



BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG

ZAK

Zeitschrift für die Ausgleichskassen der AHV und ihre (Gemeinde-)
Zweigstellen, die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen sowie weitere
Durchführungsstellen der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der
Invalidenversicherung, der Erwerbsersatzordnung für Wehrpflichtige,
der Familienzulagenordnung und der Alters-, Hinterlassenen- und
Invalidenfürsorge

Jahrgang 1963

Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVV	Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AS	Amtliche Sammlung der eidgenössischen Gesetze 1948 ff.
BB1	Bundesblatt
BGE	Amtliche Sammlung der Bundesgerichtsentscheide
BRB	Bundesratsbeschluß
BS	Bereinigte Sammlung der Bundesgesetze und Verordnungen 1848 bis 1947
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
EO	Erwerbsersatzordnung
EOG	Bundesgesetz über die Erwerbsausfallentschädigungen an Wehrpflichtige
EOV	Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Erwerbsausfallentschädigungen an Wehrpflichtige
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
EVGE	Amtliche Sammlung der Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes
FAK	Familienausgleichskassen
FLG	Bundesgesetz über die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern
FLV	Vollzugsverordnung zum Bundesgesetz über die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern
GgV	Verordnung über Geburtsgebrechen
IBK	Individuelles Beitragskonto
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IVV	Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KUVG	Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung
MV	Militärversicherung
MVG	Bundesgesetz betreffend die Versicherung der Militärpersonen gegen Krankheit und Unfall
RV	Verordnung über die Rückvergütung der von Ausländern und Staatenlosen an die AHV bezahlten Beiträge
Rz	Randziffer
SchKG	Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch
VfV	Verordnung über die freiwillige AHV
WStB	Bundesratsbeschluß über die Erhebung einer Wehrsteuer
ZAS	Zentrale Ausgleichsstelle
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch

VON MONAT ZU MONAT

Der *Ausschuß für die technische Bilanz* der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung hat am 7. und 20. Dezember 1962 unter dem Vorsitz seines Präsidenten, Prof. Dr. W. Saxer, zwei Sitzungen abgehalten. Er hat dabei die Richtlinien festgelegt, die für die technische Bilanz der AHV auf 1. Januar 1963 anzuwenden sind. Sobald diese Bilanz vorliegt, wird sich der Ausschluß über die Ergebnisse orientieren lassen.

*

Unter dem Vorsitz von Dr. Oberli vom Bundesamt für Sozialversicherung trat am 11. Dezember 1962 der *Arbeitsausschuß für Beitragsbezug und Buchführung* der Studiengruppe für technische Fragen zu seiner ersten Sitzung zusammen. Zur Diskussion stand die Meldung der Versicherungs- bzw. Beitragszeiten für Ausländer, wobei vorerst grundsätzliche Verfahrensfragen erörtert wurden.

*

Am 14. Dezember 1962 ist in Rom das neue Abkommen über soziale Sicherheit zwischen der Schweiz und Italien unterzeichnet worden, schweizerischerseits durch Dr. Saxer, Beauftragter für Sozialversicherungsabkommen, italienischerseits durch G. Lupis, Unterstaatssekretär im Außenministerium.

Die Vereinbarung bezieht sich schweizerischerseits auf die Bundesgesetzgebung über die AHV, die IV, die Versicherung gegen Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle sowie Berufskrankheiten und auf die bundesrechtliche Ordnung über die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern. Italienischerseits ist das Abkommen anwendbar auf die Invalidenversicherung, die Alters- und Hinterlassenenversicherung, die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie auf die Familienzulagenordnung.

Das Abkommen stellt die schweizerischen und italienischen Staatsangehörigen hinsichtlich der Anwendung der genannten Gesetzgebungen einander grundsätzlich völlig gleich. Es bedarf zur Inkraftsetzung noch der beiderseitigen Ratifikation.

Der neue Chef der Zentralen Ausgleichsstelle

Der Bundesrat hat *Dr. Alois Imbach* auf den 1. Januar 1963 zum neuen Chef der Zentralen Ausgleichsstelle gewählt (ZAK 1962, S. 394). Dr. Imbach, der nebst dem Doktorgrad der Universität Bern auch das Anwaltspatent seines Heimatkantons Luzern besitzt und mehrere Jahre in der Bundesstadt als selbständiger Anwalt tätig war, ist für diesen verantwortungsvollen Posten bestens vorbereitet.

Mitte 1940 stellte sich Dr. Imbach den Zentralen Ausgleichsfonds der in der Aktivdienstzeit neu geschaffenen Lohn- und Verdienstersatzordnung als juristischer Mitarbeiter zur Verfügung. 1945 wurde er zum Sektionschef II und 1949 zum Sektionschef I befördert. Als Stellvertreter des nunmehr ausgeschiedenen Josef Studer hatte er insbesondere auch die Leitung der Schweizerischen Ausgleichskasse und der dieser angegliederten Verbindungsstelle zu den ausländischen Sozialversicherungsinstitutionen inne.

Als Chef der Zentralen Ausgleichsstelle übernimmt Dr. Imbach neue Aufgaben, umfaßt doch dieser Verwaltungszweig neben der Schweizerischen Ausgleichskasse und der bereits erwähnten Verbindungsstelle die zentralen Dienste der AHV, IV und EO für das Register- und Rechnungswesen, den IV-Sachleistungsdienst, den Anlagendienst für den Ausgleichsfonds der AHV und die Sekretariatsführung für den Verwaltungsrat dieses Fonds. Die Redaktion der ZAK entbietet Dr. Imbach für seine neue Tätigkeit die besten Wünsche.

Die AHV-Ausgleichskassen im Dienste anderer Sozialwerke

I. Die bisherige Entwicklung

Artikel 63, Absatz 4, AHVG gibt den Kantonen und den Gründerverbänden von Verbandsausgleichskassen das Recht, ihren Ausgleichskassen weitere Aufgaben, insbesondere solche auf dem Gebiete des Wehrmanns- und Familienschutzes, zu übertragen. Sie haben davon in umfangreichem Maße Gebrauch gemacht. In der ZAK wurde darüber bereits früher berichtet (letztmals 1956, S. 89). Die nachfolgenden Ausführungen geben einen Überblick über die seitherige Entwicklung.

Ende 1955 waren insgesamt 63 AHV-Ausgleichskassen mit der Durchführung von weiteren Aufgaben betraut; Ende 1961 waren es 76, also 13 Ausgleichskassen mehr. Von den 104 bestehenden AHV-Ausgleichs-

kassen haben demnach mehr als zwei Drittel die Durchführung von weiteren Aufgaben übernommen.

Der überwiegenden Mehrheit dieser 76 Ausgleichskassen sind gleichzeitig mehrere solche Aufgaben verschiedener oder gleicher Art zur Durchführung anvertraut (z. B. Familienausgleichskasse und Ferienausgleichskasse oder mehrere Familienausgleichskassen). Betrug die Zahl der den AHV-Ausgleichskassen zur Durchführung übertragenen Aufgaben im Jahre 1955 im Gesamten noch 257, so ist diese in der Zwischenzeit auf 438 erteilte Bewilligungen angestiegen. Bei den kantonalen Ausgleichskassen hat sich die Zahl der Bewilligungen um 19 erhöht, nämlich von 41 im Jahre 1955 auf 60 im Jahre 1961. Bei den Verbandsausgleichskassen ist im gleichen Zeitraum ein Zuwachs von 216 auf 378, d. h. von 162 Bewilligungen festzustellen, was nicht weit von einer Verdoppelung entfernt ist.

II. Die Art der übertragenen Aufgaben

In Artikel 130, Absatz 2, AHVV wird bestimmt, daß den AHV-Ausgleichskassen nur Aufgaben übertragen werden können, die zur Sozialversicherung oder einem ihr verwandten Gebiet gehören. Damit ist die Art der für die Übertragung in Frage kommenden weiteren Aufgaben im weitesten Sinne umschrieben. In der Praxis hat das Bundesamt für Sozialversicherung bisher alle nachfolgend erwähnten Arten von übertragenen Aufgaben als zur Sozialversicherung gehörend betrachtet und entsprechende Gesuche gutgeheißen.

