung sollte das Mädchen einige Jahre im Kinderheim S. in K. verbringen.

Seit Ende März 1962 weilt die Versicherte im Kinderheim S. Am 16. Mai 1962 verfügte die Ausgleichskasse, die IV übernehme die Kosten der ärztlichen Überwachung sowie der Kontrollen im Kinderspital und die entsprechenden Reisespesen, zahle aber keinen Sonderschulbeitrag, weil bei einem vierjährigen Kind noch nicht von einer Sonderschulung gesprochen werden könne. Vater W. beschwerte sich und berief sich auf Art. 12 IVV. Da die Versicherte im Kinderheim S. auf die künftige Sonderschulung vorbereitet werde, habe die IV einen Kostenbeitrag von Fr. 5.— im Tag zu gewähren.

Von der kantonalen Rekursbehörde um Bericht ersucht, ob der Aufenthalt im Kinderheim S. aus medizinischen Gründen notwendig sei, antwortete das Kinderspital Z. am 13. März 1963 wie folgt:

«Am 1. März 1963 haben wir L. W. in unserer Poliklinik ambulant nachkontrolliert ... Der IQ beträgt jetzt 66 ... Das Kind hat seit seiner Betreuung im Kinderheim S. deutliche geistige Fortschritte gemacht. Da aber der IQ nur leicht angestiegen ist, wird ... das Kind mit größter Wahrscheinlichkeit eine Sonderschulung nötig haben. Am geeignetsten erscheint uns dazu das Erziehungsheim in H. Unsere Fürsorge leitet die Anmeldung für dorthin in die Wege, frühestens auf Herbst 1964. Da sich bis zu jenem Zeitpunkt in der Nähe des Wohnortes keine Möglichkeit einer Heimplatzierung mit heilpädagogischem Kindergarten finden läßt, sollte das Kind weiterhin im Kinderheim S. bleiben, wo es ausgezeichnet gefördert wird ... Obwohl der Aufenthalt in S. medizinisch nicht unbedingt indiziert ist, ist er aus erzieherischen und schulischen Gründen notwendig.»

Mit Urteil vom 8. April 1963 (zugestellt am 9. Oktober) hieß die kantonale Rekursbehörde die Beschwerde gut.

Das EVG indessen hieß die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Gestützt auf Art. 19, Abs. 3, IVG bestimmt Art. 12 IVV, die IV zahle einen Schulgeld- und Kostgeldbeitrag, wenn die Vorbereitung eines noch nicht schulpflichtigen Kindes auf künftigen Sonderschulunterricht besondere pädagogische Maßnahmen (des mesures pédagogiques; provvedimenti pedagogici particolari) erfordere. Maßgebend ist hier der deutsche und italienische Verordnungswortlaut, zumal schon in der bundesrätlichen Botschaft vom 24. Oktober 1958 zum Gesetzesentwurf für gewisse Fälle besondere pädagogische Maßnahmen vorgesehen und als eine «Vorstufe der Sonderschulung» bezeichnet sind (S. 124).



Vorbereitung auf kommenden Sonderschulunterricht ist aber noch nicht jede Pflege, die einem gebrechlichen Kind — vorgängig einer Sonderschulung — in einem Kinderheim erwiesen wird (Urteil des EVG vom 19. Januar 1963 i. Sa. R. J., nicht publiziert). Nur wenn ein solches Kind einen speziell qualifizierten, namentlich heilpädagogischen Unterricht erhält, kann von einer besonderen Erziehungsmaßnahme im Sinne des Art. 12 IVV gesprochen werden. Zu weit geht jedoch die Annahme der IV-Kommission, bei einem erst vierjährigen Kinde seien derartige Maßnahmen noch nicht angezeigt. Wie das BSV dartut, kann es bei schwachsinnigen Kindern notwendig sein, möglichst früh mit dem heilpädagogischen Unterricht zu beginnen, um einer drohenden Verkümmernng vorhandener Anlagen zuvorzukommen.

2. Die Versicherte hat einen IQ von 66 und ist somit nur praktisch bildungsfähig. Daher wird künftig für sie nicht die Volksschule, sondern eine Sonderschule in Betracht fallen, für deren Dauer die IV Schulgeld- und Kostgeldbeiträge zu zahlen haben wird (Art. 8, Abs. 1, Buchst. a; Art. 9, Abs. 1, Buchst. a, und Art. 10, Abs. 1, IVV). Fraglich ist nur, ob die Versicherte schon seit Frühjahr 1962 einer besonderen pädagogischen Vorbereitung im Sinne des Art. 12 IVV bedarf und ob das Kinderheim S. solchen Vorunterricht zu erteilen in der Lage ist.

Durch die vorliegenden Akten ist nicht ausreichend belegt, daß die Versicherte im Kinderheim S. derartigen Vorunterricht genießt. Im Bericht des Kinderspitals vom 13. März 1963 heißt es bloß, in S. habe das Mädchen deutliche geistige Fortschritte gemacht, und im Ergänzungsbericht vom 6. Dezember, weil das Kind «innerhalb nützlicher Frist» in keinem heilpädagogischen Heim Aufnahme gefunden habe, sei seine Unterbringung im Heim S. als passende Ersatzlösung erschienen. Deswegen ist die Abklärung des Sachverhalts am ehesten von einer heilpädagogischen Expertise zu erwarten. Der Begutachter wird sich darüber aussprechen müssen, ob schon vom Frühjahr 1962 hinweg besondere pädagogische Maßnahmen (Art. 12 IVV) erforderlich gewesen und solche der Versicherten in S. zuteil geworden seien.

3. Laut den Richtlinien des Bundes für die Zulassung von Sonderschulen in der IV muß jeder Unterricht zur Vorbereitung auf eine Sonderschule von Lehrkräften erteilt werden, die heilpädagogisch ausgebildet sind oder zumindest entsprechende berufliche Erfahrung haben. Über die Zulassung zu solcher Lehrtätigkeit entscheidet — auf schriftliche Anmeldung hin — das BSV (Art. 1, 3, 7 und 8 der einschlägigen Verfügung des Eidgenössischen Departementes des Innern vom 29. September 1961). Ist ein Kinderheim, das sich für solchen Vorunterricht eignen könnte, beim BSV noch nicht angemeldet, so muß die (gemäß Art. 58 oder 59 IVG zuständige) IV-Kommission die Stellungnahme des BSV einholen, bevor sie erstmalige Beiträge nach Art. 12 IVV zuspricht (Art. 74, Abs. 1, IVV und IV-Mitteilung Nr. 45 des BSV vom 20. Juni 1963, Rz 357).

Im vorliegenden Fall ist es angezeigt, die Sache zur Einholung des erforderlichen heilpädagogischen Gutachtens an die IV-Kommission zurückzuweisen. Sollte der Experte den Aufenthalt der Versicherten im Kinderheim S. als notwendigen Vorunterricht im Sinne des Art. 12 IVV bezeichnen, so müßte die Kommission die Akten dem BSV unterbreiten, damit dieses die Zusprenchung eines Schulgeld- und Kostgeldbeitrages bewillige.

**Urteil des EVG vom 4. März 1964 i. Sa. L. K.**

**Art. 21, Abs. 1, und Art. 85, Abs. 1, IVG.** Ein bereits vor Inkrafttreten der IV invalid gewordener Versicherter hat Anspruch auf Abgabe bzw. Ersatz der für die Eingliederung ins Erwerbsleben notwendigen Brille, sofern dieses Hilfsmittel eine wesentliche Ergänzung medizinischer Maßnahmen darstellt, die von der IV übernommen worden wären, hätte sie damals schon bestanden. (Erwägung 2)

Bei einer Fürsorgerin, die sich oft im Freien aufhält, stellt eine geschliffene Sonnenbrille das zweckmäßige Hilfsmittel zur Beschattung von linsenlosen, lichtempfindlichen Augen dar. (Erwägung 3)

Die 1917 geborene Versicherte leidet an angeborenem Star. Sie unterzog sich bereits im Kindesalter verschiedenen Augenoperationen, bei denen die getrübbten Linsen entfernt wurden. Seither muß sie eine Starbrille tragen. Trotz einer Sehschärfe von bloß 0,2 vermochte die Versicherte die normale Schul- und Berufsausbildung zu durchlaufen. Sie ist heute als Fürsorgerin tätig. Im Juli 1962 meldete sich die Versicherte bei der IV mit dem Begehren, es seien ihr zwei neue Starbrillen (als Ersatz der beschädigten bzw. der nicht mehr recht sitzenden Brille) sowie eine Sonnenbrille (anstelle der bisher benützten Vorsteckgläser) abzugeben. Durch Verfügung vom 2. August 1962 brachte die Ausgleichskasse der Versicherten zur Kenntnis, die IV-Kommission habe das Begehren abgelehnt, weil die Hilfsmittel keine wesentliche Ergänzung medizinischer Maßnahmen bildeten, die von der IV angeordnet worden seien.

Eine von der Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission insoweit geschützt, als sie die IV verhielt, die Kosten der beiden benötigten Starbrillen zu übernehmen; dagegen verweigerte die Rekurskommission die Abgabe einer Sonnenbrille.

Das EVG hieß die von der Versicherten gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG hat der Versicherte im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind; Kosten für Zahnprothesen, Brillen und Schuheinlagen werden nur übernommen, «wenn diese Hilfsmittel eine wesentliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen bilden».

2. Die angeborene Linsentrübung, an der die Versicherte litt, stellt ein Geburtsgebrechen im Sinne der GgV dar (Art. 2, Ziff. 149, GgV). Demzufolge wären die in der Jugend der Versicherten durchgeführten Augenoperationen mit Entfernung der getrübbten Linsen gestützt auf Art. 13 IVG von der IV übernommen worden, wenn sie zu jenem Zeitpunkt schon bestanden hätte. Außerdem bildet die Starbrille eine wesentliche Ergänzung der Staroperationen; wie die Vorinstanz zutreffend ausführt, gewährleistet erst die Verbindung von Operation und Brille das Sehen. Hieraus geht gleichzeitig hervor, daß die Starbrille zur Eingliederung der Versicherten ins Erwerbsleben unentbehrlich ist.

Von der IV-Kommission wird indessen die Ansicht vertreten, daß Brillen nur dann abgegeben werden könnten, wenn sie von der IV durchgeführte medizinische Maßnahmen wesentlich ergänzten. Eine solche Auslegung des Art. 21, Abs. 1, IVG, erweist sich aber als zu eng. Sie widerspricht nämlich dem Art. 85, Abs. 1, IVG, wonach auch die vor dem

Inkrafttreten dieses Gesetzes invalid gewordenen Personen nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen anspruchsberechtigt sind. (Die in Art. 85, Abs. 2, IVG enthaltenen besonderen Bestimmungen betreffen nur die Leistungen gemäß Art. 13 IVG an Volljährige, nicht aber die Hilfsmittel.) Ein bereits vor dem Inkrafttreten der IV invalid gewordener Versicherter hat daher Anspruch auf Abgabe bzw. auf Ersatz der für die Eingliederung ins Erwerbsleben notwendigen Brille, sofern dieses Hilfsmittel eine wesentliche Ergänzung medizinischer Maßnahmen darstellt, die unter der Herrschaft der IV übernommen worden wären; unerheblich ist, daß die Maßnahmen bereits vor dem Inkrafttreten der IV durchgeführt wurden.

Da die von der Versicherten bisher gebrauchten beiden Starbrillen unbestrittenmaßen nicht mehr genügen, hat die Vorinstanz die IV mit Recht verhalten, für die Kosten von zwei neuen Starbrillen aufzukommen.

3. Zu prüfen bleibt, ob die Versicherte auch Anspruch auf eine Sonnenbrille habe, was im vorinstanzlichen Entscheid verneint wurde. Wie das BSV zutreffend feststellt, sind die linsenlosen Augen der Versicherten sehr lichtempfindlich, weshalb sie im Freien durch dunkle Gläser geschützt werden müssen. Als Fürsorgerin hält sich die Versicherte wegen der Hausbesuche sehr viel auf den Straßen auf; während sie im Innern der Häuser mit einer hellen Normalbrille auskommt, bedarf sie im Freien dunkler Gläser. Fragen kann man sich daher lediglich, ob die Versicherte zur Berufsausübung eine eigentliche Sonnenbrille benötigt oder ob nicht Vorsteckgläser genügen, wie das BSV annimmt.

Gemäß Art. 21, Abs. 2, IVG werden die Hilfsmittel in einfacher und zweckmäßiger Ausführung abgegeben. Wenn auch die Vorsteckgläser eine einfache Ausführung der Hilfsmittel darstellen, so sind sie doch unter den gegebenen besonderen Verhältnissen nicht zweckmäßig. Es dürfte zutreffen, daß die sehbehinderte Versicherte ihre teuren Bifokalgäser zerkratzt, wenn sie Vorsteckgläser verwendet, umso mehr als sie während ihrer Besuche bei jedem Betreten und Verlassen eines Hauses die dunklen Gläser entfernen bzw. anbringen muß. Wegen der Sehbehinderung besteht auch die Gefahr, daß die Versicherte die Vorsteckgläser fallen läßt oder nicht richtig befestigt. Überdies erscheint es als glaubhaft, daß sich die mit den Vorsteckgläsern zusammenhängenden Lichtreflexe wegen der geringen Sehschärfe auf die Versicherte störender auswirken als auf andere Brillenträger. Schließlich ist zu berücksichtigen, daß das Gewicht der an sich nicht leichten Brille durch Vorsteckgläser noch erhöht wird. Aus allen diesen Gründen bildet im vorliegenden Falle einzig eine Sonnenbrille das zweckmäßige Hilfsmittel zur Beschattung der linsenlosen, lichtempfindlichen Augen.

**Urteil des EVG vom 10. Juni 1963 i. Sa. E. Z.**

**Art. 28, Abs. 2, IVG. Bei einem Landwirt, der einen ziemlich großen und stark mechanisierten Betrieb führt, fällt bei der Bemessung des Invaliditätsgrades seine Fähigkeit, den Betrieb zu leiten, stark ins Gewicht.**

Der 1908 geborene Versicherte ist Landwirt und Eigentümer eines stark mechanisierten Landwirtschaftsbetriebs mit 39 Jucharten Land und 9 Jucharten Wald. Der Arzt stellte am 25. Februar 1962 folgende Diagnose: «Coxarthrosis

deformans rechts, Spondylosis deformans der Lendenwirbelsäule». Er wies ferner darauf hin, daß beim Versicherten, dessen Gesundheitszustand sich verschlechtere, seit Jahren eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, die auf 40 bis 60 Prozent zu schätzen sei. Durch Verfügung vom 6. September 1962 wurde ein Rentenanspruch abgewiesen, da kein Invaliditätsgrad von 50 bzw. 40 Prozent bestehe. Die Beschwerde des Versicherten wurde von der kantonalen Rekursinstanz in dem Sinne gutgeheißen, daß die IVK angewiesen wurde, die Frage der medizinischen Eingliederung abzuklären. Im übrigen wurde der Rekurs abgewiesen. Zur Begründung führte die Rekursbehörde im wesentlichen aus, daß eine IV-Rente erst zugesprochen werden dürfe, wenn alle Eingliederungsmöglichkeiten geprüft worden seien. Aber abgesehen davon seien die in Art. 28 IVG genannten Voraussetzungen für die Zusprechung einer IV-Rente offenbar nicht erfüllt. Mit Berufung ans EVG verlangte der Versicherte Zusprechung einer Rente rückwirkend auf den 1. Januar 1962 mit der Begründung, der Arzt habe ursprünglich seine Arbeitsfähigkeit viel zu optimistisch beurteilt. Er könne nur noch leichte Arbeit leisten, und zwar solche, die er sitzend und mit den Händen ausführen könne. Die Invalidität wirke sich nur deshalb nicht auf das steuerbare Einkommen aus, weil die Arbeit heute von den Familienmitgliedern sozusagen unentgeltlich ausgeführt werde.

Das EVG hat die Berufung mit folgender Begründung abgewiesen:

1. Unter Invalidität versteht das Gesetz eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit, die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursacht ist (Art. 4 IVG).

Gemäß Art. 28, Abs. 1, IVG hat der Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn er mindestens zur Hälfte (50 %) invalid ist. Ist er weniger als zu zwei Dritteln ( $66\frac{2}{3}$  %) invalid, so wird ihm nur die Hälfte der zutreffenden Rente gewährt. Diese Rente kann in «Härtefällen» auch bei einer Invalidität von mindestens zwei Fünfteln (40 %) ausgerichtet werden; nach der Rechtsprechung setzt dies voraus, daß der Versicherte von einer wirtschaftlichen Härte betroffen wird (EVGE 1962, S. 78 ff., Erwägung 4, ZAK 1962, S. 317).

Der Invaliditätsgrad wird in der Weise bestimmt, daß das Erwerbseinkommen, welches der Versicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erreichen könnte, in Beziehung gesetzt wird zu dem Erwerbseinkommen, das er zu erzielen vermöchte, wenn er nicht invalid geworden wäre (Art. 28, Abs. 2, IVG).

2. Laut Schreiben des Vertreters des Berufungsklägers vom 22. Mai 1963 ist nur noch streitig, ob dem Berufungskläger ab 1. Januar 1962 eine Invalidenrente zustehe.

Maßgebend für die Beurteilung dieser Frage sind die Verhältnisse, wie sie in demjenigen Zeitpunkt vorlagen, in welchem die IVK ihren Beschluß faßte.

3. Die Vorinstanz hat mit Recht festgestellt, eine Rente könne schon deshalb nicht ausgerichtet werden, weil Aussicht bestehe, den Berufungskläger noch besser ins Erwerbsleben einzugliedern. In einem solchen Falle gehen die Eingliederungsmaßnahmen der Rentengewährung in der Regel vor (Art. 28, Abs. 2, IVG; ZAK 1962, S. 278). Die vorgesehenen Hüftoperationen

werden, wie Dr. med. S. in seinem Zeugnis vom 17. Mai 1963 erklärt, des Berufungsklägers Gesundheitszustand «zweifelloso verbessern». Man muß sich jedoch fragen, ob diese Erwartung nicht zu optimistisch sei, lehrt doch die Erfahrung, daß die operative Behandlung einer Coxarthrose nicht in jedem Falle angezeigt ist, namentlich dann nicht, wenn, wie hier, überdies ein Gebrechen der Lendenwirbelsäule (d. h. eine Spondylose) besteht. Immerhin erscheint es nicht als ausgeschlossen, daß die beabsichtigten Eingriffe als medizinische Maßnahme im Sinne von Art. 12, Abs. 1, IVG bewertet werden können, weshalb die Vorinstanz mit Recht erkannt hat, die IV-Kommission habe die Frage der medizinischen Eingliederung abzuklären.