In 17 Kantonen ist die Durchführung der Altersbeihilfe gemäß kantonalen Gesetzgebung und gemäß Bundesbeschluß vom 8. Oktober 1948 betreffend die zusätzliche Alters- und Hinterlassenenfürsorge der kantonalen AHV-Ausgleichskasse übertragen. 23 kantonale Ausgleichskassen sind bei der Durchführung der kantonalen Familienzulageordnung eingesetzt und führen mehrheitlich für ihren Kanton die Familienausgleichskasse. In 2 Kantonen erledigen die kantonalen AHV-Ausgleichskassen die Geschäfte der Ferienausgleichskasse. Überdies stellen 14 kantonale Ausgleichskassen ihre Dienste für die Besorgung bestimmter Arbeiten in Zusammenhang mit der Durchführung der Unfallversicherung in der Landwirtschaft zur Verfügung. Ferner besorgen kantonale AHV-Ausgleichskassen in je einem Fall die Arbeiten für eine kantonale Altersversicherung, das Inkasso von Prämienbeiträgen für eine Krankenkasse sowie die Geschäfte einer kantonalen Invalidenfürsorgeinstitution und die Auszahlung der Teuerungszulagen an die Primarlehrer.

Von den insgesamt 51 Verbandsausgleichskassen, die mit weiteren Aufgaben betraut sind, führen deren 37 Arbeiten einer oder mehrerer regionaler Familienausgleichskassen und 6 solche einer gesamtschweizerischen Familienausgleichskasse durch. Seit der letzten Berichterstattung im Jahre 1955 ist ein Zuwachs von 11 AHV-Verbandsausgleichskassen zu verzeichnen, die neu Familienausgleichskassen führen. Während 1955 bloß 3 Verbandsausgleichskassen mit den Aufgaben der privaten zusätzlichen Alters- und Hinterlassenenversicherung von Berufsverbänden betraut waren, sind es nun 10 Kassen, die auf diesem Gebiet tätig sind. Zu den seinerzeit gemeldeten 19 Verbandsausgleichskassen, welche die Aufgaben einer Abrechnungsstelle für kantonale Familienausgleichskassen oder einer andern Verbandsausgleichskasse übertragen wurden, sind seither 12 weitere Kassen hinzugekommen. Die von 31 Verbandsausgleichskassen geführten Abrechnungsstellen übernehmen das Beitragsinkasso und teilweise auch die Auszahlung der Zulagen für Familienausgleichskassen, die von anderen AHV-Ausgleichskassen oder Dritten geführt werden. Dadurch wird es den Arbeitgebern ermöglicht, mit nur einer Ausgleichskasse abzurechnen. Von 6 im Jahre 1955 auf total 8 angestiegen ist die Zahl der Verbandsausgleichskassen, denen das Prämieninkasso und teilweise auch die Auszahlung von Leistungen von Krankenkassen übertragen worden sind. Des weitern führen die schon 1955 mit den Aufgaben einer Ferien- und Feiertagskasse betrauten 8 Verbandsausgleichskassen diese Arbeit auch weiterhin durch.

III. Umsätze für die übertragenen Aufgaben

Mit den Beiblättern zum Jahresbericht der AHV-Ausgleichskassen verlangte das Bundesamt für Sozialversicherung in den vergangenen Jahren u. a. auch nähere Angaben über die Umsätze an Beiträgen und Leistungen, welche die AHV-Ausgleichskassen für die übertragenen Aufgaben tätigten.

Im Jahre 1961 sind von den kantonalen AHV-Ausgleichskassen und den Verbandsausgleichskassen zusammen über 202 Mio Franken Beiträge erhoben und 173 Mio Franken Leistungen ausbezahlt worden, was einen Gesamtumsatz von 375 Mio Franken ergibt. Die kantonalen AHV-Ausgleichskassen allein wiesen dabei einen Umsatz von 32 Mio Franken Beiträge und 44 Mio Franken Leistungen auf. Die Verbandsausgleichskassen kassierten Beiträge in der Höhe von 170 Mio Franken ein und bezahlten Leistungen von total 129 Mio Franken aus. Die hier auffallende große Differenz zwischen Beiträgen und Leistungen ist hauptsächlich darin begründet, daß verschiedene AHV-Ausgleichskassen für andere

Institutionen nur das Beitragsinkasso, nicht aber die Auszahlungen der Leistungen besorgen.

Von Interesse ist, wie sich dieser Umsatz auf die einzelnen Arten von übertragenen Aufgaben verteilt. Die kantonalen AHV-Ausgleichskassen haben für die Familienausgleichskassen 30 Mio Franken Beiträge eingezogen und rund 25 Mio Franken Leistungen ausgerichtet. Für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenfürsorge (zusätzliche Alters- und Hinterlassenenbeihilfen) gelangte ein Betrag von 16 Mio Franken zur Auszahlung. Auf verschiedene andere übertragene Aufgaben, wie Ferienausgleichskassen, Krankenkassen, Unfallversicherung in der Landwirtschaft usw. entfallen rund 2 Mio Franken Beiträge und ungefähr 3 Mio Franken Leistungen.

Wesentlich größere Zahlen ergeben die Anteile der verschiedenen Arten von übertragenen Aufgaben bei den Verbandsausgleichskassen. Von ihnen wurden für die Familienausgleichskassen 67 Mio Franken Beiträge erhoben und für den gleichen Zweck 43 Mio Franken Leistungen erbracht. Ein bedeutend größerer Umsatz, nämlich 146 Mio Franken im gesamten, fiel auf die Ferien- und Feiertagskassen. Die vereinnahmten Beiträge zeigten hier einen Stand von 75 Mio Franken, während an Leistungen 71 Mio Franken ausgewiesen wurden. Im Auftrag verschiedener Krankenkassen vereinnahmten die Verbandsausgleichskassen 8,5 Mio Franken Prämien und richteten über 2 Mio Franken für Leistungsansprüche aus. Die private zusätzliche AHV der Berufsverbände wies Beiträge in der Höhe von 5,5 Mio Franken und Leistungen von rund 1 Mio Franken auf. Ungefähr 14 Mio Franken entfallen auf Beiträge und 12 Mio Franken auf Leistungen für verschiedene andere Aufgaben. Interessant ist auch die Tatsache, daß in einzelnen Verbandsausgleichskassen die Umsatzzahlen für übertragene Aufgaben die für die AHV/IV/EO verbuchten Beiträge und Leistungen um einiges übersteigen. In einem Extremfall setzte die betreffende Verbandsausgleichskasse im Berichtsjahr 92 Mio Franken für die AHV/IV/EO und 187 Mio Franken für übertragene weitere Aufgaben um.

Stellt man diese Gesamtumsätze vergleichsweise den von den kantonalen Ausgleichskassen und den Verbandsausgleichskassen zusammen im gleichen Jahr ausgewiesenen Umsatzzahlen für die AHV/IV/EO gegenüber, ergeben sich einige beachtenswerte Feststellungen. Im Gesamtdurchschnitt machen die Umsätze für übertragene Aufgaben aufgerundet 19 Prozent derjenigen für die AHV/IV/EO aus, wobei zwischen Beiträgen und Leistungen keine nennenswerte Abweichung besteht. Ein beträchtlicher Unterschied im Beschäftigungsumfang für übertragene

Aufgaben ergibt sich hingegen in der Gegenüberstellung von kantonalen Ausgleichskassen und Verbandsausgleichskassen. Während die kantonalen Kassen ein Umsatzvolumen an übertragenen Aufgaben aufweisen, das rund 8 Prozent des Geschäftsumfanges der AHV/IV/EO ausmacht, ergibt dies bei den Verbandsausgleichskassen ungefähr 30 Prozent. Hier nehmen die übertragenen Aufgaben demnach einen Platz ein, der nahezu einem Drittel des Umfanges der Bundesaufgaben gleichkommt.

*

Abschließend sei noch kurz auf die den AHV-Ausgleichskassen aus der Durchführung der übertragenen Aufgaben erwachsenden Kosten und deren Vergütung hingewiesen. Die AHV-Ausgleichskassen haben Anspruch darauf, daß ihnen der aus der Führung von weiteren Aufgaben entstehende Aufwand angemessen entschädigt wird. Sie haben für die von ihnen auf dem Gebiete der übertragenen Aufgaben bewältigten Umsätze von 375 Mio Franken insgesamt 3,2 Mio Franken Kostenvergütungen erhalten. Der Betrag entspricht 0,85 Prozent der Beiträge und Leistungen aller übertragener Aufgaben.

Die Auswertung der Unterlagen für das Jahr 1961 veranschaulicht in sehr eindrucklicher Weise die erhebliche Bedeutung der übertragenen Aufgaben in der Organisation der AHV-Ausgleichskassen. Aus ihr wird ersichtlich, in welch umfangreichem Maße der Verwaltungsapparat der AHV im Dienste anderer Sozialeinrichtungen steht, die daraus, insbesondere was die Verwaltungskosten betrifft, nicht unwesentliche Vorteile ziehen.

Wirksame Hilfe der Invalidenversicherung

Die Rechenschaftsberichte vieler Institutionen der Invalidenhilfe und der Fürsorge legen die Auswirkungen dar, welche die Einführung der IV und deren Leistungen für das betreffende Hilfswerk oder für eine bestimmte Anstalt und deren Schützlinge brachte. Die ZAK veröffentlicht hiernach einige Auszüge aus solchen Berichten.

Aus dem Bericht der Schweizerischen Nationalspende über das Jahr 1961

Mehr und mehr ist es den kantonalen IV-Kommissionen gelungen, die eingelangten Anmeldungen zu behandeln. Es ist jetzt deutlich zu erkennen, daß auch viele von unsern Schützlingen der Wohltat von Lei-

stungen der IV teilhaftig werden. In etlichen Fällen konnten wir uns vollständig zurückziehen, in andern unsere Zuschüsse ermäßigen. Der günstige Rechnungsabschluß der Schweizerischen Nationalspende hat hauptsächlich diese Tatsache zum Grund.

Aus dem Jahresbericht einer Anstalt zur Förderung geistig Behinderter

Von den 335 Kindern und Zöglingen unseres Heims sind es nur 18, die nicht in den Genuß einer Leistung der IV kommen.

Abteilungen für «praktisch bildungsfähige und schulbildungsfähige Kinder»

Sonderschulung mit Verfügung der IV	195
Sonderschulung, Verfügung noch zu erwarten	7
Sonderschulung, jedoch zu hoher Intelligenzquotient	16
Sonderschulung, Ausländer	2
Total	220

Abteilung für «schulentlassene Geistesschwache»

	Haushaltungs- schule	Lehr- werkstätten
Erstmalige berufliche Ausbildung mit Verfügung der IV	34	32
Erstmalige berufliche Ausbildung, Verfügung noch zu erwarten	6	7
Pflegefälle minderjährig	2	6
Teilerwerbsfähige und Pfleglinge (Rentner und Halbrentner)	8	20
Total	50	65

... Die Erfahrungen zeigen eindeutig, daß unser Heim mit Einführung der IV in finanzieller Hinsicht auf eine neue Basis gestellt wurde und eine grundlegende Sicherung für den Weiterbetrieb erhalten hat und daß die IV eine nicht mehr wegzudenkende Hilfe geworden ist. Verbuchten wir im Jahre 1959, also vor Einführung der IV 500 421,40 Franken an Einnahmen für Verpflegung und Ausbildung, so stiegen diese Einnahmen dank der IV im vergangenen Rechnungsjahre auf 735 600 Franken ...

Aus dem Jahresbericht einer Selbsthilfeorganisation für Blinde

... Die Umschulung bereitet heute nicht mehr so große Schwierigkeiten, da sie finanziell weitgehend von der IV getragen wird. Durch diese Umschulungsmöglichkeiten, vor allem bei Späterblindeten, wird die Eingliederungstätigkeit heute wesentlich erleichtert. Wir denken hier beispielsweise an folgenden Fall: Fräulein D. ist zufolge ihrer Schul- und nachherigen Bildung zur Stenotypistin ausgebildet worden. Die verschiedenen Praktika konnte sie nicht beendigen, weil sie diesem Beruf nervlich nicht gewachsen schien. In der Folge wurde beschlossen, Frl. D. zur Telephonistin umzuschulen. Die Kosten hiefür wurden von der IV übernommen. Heute ist sie in einer großen Firma des Kantons Zürich als Telephonistin tätig und arbeitet zur vollen Zufriedenheit ihrer Vorgesetzten.

Aus dem Jahresbericht einer Eingliederungsstätte für Blinde

... Rund zwei Drittel der bearbeiteten Abklärungs- und Eingliederungsfälle stammen von der IV; diese Quote beweist einmal mehr die enge Zusammenarbeit zwischen Versicherung und privater Fürsorgetätigkeit. Die nachstehende Tabelle orientiert über die Einzelheiten.

Arbeitsvermittlung von IV-Fällen

Vermittelte Tätigkeit	Männer	Frauen	Zusammen
Telefonist	1	5	6
Bureauangestellte	1	1	2
Blindenwerkstätte	2	—	2
Landwirtschaft	—	1	1
Industrie	7	6	13
Total	11	13	24

Die 24 Eingegliederten erzielten eine jährliche Gesamtlohnsumme von 133 000 Franken: der monatliche Durchschnitt beträgt im Einzelfall 462 Franken.

Hinweise zur Rentenrevision nach Artikel 41 IVG

Als wiederkehrende Leistungen sind die im Rahmen der IV zugesprochenen Renten zumeist für eine Ausrichtung auf lange Dauer gedacht. Dieser Leitgedanke kann und darf jedoch nicht hindern, daß laufende IV-Renten nach Bestand oder Umfang eine begründete Änderung er-

fahren, so vor allem aber infolge einer notwendig werdenden Neubemessung der Invalidität.

Die nachstehenden Ausführungen beschränken sich auf das Revisionsverfahren, welches der Gesetzgeber in Anlehnung an die Regelung der obligatorischen Unfallversicherung und der Militärversicherung (Art. 80 KUVG und Art. 26 MVG) zur Hauptsache im erwähnten Artikel 41 IVG, ergänzt durch die Vollzugsvorschriften von Artikel 87 und Artikel 88 IVV, geordnet hat. Die hiezu erforderlichen Weisungen an die IV-Organen hat das Bundesamt für Sozialversicherung in einem Kreisschreiben vom 26. November 1962 erlassen. Unter bewußtem Verzicht auf Vollständigkeit seien hier in einem kurzen Überblick die wesentlichen Punkte dieser Rentenrevision gestreift.

*

Ausgangspunkt für eine Rentenrevision bildet nach Artikel 41, Absatz 1, IVG die Möglichkeit der Änderung des Invaliditätsgrades in einer für den Anspruch erheblichen Weise, wobei gleichgültig ist, auf welche Bemessungsfaktoren diese Änderung zurückzuführen ist. So bildet auch das Auftauchen neuer Eingliederungsmöglichkeiten einen Revisionsgrund. Im übrigen kann vereinzelt eine Neubemessung des Invaliditätsgrades erforderlich werden, weil ein Wechsel im Bemessungsmodus eingetreten ist, z. B. bei einem bisher nach der Sondervorschrift von Artikel 5 IVG rentenberechtigten Studenten bei Abschluß des Studiums und Aufnahme der Berufstätigkeit. Umgekehrt mag unter Umständen bei einer früher berufstätigen invaliden Versicherten nach ihrer Verehelichung Anlaß bestehen, die Invalidität nunmehr gestützt auf die erwähnte Spezialbestimmung zu bemessen. Entsprechend den für die Festsetzung von halben und ganzen Renten maßgebenden Invaliditätsgraden ergeben sich so für eine Revision verschiedene Spielarten, deren Ergebnis nach der Lage des Einzelfalles in einer Erhöhung, Herabsetzung, Aufhebung oder aber in einer unveränderten Weitergewährung der Rente bestehen kann.