4. Übrigens waren, wie die Vorinstanz ebenfalls zutreffend ausführt, auch die in Art. 28, Abs. 1 und 2, IVG genannten erwerblichen Voraussetzungen für die Gewährung einer Rente im maßgebenden Zeitpunkt nicht erfüllt.

a. Dr. F. schätzte die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in seinem Bericht vom 25. Februar 1962 auf 40—60 Prozent. Dabei bewertete er in erster Linie die körperliche Arbeitsunfähigkeit, während für die Rentenfrage ebenso wesentlich ist, daß des Versicherten Fähigkeit, einen ziemlich großen und stark mechanisierten Flachlandbetrieb zu leiten, sozusagen unversehrt blieb (vgl. EVGE 1962, S. 147, Erwägung 3, ZAK 1962, S. 521). Der Berufungskläger behauptet nun allerdings, diese medizinische Beurteilung sei «viel zu optimistisch». Er vermag sie aber nicht zu entkräften. Dr. F. hat zwar in seinem zweiten Bericht (vom 22. September 1962) eine erhebliche Verschlimmerung des Zustandes festgestellt. Auf seine frühere Beurteilung brauchte er indessen nicht zurückzukommen, zumal er eine Verschlechterung vorausgesagt hatte. Auch das ärztliche Zeugnis des Dr. S. ist nicht geeignet, den für die IV-Kommission maßgebenden Bericht umzustoßen. Dr. S. untersuchte den Berufungskläger nämlich erstmals am 2. November 1962, also fast vier Monate nach der Beschlußfassung durch die Kommission.

b. Gelangt man somit schon auf Grund des ersten Berichts des Dr. F. im Verein mit der Überlegung, daß des Versicherten Fähigkeit, den Betrieb zu leiten, nicht wesentlich beeinträchtigt war, zum Schluß, eine rentenbegründende Invalidität habe im maßgebenden Zeitpunkt nicht vorgelegen, so wird darin durch die Untersuchung der Einkommensverhältnisse noch bestärkt. Der Berufungskläger räumt ein, daß sein steuerbares Einkommen «nicht merklich zurückgegangen» sei. Er behauptet jedoch, dies sei nur «durch die sozusagen unentgeltliche Mitarbeit der Familienangehörigen» bedingt. Seine Frau, seine Tochter und sein Sohn hätten durch ihre Tätigkeit eine Einsparung an Löhnen von insgesamt Fr. 8 500.— im Jahr ermöglicht. Auch sei der Zins des im Betrieb investierten Eigenkapitals vom steuerbaren Einkommen abzuziehen.

An und für sich sind diese Vorbringen durchaus berechtigt (EVGE 1962, S. 146, Erwägung 1, ZAK 1962, S. 521). Es darf jedoch nicht übersehen werden, daß der Versicherte in seiner Steuererklärung für die Periode 1961/62 bereits verschiedene Lohnbeträge vom Nettoertrag abgezogen hat, unter anderm auch für seinen volljährigen Sohn und die mündige Tochter, die neben der Ehefrau im Betrieb mitarbeiten. Zudem schreibt Art. 25, Abs. 2, IVV vor, daß die beiden maßgebenden Erwerbseinkommen eines invaliden Selbständig-erwerbenden, der zusammen mit Familiengliedern einen Betrieb bewirtschaftet,

auf Grund seiner Mitarbeit im Betrieb zu bestimmen seien. Nun hat die Regionalstelle für berufliche Eingliederung in ihrem Bericht vom 27. Juni 1962 festgestellt:

«Der Großbauer Z. würde aber ohnehin auch bei guter Gesundheit nicht mehr alle Schwerarbeiten verrichten, sondern wenigstens 50 Prozent seiner Zeit der Leitung des Betriebes widmen.»

Dazu kommt, daß der Berufungskläger gemäß dem ersten Bericht des Dr. F., auf den auch in körperlicher Hinsicht abzustellen ist, noch mindestens zu 40 Prozent arbeitsfähig war. Somit wäre selbst dann, wenn man vom steuerbaren Invalideneinkommen den Zins des Eigenkapitals und darüber hinaus noch einen angemessenen Betrag für die Mitarbeit der Familienglieder in Abzug brächte, im maßgebenden Zeitpunkt keine rentenbegründende Invalidität im Sinne des Art. 28, Abs. 1 und 2, vorhanden gewesen, zumal der Zins des Eigenkapitals auch von dem zum Vergleich heranzuziehenden steuerbaren Einkommen, das der Versicherte ohne Invalidität erzielen konnte, abgezogen werden müßte.

Die Berufung ist daher nicht nur deshalb abzuweisen, weil die Frage der Eingliederung noch nicht abgeklärt ist, sondern auch aus dem Grunde, weil im Zeitpunkt, in welchem die IV-Kommission ihren Beschluß faßte, keine rentenbegründende Invalidität gegeben war.

5. ...

## Familienzulagen

Urteil des EVG vom 27. Februar 1964 i. Sa. H. K.

**Art. 7, Abs. 1, FLV. Die Tätigkeit des Baumgärtners fällt nicht unter den Begriff des Obstbaues im Sinne der genannten Bestimmung.**

**Art. 7, Abs. 2, FLV. Begriff des gemischten Betriebes; Baumschulen in Verbindung mit Obstbau.**

H. K., Vater von 6 Kindern, von denen das älteste im Jahre 1948 geboren ist, hat von seinem eigenen  $7\frac{1}{2}$  Jucharten umfassenden Land  $4\frac{1}{2}$  Jucharten verpachtet, was ihm jährlich 600 Franken einbringt; den Rest bewirtschaftet er selbst. Am 22. August 1962 ersuchte er um Ausrichtung von Familienzulagen für Kleinbauern. Den höchsten Verdienst — ungefähr 5 000 Franken im Jahr 1962 — erzielt er aus dem Betrieb einer 70 Aren umfassenden Baumschule. Nach seinen Angaben beansprucht ihn diese Tätigkeit 9 Monate im Jahr. Daneben betreut er auf einem Gebiet von etwa 15 Aren Obstbäume (Produktion von Früchten), wofür er einen Monat Arbeitszeit aufwendet. Während zweier Monate steht er im Dienste Dritter, sei es als Baumwärter, sei es als Arbeiter in einer Grastrocknungsanlage. Für die erstgenannte Tätigkeit hat er im Jahre 1962 800 und für die zweite 313,25 Franken verdient.

Mit Verfügung vom 29. April 1963 hat die Ausgleichskasse das Gesuch für die Zeit vom 1. Juli 1962 bis 31. Dezember 1963 abgelehnt mit der Begründung, der Gesuchsteller übe keine landwirtschaftliche Tätigkeit im Sinne des FLG aus.

Die dagegen eingereichte Beschwerde wurde von der Rekurskommission gutgeheißen, insbesondere mit der Begründung, die Bäume würden zur Hauptsache an Landwirte verkauft.

Das BSV hat diesen Entscheid an das EVG weitergezogen, wobei es sich vor allem auf die Entstehungsgeschichte von Art. 7 FLV berief und festhielt, daß Baumschulen auch in anderen Rechtsgebieten nicht zur Landwirtschaft gerechnet werden. Das EVG hat die Berufung aus folgenden Erwägungen gutgeheißen:

1. Nach dem Wortlaut von Art. 5, Abs. 1, FLG haben Anspruch auf Familienzulagen für Kleinbauern die hauptberuflichen selbständigerwerbenden Landwirte, deren reines Einkommen 5 500 Franken im Jahr nicht übersteigt; die Einkommensgrenze erhöht sich um 700 Franken für jedes Kind im Sinne von Art. 9 FLG. Als hauptberuflich tätig gilt ein Kleinbauer, der im Verlaufe des Jahres vorwiegend in seinem landwirtschaftlichen Betrieb tätig ist und aus dem Ertrag dieser Tätigkeit in überwiegendem Maße den Lebensunterhalt seiner Familie bestreitet (Art 5, Abs. 2, FLG).

Art 7, Abs. 1, FLV bestimmt, daß das Bundesgesetz auf sämtliche Betriebe Anwendung findet, die dem Anbau landwirtschaftlicher Nutzpflanzen, dem Obst-, Wein- und Gemüsebau, der Viehhaltung und Viehzucht, der Geflügel- und Bienenzucht dienen.

Gemäß Art. 7, Abs 2, FLV findet das Bundesgesetz hingegen keine Anwendung auf Landwirtschaftsbetriebe, die in enger betrieblicher Verbindung mit gewerblichen oder industriellen Betrieben stehen, sofern der nichtlandwirtschaftliche Betrieb den Hauptbetrieb darstellt (Buchst. a); ferner findet das Gesetz keine Anwendung auf Waldgrundstücke, die nicht in Verbindung mit einem Landwirtschaftsbetrieb stehen (Buchst. b).

2. Im vorliegenden Fall steht fest, daß sich die Haupttätigkeit des Berufungsbeklagten zum überwiegenden Teil auf den Betrieb der Baumschule erstreckt. Nun kommt aber einer solchen Tätigkeit kein landwirtschaftlicher Charakter zu, wovon das FLG die Ausrichtung von Familienzulagen abhängig macht. Das EVG hat zwar erklärt (EVGE 1957, S. 265, Erwägung II; ZAK 1958, S. 177), der Begriff des landwirtschaftlichen Betriebes sei im Rahmen des FLG weit auszulegen, weil auch die Gemüse- und Obstbaubetriebe dazuzählen, während diese in der Umgangssprache zum Gewerbe gerechnet werden. Im französischen Sprachgebrauch versteht man unter «arboriculture» «la culture ou l'exploitation de l'arbre considéré individuellement» (Larousse); der deutsche und italienische Text von Art. 7, Abs 1, FLV legen jedoch das Schwergewicht auf die Bewirtschaftung des Obstbaumes («Obstbau», «frutticoltura»). Die erwähnte Rechtsprechung muß daher bei dieser Gelegenheit in dem Sinne verdeutlicht werden, daß unter dem Wortlaut «Obstbau» gemäß Art. 7, Abs. 1, FLV lediglich die Nutzung von Fruchtbäumen zu verstehen ist; die Tätigkeit des Baumschulgärtners, dessen Hauptziel der Verkauf junger Bäume und nicht die Produktion von Früchten bildet, fällt jedoch nicht darunter. Wenn auch die Baumschulen zur Landwirtschaft gerechnet werden, soweit sie Unternehmen der Urproduktion sind, so unterscheiden sie sich doch von jener in wesentlichen Punkten: Ihre Erzeugnisse dienen nicht der Ernährung, sondern sind von Anfang an als Handelsware bestimmt; die Organisation des Betriebes und namentlich des Absatzes entspricht derjenigen

bei gewerblichen Unternehmungen (vgl. Entscheid des Eidg. Justiz- und Polizeidepartements vom 4. Februar 1926 betreffend den Eintrag einer Baumschule ins Handelsregister, Salis-Burckhardt, Schweizerisches Bundesrecht, III. Band, Nr. 1505, Ziffer III; BGE 78 I 68; His, Kommentar zum OR, Art. 934, N. 25, 34).

Der Anspruch auf Familienzulagen für Kleinbauern hängt davon ab, daß eine hauptberufliche Tätigkeit in der Landwirtschaft ausgeübt wird. Dies entspricht dem Zweck des Gesetzes, zwischen Betrieben des Obstbaues, die landwirtschaftlichen Charakter tragen einerseits und den Baumschulen andererseits zu unterscheiden, die, wie jene des Berufungsbeklagten, nicht zur Landwirtschaft gerechnet werden dürfen.

H. K. betreibt unbestrittenermaßen neben einer Baumschule einen Obstbaubetrieb, der der Früchteproduktion dient. Nach den vorstehenden Darlegungen besteht kein Zweifel, daß dieser Betrieb landwirtschaftlichen Charakter trägt. Das Unternehmen des Berufungsbeklagten stellt demnach einen gemischten Betrieb im Sinne von Art. 7, Abs. 2, Buchst. a, FLV dar, der dem FLG nicht unterstellt werden kann, da die Baumschule, wofür H. K. dreiviertel der Arbeitszeit aufwendet und woraus er den größten Teil seines Einkommens erzielt, als Hauptbetrieb gilt (vgl. EVGE 1957, S. 265, Erwägung II, ZAK 1958, S. 177; im gleichen Sinne Entscheid i. Sa. E. Z., vom 24. Januar 1961, ZAK 1961, S. 379).



## VON MONAT ZU MONAT

Am 4./5. Juni trat die *Vereinigung der Verbandsausgleichskassen* in Appenzell zur diesjährigen Generalversammlung zusammen. Den Verhandlungen war eine Besichtigung der Schulungsstätte für Blinde und Sehschwache in St. Gallen vorausgegangen. Im weiteren hörte sich die Versammlung einen Vortrag von Prof. H. Herold über «Voraussetzungen und Anfang der Sozialversicherung» an. An Stelle des zurücktretenden Präsidenten, G. Garnier, wählte die Vereinigung *F. Rüfli*, Leiter der Ausgleichskasse Schulesta in Bern, zu dessen Nachfolger. Herr Garnier hat der Sache der AHV im allgemeinen und der Verbandsausgleichskassen im besonderen wertvolle Dienste geleistet: das Bundesamt für Sozialversicherung spricht ihm für die angenehme Mitarbeit den besten Dank aus und entbietet Herrn Rüfli die besten Glückwünsche für eine erfolgreiche Tätigkeit.

\*

Die *Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen* hielt ihre Plenarkonferenz 1964 unter dem Vorsitz von Dr. F. Weiß, Basel, am 11./12. Juni in Appenzell ab. Im Hinblick auf die in Aussicht genommene Einführung von Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung orientierte Dr. H. Naef vom Bundesamt für Sozialversicherung über die bisherige Entwicklung der zusätzlichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenfürsorge der Kantone. Zum Abschluß besuchte die Konferenz die Taubstumm- und Sprachheilschule in St. Gallen. Deren Direktor, Dr. h. c. H. Ammann, referierte dabei über die Hör- und Sprachstörungen und ihre Behandlung.

\*

Das Bundesamt für Sozialversicherung führte am 12. Juni unter der Leitung von Dr. Achermann eine *Instruktionstagung für die deutsch-sprechenden Revisoren* der externen Revisionsstellen mit Mandaten für Kassenrevisionen durch. Gegenstand der Tagung bildeten insbesondere die Neuerungen, welche die sechste AHV-Revision auf dem Gebiete der Renten brachte.

Am 19. Juni trafen sich unter der Leitung von Dr. Naef die französisch- und italienisch-sprechenden Revisoren zum gleichen Zweck. Sämtliche Revisionsstellen mit Mandaten für Kassenrevisionen waren an den Tagungen vertreten.

\*

Unter dem Vorsitz von Dr. Achermann vom Bundesamt für Sozialversicherung trat am 23. und 24. Juni die *Subkommission für allgemeine*

*Verfahrensfragen* der IV-Fachkommission für Verfahren und Formulare zusammen. Besprochen wurde der Entwurf eines Kreisschreibens über die Schweigepflicht und Akteneinsicht.

\*

Am 1. Juli trat die *Studiengruppe für technische Fragen* unter dem Vorsitz von Dr. Naef vom Bundesamt für Sozialversicherung zu ihrer dritten Sitzung zusammen. Sie befaßte sich mit der Planung der Verwendung neuzeitlicher technischer Einrichtungen und beschloß, die bestehenden Verfahrensabläufe in dieser Hinsicht einer Überprüfung zu unterziehen. Ein besonderer Arbeitsausschuß wird zunächst die mit der IBK-Führung und dem Versicherungsausweis zusammenhängenden Fragen untersuchen.

\*

Die *Eidgenössische Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung* hat am 3. Juli unter dem Vorsitz von Direktor Saxer und in Gegenwart von Dr. Frauenfelder, Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung, ihre 30. Sitzung abgehalten. Sie hat den Entwurf eines Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geprüft und die Anträge zuhanden des Bundesrates ausgearbeitet.

## Schweizer Tag der Invaliden

Am 31. Mai 1964 fand im Rahmen der EXPO ein Schweizer Tag der Invaliden statt. Der Vertreter des Bundesrates, Dr. M. Frauenfelder, Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung, begrüßte die rund 3 000 Teilnehmer wie folgt:

Sie alle sind heute im Rahmen der Schweizerischen Landesausstellung 1964 in Lausanne, d. h. im Rahmen der EXPO, zum schweizerischen Tag der Invaliden zusammengelassen. Der schweizerische Bundesrat hat mich beauftragt, Ihnen in seinem Namen herzlichen Willkomm zu entbieten. Der Chef des Eidgenössischen Departements des Innern, und damit der Schirmherr unserer Invalidenversicherung, Herr Bundesrat Tschudi, bedauert es sehr, wegen außergewöhnlicher Inanspruchnahme nicht persönlich hier erscheinen zu können. Wie Sie aber wissen dürften, ist das Los der behinderten Mitmenschen ein ganz besonderes Anliegen des Bundesrates. Wenn er zusammen mit der EXPO über Ihren heutigen Tag das Patronat übernommen hat, ist dies keine leere Äußerlichkeit, sondern ein Zeichen der Verbundenheit mit Ihren Sorgen und Nöten.

Ich brauche Ihnen die EXPO kaum besonders vorzustellen. Sie ist neu, sie ist kühn, sie blickt nicht nach rückwärts, sie will nicht rechtfertigen, sondern in die Zukunft weisen. Sie umfaßt damit auch Ihr Problem. Der Behinderte soll immer mehr ein Mensch sein wie ein anderer, er soll seinem Erwerb nachgehen können, Mensch sein wie sein Berufskollege oder seine Berufskollegin, er soll nicht aus der Reihe fallen, sondern zum Ganzen gehören. Und er soll, falls er nicht mehr berufstätig sein kann, sich nicht vergessen fühlen: die Invalidenrente und die Hilflosenentschädigung sollen ihn an die Solidarität seiner Mitbürger erinnern.

\*

Noch vor wenigen Jahren hätte dies vielleicht übertrieben geklungen. Glücklicherweise aber kennt unser Land seit 1960 die eidgenössische Invalidenversicherung. Dieses neueste Werk der schweizerischen Sozialversicherung hat bereits viel Gutes getan. Es hilft Geburtsgebrechen zu beheben, es fördert die Schulung behinderter Kinder, es finanziert die Mehrkosten für die erstmalige berufliche Ausbildung, es übernimmt nötigenfalls die Kosten für medizinische Eingliederungsmaßnahmen sowie für die spätere Umschulung des Invaliden in einen für ihn geeigneten Beruf. Es liefert Hilfsmittel und es leistet, wenn ein Behinderter trotz allem nicht mehr in gewissem Ausmaß erwerbstätig sein kann, Renten und Hilflosenentschädigungen. Damit ist die Invalidenversicherung zu einem der schönsten Zweige unserer Sozialversicherung geworden. Im letzten Jahre hat sie rund 90 000 Fälle behandelt und dafür gegen 190 Millionen Franken aufgewendet, und dieses Jahr werden die Kosten noch ansteigen.

\*

Der schweizerische Invalidentag schließt an den fünften internationalen Invalidenkongreß an. Für die aus zahlreichen Staaten hier in Lausanne versammelten Fachleute — ich habe sie eingangs begrüßt — ist wohl eines klar: Eingliederung ist wichtiger als Geld, im Notfall ist aber eine ausreichende Rente und eine angemessene Hilflosenentschädigung vonnöten. Die Invalidenversicherung hat ihr System der Renten von der AHV übernommen. Seit Inkrafttreten der Invalidenversicherung sind diese AHV-Leistungen schon zweimal, und im Laufe dieses Frühjahres in besonderem Ausmaße, verbessert worden. Daraus haben also auch die Bezüger von Invalidenrenten und Hilflosenentschädigungen beachtlichen Nutzen gezogen. Dennoch handelt es sich bei den heutigen Ansätzen um sogenannte Basisleistungen. Soweit sie, weil weitere Mittel fehlen, für den Lebensunterhalt nicht ausreichen, sind inskünftig Zu-

satzleistungen vorgesehen. Der Bundesrat bereitet gegenwärtig ein solches Gesetz vor, das alten Leuten, Hinterlassenen und Behinderten die äußere Not noch verstärkt abnehmen will. Ein weiterer Lichtblick für die Invaliden ist die Revision der Krankenversicherung. Sie ist zwar noch nicht rechtskräftig, aber wir dürfen wohl annehmen, daß gegen die Vorlage kein Referendum ergriffen wird. Geht diese Hoffnung in Erfüllung, sind auch hier wesentliche Verbesserungen zu erwarten. Erwähnen möchte ich lediglich die erleichterten Aufnahmebedingungen in die Krankenkassen gerade für behinderte Mitbürger und die erhöhten Kassenleistungen.