Der äußere Anlaß zur Durchführung eines Revisionsverfahrens kann in einem entsprechenden Gesuch des Rentenberechtigten liegen. Dabei muß vom Gesuchsteller verlangt werden, daß er den Eintritt einer wesentlichen Änderung des Invaliditätsgrades wenigstens glaubhaft zu machen vermag (Art. 87, Abs. 1 und 3, IVV). In welcher Weise dies zu geschehen hat, läßt sich nicht allgemein sagen. Vielfach wird eine genaue Schilderung der neuen Verhältnisse genügen; zuweilen werden aber vom Versicherten Belege für seine Angaben (z. B. Lohnausweis, Arztzeugnis) beizubringen sein.

Des weiteren fällt den IV-Organen die Aufgabe zu, von Amtes wegen das Revisionsverfahren zu eröffnen, um bei anscheinend veränderten Verhältnissen — sei es im Ergebnis zu Gunsten oder Ungunsten des betroffenen Versicherten — die vom Gesetzgeber im Interesse einer möglichst weitgehenden rechtsgleichen Behandlung geforderte Überprüfung und allfällige Anpassung laufender Renten zu sichern. So hat eine Revision von Amtes wegen stattzufinden, wenn schon bei der frühern Festsetzung der Rente ein bestimmter Revisionstermin vorgesehen wurde oder wenn sonst Tatsachen bekannt werden, die auf eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades hindeuten; ebenso können Maßnahmen beruflicher oder medizinischer Art, die eine Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit eines Rentenbezügers erwarten lassen, eine Überprüfung des Falles rechtfertigen (Art. 87, Abs. 2, IVV).

*

Kommt es nach Eröffnung des Revisionsverfahrens zur Neubemessung der Invalidität, so wird diese durchwegs nach den gleichen Methoden, welche für erstmalige Rentenbegehren maßgebend sind, durchgeführt. Indessen hat nun die Bemessung der Erwerbsfähigkeit mit Gesundheitsschaden und derjenigen ohne Gesundheitsschaden gemäß Artikel 28, Absatz 2, IVG unter Berücksichtigung der Verhältnisse im Zeitpunkt der Revision zu erfolgen. Daher ist bei unselbständigerwerbenden Versicherten auch die allgemeine Lohnentwicklung hinreichend zu berücksichtigen. Ferner ist es geboten, die Überprüfung des Invaliditätsgrades jeweils im Lichte der neuesten Rechtsprechung und Verwaltungspraxis vorzunehmen. Anderseits kann die Neubemessung der Invalidität losgelöst von den tatbeständlichen Grundlagen einer frühern, denselben Einzelfall betreffenden richterlichen Beurteilung erfolgen.

*

Eine typische Eigenschaft des Revisionsverfahrens nach Artikel 41 IVG besteht darin, daß es im Interesse der Versicherten und der Versicherung an Fristen gebunden ist, um die angestrebte Stabilität der Rentenleistungen, von der eingangs die Rede war, einigermaßen zu gewährleisten. Freilich gilt eine solche Garantie gerade nicht für die erste Zeit nach Festsetzung der Rente. Das wird vor allem verständlich im Blick auf den Umstand, daß nicht nur bei Dauerinvalidität ein Rentenanspruch entsteht, sondern ein solcher gemäß Artikel 29, Absatz 1, IVG auch schon nach 360tägiger Arbeitsunfähigkeit ausgelöst werden kann, selbst wenn hernach die Erwerbsfähigkeit des betreffenden Versicherten rasch wieder hergestellt wird. So bestimmt Artikel 41, Absatz 2,

Satz 1, IVG, daß die laufenden Renten in den drei ersten Jahren nach ihrer Festsetzung jederzeit, also auch wiederholt, mit Bezug auf die Invaliditätsbemessung überprüft werden können.

Nach Ablauf der erwähnten ersten dreijährigen Revisionsperiode wird dann aber die Möglichkeit einer Revision stark beschnitten; sie darf hernach wegen Änderung des Invaliditätsgrades in der Regel nur noch je auf das Ende einer neuen dreijährigen Frist vorgenommen werden, was im Ergebnis zu einer ganz wesentlichen Festigung des Rentenanspruchs führt. Zwar gestattet das Gesetz unter strengeren Bedingungen auch innerhalb des genannten dreijährigen Turnus die Durchführung von «Zwischenrevisionen», sei es, daß der Rentenberechtigte den Nachweis für eine wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes erbringt, sei es, daß Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt werden.

Den zeitlichen Anknüpfungspunkt für die Berechnung der ersten dreijährigen Revisionsperiode und der spätern regulären Revisionstermine auf Ende des sechsten, neunten Jahres usw. bildet nach dem Wortlaut des Gesetzes die «Festsetzung der Rente». Unter diesem Zeitpunkt darf mit guten Gründen — und nicht zuletzt mit Rücksicht auf die Verhältnisse der Einführungsjahre der IV — das Datum verstanden werden, an welchem die Ausgleichskasse in einem bestimmten Fall die erstmalige Rentenverfügung erlassen hat bzw. erläßt; hingegen bleibt der Beginn der Rentenberechtigung als solcher und das Datum der Beschlußfassung durch die IV-Kommission ohne Einfluß auf obige Fristberechnung.

Diese Interpretation von Artikel 41, Absatz 2, IVG wird es gestatten, unter Beachtung der dreijährigen Frist seit Erlaß der Verfügung in Fällen der Eintrittsgeneration Rentenrevisionen soweit erforderlich nach allgemeiner Regel noch bis ins Jahr 1965 hinein durchzuführen. Hätte man hingegen auf die Entstehung des Rentenanspruchs abgestellt, wären zahlreiche mit Wirkung ab 1. Januar 1960 beschlossene Renten, die aus bekannten Gründen mit Verspätung festgesetzt worden sind, nur noch bis Ende 1962 allgemein überprüfbar gewesen. Eine derartige Regelung, welche die Revisionsmöglichkeit besonders vom Standpunkt der betroffenen Rentenberechtigten als auch von jenem der IV wesentlich beschränkte, entspräche kaum dem Willen des Gesetzgebers; sie hätte zudem die noch stark belasteten IV-Organen gezwungen, schon im Jahr 1962 in großer Zahl Revisionen von zum Teil erst seit kurzem festgesetzten Renten durchzuführen.

*

Ein letzter Fragenkreis bezieht sich auf die Wirksamkeit der Revision, wenn die Neubemessung der Invalidität, wie erwartet, eine für

den Rentenanspruch erhebliche Änderung ergibt. Hiefür stellt Artikel 41, Absatz 1, IVG den Grundsatz auf, die Anpassung oder Aufhebung der laufenden Rente habe «für die Zukunft» zu erfolgen. Aus dieser Vorschrift und der Interpretation, die sie anlässlich der parlamentarischen Beratung erfahren hat, läßt sich für die einzelnen Revisionsfälle eine Regel ableiten, welche sich zugleich auf die bewährte Praxis der SUVA bzw. der Militärversicherung stützt und namentlich auch die Interessen der Rentenbezügler berücksichtigt:

Geht die Revision auf ein entsprechendes Gesuch (oder eine ihm gleichzustellende Anzeige) des Rentenberechtigten zurück, so wird eine hernach verfügte Erhöhung der Rente mit dem Monat der Gesuchseinreichung wirksam, sofern damals die erhebliche Zunahme der Invalidität schon eingetreten war. In den übrigen Fällen, also meistens bei einer Revision von Amtes wegen, tritt die Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der laufenden Rente mit dem Monat in Kraft, der auf den Erlaß der Revisionsverfügung durch die Ausgleichskasse folgt. Eine Einschränkung gilt für diese Regel nur insofern, als bei einem anlässlich der Revision aufgedeckten unrechtmäßigen Weiterbezug der Rente (Art. 49 IVG) wegen gröblicher Verletzung der Meldepflicht (Art. 77 IVV) die Änderung im Rentenanspruch auf jenen früheren Zeitpunkt zurückbezogen wird, an welchem sie bei rechtzeitiger Meldung eingetreten wäre.

Die grundsätzliche Zukunftswirkung der Revision schließt es aus, daß die Ausgleichskasse schon zu Beginn des Revisionsverfahrens — selbst bei hoher Wahrscheinlichkeit einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente — die Auszahlungen einstellt; vielmehr hat sie die Rente bis zum Abschluß des Verfahrens im bisherigen Umfang weiterzuzahlen. Dagegen besteht namentlich in Fällen, in denen den IV-Organen «klare» Revisionsgründe zur Kenntnis gelangen, allseits ein Interesse an einer möglichst raschen Durchführung des Revisionsverfahrens.

*

Die Durchführung der Rentenrevision nach Artikel 41 IVG lehnt sich in ihren einzelnen Verfahrensstadien weitgehend an jene bei erstmaliger Rentenfestsetzung an. Sie endigt jeweils mit dem Erlaß einer Verfügung durch die zuständige Ausgleichskasse. Aus Gründen der Rechtssicherheit und zur allgemeinen Orientierung sollen die Versicherten, deren Fall von Amtes wegen in ein Revisionsverfahren einbezogen worden ist, vom Ergebnis der Überprüfung selbst dann entsprechend benachrichtigt werden, wenn ihre Rente keine Änderung erfährt.

Trotz der aufgezeigten Besonderheiten birgt die Revision der Renten nach Artikel 41, IVG, die übrigens auf die Hilflosenentschädigungen sinngemäß anwendbar ist (vgl. Art. 86 IVV), wenig Probleme von grundsätzlicher Bedeutung. Indessen wird die korrekte Handhabung dieses Revisionsverfahrens für die IV-Organen zusätzliche Aufgaben bringen und vor allem Takt und Einfühlungsvermögen erfordern, wenn die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente zu erwarten ist. Andererseits darf wohl auch bei den Rentenbezüglern meist das nötige Verständnis für eine solche Anpassung der Leistungen, welche die Versicherungsorgane in Anwendung gesetzlicher Bestimmungen anordnen, erwartet werden, zumal den Betroffenen letztlich die Möglichkeit einer richterlichen Überprüfung ihres Falles auf dem Beschwerdeweg gewahrt bleibt.

Die Beitragspflicht der mitarbeitenden Töchter in der Landwirtschaft

Grundsätzlich gehören der Bar- und Naturallohn mitarbeitender Töchter in der Landwirtschaft (bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem sie das 20. Altersjahr zurückgelegt haben, nur der Barlohn) zum maßgebenden Lohn. Wofür die Tochter entlohnt wird, ob für die Arbeit im Landwirtschaftsbetrieb oder im Haushalt, ist an sich ohne Bedeutung. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in einem Urteil aus dem Jahre 1956 ausdrücklich erklärt: «Für die AHV spielt diese (steuerrechtliche) Ausecheidung zwischen Tätigkeit im landwirtschaftlichen Betrieb und Hilfe im Haushalt keine Rolle». Die entscheidende Frage lautet vielmehr, ob zwischen der Tochter und dem Betriebsinhaber — dem Vater oder der Mutter oder auch einem Bruder — ein Arbeitsverhältnis bestehe und ein Lohn gewährt werde oder ob die Beziehungen rein familiärer Natur seien. Die Antwort darauf kann namentlich dann schwierig sein, wenn die erwachsene Tochter keinen eigentlichen Barlohn erhält. Verpflegung und Unterkunft und vielleicht ein Taschengeld können Lohn darstellen, können ihren Grund aber auch in den familiären Beziehungen haben.

Ein erstes Indiz für das Bestehen eines Arbeitsverhältnisses bildet die Tatsache, daß die Tochter einen Lohn versteuert. In diesem Fall ist ohne Bedeutung, ob die Steuerbehörden den Lohn der Tochter als Gewinnungskosten des Betriebsinhabers anerkennen oder ob sie das ablehnen, weil sie diesen Lohn nicht als Betriebsaufwand betrachten, sondern als einen privaten Aufwand, als Lohn für die Arbeit im privaten Haushalt des Betriebsinhabers; Randziffer 239 der Wegleitung über die

Beiträge der Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen erscheint in dieser Hinsicht als zu eng gefaßt. Umgekehrt schafft nach der Rechtsprechung der Umstand, daß die Steuerbehörden einen Lohn für die Tochter zu den Gewinnungskosten des Betriebsinhabers zählen, die Vermutung, es sei ein Lohn in dieser Höhe ausgerichtet worden (vgl. Urteile vom 22. Mai 1953 i. Sa. J. M., ZAK 1953, S. 287; vom 30. November 1959 i. Sa. J. und A. H., EVGE 1959, S. 241, ZAK 1961, S. 72).

Für die Abgrenzung gilt die *Regel*, daß ein Arbeitsverhältnis nur anzunehmen ist, wenn *feststeht*, daß ein Lohn gewährt wurde. Steht nicht fest, daß ein Lohn gewährt wurde, so ist davon auszugehen, die Tochter erfülle mit ihrer Arbeit lediglich eine familiäre Pflicht und es bestehe zwischen ihr und dem Betriebsinhaber kein Arbeitsverhältnis; dieser Gedanke liegt denn auch Randziffer 239 der Wegleitung über die Beiträge der Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen zu Grunde (vgl. dazu das Urteil vom 15. März 1956 i. Sa. H. T., ZAK 1956, S. 250, in welchem das EVG es ablehnte, der Ausgleichskasse zu folgen, die einen Lohn für die Arbeit der Tochter im Haushalt des Vaters angenommen hatte).

Durchführungsfragen der AHV

Dienstaltersgeschenk oder Lohn?

Im Zeichen des Mangels an Arbeitskräften richten Arbeitgeber ihrem Personal jeweils nach einer gewissen Zahl von Dienstjahren eine besondere Vergütung aus. So gewährt beispielsweise ein Gemeinwesen seinen Bediensteten nach 10 Jahren Dienstzeit und dann alle fünf weitere Jahre eine Zulage in der Höhe eines Monatslohnes, ein anderes alle fünf Jahre eine solche von 3 Prozent der jährlichen Besoldung. Damit sollen treue Dienste belohnt und ein Anreiz für das Verbleiben am Arbeitsplatz geboten werden. Diese Zulagen werden vielfach als Dienstaltersgeschenke oder mit einem ähnlichen Ausdruck bezeichnet. Das darf indessen nicht dazu verleiten, sie als vom maßgebenden Lohn ausgenommene Dienstaltersgeschenke im Sinne von Artikel 8, Buchstabe c, AHVV und Randziffer 91 des Kreisschreibens über den maßgebenden Lohn zu betrachten. Sie sind ihrer Natur nach vielmehr Leistungen, die den Charakter von Gratifikationen tragen und deshalb dem maßgebenden Lohn zuzuzählen sind.

Beitragsabrechnung für Personen, die im Auftrag der kantonalen Zentralstellen für Obstbau tätig sind

In ZAK 1962, S. 30, wurde von Erhebungen berichtet, die unternommen wurden, um eine einheitliche Behandlung der im Auftrag der kantonalen Zentralstellen für Obstbau tätigen Personen herbeizuführen.

Die Eidgenössische Alkoholverwaltung hat nun die kantonalen Zentralstellen für Obstbau durch ein Rundschreiben darüber aufgeklärt, in welchen Fällen die beteiligten Personen als Arbeitnehmer der kantonalen Zentralstellen (und damit des Kantons) zu betrachten und daher Lohnbeiträge an die zuständigen kantonalen Ausgleichskassen zu entrichten seien. Es handelt sich um Kursleiter und Baumwärter, die von einer Zentralstelle Arbeitsaufträge erhalten und durch *Taggelder* entlohnt werden.

Im Einverständnis mit dem Bundesamt für Sozialversicherung wird angenommen, daß *25 Prozent des Taggeldes Unkostenersatz* bilden. Gesondert vergütete Unkosten (Fahrtkosten, Telefonauslagen und dergleichen) sind zum vornherein von der Beitragserhebung ausgenommen.