\*

Von den Renten und Hilflosenentschädigungen der Invalidenversicherung war schon die Rede. Darf ich deshalb nochmals auf die Eingliederungsmaßnahmen zurückkommen? Wenn diese Maßnahmen in den letzten Jahren so große Erfolge gezeigt haben, so besonders aus zwei Gründen. Der erste Grund liegt im Behinderten selbst. Er ist in der Regel arbeitswillig, er interessiert sich um seine Aufgabe und er hält eine gute Arbeitsdisziplin. Die Erfahrungen, die die Invalidenversicherung in dieser Hinsicht seit viereinhalb Jahren machen konnte, sind erfreulich. Im übrigen hat auch der Schweizerische Invalidenverband an dieser menschlichen Förderung seinen Anteil. Wir verwehren es ihm nicht, die materiellen Interessen seiner Mitglieder zuweilen recht handfest zu vertreten; besonders dankbar aber sind wir ihm, wenn er den Behinderten hilft, ihre Lage seelisch zu meistern. Der zweite Grund für den Erfolg der Eingliederungsmaßnahmen liegt im Verständnis der Arbeitgeberschaft. Dieses Verständnis hat nicht nur zugenommen, weil vielerorts Arbeitskräfte fehlen, sondern vor allem deshalb, weil sich die schweizerischen Arbeitgeber ihrer sozialen Aufgabe immer stärker bewußt werden. Das Zusammenstehen zwischen dem pflichtbewußten behinderten Arbeitnehmer und dem verständnisvollen Arbeitgeber ist eine der schönsten Seiten im Geschehen der Invalidenbewegung. Sie verargen es mir sicher nicht, wenn ich als Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung beifüge, daß auch unser Amt auf diesem Gebiet nicht zurücksteht: wir predigen also nicht Wasser und trinken Wein, sondern ich kann Ihnen verraten, daß wir eine Anzahl von Behinderten zu unseren qualifizierten Mitarbeitern zählen.

\*

So erfreulich die Invalidenversicherung auch funktioniert, so schließt das nicht aus, daß sie nicht noch wirksamer gestaltet werden kann. Man muß aus den Erfahrungen lernen und die Folgerungen ziehen. Der

Schweizerische Invalidenverband schlägt — wie Sie dem Programm des heutigen Tages entnehmen können — eine Reihe von Verbesserungen vor. Dabei greift er auch einige heiße Eisen an. Ich kann hier nicht auf Einzelheiten eingehen, darf aber doch mitteilen, daß sich in absehbarer Zeit eine Expertenkommission mit den hängigen Fragen befassen wird. Der Schweizerische Invalidenverband wird dabei ebenfalls zu Worte kommen.

\*

Gestatten Sie mir, wenn von Ihrem Verbands die Rede war, auf etwas Besonderes hinzuweisen. Die Invalidenversicherung unterhält keine eigenen Schulen, Heime, Anstalten, Spitäler, Werkstätten usw. Sie ist hiefür auf die Bestrebungen Dritter, sei es die Initiative eines Kantons, einer Gemeinde, einer privaten Vereinigung angewiesen. Diese private Initiative ist in erfreulichem Ausmaß angelaufen, und die erzielten Fortschritte sind beträchtlich. Fast noch schöner als die Initiative an sich ist der Geist, der darin waltet. Und für diesen Geist sind nicht zuletzt Institutionen wie der Schweizerische Invalidenverband verantwortlich. Wir stellen gerne fest, daß die Zuwendungen, die die Invalidenversicherung solchen Organisationen gewährt, gute Früchte tragen.

\*

Ihr heutiges Programm ist nicht nur ein umfangreiches, sondern auch ein gutes Programm. Es zeigt, daß auch der Invalide frohmütig an einem festlichen Tag teilnehmen kann. Die Gemeinsamkeit, die Solidarität und die Verbundenheit von Behinderten und Gesunden, das ist eine schweizerische Lösung, an deren Gedeihen wir alle mit- und weiterarbeiten wollen.

## Der Vollzug der sechsten AHV-Revision

Die ZAK hat laufend über die Vorarbeiten für die Durchführung der *sechsten AHV-Revision* berichtet (so 1964 S. 2, 50, 98) und sie wird zu gegebener Zeit auch einen «Schlußrapport» darüber erstatten. Derzeit wäre ein solcher noch verfrüht, denn es ging ja nicht nur darum, die große Masse der rund 800 000 erhöhten und erweiterten AHV- und IV-Renten speditiv zu berechnen und rückwirkend auszubezahlen, sondern auch um die Erledigung zahlreicher unkonformer Einzelfälle und um die «Dienste hinter der Front». So müssen die Mehrleistungen der Zentralen Ausgleichsstelle gegenüber ausgewiesen und mit ihr abgerechnet

und so muß das Rentenregister der letzten auf Grund der Rückmeldungen über die vielfältigen Mutationen im Rentenbestand à jour gebracht werden.

\*

Dennoch können heute die ersten konkreten Ergebnisse der sechsten AHV-Revision gemeldet werden, und zwar gestützt auf die im Monatsausweis des Ausgleichsfonds für den Monat Mai enthaltenen Rentenauszahlungen, *die die Ausgleichskassen im Monat April getätigt haben*. Sie belaufen sich auf nicht weniger als *228 Millionen Franken*, d. h. auf eine vor wenigen Jahren noch völlig undenkbbare Summe. Diese umfaßt vor allem die im April erstmals erhöhten Renten und die Nachzahlungen für die Monate Januar bis März. Die weiteren Verbesserungen, wie das herabgesetzte Rentenalter der alleinstehenden Frau, die Zusatzrente für jüngere Ehefrauen, der zeitlich erweiterte Rentenanspruch für in Ausbildung stehende Waisen usw. werden sich finanziell in der Betriebsrechnung größtenteils erst später auswirken. Auch so ist das Resultat noch eindrücklich genug: von Januar bis April 1964 hat die AHV Leistungen von 492 Millionen Franken erbracht. Das sind rund 46 Prozent mehr als im Vorjahr oder mehr, als 1956 während des ganzen Jahres ausgerichtet wurden. Es wird einer späteren Analyse vorbehalten bleiben, wie sich diese verstärkten Aufwendungen zusammensetzen. In ähnlicher Weise, obschon etwas weniger ausgeprägt, hat auch die Rentensumme der IV zugenommen.

## Die Stellung des geistesschwachen Kindes in der IV

Wer von Invalidität spricht, denkt in der Regel in erster Linie an ein körperliches Gebrechen. In der Invalidenversicherung (IV) sind jedoch die psychischen Schädigungen mit Einschluß der Geistesschwäche den körperlichen Gebrechen ohne Einschränkung gleichgestellt. Zu den Leistungsbezügern der IV gehört somit auch die Gruppe der hochgradig Geistesschwachen. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Leistungen, die den geistesschwachen Minderjährigen zukommen. Hierüber orientiert die nachstehende Zusammenfassung.

### 1. Die Geistesschwäche als Invalidität

Als Invalidität im Sinne des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) gilt die durch einen körperlichen oder geistigen Gesund-

heitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 IVG). Geistesschwäche gilt als Invalidität, wenn es sich um einen geistigen Gesundheitsschaden handelt, der eine dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zur Folge hat.

## 2. Das Leistungssystem der IV

Wie als bekannt vorausgesetzt werden darf, beruht das Leistungssystem der IV auf der Erkenntnis, daß der Schutz vor den wirtschaftlichen Folgen der Invalidität nicht in erster Linie durch Geldleistungen als Ersatz für den eingetretenen Schaden, sondern primär durch *Maßnahmen zur Eingliederung ins Erwerbsleben* gewährleistet werden soll. Erstes Ziel der IV ist daher die Eingliederung Invaliden in das Erwerbsleben. Bei den Eingliederungsmaßnahmen handelt es sich nicht um freiwillige Leistungen. Der Versicherte hat einen *klagbaren Rechtsanspruch*. Ohne Rücksicht auf die Art der Leistung, die ein Versicherter beansprucht, hat die zuständige IV-Kommission von Gesetzes wegen jeweils die Eingliederungsmöglichkeiten zu prüfen.

## 3. Die Leistungsarten

Bei den *medizinischen Maßnahmen* ist die Unterscheidung zwischen der Behandlung des Leidens an sich und Vorkehrungen, die unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet sind (Art. 12 IVG), für Außenstehende oft schwer verständlich. Diese Regelung ist darauf zurückzuführen, daß nach der Struktur der schweizerischen Sozialversicherung die eigentliche Heilbehandlung bei Krankheit und Unfall auch im Invaliditätsfall in das Gebiet der Kranken- und Unfallversicherung gehört. Eine Ausnahme bilden die *Geburtsgebrechen*, die systematisch weder von der Kranken- noch von der Unfallversicherung erfaßt werden. Die Behandlung von Geburtsgebrechen geht bis zur Volljährigkeit des Versicherten zu Lasten der IV (Art. 13 IVG). Voraussetzung ist, daß es sich um ein Leiden handelt, das in der Liste der Geburtsgebrechen enthalten ist. In dieser Liste sind Geburtsgebrechen aufgeführt, die ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können und die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft behandlungsunfähig sind. Die Geistesschwäche als solche ist in der Liste der Geburtsgebrechen nicht aufgeführt, da es sich nicht um ein medizinisch beeinflussbares Leiden handelt.

Anspruch auf *Beiträge an den Sonderschulunterricht* haben bildungsfähige Geistesschwache, die infolge Invalidität den Anforderungen der

Volksschule nicht zu genügen vermögen, sofern sie in einer zugelassenen Sonderschule dem Gebrechen angepaßten Unterricht erhalten.

Als *bildungsfähig* gelten sowohl Minderjährige, denen ein eigentlicher Lehrstoff (wie z. B. Lesen, Schreiben, Rechnen) vermittelt werden kann (sog. schulbildungsfähige Geistesschwache), als auch solche, die nur noch in praktischen Disziplinen (handwerkliche Arbeiten, Angewöhnung in lebenspraktischen Belangen) gefördert werden können (sog. praktisch bildungsfähige Geistesschwache). Die Grenze zwischen Bildungsfähigkeit und Bildungsunfähigkeit liegt somit verhältnismäßig tief.

Schwieriger als die Abgrenzung gegenüber der Bildungsunfähigkeit gestaltet sich die Grenzziehung der Volksschul-tauglichkeit. Die Stufe der Hilfs- und Förderklasse zählt im Sinne der IV zur Volksschule. Im Hinblick auf die großen Unterschiede in den Schulorganisationen — insbesondere der Mangel an Hilfs- und Förderklassen — war es nicht möglich, zur Abgrenzung des Anspruchs auf Sonderschulbeiträge ausschließlich auf die am jeweiligen Schulort bestehenden Verhältnisse abzustellen. Nach Möglichkeit wurden daher für die einzelnen Gebrechensarten Grenzwerte festgelegt, die zwar ebenfalls gewisse Unzulänglichkeiten aufweisen, aber immerhin eine größere Objektivität in der Beurteilung des Leistungsanspruches gewährleisten. Gemäß Artikel 9, Absatz 1, Buchstabe a, IVV haben geistesschwache Minderjährige Anspruch auf Sonderschulung, wenn der Intelligenzquotient (d. h. das Verhältnis zwischen dem Intelligenzalter und dem Lebensalter) eindeutig nicht mehr als 75 beträgt. Dabei ist zu beachten, daß dieser Grenzwert aufgehoben ist, wenn mehrere Gebrechen vorliegen, die infolge ihres Zusammentreffens den Besuch der Volksschule verunmöglichen.

Die Beiträge an den Sonderschulunterricht werden grundsätzlich während der Dauer der Schulpflicht gewährt. Erweist sich jedoch am Ende des Schulpflichtalters eine Fortsetzung des Sonderschulunterrichts als angezeigt, so werden die Beiträge weiter gewährt, längstens aber bis zur Vollendung des 20. Altersjahres. Bei Geistesschwachen ist in der Regel die Verlängerung einer erfolversprechenden Sonderschulung bis zur Erreichung einer optimalen Ausbildung notwendig.

Der Schulgeldbeitrag beträgt 2 Franken im Tag. Für Schüler im Externat wird dieser Betrag je Schultag und für Schüler im Internat je Aufenthaltstag ausgerichtet. Als Schultag gilt jeder Tag, an dem der Versicherte am Schulunterricht teilnimmt, ohne Rücksicht auf die Zahl der Schulstunden. Für auswärtige Unterbringung und Verpflegung, bedingt durch den Sonderschulunterricht, gewährt die IV einen Kostgeld-



beitrag von 3 Franken pro Aufenthaltstag. Ist lediglich auswärtige Verpflegung erforderlich, so wird ein Beitrag von 1 Franken pro Hauptmahlzeit ausgerichtet.

Invalide Kinder im vorschulpflichtigen Alter, die durch besondere pädagogische Maßnahmen auf den Sonderschulunterricht vorbereitet werden, haben Anspruch auf die gleichen Schul- und Kostgeldbeiträge wie bei Sonderschulunterricht.

Die zum Besuch des Sonderschulunterrichts notwendigen *Transportkosten* gehen grundsätzlich zu Lasten der Invalidenversicherung. Bei Verwendung privater Transportmittel setzt das Bundesamt Höchstbeträge fest.

Versicherte, die infolge Invalidität in der Berufswahl oder in der Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit behindert sind, haben Anspruch auf *Berufsberatung*. Die Berufsberatung erfolgt durch die zuständige IV-Regionalstelle bzw. durch eine von ihr beauftragte Spezialstelle. Nötigenfalls kann die Berufsberatung mit praktischen Arbeitsversuchen oder mit einem Abklärungsaufenthalt in einer Eingliederungs- oder Ausbildungsstätte verbunden werden.

Bei *erstmaliger beruflicher Ausbildung* übernimmt die IV die invaliditätsbedingten Mehrkosten, sofern diese mindestens 240 Franken ausmachen und die Ausbildung den Fähigkeiten und Neigungen des Versicherten entspricht (Art. 16 IVG). Maßnahmen, die nach getroffener Berufswahl und nach Abschluß der Sonderschulung als Vorbereitung auf die erstmalige berufliche Ausbildung notwendig werden, gelten als Teil der erstmaligen beruflichen Ausbildung. Die zur Vorbereitung auf die Ausübung einer Hilfsarbeit oder auf eine Tätigkeit in einer Dauerwerkstätte für Invalide infolge Invalidität notwendigen beruflichen Maßnahmen sind ebenfalls als erstmalige berufliche Ausbildung zu werten, sofern Aussicht auf wirtschaftliche Verwertbarkeit der Arbeitsleistung besteht und ohne diese Vorbereitungsmaßnahmen eine Arbeitsvermittlung nicht möglich ist. Bei praktisch bildungsfähigen Geisteschwachen im nachschulpflichtigen Alter kann von erstmaliger beruflicher Ausbildung gesprochen werden, wenn es sich um eine gezielte und planmäßige Förderung in beruflicher Hinsicht handelt. Im Interesse einer möglichst guten Förderung in den allgemeinen Belangen des täglichen Lebens sollte jedoch mit den eigentlichen beruflichen Maßnahmen in diesen Fällen nicht zu früh begonnen werden. Die invaliditätsbedingten zusätzlichen Kosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung werden ermittelt durch Vergleich der Aufwendungen für die Ausbildung nach Eintritt der Invalidität mit den Ausbildungskosten, die ohne Invalidität

voraussichtlich entstanden wären. Für diese Vergleichsrechnung ist mehr auf das Ausbildungsziel als auf die Art der Ausbildung abzustellen. Die Kosten für die berufliche Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit sind daher in der Regel ausschließlich invaliditätsbedingt, da ohne Gesundheitsschaden die betreffende Erwerbstätigkeit ohne besondere berufliche Vorbereitung aufgenommen werden könnte.

Als weitere Leistungsgruppe sind die *Maßnahmen für bildungsunfähige Minderjährige* zu erwähnen. An den *Anstaltsaufenthalt* für bildungsunfähige Minderjährige gewährt die IV einen Beitrag von 3 Franken pro Aufenthaltstag. Dieser Beitrag wird auch bei Aufenthalt in einer Kranken- oder Kuranstalt ausgerichtet, sofern diese Kosten nicht gestützt auf Artikel 13 IVG (Behandlung von Geburtsgebrechen) zu Lasten der IV gehen.

Bei *Hauspflege* bildungsunfähiger Minderjähriger wird an die dadurch erwachsenden zusätzlichen Kosten ein Beitrag bis zu 3 Franken gewährt, sofern besondere Pflege und Wartung notwendig sind, diese sachgemäß erfolgen und besondere Kosten verursachen (z. B. Löhne für Pflegepersonal, besonderer Wäsche- und Kleiderverschleiß). Entschädigungen für Dienstleistungen der Angehörigen sind dagegen nicht anrechenbar.

## Möglichkeiten für eine beschleunigte Geschäftsabwicklung in der IV

1. Die IV-Kommissionen und ihre Sekretariate sind in hohem Maße bestrebt, Begehren um Versicherungsleistungen umgehend und kurzfristig zu erledigen. Leider sind diesen Bemühungen Schranken gesetzt. Einmal sind die Versicherungsfälle vielfach so komplex, daß ihre Abklärung naturgemäß mit einem Großaufwand an Zeit und Arbeit verbunden ist. Zudem haben die IV-Organen nach wie vor unter dem Personalangel zu leiden, so daß sie oft über die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit hinaus beansprucht sind, was notgedrungen zu Wartefristen führt. Kommen dazu noch Verzögerungen, die sich bei Rückfragen oder bei der Durchführung von Abklärungsaufträgen durch Dritte ergeben können, so wird verständlich, daß es den IV-Organen nicht immer gelingt, die Erledigungsfristen innerhalb des von ihnen angestrebten Rahmens zu halten.

Um so wichtiger scheint, daß unter Berücksichtigung der gesetzlichen Gegebenheiten sämtliche Möglichkeiten, die zu einer Straffung des Verwaltungsverfahrens und damit zu einer Zeitersparnis führen könnten, genutzt werden.

Bekanntlich sind die Versicherungsorgane bei der Abklärung der Anspruchsvoraussetzungen in hohem Maße auf die Mitwirkung dritter Stellen angewiesen, die mit ihnen in der Regel in einem Auftragsverhältnis stehen. Hier, wie auch bei Rückfragen an Versicherte, Arbeitgeber und andere Auskunftspersonen ist wichtig, daß soweit möglich kurze Fristen angesetzt und der Eingang der Berichte laufend überwacht wird. Besonderen Wert ist auf eine rechtzeitige Mahnung zu legen, die nötigenfalls mit der Androhung allfälliger Rechtsfolgen im Unterlassungsfall zu verbinden ist.

Zu beachten ist ferner, daß die Anmeldungen von Versicherten nicht automatisch nach der Reihenfolge ihres Eingangs an die Hand zu nehmen sind. Die IV-Kommissionen bzw. ihre Sekretariate sollten vielmehr in der Lage sein, ihre Arbeitsweise den besonderen Umständen des Einzelfalles anzupassen. In diesem Sinne bestimmt auch Randziffer 68 des Kreisschreibens über das Verfahren, daß Fälle, in denen eine besondere Dringlichkeit vorliegt, außerhalb der Reihe zu behandeln sind. Hierher gehören insbesondere jene Fälle, die der Natur der Sache nach einen raschen Entscheid erfordern, wie etwa bei dringlichen medizinischen Maßnahmen, bei beruflichen Eingliederungsmaßnahmen oder Sonderschulung, deren Durchführung oft an bestimmte Termine gebunden ist.