Die kantonalen Zentralstellen wurden auf die Ordnung über die Beiträge von gelegentlichen geringfügigen Entgelten aus Nebenerwerb aufmerksam gemacht und für Einzelheiten an die kantonalen Ausgleichskassen gewiesen. Ferner wurden die kantonalen Zentralstellen aufgefordert, mit den zuständigen kantonalen Ausgleichskassen in Verbindung zu treten, um mit diesen das Abrechnungsverfahren zu ordnen.

LITERATURHINWEISE

Gerber, Marianne: Die Eingliederung Poliomyelitis-Behinderter im Kanton Bern. 68 S., ill., vervielfältigt. Diplomarbeit an der Ecole d'Etudes Sociales Genève, 1962.

Lindemann, K.: Die Aufgaben der Rehabilitation in einer orthopädischen Anstalt. — **Löchner, W.:** Das Berufsförderungswerk Heidelberg. — **Seifriz, A.:** Die Rehabilitation als Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz. — **Tönnis, W.:** Forderungen für eine wirksame Rehabilitation nach ärztlichen Erfahrungen. (In: Bundesarbeitsblatt, Stuttgart, 1962, Nr. 7, S. 245—260).

Schaller, R.: Die Invalidenversicherung. Erste Erfahrungen und Revisionspostulate. Vortrag gehalten an der Generalversammlung der Schweiz. Arbeitsgemeinschaft für die Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft (SAEB). (In: Die Milchsuppe, Basel Bürgerspital, 9/1962, Nr. 10, S. 2—18.)

Verzeichnis der Spezialinstitutionen zur Behandlung, Erziehung, Schulung, Pflege und Beratung körperlich und geistig Gebrechlicher sowie schwererziehbarer Minderjähriger. Hg.: Zentralsekretariat Pro Infirmis. 39 S. Zürich, 1962.

KLEINE MITTEILUNGEN

Neue parlamentarische Vorstöße

Postulat Roggo
vom 5. Dez. 1962

Ständerat Roggo hat in der Wintersession 1962 folgendes Postulat eingereicht:

«Trotz der Renten der AHV und der zusätzlichen Aufwendungen der Kantone und Gemeinden gibt es noch viele betagte Leute, welche nicht über die notwendigen Mittel verfügen, um ihren Lebensabend geziemend verbringen zu können. Im Bestreben, ihnen zu helfen, ist durch Bundesbeschluß vom 24. März 1947 ein Fonds mit dem Zwecke geschaffen worden, zusätzliche Beihilfen an Greise und Hinterlassene auszurichten.

Infolge des seit der letzten Verbesserung der AHV-Renten im Juli 1961 unerwartet starken Ansteigens der Lebenshaltungskosten hat sich die Lage dieser Personen noch verschlimmert. Es ist darum dringend notwendig, ihr wirklich nicht beneidenswertes Los zu erleichtern.

In Erwartung der nächsten AHV-Revision und in der Hoffnung, daß dabei auch für diese Personen im Rahmen des Gesetzes eine Lösung gefunden werden könne, wird der Bundesrat höflich ersucht, zu prüfen, ob es nicht möglich wäre, die Zuschüsse an die Kantone sowie an die Stiftungen «Für das Alter» und «Für die Jugend» gemäß Art. 2, Abs. 2, des Bundesbeschlusses vom 8. Oktober 1948 über die zusätzliche eidgenössische Alters- und Hinterlassenenfürsorge angemessen zu erhöhen.»

Behandelte parlamentarische Vorstöße

Postulat
Berger-Neuenburg
vom 20. Sept. 1961
Postulat Schütz
vom 5. Juni 1962
Postulat Kurmann
vom 3. Oktober 1962

Am 11. Dezember 1962 gelangten im Nationalrat drei Postulate zur Behandlung, die die Erhöhung der Ansätze der Erwerbsausfallentschädigungen zum Gegenstand hatten, nämlich das Postulat Berger-Neuenburg vom 20. September 1961 (s. ZAK 1961, S. 443), das Postulat Schütz vom 5. Juni 1962 (s. ZAK 1962, S. 304) und das Postulat Kurmann vom 3. Oktober 1962 (s. ZAK 1962, S. 469). Nach kurzer Begründung und in Übereinstimmung mit der Stellungnahme des Bundesrates wurden die drei Postulate ohne Diskussion überwiesen in der Meinung, es sei zu prüfen, ob und besonders in welchem Ausmaß die Entschädigungsansätze erhöht werden könnten.

Berichterstattung der AHV/IV/EO- Organe über das Jahr 1962

Die Berichterstattung für das Jahr 1962 hat nach den im April bzw. Mai 1962 vom BSV erlassenen Weisungen zu erfolgen. Die Fragen für die Berichterstattung wurden auf das Notwendigste reduziert. Es liegt nun an den Durchführungsorganen, sich ihrerseits auf Feststellungen zu beschränken, die von allgemeinem Interesse sind, und in tunlichster Kürze die besonderen Vorkommnisse des Berichtsjahres wiedergeben.

Der Jahresbericht ist nach dem Berichtsschema des BSV zu gliedern. Punkte, zu denen nichts zu bemerken ist, können weggelassen werden. Andererseits steht es den Durchführungsorganen frei, weitere Punkte, die sich nicht in das Berichtsschema eingliedern lassen, beizufügen. Es sollte möglich sein, auf die Erstellung von besonderen Berichten für die kantonale Aufsichtsbehörde, den Kassenvorstand oder die Aufsichtsstelle zu verzichten, weil die von diesen Stellen gewünschten Angaben in den für das BSV bestimmten Bericht aufgenommen werden können.

Gleichzeitig mit dem Jahresbericht haben die Ausgleichskassen auch die Beiblätter abzuliefern. Deren Ausfüllung ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Insbesondere sind die Überträge vom alten auf das neue Beiblatt (Ziffer 5 und 6) nachzukontrollieren. Die kantonalen Ausgleichskassen wollen beachten, daß das «Total Ziffer 10» auf Seite 3 sich nur auf die unter der Rubrik b verlangten Angaben bezieht.

Die Ausgleichskassen, die Sekretariate der IV-Kommissionen und die IV-Regionalstellen liefern ihre Berichte bis zum 30. April 1963 ab. Allfällige ergänzende Berichte der IV-Kommissionen zu jenen des Sekretariates sind bis 31. Mai 1963 einzureichen.

Personelles

Auf den 1. Januar 1963 sind bei der Unterabteilung AHV/IV/EO des BSV zu Adjunkten II befördert worden:

- Dr. Maurice Aubert
- Fritz Möll

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Beiträge

Urteil des EVG vom 1. Oktober 1962 i. Sa. Professor X

Art. 4 AHVG. Als **Erwerbseinkommen** gelten alle **Einkünfte**, die der **Versicherte** durch eine **Tätigkeit** erzielt, auch wenn diese auf **wissenschaftliche, künstlerische, religiöse oder andere nichtwirtschaftliche Zwecke** gerichtet ist. (Erwägung 1)

Art. 4 AHVG. Der **Gelegenheitserfinder** ist nur **erwerbstätig**, wenn er in **irgendwelchem Ausmaß** an der **kommerziellen Nutzbarmachung** seiner **Erfindung** arbeitet. Beim **berufsmäßigen Erfinder** hingegen gilt jede **berufliche Bemühung**, gleichviel ob und wie weit sie zu **wirtschaftlich verwertbaren Ergebnissen** führe, als **Erwerbstätigkeit**. (Erwägung 1)

Art. 4, Art. 9, AHVG. Der **Forscher**, der nach **Vertrag** **allfällige kommerziell verwertbare Ergebnisse** seiner **Tätigkeit** einem **Industrieunternehmen** gegen **Entgelt** zur **wirtschaftlichen Nutzung** überlassen muß, gilt als **berufsmäßiger Erfinder** und das **Entgelt** als **Erwerbseinkommen**, nicht als **Kapitalertrag**. (Erwägung 2)

Im Jahre 1937 schloß ein Professor mit der Firma Y. einen Vertrag ab, durch den er sich verpflichtete, dieser die Ergebnisse seiner Forschungstätigkeit zur wirtschaftlichen Ausnutzung zu überlassen. Als Gegenleistung gewährte ihm die Firma Y. eine monatliche feste Vergütung für die Kosten der Laboratoriumsarbeiten und versprach, ihn am Gewinn zu beteiligen, der aus der Verwertung der von ihm gefundenen Verfahren erzielt werde. — Die Ausgleichskasse forderte vom Professor auf Grund der in den Jahren 1951/1952 bezogenen «Lizenzgebühren» Beiträge von Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit.

Der Professor beschwerte sich und machte geltend, die «Lizenzgebühren» bildeten nicht Erwerbseinkommen, sondern Kapitalertrag. Die Rekurskommission hieß die Beschwerde gut. Eine dagegen vom BSV eingelegte Berufung wurde indessen vom EVG aus folgenden Erwägungen geschützt.

1. Unter Erwerbseinkommen versteht das AHVG alle Einkünfte, die ein Versicherter dank einer (berufsmäßig oder nur gelegentlich ausgeübten) Tätigkeit erzielt. Das ergibt sich aus den Art. 4, 9, Abs. 1, und 5, Abs. 2, des Gesetzes, wonach von jedem Einkommen aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit Beiträge zu erheben sind (EVGE 1949, S. 156—158, ZAK 1950, S. 118, und EVGE 1953, S. 43, ZAK 1953, S. 113). Erwerbstätig ist namentlich auch, wer für wissenschaftliche, künstlerische, religiöse oder andere nicht wirtschaftliche Zwecke bestimmte Arbeiten verrichtet und dafür auf irgendwelche Weise honoriert wird (EVGE 1951, S. 107, ZAK 1951, S. 263, und EVGE 1954, S. 18 ff.; ZAK 1954, S. 303).

Entspringt ein Gewinn der kommerziellen Auswertung einer Erfindung, so muß AHV-rechtlich zwischen den Bezügen eines Gelegenheitserfinders und denjenigen eines berufsmäßigen Erfinders unterschieden werden. Der Gelegenheitserfinder ist überhaupt nur erwerbstätig, falls er — allein oder gemeinsam mit andern — in irgendwelchem Ausmaß an der kommerziellen Nutzbarmachung seiner Erfindung arbeitet (EVGE 1952, S. 105, ZAK 1953, S. 110, EVGE 1953, S. 42, ZAK 1953, S. 113, EVGE 1954, S. 179 ff., ZAK 1954, S. 430 und EVGE 1957, S. 178 ff., ZAK 1958, S. 28). Beim berufsmäßigen Erfinder zählt hingegen jede berufliche Bemühung, gleichviel ob und wie weit sie zu kommerziell verwertbaren Ergebnissen führe, AHV-rechtlich als Erwerbstätigkeit (EVGE 1954, S. 180 ff., ZAK 1954, S. 430, EVGE 1957, S. 180, ZAK 1958, S. 28, und EVGE 1958, S. 107, ZAK 1958, S. 368).

2. Der Berufungsbeklagte hat die Lizenzgebühren, welche ihm im Durchschnitt der Jahre 1951 und 1952 von der Firma Y. oder auf deren Rechnung überwiesen worden sind, als im AHV-rechtlichen Sinne berufsmäßiger Erfinder bezogen. Jene Einkünfte sind — gleich dem Gehalt, das ihm für seine Tätigkeit als Hochschuldozent zufließt — die Frucht beruflicher wissenschaftlicher Arbeit gewesen und müssen als Erwerbseinkommen im Sinne der Art. 4, und 9, Abs. 1, AHVG behandelt werden. Nicht aus bloßem Erkenntnisdrang, sondern im Bestreben, der pharmazeutischen Industrie neue Gewinnquellen zu erschließen, fördert die Firma Y. die Forschertätigkeit des Professors seit mehr als zwanzig Jahren und hat sie sich die ausschließliche Lizenz an den (von ihr erhofften) «positiven verwertbaren Resultaten» gesichert. Die heute streitigen Beträge sind dem Versicherten auf Grund des Lizenzvertrages zugeflossen: als sein Jahresanteil an Industriegewinnen, deren Ausschüttung durch ein (medizinisch bedeutendes) Ergebnis seiner beruflichen Forschungsarbeit ermöglicht worden war. Bloße Vermögenserträge liegen hier keineswegs vor.

Der Versicherte läßt dies selber durchblicken, wenn er schreibt, nur zwei seiner Erfindungen seien wirtschaftlich interessant gewesen und deshalb von der Firma Y. «für ihn verwertet worden». Wenn er weiterfährt, von den chemisch-pharmazeutischen Erfindungen führten nur rund 1 Prozent «zu Medikamenten, die in den Handel gelangen», so folgt daraus — auch für die Forscherarbeit des Berufungsbeklagten — einzig, daß es auf diesem Gebiet erfahrungsgemäß zahlreicher Forschungsergebnisse bedarf, bis gelegentlich eines zum kommerziellen Erfolg führt. Trotzdem dient für die pharmazeutische Industrie die gesamte Tätigkeit letztlich dem Erwerbszweck. Die Häufigkeit bzw. Seltenheit der kommerziellen Eignung ist daher kein brauchbares rechtliches Kriterium. Durch seine dauernde vertragliche Beteiligung trägt der Berufungsbeklagte wesentlich zur Erreichung des verfolgten ökonomischen Ziels bei, und er partizipiert denn auch am positiven Ergebnis. Eines jeden Partners Mitarbeit ist AHV-rechtlich Erwerbstätigkeit, weist auch der Vertrag dem Forscher den wissenschaftlichen und der Industrie den auswertenden Teil der Arbeit zu.

Wie die Ausgleichskasse zutreffend verfügt hat, schuldet der Berufungsbeklagte von den Lizenzgebühren den persönlichen AHV-Beitrag für das Jahr 1955.

Renten und Beitragsrückvergütung

Urteil des EVG vom 30. April 1962 i. Sa. G. K.

Art. 18, Abs. 3, AHVG; Art. 4 RV. Die Billigkeit im Sinne vorstehender Bestimmung erfordert die Beschränkung der Rückvergütung von AHV-Beiträgen auf die Höhe des Barwertes aller zukünftigen AHV-Leistungen, die einem Rentenberechtigten in gleichen Verhältnissen zukämen.

Der Versicherte, ein amerikanischer Staatsangehöriger, hat vom 1. Januar 1958 bis zum 20. Oktober 1960 in der Schweiz gearbeitet. In diesem Zeitpunkt verließ er die Schweiz endgültig, da sein Dienstverhältnis am 31. Dezember 1960 ablief. Während dieser Zeit zahlte er persönliche AHV-Beiträge von total 6 333 Franken. Auf ein Rückvergütungs-gesuch des Versicherten setzte die zuständige Ausgleichskasse gemäß Vorbescheid des BSV den Betrag der Rückvergütung auf 3 400 Franken fest. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hat die Rekursbehörde abgewiesen.

Auf Berufung des Versicherten bestätigte das EVG den erstinstanzlichen Entscheid, indem es sich auf sein Urteil vom 24. August 1961 in einem gleichgelagerten Fall berief (EVGE 1961, S. 219; ZAK 1962, S. 270), und zwar hauptsächlich aus folgenden Erwägungen:

....

Es steht fest, daß zwischen der Schweiz und den USA kein Sozialversicherungsabkommen besteht. Der Berufungskläger kann daher nicht die Behandlung genießen, die den einem Vertragsstaat angehörenden Ausländern vorbehalten ist. Die ungleiche Behandlung von Ausländern (je nach dem ihr Heimatstaat ein Abkommen abgeschlossen hat oder nicht) kann auch nicht als Argument verwendet werden, um darzutun, daß die teilweise Rückvergütung der Beiträge, wie sie durch die Verwaltungspraxis eingeführt worden ist, ein mit der Billigkeit unvereinbares Mittel der Retorsion darstelle. Die internationalen Abkommen beruhen nach allgemeiner Regel auf dem Grundsatz der Gegenseitigkeit. Wenn bestimmte Ausländer unter bestimmten Bedingungen Anspruch auf vollständige Rückvergütung ihrer Beiträge haben, so findet man die Erklärung dieser Maßnahme in der Tatsache, daß der betreffende fremde Staat gleichfalls dieses Recht den Schweizern, die in jenem Lande Beiträge entrichtet haben, zuerkennt oder daß er ihnen in andern Punkten gewisse Vorteile gewährt. Andererseits ist auf der Ebene der internationalen Abkommen die allgemeine Regel nicht die Rückvergütung, sondern vielmehr die Überweisung der Beiträge an die Sozialversicherungen der Vertragsstaaten.