2. Eine Vereinfachung und Beschleunigung des Verfahrens ist vorab in Fällen mit klarer Sach- und Rechtslage, deren Abklärung mit keinen besonderen Umtrieben verbunden ist, denkbar. Zwar sind auch hier die verbindlichen gesetzlichen Verfahrensvorschriften zu beachten, so daß es beispielsweise nicht zulässig wäre, Leistungsbegehren von Versicherten durch Sekretariats- oder Präsidialbeschlüsse oder gar — wie bei Geburtsgebrechen vorgeschlagen worden ist — ohne Beschluß durch direkte Rechnungstellung der durchführenden Instanz bei der Zentralen Ausgleichsstelle zu erledigen. Die Überprüfung solcher Verfahrensfragen bleibt einer Gesetzesrevision vorbehalten. Es bestehen jedoch auch im Rahmen der geltenden Vorschriften Möglichkeiten für eine beförderliche Geschäftsabwicklung, wie sie im folgenden kurz umrissen werden sollen. Nachstehend seien einige (keineswegs abschließende) Hinweise gegeben.

a. Das Stadium der medizinischen Abklärung nimmt im Verwaltungsverfahren notwendigerweise einen breiten Raum ein, weil die für Leistungen der IV verlangte Invalidität einen geistigen oder körperlichen Gesundheitsschaden voraussetzt. Bei erstmaliger Anmeldung ist deshalb ein Arztbericht in jedem Fall unerlässlich. Bei zusätzlichen Begehren, die im Laufe der Eingliederung gestellt werden, ist jedoch nicht automatisch ein neuer Arztbericht einzuholen, sondern nur dann, wenn tatsächlich eine Notwendigkeit hiefür besteht. So wird beispielsweise bei weiteren medizinischen Maßnahmen, die auf eine Anordnung des behandelnden Arztes zurückgehen, in der Regel darauf verzichtet werden können.

Zu einer rascheren Geschäftsabwicklung kann auch dadurch beigetragen werden, daß in den Fällen, in denen die Anmeldung durch eine ärztlich geleitete Anstalt erfolgt, entweder auf der Rückseite des Einlageblattes ein Kurzbericht gemäß Randziffer 123 des Kreisschreibens über das Verfahren in der IV erstellt oder aber der Anmeldung bereits ein Arztbericht beigelegt wird. Die IV-Kommissionen können mit solchen Instituten eine entsprechende Vereinbarung treffen und ihnen die erforderlichen Formulare für den Arztbericht zur Verfügung stellen. Daneben besteht die Möglichkeit, das Formular für den Arztbericht auch dem Versicherten zur Weiterleitung an den Arzt abzugeben, wodurch unter Umständen der rasche Eingang des Berichtes ebenfalls günstig beeinflußt wird (Rz 119 des Verfahrenskreisschreibens).

b. Im weiteren kann in eindeutigen Fällen von Geburtsgebrechen oder Sonderschulbedürftigkeit die Beschlußfassung vereinfacht werden. Es empfiehlt sich, solche Fälle soweit als möglich getrennt von den übrigen zu behandeln. In der Regel dürfte sich hier auch das Zirkulationsverfahren erübrigen. Es genügt, wenn die Fälle der Kommission in einer Sitzung gesamthaft zur Beschlußfassung vorgelegt werden, nachdem sie durch das Sekretariat, sowie nötigenfalls durch den Arzt und den Präsidenten geprüft worden sind. Dies kann so geschehen, daß das Sekretariat einen konkreten Antrag direkt auf Formular 318.560 (Mitteilung des Beschlusses der Kommission an die Ausgleichskasse) ausfertigt, der nach Zustimmung der Kommission zum Beschluß erhoben wird und lediglich noch unterzeichnet zu werden braucht.

Damit dieses Verfahren seinen Zweck erreicht, ist allerdings erforderlich, daß das Sekretariat die genannten Fälle umgehend behandelt und laufend der Kommission vorlegt. Die Kommissionsmitglieder müssen natürlich auch hier die Möglichkeit haben, auf Verlangen die Akten

dieser Fälle einzusehen und gegebenenfalls die nachträgliche Aktenzirkulation zu beantragen.

c. Zur Vermeidung häufiger Zusatzbegehren, die die Kommission mehr und mehr belasten, können im Beschluß der IV-Kommission die Versicherungsleistungen zweckmäßigerweise so umschrieben werden, daß darunter alle voraussichtlich innerhalb einer gewissen Zeitspanne oder im Rahmen eines allenfalls aufgestellten Eingliederungsplanes notwendig werdenden Maßnahmen subsumiert werden können. Dieses Verfahren läßt sich bei Geburtsgebrechen ohne weiteres durchführen, da die IV grundsätzlich alle zur Behandlung notwendigen medizinischen Maßnahmen bis zur Erreichung des 20. Altersjahres übernimmt; Sache der IV-Kommission ist es alsdann, sich periodisch durch ärztliche Zwischenberichte über den Stand der Angelegenheit orientieren zu lassen. Ein solches Vorgehen ist aber auch in andern Fällen möglich, z. B. bei der Abgabe von Hilfsmitteln, die periodisch erneuert werden müssen. Wenn nötig ist das Sekretariat in dem Sinne einzuschalten, daß einzelne Leistungen im Rahmen der Gesamtverfügung von seiner Zustimmung abhängig gemacht werden. So muß beispielsweise bei einem generellen Beschluß auf «Abgabe von orthopädischem Schuhwerk, einschließlich Erneuerung im Rahmen der periodischen Abnutzung» ausdrücklich festgehalten werden, daß für die Erneuerung unter gleichzeitiger Einreichung eines Kostenvoranschlages die Zustimmung des Sekretariates einzuholen ist. Dieses hat in Zweifelsfällen die Angelegenheit der IV-Kommission zu unterbreiten.

## Der Beizug von Spezialstellen der Invalidenhilfe in der IV im Jahre 1963

Die IV-Kommissionen und die IV-Regionalstellen können für Abklärungen zur Beurteilung der Anspruchsberechtigung oder der beruflichen Eingliederungsfähigkeit sowie zur Durchführung beruflicher Eingliederungsmaßnahmen die hierfür geeigneten Spezialstellen der öffentlichen und gemeinnützigen privaten Invalidenhilfe beiziehen. Nach dem für diese Mitwirkung geltenden Verfahren sind die entsprechenden Aufträge genau zu formulieren und schriftlich zu erteilen. Gleichzeitig erhalten die Spezialstellen ein offizielles Formular, mit welchem sie die im Zusammenhang mit der Ausführung eines Auftrages entstandenen zusätz-

lichen Kosten der IV in Rechnung stellen können. Im übrigen ist zu beachten, daß sich die IV nicht mit der Beratung und Betreuung von Invaliden oder mit der Beratung ihrer Angehörigen befaßt. Dieser Aufgabenbereich bleibt vielmehr den Organisationen der Invalidenhilfe vorbehalten, denen die IV — in Würdigung ihrer Tätigkeit — Beiträge an die daraus erwachsenen Personal- und Reisekosten gewährt.

Der Beizug von Spezialstellen hat seit dem Jahre 1960 ständig zugenommen. Während ihnen damals nur 1 182 Aufträge erteilt wurden, stieg deren Zahl im Jahre 1961 auf 2 994 und im Jahre 1962 auf 4 003. Im Jahre 1963 wurden schließlich 5 760 Aufträge ausgeführt. Die Zunahme gegenüber dem Vorjahr beträgt somit 1 753 oder mehr als 40 Prozent. Daran sind vor allem die *IV-Kommissionen* beteiligt, deren Aufträge von 3 326 auf 5 004 oder um die Hälfte angestiegen sind. Diese vermehrte Inanspruchnahme ist besonders durch die im Zusammenhang mit Revisionen notwendigen Abklärungen bedingt. Die Entwicklung verläuft indessen nicht einheitlich. Während beispielsweise eine kantonale IV-Kommission im Jahre 1962 364 und im folgenden Jahre 1 157 Fälle abklären ließ, konnte eine andere im Jahre 1963 auf die Mitwirkung von Spezialstellen gänzlich verzichten.

Nicht im gleichen Ausmaß zugenommen haben die von den *IV-Regionalstellen* erteilten Aufträge: Von 677 im Jahre 1962 ist ihre Zahl nur um 79 auf 756 im Jahre 1963 angestiegen. Im Hinblick auf den bei den IV-Regionalstellen Ende Dezember 1963 hängig gewesenen Auftragsbestand von mehr als 6 000 Fällen stellt sich die Frage, weshalb von ihnen die Spezialstellen nicht vermehrt beigezogen wurden. Die nähere Prüfung zeigt indessen, daß ausgerechnet jene Spezialstellen, auf deren Mitwirkung die IV-Regionalstellen angewiesen sind, ihrerseits überbelastet sind!

Die Art der von den IV-Kommissionen erteilten Aufträge ist im wesentlichen unverändert geblieben. Sie bezogen sich auf die Abklärung der Arbeitsfähigkeit von Hausfrauen, die Ermittlung der Voraussetzungen für die Bemessung des Grades der Hilflosigkeit und die Beschaffung von ergänzenden Angaben über die Betreuung von Kindern zu Hause und über die geeigneten Sonderschulmaßnahmen. Die IV-Regionalstellen haben nach wie vor die Mitwirkung von Spezialstellen beansprucht, die sich mit der beruflichen Ausbildung und Eingliederung bestimmter Kategorien von Invaliden befassen. Als solche seien der «Blindenleuchtturm», die kantonalen Organe der Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose und die öffentlichen Stellen der Invalidenfürsorge genannt, die

alle wertvolle Dienste geleistet haben. Die nachstehende Aufstellung gibt einen Überblick über die Art der Aufträge, die von den am häufigsten beigezogenen Spezialstellen ausgeführt wurden.

*Anzahl und Art der von den Spezialstellen  
im Jahre 1963 ausgeführten Aufträge*

Spezialstellen	Anzahl der Aufträge von		Aufträge betreffend				Aufträge insgesamt
	IV-Kommissionen	IV-Regionalstellen	Arbeitsfähigkeit	Eingliederungsmöglichkeiten	Hilflosigkeit	Andere Abklärungen	
Pro Infirmis	1 984	161	1 473	191	221	260	2 145
Invalidenfürsorge im Kanton Zürich	426	145	317	169	16	69	571
Ligue vaudoise contre la tuberculose, Lausanne	478	—	462	—	1	15	478
Service social de l'Association valaisanne en faveur des infirmes et anormaux, Monthey	274	—	214	9	19	32	274
Invalidenfürsorge Basel	268	2	202	4	59	5	270
Aarg. Frauenliga zur Bekämpfung der Tbc	229	—	217	—	2	10	229
Hilfsstelle für Kur-entlassene, Bern	129	89	118	79	3	18	218
Das Band	69	143	64	141	5	2	212
Ligue vaudoise contre le rhumatisme, Lausanne	185	—	182	—	1	2	185
Wohlfahrtsamt der Stadt Zürich	112	17	112	17	—	—	129
Übrige	850	199	640	193	97	119	1 049
Total	5 004	756	4 001	803	424	532	5 760

Für die 5 760 im Jahre 1963 ausgeführten Aufträge beliefen sich die Kostenvergütungen auf insgesamt 152 050 Franken oder auf rund 26 Franken im Durchschnitt, gegenüber 28 Franken im Jahre 1962. Der Durchschnitt ist je nach Spezialstelle verschieden und hängt nicht zu-

letzt von der Art des Auftrages und der Höhe der Reisekosten ab. Die Grenzwerte bewegen sich denn auch zwischen 13 und 100 Franken. Dabei ist in Betracht zu ziehen, daß die Reisekosten der in städtischen Bezirken tätigen Spezialstellen nicht mit den Aufwendungen jener, deren Wirkungsbereich in Berggegenden liegt, verglichen werden können.

Abschließend darf festgehalten werden, daß das Zusammenwirken der 140 Spezialstellen und ihrer Zweigstellen mit den Organen der IV sich erfreulich entwickelt hat und sich zum Vorteil der Invaliden auswirkt.

## Arbeitstraining als berufliche Eingliederungsmaßnahmen der IV

In der Praxis wird der Begriff Arbeitstraining sehr uneinheitlich verwendet, was um so schwerwiegender ist, als damit auch Vorkehrungen bezeichnet werden, die in ihrer Zielsetzung wesentliche Unterschiede aufweisen, und die nur zum Teil zu den Eingliederungsmaßnahmen im Sinne der IV gehören. Es ist daher notwendig, den genannten Begriff zu umschreiben und festzuhalten, unter welchen Voraussetzungen die als Arbeitstraining oder auch Arbeitstherapie bezeichneten Vorkehrungen Eingliederungsmaßnahmen der IV darstellen.

Das Arbeitstraining dient der Wiederherstellung der infolge Invalidität beeinträchtigten Fähigkeiten, insbesondere auch der Angewöhnung an invaliditätsbedingte Verhältnisse am Arbeitsplatz, der Steigerung des Arbeitstempos und der Belastbarkeit sowie der Festigung des Arbeitscharakters. Im Gegensatz zur beruflichen Ausbildung im engeren Sinne bezweckt somit das Arbeitstraining nicht oder nicht direkt die Vermittlung beruflicher Kenntnisse.

Mit der eigentlichen beruflichen Ausbildung hat das Arbeitstraining jedoch gemein, einen Versicherten beruflich zu fördern und so weit zu bringen, daß er den Anforderungen eines vorgesehenen Arbeitsplatzes zu genügen vermag. Es muß deshalb ebenso zielgerichtet sein wie die eigentlichen beruflichen Maßnahmen. Das Ziel gilt als erreicht, sobald der Versicherte den beruflichen Anforderungen zu genügen vermag und damit vermittlungsfähig ist. Das Arbeitstraining ist daher als berufliche Wiedereinschulung im Sinne von Artikel 17, Absatz 2, IVG aufzufassen, was zur Folge hat, daß die IV grundsätzlich die gleichen Leistungen wie bei einer Umschulung gewährt.



Der Begriff Arbeitstraining findet oft auch Verwendung bei bestimmten Überbrückungsmaßnahmen. Sofern es sich bei diesen Beschäftigungen um gezielte Vorkehrungen handelt, die der Wiedererlangung der Vermittlungsfähigkeit nach längerer Arbeitsunterbrechung oder der Erhaltung der Vermittlungsfähigkeit dienen, liegt eine Wiedereinschulung vor. In derartigen Fällen sind die Maßnahmen eindeutig zu befristen. Handelt es sich jedoch um bloße Beschäftigung zum Ausfüllen von Wartezeiten, z. B. bei Fehlen eines definitiven Arbeitsplatzes, so kann nicht von einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme im Sinne der IV gesprochen werden. Vielmehr ist eine derartige Tätigkeit derjenigen in einer geschützten Werkstätte gleichzustellen und fällt folglich nicht unter den Begriff Arbeitstraining.

Um den IV-Kommissionen die Beurteilung eines Leistungsanspruches zu erleichtern, sind daher Anträge der Eingliederungsstätten und Regionalstellen unter Berücksichtigung der genannten Gesichtspunkte zu begründen und die Zielsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen möglichst genau zu umschreiben. Anträge, die lediglich auf Gewährung eines Arbeitstrainings für bestimmte oder gar unbestimmte Zeit lauten, sind ungenügend.

## Durchführungsfragen der AHV

### Lebensbescheinigung

Gemäß Artikel 74, Absatz 2, AHVV haben die Ausgleichskassen jährlich einmal die Zahlungsanweisung dem Rentenberechtigten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter eigenhändig abgeben zu lassen oder für den Berechtigten eine Lebensbescheinigung einzuholen.

Bis 1958 wurde für die direkte Auszahlung, d. h. für den Normalfall, das mit der Zahlungsanweisung verbundene Lebenszeugnis verwendet, das die Post dem Adressaten zu eigenhändiger Unterschrift vorlegte, beglaubigte und an die Ausgleichskasse zurücksandte. Dieses Lebenszeugnis ist dann durch die eigenhändige Auszahlung ersetzt worden, bei der entsprechend dem roten Überdruck «Eigenhändig» auf dem Anweisungsfeld die Post verpflichtet ist, die Rente nur dem Rentenberechtigten selber oder seinem gesetzlichen Vertreter auszuzahlen.

Die bei den Drittauszahlungen, wie insbesondere bei den Auszahlungen auf Bank- oder Postcheckkonto vorgesehene Geschäftsantwortkarte,

die dem Leistungsberechtigten oder seinem gesetzlichen Vertreter direkt zugestellt wird und diesen auffordert, mit eigenhändiger Unterschrift zu bestätigen, daß der namentlich aufgeführte Rentenberechtigte und gegebenenfalls die für den Leistungsanspruch maßgebenden Angehörigen noch leben, ist dagegen — inzwischen in «voradressierte Karte» umbenannt — beibehalten worden.

Die Generaldirektion der PTT hat nun das Bundesamt für Sozialversicherung darauf aufmerksam gemacht, daß im vergangenen Jahr verschiedentlich immer noch alte, mit der Zahlungsanweisung verbundene Lebenszeugnisse verwendet wurden. Nach der im Jahre 1958 erfolgten Einführung der eigenhändigen Rentenauszahlung ist allerdings die weitere Verwendung dieser Lebenszeugnisse zur Abtragung allfälliger vorhandener Vorräte an Formularen während einiger Zeit weiterhin zugelassen worden. Heute ist jedoch der Zeitpunkt gekommen, wo diese seinerzeitige Übergangsordnung im Interesse der Vermeidung von Komplikationen nicht mehr aufrecht erhalten werden kann, zumal sie kaum noch ihrem ursprünglichen Zweck dient. Die Ausgleichskassen, die bisher bei direkter Auszahlung der Rente an den Berechtigten immer noch gelegentlich das mit der Zahlungsanweisung verbundene Lebenszeugnis verwendet haben, werden daher ersucht, diese Kontrolle künftig in allen Fällen gemäß den Regeln der Rentenwegleitung und unter Verwendung der dort vorgesehenen Formulare (vgl. Rz 1023 ff.) vorzunehmen und keine mit Lebenszeugnissen verbundene Zahlungsanweisungsformulare mehr zu verwenden.

#### KLEINE MITTEILUNGEN

##### **Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern**

Die Wegleitung über die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern wurde neu aufgelegt, da die Ausgabe vom Juli 1962 vergriffen war. Neu bearbeitet sind insbesondere die Abschnitte über den Anspruch ausländischer Arbeitnehmer auf Kinderzulagen (S. 33 f.) und über das Verhältnis der bundesrechtlichen Familienzulagen zu den kantonalen Gesetzen über die Familienzulagen (S. 59—72).

Die Wegleitung kann zum Preise von Fr. 2.30 bei der Eidgenössischen Drucksachen- und Materialzentrale in Bern bezogen werden.

**Kantonale Gesetze über Familienzulagen** Kürzlich ist der fünfte Nachtrag zur Textausgabe der kantonalen Gesetze über Familienzulagen erschienen. Er gibt den Stand vom 1. April 1964 wieder. Der Nachtrag kann zum Preise von 4 Franken bei der Eidgenössischen Drucksachen- und Materialzentrale in Bern bezogen werden.

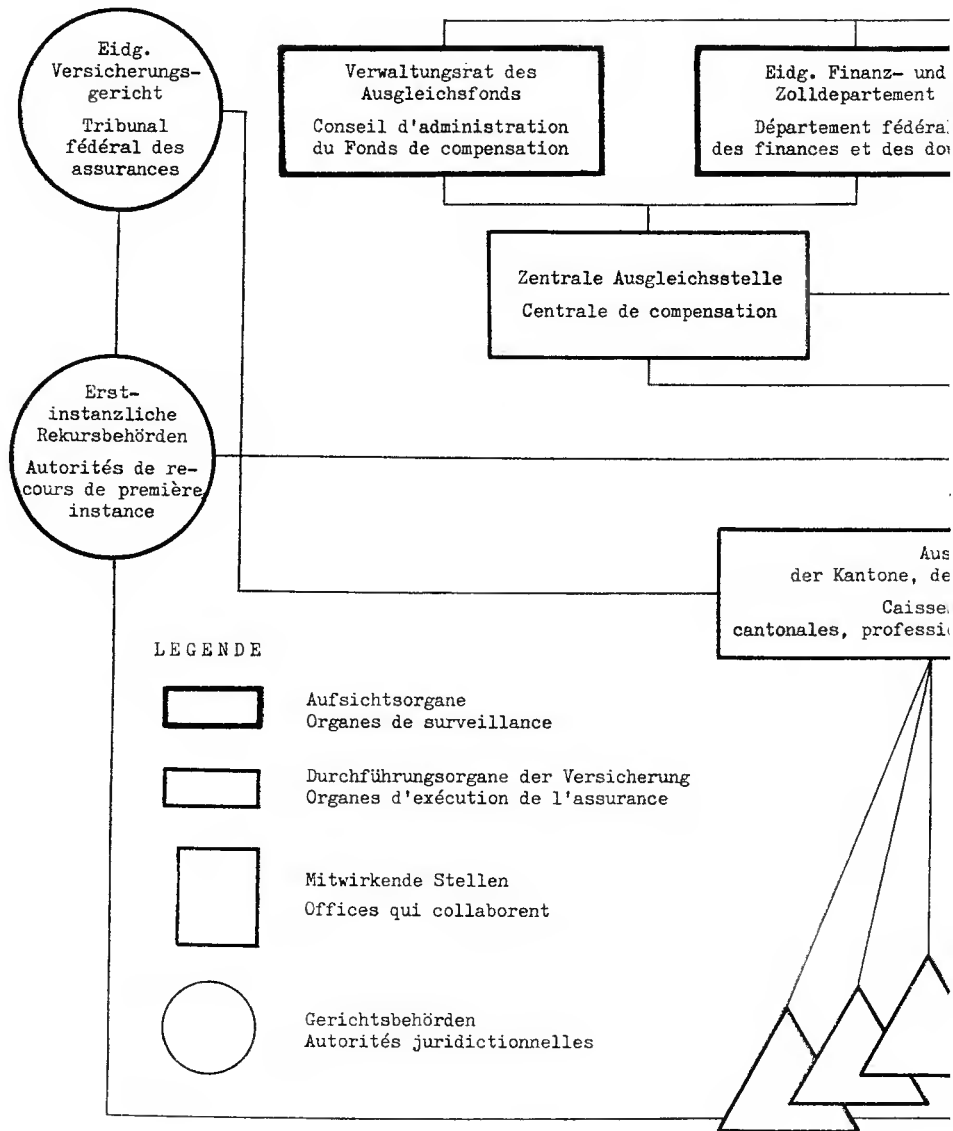
## Organisationsschemas der AHV, IV und EO

Die ZAK veröffentlicht in der vorliegenden und in den zwei folgenden Nummern auf der Doppelseite in der Mitte des Heftes die Organisationsschemas der drei Sozialwerke. Sie stellen summarisch dar, wie die verschiedenen Aufsichts-, Durchführungs- und Gerichtsorgane sowie die übrigen Beteiligten zusammenwirken. Um die Zeichnungen einfach und auch für den Laien verständlich zu halten, konnten nur die Hauptverbindungen zwischen den einzelnen Organen und Stellen angegeben werden. Aus dem gleichen Grunde mußten auch einige entfernter stehende mitwirkende Stellen unberücksichtigt bleiben, so z. B. die Post, die im Zahlungsdienst der AHV/IV/EO wichtige Aufgaben erfüllt, oder die Transportanstalten, denen die IV die Kosten für die Beförderung der in der Eingliederung stehenden Invaliden vergütet.

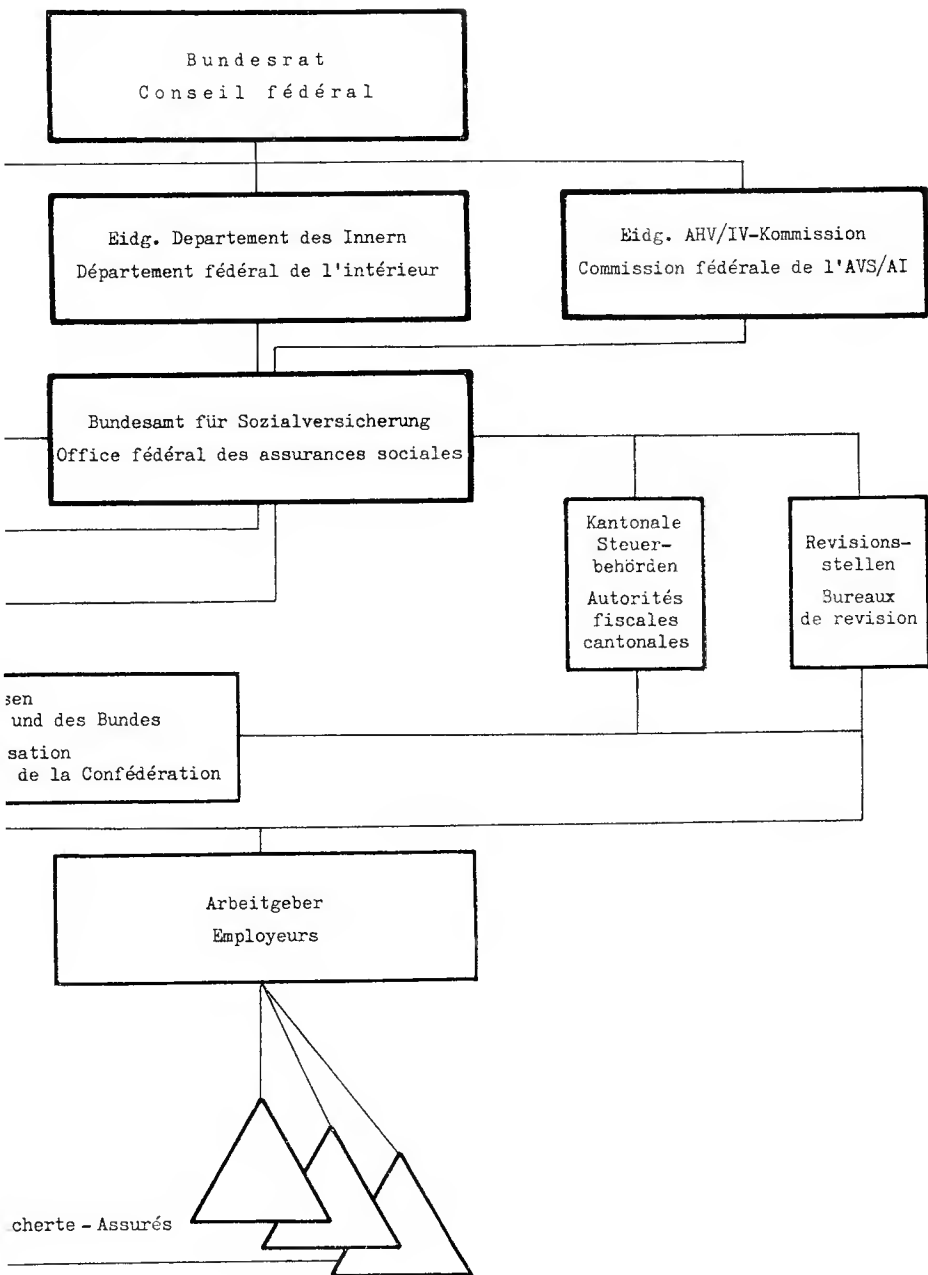
Die Organisationsschemas sind als Separatdrucke zum Preise von 10 Rappen je Blatt (100 Ex. Fr. 3.60) beim Bundesamt für Sozialversicherung erhältlich. AHV und EO sind zweisprachig deutsch/französisch dargestellt. Für die IV mußten die beiden Sprachen aus Raumgründen getrennt werden.



EIDG. ALTERS - UND HINTERLASSENEN  
ASSURANCE - VIEILLESSE ET SURVIVAL



HERUNG  
DÉRALE



1950 484

# GERICHTSENTSCHEIDE

---

## Alters- und Hinterlassenenversicherung

### Beiträge

Urteil des EVG vom 25. Februar 1964 i. Sa. Sportklub Y.

**Art. 6, Abs. 2, AHVV.** Stipendien und ähnliche Zuwendungen gehören zum maßgebenden Lohn, wenn sie ihren Grund in einem Dienstverhältnis des Empfängers haben o d e r der Geldgeber über das Arbeitsergebnis verfügen kann. (Erwägungen 1 und 2)

**Art. 6, Abs. 2, Buchst. e, AHVV.** Nicht-Amateurspieler stehen zu ihrem Klub in einem Verhältnis, das dem Dienstverhältnis im Sinne dieser Vorschrift gleichzustellen ist. (Erwägung 3)

Ein Sportklub richtet an Vereinsmitglieder, die in der Nationalliga Fußball spielen, Prämien aus, differenziert nach Sieg, Unentschieden oder Niederlage. Die Empfänger sind sogenannte Nichtamateur-Spieler mit Lizenz 1 gemäß Art. 2 des Reglementes für die Kontrolle der Nationalliga-Spieler. Einige von ihnen beziehen vom Sportklub außerdem Vergütungen zum Besuche einer Hochschule, einer Handelsschule oder zur Absolvierung einer Berufsschule. Im Herbst 1962 beschloß der Sportklub, an sieben Spieler Vergütungen dieser Art in der Höhe von 300 bis 1 000 Franken im Monat auszurichten.

Die Ausgleichskasse forderte von diesen Vergütungen die Lohnbeiträge. Der Sportklub legte Beschwerde ein, indem er geltend machte, die Vergütungen seien als Stipendien gemäß Art. 5, Abs. 5, AHVG / Art. 6, Abs. 2, Buchst. e, AHVV vom Erwerbseinkommen ausgenommen. Die kantonale Rekursbehörde wies die Beschwerde ab. Deren Entscheid wurde vom Sportklub an das EVG weitergezogen.

Das Gericht wies die Berufung aus den folgenden Erwägungen ab:

1. Zum Einkommen aus unselbständiger Tätigkeit gemäß Art. 6, Abs. 2, AHVG gehören sowohl Vergütungen, die ein Arbeitnehmer als unmittelbares Entgelt für geleistete Arbeit erhält, als auch Entschädigungen, die er sonstwie auf Grund eines bestehenden Arbeitsverhältnisses bezieht (Urteil vom 20. März 1959 i. Sa. H. AG, EVGE 1959, S. 34, ZAK 1959, S. 430, und die dort erwähnten Urteile). Demzufolge können auch Stipendien und ähnliche Zuwendungen zum Besuch von Schulen und Kursen zum maßgebenden Lohn gehören. Sie sind hievon gemäß Art. 6, Abs. 2, Buchst. e, AHVV ausgenommen, «sofern die Zuwendungen ihren Grund nicht in einem Dienstverhältnis des Empfängers hat und der Geldgeber nicht über das Arbeitsentgelt verfügen kann».

2. Die im Urteil vom 27. August 1960 i. Sa. Kt. Z. (EVGE 1960, 191; ZAK 1960, S. 436), offen gelassene Frage, ob die in Art. 6, Abs. 2, Buchst. e, AHVV umschriebenen Tatbestandsmerkmale kumulativ oder aber entgegen dem Wortlaut der Bestimmung bloß alternativ gemeint seien, ist heute zu ent-

scheiden. Vorinstanz und Bundesamt für Sozialversicherung gehen davon aus, daß die beiden Merkmale alternativ verstanden werden müßten. Diese Auslegung entspricht dem Sinn der Bestimmung und verdient daher den Vorzug. Ist auch nur eines der beiden Merkmale gegeben, so drängt sich nämlich der Schluß auf, daß das Stipendium nicht mehr rein altruistischen Charakter habe, sondern auf Grund eines Arbeitsverhältnisses ausgerichtet werde. Die angefochtene Verfügung besteht demnach zu Recht, sofern die Zuwendungen ihren Grund in einem Dienstverhältnis im Sinne des Art. 6, Abs. 2, Buchst. e, AHVV haben.

3. Die Nichtamateur-Spieler des Berufungsklägers, die einzig Stipendien beziehen, sind AHV-rechtlich dessen Arbeitnehmer; denn sie erhalten für ihre Spieltätigkeit Prämien, die unbestrittenermaßen Einkommen ausunselbständiger Tätigkeit gemäß Art. 5, Abs. 2, AHVG darstellen. Der Berufungskläger erklärt selber, daß er auf diesen Prämien die paritätischen Beiträge abzuliefern habe. Außerdem ist es den Nichtamateur-Spielern verwehrt, ohne Freigabe durch den Berufungskläger in einem andern Fußballklub der Nationalliga zu spielen (Art. 6 des Reglementes für die Kontrolle der Nationalliga-Spieler). Da die Freigabe nach den unbestritten gebliebenen Angaben der Vorinstanz regelmäßig nur gegen eine Transfersumme erfolgt, sind die Nichtamateur-Spieler stark an ihren Verein gebunden. Wohl trifft es zu, daß sie jederzeit aus dem Verein austreten können; mit einem solchen Austritt verlieren sie aber den Vorteil, in einem andern Klub der Nationalliga gegen Prämien spielen zu können. Schließlich geht aus Ziffer 7 des Statuts für Nichtamateur-Spieler hervor, daß ein solcher Spieler gegenüber dem Verein verpflichtet ist, «einen sportlich einwandfreien Lebenswandel zu führen, pünktlich zu den Trainings sowie zu den Spielen anzutreten und alles zu tun, um sich in bester geistiger und physischer Kondition zu halten. Er hat sich den Verbands-, Nationalliga- und Vereinsstatuten und -reglementen sowie den Weisungen der zuständigen Vereinsfunktionäre zu unterziehen und sich als Sportmann zu benehmen».

Wirtschaftlich gesehen — und wirtschaftliche Tatsachen sind in der Regel für die AHV-rechtlichen Qualifikationen ausschlaggebend — liegt nach dem Gesagten bei den Nichtamateur-Spielern ein Verhältnis vor, das die Gleichstellung mit dem Dienstverhältnis des Art. 6, Abs. 2, Buchst. e, AHVV fordert. Ferner drängt sich der Schluß auf, daß die Stipendien auf Grund dieses wirtschaftlichen Verhältnisses ausgerichtet werden. Wenn ein Vereinsmitglied in spielerischer Hinsicht Verpflichtungen eingeht und sich einer Beschränkung der spielerischen Freizügigkeit unterstellt, so fördert dafür der Berufungskläger — neben der Prämienzahlung — die berufliche Fortbildung dieses Mitgliedes mit Stipendien. Daß bei einem allfälligen Austritt aus dem Verein keine Stipendien zurückgefordert werden, vermag hieran nichts zu ändern. Wie die Vorinstanz festgestellt hat, ist es andererseits selbstverständlich, daß bei einem Austritt aus dem Verein die laufenden Stipendien nicht weitergeführt werden.

Nachdem es am ersten negativen Tatbestandsmerkmal des Art. 6, Art. 2, Buchst. e, AHVV fehlt, sind die Stipendien mit Recht als Einkommen aus unselbständiger Tätigkeit qualifiziert worden.

**Urteil des EVG vom 31. Dezember 1963 i. Sa. Schotterwerk H.**

**Art. 7, Buchst. d, AHVV. Vom Gewinnanteil eines Arbeitnehmers wird vermutet, er gehöre zum maßgebenden Lohn. Um diese Vermutung umzustoßen, muß eindeutig nachgewiesen sein, der Gewinnanteil stehe in keinem Zusammenhang mit der Tätigkeit des Arbeitnehmers.**

**Zum maßgebenden Lohn gehört der Gewinnanteil auch soweit, als er konjunkturbedingt ist. (Erwägung 1 und 2)**

Im Jahre 1952 änderte ein Schotterwerk seinen Besitzer. Der Käufer und seine beiden Gesellschafter versprachen dem Verkäufer einen Gewinnanteil von 25 Prozent. Während 10 Jahren sollten diesem, unbekümmert um das Betriebsergebnis, je 2 000 Franken zukommen. Seit 1954 arbeitete der Verkäufer als Angestellter bei der das Schotterwerk betreibenden einfachen Gesellschaft. In seinem Urteil vom 29. November 1960 erkannte das EVG, soweit der Gewinnanteil 2 000 Franken im Jahr — die es als Teil des Kaufpreises betrachtete — übersteige, gehöre er gemäß Art. 7, Buchst. d, AHVV zum maßgebenden Lohn.

Die Frage, wie der Gewinnanteil des Verkäufers für die Jahres 1957 und 1958 zu werten sei, bildete erneut Gegenstand eines Berufungsverfahrens. Das EVG erkannte aus den folgenden Erwägungen wiederum auf maßgebenden Lohn.

1. Beitragsobjekt im Sinne des Art. 4 AHVG sind die gesamten Einkünfte, die ein Versicherter durch die Ausübung einer (selbständigen oder unselbständigen) Erwerbstätigkeit erzielt hat. Auf die Qualität und das Ausmaß der vom Versicherten geleisteten Arbeit kommt es AHV-rechtlich nicht entscheidend an. Beitragsobjekt ist in der Regel auch jede Art «Konjunkturgewinn», die einem Versicherten im Zusammenhang mit seiner Erwerbstätigkeit zugeflossen ist. Denn schließlich gehört zu den Grundlagen des Erwerbseinkommens auch die wirtschaftliche Konjunktur, die zur betreffenden Zeit geherrscht und seine Erzielung ermöglicht (Urteile vom 7. Oktober 1948 i. Sa. de T., EVGE 1948, S. 80; ZAK 1948, S. 451). Erhält daher ein Arbeitnehmer — außer seinem laufenden Lohn — eine Quote des im Betrieb des Arbeitgebers erzielten Jahresgewinnes, so ist zu vermuten, diese bilde ein zusätzliches Arbeitsentgelt, es sei denn eindeutig ausgewiesen, der Gewinnanteil stehe in keinem Zusammenhang mit der Mitarbeit (Art. 5, Abs. 2, AHVG und Art. 7, Buchst. d, AHVV; Urteile vom 5. Mai 1953 i. Sa. W., EVGE 1952; S. 118, ZAK 1953, S. 291).

2. Der frühere Besitzer hat als nunmeriger Geschäftsführer des Schotterwerks für das Jahr 1957 21 356 Franken und für das Jahr 1958 40 666 Franken Gewinnanteil bezogen. Die Vermutung, diese Summen hätten Arbeitsentgelt im Sinne der Art. 5, Abs. 2, AHVG und Art. 7, Buchst. d, AHVV bedeutet, ist vom Bezüger und seinem Arbeitgeber in keiner Weise widerlegt worden. Der Geschäftsführer hat seit 1955 einen maßgebenden Einfluß auf die Betriebsführung des Schotterwerks ausgeübt und bekennt selbst, seine «sehr interessierte Mitarbeit» habe nicht wenig zu den Gewinnen der Jahre 1957 und 1958 beigetragen. Inwieweit dieser Geschäftserfolg der örtlichen Baukonjunktur zu verdanken gewesen sei, ist demgegenüber eine rechtlich belang-



lose Frage (Erwägung 1 hievor). Davon abgesehen wäre es kaum einmal möglich, den einem leitenden Angestellten zugekommenen Gewinnanteil auch nur annähernd genau in einen «arbeitsbedingten» und einen «konjunkturbedingten» Teil zu zerlegen.

## Invalidenversicherung

### Eingliederung

Urteil des EVG vom 9. März 1964 i. Sa. R. K.

**Art. 21 IVG; Art. 15, Abs. 2, IVV. Ein gehbehinderter Lehrling hat dann Anspruch auf Abgabe eines Motorfahrzeuges durch die IV zur Zurücklegung des Arbeitsweges, wenn er einen namhaften Lehrlingslohn erhält und sich über die künftige Erwerbstätigkeit hinreichend Wahrscheinliches voraussagen läßt. (Erwägung 2)**

Der im Dezember 1944 geborene Versicherte war Lehrling, als er am 7. Mai 1962 einen schweren Bahnunfall erlitt. Er mußte sich den rechten Oberschenkel und den linken Unterschenkel amputieren lassen und wurde von der SUVA mit zwei Prothesen ausgerüstet. Am 24. August 1962 meldete ihn sein Vater, wohnhaft in X, der IV-Kommission und schrieb folgendes:

Nach einem Jahr Verkehrsschule habe der Versicherte, der bei den Eltern wohne, im April 1961 eine Lehre bei den SBB angetreten. Nach dem Besuch der Amputiertenschule der SUVA werde er seine Lehre fortsetzen können und in der Folge zum Stationsbeamten ernannt werden. Da er wegen der Unfallfolgen nicht mehr mit dem Fahrrad an den Arbeitsort gelangen könne, sei er auf ein Kleinautomobil angewiesen.

Am 4. September bescheinigte die SUVA, nach Abschluß der Amputiertenschule werde der Versicherte voraussichtlich im Bürodienst der SBB beschäftigt werden. Am 14. September 1962 beschloß die IV-Kommission, das Gesuch um Abgabe eines Kleinautomobils werde zur Zeit abgewiesen, weil der Versicherte noch in Ausbildung begriffen sei. Zur Begründung berief sich die Kommission auf eine Weisung des BSV (IV-Mitteilung Nr. 21/142, ZAK 1961, S. 215).

Der Vater des Versicherten beschwerte sich. Er machte geltend, die IV schulde seinem invaliden Sohn ein Kleinautomobil für den Arbeitsweg und müsse die Kosten der Fahrschule übernehmen. Der Versicherte bedürfe wegen seiner schweren Behinderung der Betreuung durch die Eltern, stehe vor dem Abschluß seiner Stationslehre und beziehe bereits 440 Franken Monatslohn. Mit nachträglicher Eingabe meldete der Vater des Versicherten der Rekurskommission, der Sohn habe den Fußmarsch zur Tramstation nicht mehr ausgehalten. Um sich seinen Arbeitsplatz zu erhalten, habe er vor kurzem die Fahrschule absolviert und für 8200 Franken einen auf Handbetrieb umgebauten Wagen gekauft.

Mit Urteil vom 3. Oktober 1963 entschied die Rekurskommission, die IV habe dem Beschwerdeführer in acht Jahresraten den Kaufpreis eines (auf Handbetrieb umgebauten) Kleinautomobils, das ihm abzugeben gewesen wäre, sowie die Kosten seiner Fahrschule zu vergüten.

Das EVG wies die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Einerseits hat gemäß Art. 16 IVG ein in erstmaliger beruflicher Ausbildung begriffener Invalider Anspruch auf Ersatz invaliditätsbedingter zusätzlicher Ausbildungskosten, sofern diese ein wesentliches Ausmaß erreichen. Andererseits ist, wenn ein Invalider dauernd eine existenzsichernde Tätigkeit ausüben, aber seinen Arbeitsweg nicht ohne persönliches Motorfahrzeug bewältigen kann, die IV kraft der Art. 21 IVG und 14—16 IVV verpflichtet, ihm ein Motorfahrzeug abzugeben und die Kosten der Fahrschule zu übernehmen.

2. Das BSV erklärt mit dem Hinweis auf die Weisung, die es am 27. März 1961 den IV-Kommissionen erteilt hat (IV-Mitteilung Nr. 21/142; ZAK 1961, S. 215), einem invaliden Lehrling schulde die IV allenfalls einen Mehrkostenersatz im Sinne der Art. 16 IVG und 5 IVV als berufliche Eingliederungsmaßnahme, aber niemals ein Motorfahrzeug als Hilfsmittel im Sinne der Art. 21 IVG und 14 ff. IVV. Von einer existenzsichernden Dauertätigkeit könne man nämlich so lange nicht sprechen, als ein Invalider in seiner beruflichen Ausbildung stehe und noch keinen dauernden Arbeitsplatz habe. So sei es im vorliegenden Falle ungewiß, ob der Versicherte auch nach Abschluß der Stationslehre bei den Eltern wohnen und am heutigen Arbeitsort arbeiten werde.

Dieser Ansicht kann nicht vorbehaltlos beigepllichtet werden. Es ist nicht selten, daß ein Lehrling im letzten oder schon im vorletzten Lehrjahr einen für seinen Unterhalt ausreichenden Lohn bezieht, ferner die Zusage hat, man werde ihn nach der Lehre dauernd beschäftigen. Darum kann die erwähnte Weisung des BSV nicht ausnahmslose Geltung beanspruchen. Nur wenn ein gehbehinderter Lehrling keinen namhaften Lehrlingslohn erhält und über seine künftige Erwerbstätigkeit hinreichend Wahrscheinliches sich nicht voraussagen läßt, wird eine existenzsichernde dauernde Tätigkeit und damit die Anwendbarkeit des Art. 15, Abs. 2, IVV verneint werden dürfen.

3. Die Vorinstanz ist der Meinung, bei einem Monatslohn von 440 Franken und seinen dienstlichen Aussichten habe der Versicherte schon zur Zeit des Unfalles eine existenzsichernde Tätigkeit ausgeübt, und für deren Arbeitsweg sei er seit dem Unfall auf ein Kleinautomobil angewiesen. Gegen diesen Schluß läßt sich nichts Rechtserhebliches einwenden. Die 440 Franken Monatslohn boten dem jungen Mann bereits ein existenzsicherndes Auskommen. Auch hat die SBB im Mai 1963 bescheinigt, sie gedenke den Versicherten, der trotz seines Gebrechens für den innern Stationsdienst und den Verwaltungsdienst voll tauge, anfangs 1964 zum Stationsbeamten zu ernennen. Endlich würde dieser — als Schwerbehinderter — wohl selbst dann, wenn er an seinen Arbeitsort umzöge, ein Automobil für den Arbeitsweg benötigen, es wäre denn, daß er eine geeignete Unterkunft zufällig in nächster Nähe der Bahnstation finden könnte.

4. Laut dem kantonalen Urteil schuldet die IV dem Beschwerdeführer in acht Jahresraten den (von der IV-Kommission zu bestimmenden) Betrag, welchen ein auf Handbetrieb umgebautes einfaches Kleinautomobil kostet, sowie die Vergütung der Auslagen, die ihm durch den Fahrunterricht erwachsen sind.

Zwar handeln die Art. 8, Buchst. d und Art. 21 IVG von Gegenständen, die als Hilfsmittel «abgegeben» werden sollen (Urteil des EVG vom 11. Februar 1964 i. Sa. H. L., Erwägung 2; ZAK 1964, S. 309). Doch war dem Versicherten, dem mit Kassenverfügung vom 17. Oktober 1962 die Abgabe eines Automobils verweigert worden war, nicht zuzumuten, daß er auch noch während der Dauer des Beschwerdeverfahrens auf ein Motorfahrzeug verzichte (EVGE 1962, S. 318, Erwägung 1; ZAK 1962, S. 130). Darum ist es richtig, wenn ihm die Vorinstanz einen auf acht Jahre zu verteilenden Kostenbeitrag zugesprochen hat. Voraussetzung für die Zahlung bzw. Weiterzahlung der Jahresraten wird aber sein, daß der Versicherte während der ganzen acht Jahre für seinen Arbeitsweg ein Automobil benötigen wird (EVGE 1962, S. 347, Erwägung 3; ZAK 1962, S. 253). — Auch der Übernahme der Kosten des genossenen Fahrunterrichts ist beizupflichten (Art. 16, Abs. 1, IVV).

Reparatur- bzw. Erneuerungskosten würde die IV auf jeden Fall nur im Rahmen des Art. 16, Abs. 2, IVV zu finanzieren haben.

## Renten

Urteil des EVG vom 11. Juni 1963 i. Sa. M. S.

**Art. 4 IVG. Die Untätigkeit eines Versicherten, der an Störungen charakterlicher und neurotischer Art leidet, gilt nicht als Invalidität, weil anzunehmen ist, er könnte noch arbeiten, wenn er bereit wäre, die hierzu notwendigen Anstrengungen auf sich zu nehmen.**

Der 1927 geborene Versicherte ist ein grober und arbeitsscheuer Bursche. Im Alter von 11 Jahren fiel er von einem Baum und zog sich einen Beckenbruch und eine Wirbelsäulenverletzung zu. Zudem zeigt sich bei ihm eine neurovegetative Dystonie (Störung im Zusammenspiel der vegetativen Nerven) und neurotische Störungen. Bis 1957 arbeitete er vorerst in der Landwirtschaft als Karrer, und schließlich als Hilfsarbeiter. Seither hat er unter dem Vorwand von Rückenschmerzen praktisch jede Tätigkeit eingestellt. Nachdem verschiedene Ärzte erklärt hatten, die körperliche Behinderung und die Schmerzen, über die der Versicherte klagte, hinderten ihn an sich nicht an der Arbeit, wurden Eingliederungsversuche unternommen, die jedoch scheiterten.

In der Folge wies die Ausgleichskasse den Rentenanspruch auf Beschluß der IV-Kommission ab, da die Erwerbsfähigkeit noch mehr als die Hälfte betrage. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte Beschwerde. Anschließend begab er sich ins Spital, um sich einer Rückenoperation zu unterziehen. Nachher begann er in einer Molkerei zu arbeiten, gab die Arbeit jedoch nach wenigen Tagen unter dem Vorwand wieder auf, daß sie ihm zu anstrengend sei. Im Oktober 1961 wurde er in eine Nervenklinik eingewiesen, wo er sich bis Ende Januar 1962 aufhielt. Im Mai 1962 wurde er erneut in dieser Klinik

aufgenommen. Auf Grund eines Berichtes des Chefarztes der Klinik sprach die Rekurskommission dem Versicherten eine ganze IV-Rente seit 1. Januar 1960 zu und wies die Akten zur Prüfung der Eingliederungsfrage an die IV-Kommission zurück.

Auf Berufung des BSV hin hob das EVG den kantonalen Entscheid auf, verweigerte dem Versicherten die Rente und ordnete die Durchführung der vom Arzt empfohlenen Maßnahmen an. Es begründet seinen Entscheid im wesentlichen wie folgt:

1. ...

2. ...

3. Das Gericht ist der Ansicht, daß die vom Gesetz und der Rechtsprechung verlangten Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine ganze einfache Invalidenrente seit dem 1. Januar 1960 nicht erfüllt sind. Es steht zwar fest, daß der Versicherte seit mehreren Jahren praktisch nicht mehr gearbeitet hat, und daß er sich seit Oktober 1960 während längerer Zeitabschnitte in Spitälern, vor allem in einer psychiatrischen Klinik aufgehalten hat (vom 4. Oktober 1961 bis 27. Januar 1962 und wiederum seit dem 15. Mai 1962; wobei der Vertreter des Versicherten in seiner Berufungsschrift vom 2. Mai 1963 erklärte, daß dieser sich immer noch dort befinde). Es ist jedoch ebenso offensichtlich, daß der körperliche Gesundheitsschaden des Versicherten weit davon entfernt ist, eine mindestens hälftige, geschweige denn eine Erwerbsunfähigkeit von zwei Dritteln hervorzurufen. Mehrere Ärzte, die ihn untersucht haben, waren erstaunt über die Diskrepanz zwischen den wirklichen physischen Leiden und der Heftigkeit der vorgebrachten Klagen. Sie kamen zum Schluß, er übertreibe die Schmerzen, und die Gebrechen seien nicht derart, daß sie ihn am Arbeiten hindern würden. Aus den Akten geht im Gegenteil hervor, daß die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten hauptsächlich auf psychische Gründe zurückzuführen ist. Es handelt sich um charakterliche Störungen bei einem arbeitsscheuen und rohen Einzelgänger, bei dem ein Hang zur Neurose erkennbar ist, und der nach den Ausführungen des Nervenarztes eine psychopathische Persönlichkeit mit anlagebedingten Komponenten ist, die jedoch eng mit neurotischen und in der Umwelt begründeten Faktoren verbunden sind. Nach diesem Experten ist die gegenwärtige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten zu 60—80 Prozent auf seinen psychischen Zustand zurückzuführen ...

In Fällen, bei denen man es, wie vorliegend, mit einem Versicherten zu tun hat, dessen Arbeitsunfähigkeit vor allem neurotischen Störungen zuzuschreiben ist, müssen die mit der Rechtsanwendung betrauten Organe mit viel Vorsicht vorgehen und sich davor hüten, einen Anspruch auf eine Invalidenrente zuzuerkennen aus dem einzigen Grunde, weil der Versicherte keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt. Gewiß hat das EVG in seinem Urteil vom 27. Januar 1962 i. Sa. D. Sch. (EVGE 1962, S. 31, ZAK 1962, S. 218) festgestellt, daß eine Psychopathie einer Geisteskrankheit gleichgestellt werden kann. Als Gesundheitsschaden, der auf eine Krankheit im Sinne von Art. 4 IVG zurückgeht, muß ein Rechtsbegriff verstanden werden, der auch die seelischen Abwegigkeiten umfaßt, sofern diese auf die Erwerbsfähigkeit die gleichen Wirkungen haben, wie eine Geisteskrankheit. Immerhin kann — wie im vorzitierten Urteil festgestellt wird — grundsätzlich dann keine see-

liche Abwegigkeit von rentenbegründender Schwere angenommen werden, wenn der Versicherte bei dem ihm zumutbaren guten Willen noch fähig wäre, eine genügende Erwerbstätigkeit auszuüben. Wie sich gezeigt hat, ist es möglich, die Folgen einer Neurose zu heilen, indem man dem Versicherten jede Leistung verweigert, oder, wo das Gesetz dies vorsieht (Art. 82 KUVG und Art. 38 MVG), eine einmalige Leistung zuspricht. Deshalb muß, wenn erwartet werden kann, daß der Versicherte durch die Abweisung seines Rentenbegehrens von den Folgen seiner Neurose befreit wird und seine Erwerbsfähigkeit zurückerlangt, die Existenz einer bleibenden oder längere Zeit dauernden Erwerbsunfähigkeit und damit das Vorliegen der Voraussetzungen von Art. 4 IVG verneint werden.

Die Anwendung dieser Prinzipien auf den vorliegenden Fall führen dazu, daß ein Rentenanspruch mindestens zur Zeit verneint werden muß. Angesichts der Störungen, die sich beim Versicherten zeigen, und auf Grund der Ausführungen des Chefarztes der psychiatrischen Klinik darf davon ausgegangen werden, der Versicherte sei im Stande, seine verbliebene Arbeitsfähigkeit nutzbringend zu verwerten, wenn er die nötigen Anstrengungen unternimmt. Das Gericht kann sich unter diesen Umständen nicht der Meinung des kantonalen Richters anschließen, der auf eine bleibende oder mindestens längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit und damit auf einen Rentenanspruch erkannt hatte. Diesem erst 36 Jahre alten Versicherten heute schon eine Rente zuzusprechen, hieße gegen dessen eigenes richtig verstandenes Interesse handeln; denn die Zusprechung dieser Leistungen hätte unweigerlich zur Folge, daß er in seiner Neurose noch mehr gefestigt würde. Damit nähme man ihm jede Möglichkeit, sich jemals wieder ins Erwerbsleben zurückzufinden.

**Urteil des EVG vom 10. September 1963 i. Sa. E. L.**

**Art. 28, Abs. 2, IVG. Macht ein Versicherter infolge charakterlicher Mängel vor der ihm verbliebenen Erwerbsfähigkeit keinen Gebrauch, so ist seine Invalidität auf Grund des Erwerbseinkommens zu bemessen das er durch die ihm zumutbare Tätigkeit erzielen könnte.**

Der in Tiefbauunternehmungen als Hilfsarbeiter beschäftigte Versicherte leidet an den Folgen einer Lungentuberkulose, welche ihn seit 1951 zu Kur-aufenthalten in Sanatorien zwang und 1954 eine Lobektomie (Entfernung eines Lungenlappens) nötig machte. Auf seine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen hin, beschloß die IV-Kommission, ihm eine einjährige Umschulung auf den Beruf eines Fräasers, samt den Kosten für Unterkunft und Unterhalt vom 10. Februar 1960 an zu gewähren.

Als der Versicherte die Eingliederungsstätte gegen Ende 1960 vorzeitig verlassen hatte, wurde er als Fräser nacheinander in zwei Privatunternehmungen eingestellt, wo er jedesmal die Arbeit nach ein bis zwei Tagen aufgab und nicht wieder aufnehmen wollte. Nachdem er verschiedenen kurzfristigen Beschäftigungen nachgegangen war, verpflichtete er sich im April 1961 als Hilfsarbeiter in einer Garage. Die Ausgleichskasse verweigerte ihm auf Grund von Art. 31 IVG die verlangte IV-Rente durch Verfügung vom 19. Februar 1961, weil er sich den ihm zumutbaren Eingliederungsmaßnahmen entzogen und widersetzt hatte. Ein zweites Gesuch vom Mai 1962 wurde ebenfalls zu-

rückgewiesen, da seit der vorangegangenen Ablehnung keine rechtserheblich neue Tatsache eingetreten war. Die zuständige kantonale Behörde lehnte den Rekurs des Versicherten ab. Das EVG wies seine hierauf ergriffene Berufung mit folgender Begründung ab:

1. ...

2. Es muß im vorliegenden Fall angenommen werden, daß der Versicherte, hätte er nicht an seiner Gesundheit Schaden erlitten, diejenige Tätigkeit, die er vor seiner Krankheit ausübte, weiterhin ausüben und als Hilfsarbeiter in Hoch- und Tiefbauunternehmungen arbeiten würde. Der kantonale Richter schätzte den in dieser Eigenschaft erzielten jährlichen Verdienst auf 9 000 bis 11 000 Franken, je nachdem der Versicherte auf Baustellen im Tief-land oder in den Bergen arbeiten würde. Die Berufungsinstanz hat keinen entscheidenden Grund, sich dieser, übrigens nicht strittigen Einschätzung einer Behörde, welche die lokalen Arbeitsmöglichkeiten und -bedingungen kennt, nicht anzuschließen.

Das Vergleichseinkommen, d. h. das Arbeitseinkommen, das der invalide Versicherte aus einer ihm zumutbaren Tätigkeit erzielen könnte, wird vom kantonalen Richter als bedeutend höher erachtet als das effektiv erzielte Einkommen von ungefähr 5 600 Franken, das der Versicherte als Hilfsarbeiter in einer Garage erzielen kann. Es liegt in der Tat auf der Hand, daß diese letztere Tätigkeit dem Berufungskläger nicht gestattet, seine ihm verbleibende Arbeitsfähigkeit voll auszunützen. Wenn man seine Ausbildung und Befähigung berücksichtigt, ist also der derart erzielte Verdienst nicht maßgebend (siehe ZAK 1961, S. 84, Urteil vom 4. Oktober 1960 i. Sa. E. M.). Seine körperliche Behinderung erfordert zwar eine gewisse Schonung, würde aber den Versicherten keineswegs an der Ausübung des Fräserberufes hindern, den er während der von der IV ermöglichten Umschulung erlernt hat. Am Betrag der Anfangslöhne, welche dem Versicherten in den ihm anfangs 1961 verschafften Arbeitsstellen angeboten worden waren, ist klar ersichtlich, daß sein Verdienst ungefähr demjenigen entsprechen würde, den er bei voller Gesundheit aus der Weiterausübung seiner früheren Tätigkeit erzielen könnte.

Der Versicherte hatte allerdings vor erster Instanz geltend gemacht, daß er diese Stellen infolge seines schlechten Gesundheitszustandes und nicht wegen mangelnden guten Willens oder mangelnder Charakterfestigkeit hatte aufgeben müssen; zur Bekräftigung seiner Aussage wies er bei der Berufung einen Brief des Dr. B. vor, in welchem dieser erklärt, daß sein Patient außer seinen Lungenverletzungen eine besondere seelische Veranlagung aufweise, welche als Geisteskrankheit zu bezeichnen sei. Die von diesem Lungenspezialisten als Geisteskrankheit gestellte Diagnose wird hingegen durch die ganze Haltung des Versicherten widerlegt. Kein anderes der zahlreichen Aktenstücke erwähnt einen geistigen Gesundheitsschaden und die mit dem Fall seit langem vertrauten Eingliederungsexperten erklärten zwar vor erster Instanz, daß sie dem Richter die Entscheidung überließen, ob der Versicherte zur endgültigen Abklärung einer psychischen Störung noch der psychiatrischen Begutachtung bedürfe, hielten aber dafür, daß der Versicherte eine Haltung einnehme, die auf Unterstützung ausgeht und nicht von gutem Willen zeugt. Es handelt sich also viel eher um einen Charakterfehler als um eine Geisteskrankheit, dessen schlimme Folgen vor allem der Versicherte selbst zu tragen

hat, eine Begleiterscheinung, die, wie oft bestätigt wurde, dort eintritt, wo ein Hang zur Neurose durch eine dem Versicherten zumutbare Willensanstrengung überwinden werden kann. Charakteristisch hierfür ist die Tatsache, daß der Berufungskläger aus eigenem Antrieb eine wiewohl schlecht angemessene Tätigkeit gefunden und beibehalten hat, nachdem offenbar wurde, daß die Versicherung ihm jegliche Leistung für die Zukunft verweigern würde. Es kann auf keinen Fall eine Neurose von einer solchen Schwere angenommen werden, daß sie die Fähigkeit ausschließen würde, den notwendigen Willensakt aufzubringen, und daher auf die Erwerbsfähigkeit die selben Auswirkungen wie eine Geisteskrankheit zeitigte (s. z. B. EVGE 1962, S. 31 und 41, ZAK 1962, S. 218 und ZAK 1963, S. 37). Unter diesen Umständen erscheint die Einholung einer psychiatrischen Begutachtung nicht nur überflüssig, sondern sogar im Interesse des Versicherten selbst abträglich.

3. Ob man nun das Gesuch vom 23. Mai 1962 als ein Revisionsgesuch betrachtet, wie dies die Versicherungsorgane angenommen haben, oder ob man mit den Richtern der ersten Instanz dieses eher für ein neues Rentengesuch hält: die ablehnende Verfügung vom 28. Juni 1962 muß bestätigt werden. Wie bereits der kantonale Richter, so macht auch das EVG den Berufungskläger darauf aufmerksam, daß es sinnlos für ihn ist, neuerdings eine Rente zu verlangen, außer im Falle, daß sein Zustand eine bedeutsame Verschlimmerung erfahren würde; vorbehalten bleibt auch die allfällige Ergreifung von Maßnahmen, welche sich durch die Entwicklung der Umstände den IV-Organen aufdrängen könnten.

#### Urteil des EVG vom 8. November 1963 i. S. M. W.

**Art. 35, Abs. 1, IVG in Verbindung mit Art. 25 AHVG und Art. 48, Abs. 3, AHVV. Wurde den Eltern bei der Ehescheidung die elterliche Gewalt entzogen, so kann die geschiedene, invalide Mutter die Kinderrenten beanspruchen, auch wenn sie im Scheidungsurteil nicht ausdrücklich zu Unterhaltsbeiträgen an die Kinder verpflichtet wurde.**

Die Versicherte ist seit 1955 in einer Heil- und Pflegeanstalt interniert. Ihre Ehe wurde am 3. Mai 1961 geschieden, wobei die Kinder unter Vormundschaft gestellt wurden. Das Gericht verpflichtete weder Vater noch Mutter zu Unterhaltsbeiträgen.

Seit 1. Januar 1960 bezog die Versicherte eine ganze Invalidenrente mit Zusatzrenten für ihre Kinder. Nach Kenntnisnahme von der Ehescheidung verfügte die Ausgleichskasse am 11. Januar 1963 die Einstellung der Auszahlung der Zusatzrenten und verlangte die seit der Scheidung ausgerichteten Zusatzrenten zurück. Die Beschwerde der Vormundschaftsbehörde wurde von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen mit der Begründung, ein Anspruch auf Zusatzrenten stehe einer geschiedenen Frau, welcher die Kinder nicht zugesprochen wurde, nur zu, wenn sie zur Zahlung von Unterhaltsbeiträgen verpflichtet sei. Die hiegegen erhobene Berufung hieß das EVG mit folgender Begründung gut:

1. Gemäß Art. 35, Abs. 1, IVG und Art. 31, IVV beurteilt sich der Anspruch Rentenberechtigter auf eine IV-rechtliche Zusatzrente für Kinder nach Art. 25, Abs. 1, AHVG und Art. 48, Abs. 3, AHVV. Art. 48, Abs. 3, AHVV

mmt, daß Kindern aus geschiedener Ehe, die nicht der Mutter zugehen waren, die Rente nur gewährt werde, soweit die Mutter zu Unterbeiträgen verpflichtet war. Diese Bestimmung ordnet somit den Anspruch der Mutter auf Zusatzrenten im Regelfall, da die Kinder durch den Scheidungsrichter dem einen oder andern Elternteil zugesprochen wurden. Der Anspruch der Mutter auf IV-rechtliche Zusatzrenten besteht, wenn sie vom Richter zu Beitragsleistungen an den Unterhalt verpflichtet wurde oder wenn die Kinder ihr zugesprochen sind. In diesem letztern Fall werden die Unterhaltsbeiträge nicht durch den Richter festgesetzt. Vielmehr dauert die uneingeschränkte elterliche Unterhaltspflicht der Mutter weiter (Art. 272, Abs. 1, ZGB).

2. Art. 48, Abs. 3, AHVV regelt indessen nicht ausdrücklich den Anspruch einer Mutter auf Zusatzrenten in dem Fall, da durch das Scheidungs-urteil die Kinder gemäß Art. 285, Abs. 2, ZGB unter Vormundschaft gestellt wurden. Die Lösung ergibt sich jedoch bei sinngemäßer Auslegung der angeführten Bestimmung. Werden Kinder auf Grund von Art. 285 ZGB bevormundet, so dauert die allgemeine elterliche Unterhaltspflicht von Vater und Mutter im Sinn von Art. 289, Abs. 1, ZGB uneingeschränkt weiter. Der Scheidungsrichter braucht deshalb die Unterhaltsbeiträge der Eltern — wie im vorliegenden Fall — nicht ausdrücklich festzusetzen. Es wäre nicht richtig, die Auszahlung von Zusatzrenten für die Kinder über den Zeitpunkt der Scheidung hinaus zu verweigern, weil der Scheidungsrichter von der Festsetzung bestimmter Unterhaltsbeiträge absehen konnte. Wenn Art. 48, Abs. 3, AHVV einer Frau, die vom Scheidungsrichter zu gewissen — beschränkten — Beiträgen an den Unterhalt ihrer Kinder verpflichtet wurde, einen Anspruch auf Zusatzrenten gewährt, so rechtfertigt es sich umso eher, einer Frau, der von Gesetzes wegen eine umfassende Pflicht zum Unterhalt ihrer Kinder obliegt, auf Grund der angeführten Bestimmung eine Zusatzrente zuzuerkennen.

Bei dieser Rechtslage steht der Versicherten, der die uneingeschränkte Unterhaltspflicht gegenüber ihren Kindern obliegt, ein Anspruch auf IV-rechtliche Zusatzrenten zu. Zu Unrecht hat die Ausgleichskasse die seit der Scheidung ausgerichteten Zusatzrenten zurückgefordert und die weitere Auszahlung der Zusatzrenten verweigert.

#### **Urteil des EVG vom 20. April 1964 i. Sa. P. A.**

**Art. 42, Abs. 2 IVG. Ein Privatpflegeheim für ältere Personen, das im Sinne eines «Familienbetriebes» geführt wird, ist nach den konkreten Umständen nicht als Anstalt zu betrachten.**

Die 1901 geborene Versicherte ist an beiden Beinen völlig gelähmt. Für ihren Unterhalt kommt das Fürsorgeamt auf. Bis April 1961 wurde sie von ihrer eigenen Schwester betreut und bezog bis zu diesem Zeitpunkt eine Hilflosenentschädigung von zwei Dritteln. Seit 25. April 1961 war die Versicherte in einem Privatpflegeheim mit 10 bis 15 Insassen untergebracht. Die Ausgleichskasse verfügte die Einstellung der Hilflosenentschädigung ab Mai 1961, indem sie darauf hinwies, daß Hilflosen, die auf Kosten der Armenpflege in einer Anstalt untergebracht sind, die Hilflosenentschädigung nur gewährt werden



kann, wenn sie dadurch von der Armengeössigkeit befreit werden. Die Rekurskommission hieß die hiegegen erhobene Beschwerde im wesentlichen gut, weil es sich bei dem betreffenden Heim nicht um eine Anstalt im Sinne des Gesetzes handle. Die hiegegen erhobene Berufung des BSV wies das EVG mit folgender Begründung ab:

1. Das IVG schränkt den Bezügerkreis der Hilflosenentschädigung in zwei Richtungen ein. Einerseits wird die Entschädigung nur an bedürftige Hilflose ausgerichtet (Art. 42, Abs. 1, IVG) und andererseits wird sie Hilflosen, «die auf Kosten der Armenpflege in einer Anstalt untergebracht sind», nur gewährt, wenn sie dadurch von der Armengeössigkeit befreit werden (Art. 42, Abs. 2, IVG). Im vorliegenden Fall ist unbestritten, daß die an beiden Beinen gelähmte und vom Fürsorgeamt unterhaltene Versicherte die Erfordernisse der Hilflosigkeit und der Bedürftigkeit erfüllt. In der Zeit von Ende April 1961 bis Ende November 1962 war sie auf Kosten des Fürsorgeamtes in einem Privatpflegeheim untergebracht; die Auszahlung der Hilflosenentschädigung hätte sie von der Armengeössigkeit nicht befreien können. Demzufolge steht ihr während der genannten Zeit die Entschädigung nur dann zu, wenn das Privatpflegeheim keine Anstalt ist.

2. Wie die Vorinstanz zutreffend feststellt, sind zum Begriff der «Anstalt» in den Materialien keinerlei Deutungen zu finden. Das BSV geht davon aus, die Pflege in der «Anstalt» stelle das Gegenstück zur Pflege «zu Hause» dar. Sicher bildet die Entgeltlichkeit der Pflege kein Ausschlußkriterium etwa in der Weise, daß grundsätzlich nur unentgeltliche Pflege im Familienkreise Anspruch auf Hilflosenentschädigung gäbe (als Ersatz für vermehrte Kosten). Der Anspruch steht auch einem hilflosen, armengeössigen Versicherten ohne Angehörige zu, wenn er sich in entgeltliche Pflege begeben muß, sofern diese eben nicht in einer Anstalt gewährt wird. Als begrifflicher Gegensatz zur anstaltsmäßigen Pflege erscheint damit die häusliche Pflege, oder anders ausgedrückt, die Pflege in einem privaten, persönlichen Milieu im Gegensatz zur Pflege im öffentlich und unpersönlich gefärbten Milieu der Anstalt (ohne daß es darauf ankäme, ob diese dem privaten oder öffentlichen Rechte zugehört). Nicht angängig wäre es, darauf abzustellen, ob der Hilflose die Pflege auf Grund des Gesetzes (Aufnahmepflicht einer Anstalt) oder auf Grund eines Vertrages erhalte, wenn auch bei enger Fassung des Anstaltsbegriffs darunter Einrichtungen verstanden werden könnten, die Hilflose auf Grund gesetzlicher Verpflichtung aufnehmen.

Bildet aber das persönliche, familienähnliche Milieu die Grenze gegen die Anstalt, dann gibt es fließende Übergänge. Ob eine Anstalt vorhanden sei, kann deshalb vielfach nur nach Ermessen entschieden werden. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, daß der Gesetzgeber in Art. 42, Abs. 2, IVG neben anderem den persönlichen Lebenskreis gegen die Auflösung durch Anstaltseinweisung unterstützen wollte: Gemäß Art. 84 IVV in Verbindung mit Art. 76 AHVV kann nämlich auch die Armenbehörde die Hilflosenentschädigung beziehen, solange die von ihr unterhaltene Person nicht in einer Anstalt gepflegt wird; das bietet für die Behörde einen Anreiz, die Anstaltsversorgung nicht ohne Not eintreten zu lassen. (Hierzu ergibt sich gleichzeitig, daß kein begriffliches Unterscheidungsmerkmal darin gefunden werden kann, ob die Hilflosenentschädigung dem Versicherten persönlich ausge-

hündigt werden darf oder ob die Art. 84 IVV und Art. 76 AHVV) eingreifen.) Wird außerdem berücksichtigt, daß der für eine Ausnahmenvorschrift bestimmende Begriff der Anstalt (französisch asile) keine ausdehnende Auslegung verträgt, so läßt sich bei Mischformen der Pflege, deren privater Charakter überwiegt, noch nicht von Anstaltspflege sprechen. Zu beachten ist auch, daß nach der Praxis die Entschädigung überhaupt nur bedürftigen Invaliden bei fortgeschrittener Hilflosigkeit gewährt wird, d. h. solchen Invaliden, die auf eine fachliche Pflege angewiesen sind, soweit sie nicht den Vorzug einer geeigneten Familie genießen; ein großer Teil dieser Invaliden käme wieder um den Anspruch auf Hilfenentschädigung, wenn der Anstaltsbegriff zu weit gezogen würde.

3. Unter den gegebenen Verhältnissen kann nur nach Ermessen entschieden werden, ob das Privatpflegeheim unter den Begriff der Anstalt falle oder nicht. Gemäß den von der Vorinstanz bei der Heimleiterin eingeholten Auskünften liegt ein «Familienbetrieb» vor, nicht nur hinsichtlich der Betriebsleitung, sondern auch hinsichtlich der Zusammensetzung und der Betreuung der Pensionäre: Es werden höchstens 12 Personen aufgenommen, die in den Betrieb «hineinpassen» müssen; im Heim befinden sich ausschließlich alte Leute, die zum Teil pflegebedürftig, zum Teil aber noch selbständig sind und weitgehende Freiheit genießen. Die Bedeutung des persönlichen Momentes geht auch aus Angaben der Heimleiterin hervor, wonach die Versicherte charakterlich nicht mehr tragbar gewesen zu sein scheint. Wenn die Vorinstanz angenommen hat, es liege keine Anstalt vor, so hält sich der Entscheid im Rahmen des Ermessens; denn es läßt sich mit guten Gründen die Annahme vertreten, daß in diesem Heim der private Charakter der Pflege überwiege. Demzufolge hat die Vorinstanz der Versicherten für die Zeit dieses Heimaufenthaltes mit Recht die Hilfenentschädigung zugesprochen, was zur Abweisung der Berufung führt.

#### **Urteil des EVG vom 10. Februar 1964 i. Sa. J. T.**

**Art. 69 IVG in Verbindung mit Art. 84, Abs. 1, AHVG. Ein in einer rechtskräftigen Verfügung entschiedener Sachverhalt darf grundsätzlich nicht mehr richterlich überprüft werden. (Erwägung 1)**

**Art. 29, Abs. 1, IVG. Erfüllt ein Versicherter nach Ablauf einer 360tägigen krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit die Voraussetzungen für eine Invalidenrente, so kann diese Rente erst ab diesem Zeitpunkt und nicht rückwirkend ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit gewährt werden. (Erwägung 2)**

Der Versicherte war infolge einer Lungentuberkulose vom 27. Juli 1961 bis 4. November 1962 gänzlich und ununterbrochen arbeitsunfähig. Am 19. Januar 1962 verfügte die Ausgleichskasse, daß ihm die beanspruchte Invalidenrente im gegenwärtigen Zeitpunkt nicht zugesprochen werden könne, weil der Versicherte noch nicht krankheitshalber während 360 Tagen ununterbrochen voll arbeitsunfähig gewesen sei. Am 9. Februar 1962 teilte der Versicherte der IV-Kommission brieflich mit, er müsse weiterhin im Sanatorium bleiben, und fragte an, wann er eigentlich eine Invalidenrente erhalten werde. Die Kommission antwortete umgehend, nach 360 Tagen Spitalaufenthalt werde er voraussichtlich

rentenberechtigt werden. Mit Schreiben vom 26. Juli 1962 meldete der Versicherte der Kommission, er sei nun am 21. Juli während 360 Tagen ununterbrochen voll arbeitsunfähig gewesen und ersuche «um Bescheid». Am 15. September wurde der Patient vom Sanatorium in hausärztliche Nachbehandlung entlassen, und am 5. November 1962 nahm er seine Arbeit wieder auf.

Gemäß Kommissionsbeschuß vom 7. September (eröffnet am 16. November) verfügte die Ausgleichskasse am 4. Dezember 1962, die Invalidenversicherung zahle ab 1. Juli 1962 eine ganze einfache Invalidenrente und behalte sich auf Ende Dezember 1962 eine Revisionsprüfung vor. Mit rechtzeitiger Beschwerde vom 4. Januar 1963 begehrte der Versicherte die Invalidenrente «ab 10. August 1961, Eintritt ins Sanatorium».

Gestützt auf einen Kommissionsbeschuß vom 21. Januar verfügte die Ausgleichskasse am 7. Februar 1963, da der Versicherte wieder voll arbeitsfähig sei, erhalte er ab Februar 1963 keine Invalidenrente mehr. Hierauf vertrat der Versicherte, «in Erweiterung seines Antrages vom 4. Januar 1963», in Eingaben vom 11. und 18. März 1963 die Ansicht, sein Rentenanspruch erstrecke sich auf die Zeit vom 27. Juli 1961 (Eintritt ins Krankenhaus) bis 4. November 1962. Am 30. September 1963 entschied die kantonale Rekurskommission, auf die Beschwerde, welche verspätet (und überdies materiell unhaltbar) sei, werde nicht eingetreten.

Der Versicherte hat rechtzeitig Berufung eingelegt. Das EVG wies jedoch die Berufung mit folgender Begründung ab:

1. Auf das Gesuch eines Versicherten, die Gesetzmäßigkeit einer in Rechtskraft erwachsenen Kassenverfügung zu überprüfen, darf der Richter grundsätzlich nicht eintreten. Eine Ausnahme ist nur zulässig, wenn hinterher ein Sachverhalt zutage tritt, der beim Erlaß der Verfügung noch nicht bestanden hatte oder der Ausgleichskasse noch nicht bekannt gewesen war, und dieser Umstand möglicherweise eine andere als die der Verfügung zugrunde liegende rechtliche Beurteilung erheischt (EVGE 1955, S. 43 f., ZAK 1955, S. 120; EVGE 1957, S. 43, ZAK 1957, S. 409; EVGE 1962, S. 201 f., ZAK 1963, S. 72; und EVGE 1963, S. 212, Erwägung 2; ZAK 1964, S. 129).

Der Berufungskläger ficht die zweite Kassenverfügung (vom 4. Dezember 1962) an und macht geltend, nach dem Sinne des Art. 29, Abs. 1, IVG hätte die Ausgleichskasse nach 360 Tagen voller Arbeitsunfähigkeit rückwirkend ab Juli 1961 die Invalidenrente ausrichten sollen. Diesen Einwand hätte der Versicherte innert 30 Tagen seit dem Empfang der ersten Kassenverfügung, die am 19. Januar 1962 ergangen und mit einer zutreffenden Rechtsmittelbelehrung versehen war, auf dem Beschwerdeweg erheben müssen (Art. 69 IVG in Verbindung mit Art. 84 AHVG). Nachdem er dies unterlassen hat, ist die erste Verfügung im Laufe des Februars 1962 in Rechtskraft erwachsen (Art. 81 IVG und 97 AHVG) und darf sie heute nicht mehr richterlich überprüft werden, auch auf dem Umweg über die (fristgerecht weitergezogene) zweite Verfügung nicht, soweit dieser der gleiche Sachverhalt wie der rechtskräftigen ersten zugrunde liegt. Deshalb ist es keineswegs zu beanstanden, wenn die Vorinstanz die Beschwerde vom 4. Januar 1963 als verspätet betrachtet hat und nicht auf sie eingetreten ist.

2. Übrigens hat die Nichtanfechtung der ersten Kassenverfügung dem Versicherten gar nicht geschadet, wie sich aus folgendem ergibt:

Art. 29, Abs. 1, IVG handelt, wie sein Marginale besagt, vom Beginn des Anspruchs auf eine Invalidenrente und bestimmt wörtlich folgendes:

«Der Rentenanspruch entsteht, sobald der Versicherte mindestens zur Hälfte bleibend erwerbsunfähig geworden ist oder während 360 Tagen ununterbrochen voll arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig ist. Für den Monat, in dem der Anspruch entsteht, wird die Rente voll ausgerichtet.»

Der Berufungskläger ist nicht von einer Dauerinvalidität betroffen worden, sondern wegen Lungentuberkulose vom 27. Juli 1961 bis 4. November 1962, also während 360 Tagen und rund 100 weiteren Tagen, ununterbrochen gänzlich arbeitsunfähig gewesen. Nach dem klaren Wortlaut des Art. 29, Abs. 1, IVG, ist erst 360 Tage nach dem Eintritt ins Krankenhaus, nämlich am 21. Juli 1962, eine längerdauernde Invalidität im Sinne des Art. 4 IVG erreicht gewesen und darum erst vom 1. Juli 1962 hinweg eine Invalidenrente geschuldet (EVGE 1962, S. 248, ZAK 1963, S. 88; EVGE 1962, S. 353 ff., ZAK 1963, S. 248, und EVGE 1962, S. 359, Erwägung 2, ZAK 1963, S. 141). Die vom Versicherten verfochtene abweichende Ansicht kann nicht richtig sein, weil sonst der zweite Satz des Art. 29, Abs. 1, IVG etwas schlechthin Selbstverständliches aussagen und jeder normativen Bedeutung ermangeln würde.

Außerdem wird die These des Berufungsklägers durch die Entstehungsgeschichte des Art. 29, Abs. 1, widerlegt. Auf Seite 63 seiner Botschaft vom 24. Oktober 1958 zur Gesetzesvorlage hatte der Bundesrat bemerkt, bei einer Wartezeit von — wie vorgeschlagen — 360 Tagen trete die Invalidenrente in einem Großteil der Fälle an die Stelle des jetzt ausfallenden Krankengeldes der Krankenkasse und werde so von der Invalidenversicherung eine Brücke zur Krankenversicherung geschlagen. (Vgl. hierzu Art. 13, Abs. 3, KUVG). In der parlamentarischen Beratung wurde dann erklärt, wenn jemand schwer erkrankte und voraussichtlich während längerer Zeit erwerbsunfähig bleiben werde, genüge das noch nicht für eine Invalidenrente, sondern es müsse zuerst die Erwerbsunfähigkeit ein volles Jahr bestanden haben. Nach diesem unwidersprochenen Votum hat der Ständerat am 28. April und der Nationalrat am 4. Juni 1959 der heutigen Fassung des Art. 29, Abs. 1, IVG zugestimmt (Sten. Bull. 1959, StR S. 143 und NR S. 428).

3. ...

## Verfahren

Urteil des EVG vom 23. April 1964 i. Sa. J. T.

**Art. 69 IVG und Art. 84 AHVG. Eine Kassenverfügung gilt dann als zugestellt, wenn sie in den Gewahrsam des Adressaten gelangt ist und dieser somit imstande ist, von ihr Kenntnis zu nehmen. Im Streit über die Zustellung muß diese von der Ausgleichskasse glaubhaft gemacht werden. Bestätigung der Praxis. (Erwägung 1)**

Der ledige Versicherte leidet an einer poliomyelitischen Kyphoskoliose (Wirbelsäulenverkrümmung) und einem durch sie bedingten unvollständigen Querschnittssyndrom des Rückenmarks (Rückenmarksquetschung). Auf Kosten der

IV vom Chauffeur zum Lochkarten-Operateur umgeschult, stand er seit Oktober 1960 im Dienst einer Ausgleichskasse, bis man ihn dort im Januar 1962 entließ.

Mit Eingaben vom 23. Februar und 9. März 1962 ersuchte er um neuerliche Umschulung, da Lochkartenarbeit für ihn zu anstrengend sei. Doch beschloß die IV-Kommission am 30. Juli 1962, eine zweite Umschulung falle außer Betracht und beauftragte die Regionalstelle für berufliche Eingliederung, dem Gesuchsteller Arbeit zu vermitteln. Laut einer «Kopie für die Ausgleichskasse», die bei den Akten liegt, ist dieser Beschluß durch Kassenverfügung vom 20. August 1962 mit einfachem Brief dem Versicherten eröffnet worden.

Am 21. August 1962 telephonierte der Versicherte der Regionalstelle, soeben entnehme er dem Briefkasten ein Schreiben, wonach die Regionalstelle den Auftrag habe, ihm Arbeit zu vermitteln. Er sei jetzt aber Selbständig-erwerbender und verzichte auf solche Vermittlung. Doch werde er sich bei der IV-Kommission um eine Rente bewerben.

Mit Eingabe vom 16. Februar 1963 schrieb der Versicherte der IV-Kommission folgendes:

«Bezugnehmend auf die Unterredungen, die Sie mit . . . mir hatten, muß ich feststellen, daß auf der IV seltsame Dinge passieren. Sie behaupten, mir am 20. August 1962 eine Verfügung der Kommission zugestellt zu haben. Leider ist mir von einer solchen Verfügung nichts bekannt . . . Ich räume Ihnen eine letzte Frist von 10 Tagen ein, mir zu beweisen, daß ich Ihre Verfügung erhalten habe, oder mir eine zuzustellen.»

Die Ausgleichskasse antwortete am 27. Februar, unter Hinweis auf das Telephon des Versicherten vom 21. August 1962, wenn er den Erhalt ihrer Verfügung vom 20. August 1962 weiterhin bestreiten wolle, müsse er das innert 30 Tagen bei der kantonalen Rekurskommission tun. Der Versicherte folgte dem Rat und beschwerte sich am 27. März 1963. Er machte geltend, eine Verfügung vom 20. August 1962 habe er nie erhalten, und verlangte, daß die Regionalstelle «die Frage neuer Eingliederungsmaßnahmen prüfe und die Frage einer Invalidenrente abkläre».

Mit Urteil vom 7. Oktober 1963 hieß die Rekursbehörde die Beschwerde teilweise gut und verhielt die Ausgleichskasse, den Beschluß der IV-Kommission vom 30. Juli 1962 dem Beschwerdeführer nochmals zu eröffnen.

In den Erwägungen heißt es, das Telephongespräch des Versicherten vom 21. August 1962 beweise noch nicht, daß eine Kassenverfügung vom Tage zuvor in seinen Besitz gelangt sei.

Die Ausgleichskasse hat rechtzeitig Berufung eingelegt. Sie erklärt, das Telephongespräch vom 21. August 1962 spreche eindeutig dafür, daß der Versicherte damals ihre Verfügung erhalten habe.

Der Versicherte hält die Berufung für unbegründet. Da die Verfügung vom 20. August 1962 nicht eingeschrieben versandt worden sei, vermöge die Kasse gar nicht zu beweisen, daß er jene Sendung erhalten habe. Wegen der Papierflut, die sich bei Propagandafeldzügen und vor politischen Wahlen in die Briefkästen ergieße, könne mancher Brief übersehen werden.

In seinem Mitbericht vom 25. Februar 1964 beantragt das BSV, die Berufung gutzuheißen. Nach seiner Erkundigung habe die Regionalstelle seiner-

zeit eine Kopie der Verfügung vom 20. August 1962 erhalten. Den eingeschriebenen Versand der Kassenverfügungen schreibe das Gesetz nicht vor. Der Rekurs des Versicherten vom 27. März 1963 richte sich gegen die Verfügung vom 20. August 1962 und wäre nur rechtzeitig, wenn jene Verfügung ihm nicht zugekommen wäre und daher keine Beschwerdefrist zu laufen begonnen hätte. Laut seinem Telefongespräch mit der Regionalstelle habe er die Verfügung aber erhalten und hätte, nachdem sie unangefochten rechtskräftig geworden sei, der kantonale Richter auf den — verspäteten — Rekurs vom März 1963 nicht eintreten dürfen.

Das EVG hieß die Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Wird ein Versicherter von der Verfügung einer Ausgleichskasse betroffen, so kann er laut Art. 69 IVG in Verbindung mit Art. 84 AHVG die Verfügung innert 30 Tagen «seit der Zustellung» an den kantonalen Richter weiterziehen. Zugestellt ist eine Kassenverfügung dann, wenn sie in den Gewahrsam des Adressaten gelangt ist und dieser somit imstande ist, von ihr Kenntnis zu nehmen (EVGE 1957, S. 50, Erwägung 1, ZAK 1957, S. 115; EVGE vom 12. Dezember 1962, ZAK 1963, S. 284). Es ist also unbehelflich, wenn der Versicherte einwendet, bei der Papierflut, die sich während Propaganda-Aktionen und dergleichen in die Briefkästen ergieße, laufe mancher Brief Gefahr, übersehen zu werden und verloren zu gehen. Sobald eine Kassenverfügung in den Briefkasten des Versicherten gelangt ist, befindet sie sich in seinem Gewahrsam und ist ihrem Adressaten zugestellt. «Übersieht» der Versicherte den die Verfügung enthaltenden Brief, so hat er die rechtlichen Folgen solcher Unaufmerksamkeit zu tragen, wie das BSV zutreffend darlegt. Wohl muß die Ausgleichskasse im Prozeßfalle belegen, daß und wann sie einem Versicherten eine bestimmte Verfügung zugestellt habe. Ist aber die Verfügung nur als einfacher Brief versandt worden und somit keine postamtliche Zustellbescheinigung erhältlich, so muß von der Kasse wenigstens verlangt werden, daß sie die Zustellung glaubhaft mache (EVGE vom 12. Mai 1950, ZAK 1950, S. 362).

2. Da, wie im Mitbericht des BSV vermerkt, der Regionalstelle am 20. oder 21. August 1962 das Doppel einer an den Versicherten adressierten Kassenverfügung vom 20. August 1962 zugegangen ist, darf man füglich vermuten, etwa gleichzeitig habe der Versicherte den Originaltext der Verfügung erhalten. Und daß diese Vermutung zutrifft, bezeugt hinreichend sein telephonischer Bericht vom 21. August 1962, er entnehme einem soeben erhaltenen «Schreiben», daß die Regionalstelle ihm Arbeit zu verschaffen beauftragt sei, verzichte aber hierauf, weil er jetzt als Selbständigerwerbender tätig sei. Hierzu paßt denn auch die Tatsache, daß der Berufungsklagende am 12. Juni 1962 als Inhaber einer Einzelfirma (Handel mit Treibstoff und Mineralölen sowie andere Vertretungen) ins Handelsregister eingetragen war.

Bei dieser Sachlage pflichtet das EVG den beweisrechtlichen Ausführungen der Berufungsklägerin und des BSV bei. Aus den vorliegenden Akten ergibt sich zur Genüge, daß die am 20. August 1962 ergangene Kassenverfügung dem Versicherten postwendend zugestellt worden und hernach — mangels Beschwerdeführung — während der zweiten Hälfte des Septembers 1962 in Rechtskraft erwachsen ist. Die erst am 27. März 1963 erhobene Be-

schwerde ist verspätet. Daher hätte sie vom kantonalen Richter nicht materiell beurteilt werden sollen.

**Urteil des EVG vom 11. Februar 1964 i. Sa. H. L.**

**Art. 78, Abs. 2, IVV. Hilfsmittel, die der Versicherte ohne hinreichende Gründe vor der Zusprechung durch die IV-Kommission angeschafft hat, können grundsätzlich nicht zu Lasten der IV finanziert werden. Ausnahmen sind lediglich in sinngemäßer Anwendung von Art. 78, Abs. 2, IVV zuzulassen. (Erwägung 2)**

Der 1898 geborene, als Arbeiter in einer Färberei tätige Versicherte, der seit Jahren an einem Gehördefekt leidet, kaufte sich im November 1961 einen Hörapparat. Noch im gleichen Monat meldete er sich bei der IV mit dem Begehren, es sei ihm ein Beitrag an das bereits angeschaffte Hilfsmittel auszurichten. Durch Verfügung vom 16. April 1962 brachte die Ausgleichskasse dem Versicherten zur Kenntnis, die IV-Kommission habe die Ausrichtung des angebehrten Beitrages verweigert, weil die ohne Anordnung der IV-Kommission erfolgte Anschaffung des Hörapparates nicht dringlich gewesen sei. Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies die kantonale Rekurskommission ab.

Auf Berufung des Versicherten hin hieß das EVG die Auffassung der Vorinstanz mit folgenden Erwägungen gut:

1. Aus Art. 60, Abs. 1, Buchst. b, IVG geht hervor, daß Eingliederungsmaßnahmen grundsätzlich nur gewährt werden, wenn sie die IV-Kommission vor der Durchführung angeordnet hat, was voraussetzt, daß der Fall bei der IV angemeldet worden ist. Immerhin ist es notwendig, Ausnahmen vom gesetzlichen Grundsatz zuzulassen. Der Bundesrat hat dies in Art. 78, Abs. 2, der Vollziehungsverordnung vom 17. Januar 1961 denn auch getan. Durch Bundesratsbeschluß vom 10. Juni 1963, in Kraft seit 15. Juli 1963, hat Art. 78, Abs. 2, IVV eine neue Fassung erhalten, die auf alle bei ihrem Inkrafttreten noch nicht erledigten Leistungsbegehren anzuwenden ist. Nach dieser neuen Fassung übernimmt die IV außer den angeordneten Eingliederungsmaßnahmen «die Kosten für Maßnahmen, die aus wichtigen Gründen vor der Beschlußfassung der Kommission durchgeführt werden mußten, sofern die Anmeldung innert 6 Monaten seit Beginn der Durchführung eingereicht wurde».

2. In EVGE 1962, S. 346 (ZAK 1963, S. 253) wurde die Anschaffung und Inbetriebnahme eines Hilfsmittels (es handelt sich um ein Motorfahrzeug) als Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 78, Abs. 2, IVV, bezeichnet. Das entspricht denn auch der gesetzlichen Terminologie, welche (siehe z. B. das Marginale zu Art. 8, ferner Art. 9 und 10 IVG) unter den Sammelbegriff «Eingliederungsmaßnahmen» sämtliche Arten von Eingliederungsleistungen subsumiert, somit auch die Hilfsmittelabgabe. Ausgehend von der weiteren gesetzlichen Aussage, daß die Eingliederungsmaßnahmen «durchgeführt» werden (Art. 10, Abs. 2, IVG, Art. 78, Abs. 2, IVV), erscheint es beim ersten Blick nicht abwegig, anzunehmen, den «Maßnahmen» gemäß Art. 21 IVG komme insofern Dauercharakter zu, als sie im fortgesetzten Gebrauch der Hilfsmittel beständen. Diese Betrachtungsweise würde dazu führen, in Fällen

der Verwirkung der Hilfsmittelabgabe zu untersuchen, ob das Hilfsmittel auch weiterhin notwendig sei und, wenn ja, angemessene Amortisationsbeiträge zu gewähren. (Das Gericht hat übrigens schon in diesem Sinne entschieden bezüglich der Fortsetzung medizinischer Maßnahmen, deren Finanzierung für die Zeit vor der Beschlußfassung gestützt auf Art. 78, Abs. 2, IVV abgelehnt worden war).

Dennoch ist es im Ergebnis richtig, Hilfsmittel, die der Versicherte ohne hinreichende Gründe vor der Zuspreehung durch die IV-Kommission angeschafft hat, grundsätzlich nicht zu Lasten der IV zu finanzieren. Der Anspruch auf Hilfsmittel geht nach Art. 8, Buchst. d, und Art. 21 IVG in der Hauptsache eigentlich nicht auf die «Durchführung» von Maßnahmen, sondern auf Sachleistungen. Das geht aus dem Gesetzestext selber hervor, der von der Abgabe von Hilfsmitteln spricht. Leistungen hat aber die IV, sofern das positive Recht nichts anderes bestimmt, nur zu erbringen, wenn sie von den zuständigen Organen angeordnet worden sind (EVGE 1962, S. 252; ZAK 1962, S. 479), was bereits gesagt wurde. Wenn nun der Versicherte im Zeitpunkt, da die zuständige Verwaltungsstelle Beschluß faßte oder hätte fassen sollen, die zu seiner Eingliederung notwendigen Hilfsmittel bereits besitzt, dann besteht für die Anordnung einer Abgabe solcher Mittel durch die IV kein Raum mehr. Ausnahmen sind lediglich in sinngemäßer (d. h. den prinzipiellen Charakter auf Hilfsmittelabgabe wahrer) Anwendung von Art. 78, Abs. 2, IVV zuzulassen. Die Bestimmung hat bei Hilfsmitteln dieselbe Wirkung wie bei einmaligen medizinischen Maßnahmen: Die Gewährung von Kostenbeiträgen ist bei derartigen Maßnahmen ebenfalls ausgeschlossen, obwohl sie in vielen Fällen für das ganze Leben nützen.

3. Gestützt auf diese Darlegungen ergibt sich für den vorliegenden Fall folgendes: Zwar hat sich der Versicherte kurze Zeit nach der Anschaffung des Hörapparates bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet, weshalb die sechsmonatige Frist des Art. 78, Abs. 2, IVV eingehalten ist. Dagegen bestanden offensichtlich keine «wichtigen Gründe» im Sinne der genannten Bestimmung, das Gerät vor der Beschlußfassung durch die IV anzuschaffen. Der Versicherte war schon seit Jahrzehnten schwerhörig, und nichts spricht dafür, daß eine Verschlimmerung seines Zustandes es ihm in wesentlich höherem Maße erschwert hätte, seiner bisherigen Erwerbstätigkeit noch einige Wochen bis zum Beschluß der IV-Kommission ohne Hörgerät nachzugehen. Die nachträgliche Finanzierung des Hörapparates durch die IV ist somit ausgeschlossen, was zur Abweisung der Berufung führt.