Ferner ist die Behauptung unzutreffend, die bis 1960 befolgte Auslegung der Gesetzestexte und die Verwaltungspraxis hätten auf dem Grundsatz der vollständigen Rückvergütung beruht. Es geht im Gegenteil aus den Gesetzesmaterialien, insbesondere aus der Botschaft des Bundesrates vom 9. Juni 1950 (S. 12) und aus den parlamentarischen Beratungen (Sten. Bulletin des Nationalrates 1950, S. 611 und 617), hervor, daß die Rückvergütung der AHV-Beiträge eine außerordentliche Maßnahme «zur Ausmerzung unzumutbarer Härten» darstellen solle. Dieser Ausnahmecharakter der Rückvergütung geht in gleicher Weise aus Art. 18, Abs. 3, AHVG und Art. 4 der Verordnung vom

14. März 1952 hervor. Von Anfang an hat andererseits das BSV verhindern wollen, daß die Rückvergütung der Beiträge zu Mißbräuchen führt. So hat es schon in seinem Kreisschreiben Nr. 57 vom 17. März 1952 vorgeschrieben, daß die Rückvergütung zu verweigern sei, soweit sie den Berechtigten wesentlich besserstellen würde als einen Rentenberechtigten in gleichen Verhältnissen. Bis zum 1. Januar 1960, dem Datum des Inkrafttretens der neuen Gesetzesbestimmungen über die Rentenberechnung, drängte sich die Anwendung dieser Regel nicht auf. Vor diesem Zeitpunkt waren ja die Ansätze der Renten — selbst jener, die nach den unteren Skalen zu berechnen waren — verhältnismäßig hoch. Der rückzuvergütende Betrag erreichte daher fast in der Gesamtheit der Fälle nie den Gegenwert der AHV-Leistungen, auf die dieser Betrag hätte ein Anrecht geben können. Seit 1960 hat sich die Lage mit der Einführung des sogenannten Pro-rata-Rentensystems gänzlich verändert; denn mit diesem System ist der «versicherungstechnische Barwert» einer Rente stark gesunken. Es rechtfertigt sich folglich, dieser Änderung Rechnung zu tragen, um die Höhe der rückzuvergütenden Beiträge in billiger Weise festzusetzen.

Um den heutigen Wert der zukünftigen AHV-Leistungen zu berechnen, stützt sich die Verwaltung auf die im Zeitpunkt der Rückvergütung geltenden Rentenansätze. Gewiß weist dieses Vorgehen, wie der Berufungskläger nicht zu kritisieren versäumte, Unzukömmlichkeiten auf. Der rückzuvergütende Betrag braucht nicht unbedingt derselbe zu sein; je nach dem Einreichungsdatum des Gesuchs um Rückvergütungen werden die künftigen Leistungen auf Grund eben in Kraft gesetzter günstigerer Rententabellen oder auf Grund noch anwendbarer alter Tabellen berechnet werden. Im vorliegenden Fall ist der dem Versicherten rückzuvergütende Betrag anhand der bis 30. Juni 1961 gültigen Rententabellen ermittelt worden. Nun ist aber dieser Betrag niedriger als jener, der bei Anwendung der ab 1. Juli 1961, dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der einschlägigen neuen Gesetzesbestimmungen, geltenden günstigeren Rententabellen festzusetzen gewesen wäre. In gewissen Fällen wird also der Versicherte die Möglichkeit besitzen, ein Grundelement zur Berechnung des ihm rückzuvergütenden Betrages zu seinem Vorteil zu verändern, indem er den günstigen Zeitpunkt für die Einreichung des Antrages auf Rückvergütung wählt. Das widerspricht freilich dem auf diesem Gebiet anwendbaren Grundsatz, wonach weder der Anspruch auf Versicherungsleistungen, noch der Zeitpunkt ihrer Entstehung, noch die Höhe der dem Berechtigten auszurichtenden Leistungen vom Willen des Versicherten abhängen können. Da es aber unmöglich ist, die Entwicklung der Gesetzgebung und den Umfang der im Falle einer Revision der Gesetzesbestimmungen dem Versicherten zukommenden Leistungen vorauszusehen, ist es immerhin begreiflich, daß das BSV dieses System gewählt hat. Trotz den Nachteilen, die es aufweist, glaubt das Gericht, keine ernsthaften Gründe zu haben, um die für die Erledigung der Beitragsrückvergütungsfälle eingeschlagene Verwaltungspraxis zu ändern.

Im übrigen ist, wie das BSV in seinem Mitbericht zur Berufung erwähnt, darauf hinzuweisen, daß die verschiedenen bisherigen Revisionen im wesentlichen darauf abzielten, den ursprünglichen Wert der Renten im Verhältnis zur Preis- und Lohnentwicklung zu erhalten und daß unbeschadet allfälliger späterer Revisionen die Leistungen der AHV sehr wahrscheinlich ihren eigentlichen ursprünglichen Wert bewahren werden. Andererseits ist anzuer-

kennen, daß die Heranziehung des jetzigen Wertes aller Leistungen, die dem Versicherten später einmal zukommen könnten, als Berechnungsgrundlage der Rückvergütung eine Begünstigung darstellt; denn es ist keineswegs erwiesen, daß er bei Eintritt des Versicherungsfalles auf diese verschiedenen Leistungen Anspruch gehabt hätte.

Urteil des EVG vom 29. Januar 1962 i. Sa. L. G.

Art. 42 AHVG. Der Bezüger einer außerordentlichen AHV-Rente, der die Schweiz für längere Zeit verläßt, hat vom Zeitpunkt der Ausreise aus der Schweiz an keinen Anspruch mehr auf die Rente, auch wenn er seinen Wohnsitz in der Schweiz noch während einer gewissen Zeit beibehält und welches auch die Gründe für seinen Wegzug ins Ausland sein mögen.

Die 1906 geborene Versicherte ist Witwe eines 1954 verstorbenen dänischen Staatsangehörigen. Nach ihrer 1953 erfolgten Wiederaufnahme ins Schweizerbürgerrecht ließ sie sich Ende Oktober 1955 in der Schweiz nieder und bezog ab 1. November desselben Jahres eine außerordentliche Witwenrente. Im Oktober 1959 teilte sie der Ausgleichskasse mit, sie werde die Schweiz verlassen, um sich für eine gewisse Zeit nach Athen zu begeben, und bat, die Rente während ihrer Abwesenheit auflaufen zu lassen. Die Kasse stellte vorerst die Rentenauszahlung ein. Daraufhin verfügte sie die Aufhebung der Rente mit Wirkung ab 1. November 1959, da sie davon ausging, daß die Versicherte am 14. November 1959 endgültig ins Ausland verreist sei.

Die Rekurskommission kam auf Beschwerde der Versicherten hin zum Schluß, diese habe ihren Wohnsitz in der Schweiz bis zum 31. Januar 1961 beibehalten, weshalb ihr bis zu diesem Zeitpunkt der Anspruch auf die Rente zustehe.

In Gutheißung der vom BSV eingelegten Berufung schützte das EVG die von der Ausgleichskasse getroffene Verfügung mit folgender Begründung:

1. Das EVG hatte schon wiederholt Gelegenheit, die dem Art. 42, Abs. 1, AHVG zukommende Bedeutung genau zu umschreiben und zu prüfen, ob ein Ansprecher die gesetzlichen Voraussetzungen zum Bezüge einer Übergangsrente (seit Inkrafttreten des Gesetzes vom 19. Juni 1959 außerordentliche Rente genannt) erfülle oder nicht. Nachdem es zuerst dargelegt hatte, unter «in der Schweiz wohnhaft sein» sei zu verstehen, daß man den zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz habe (EVGE 1949, S. 206; ZAK 1949, S. 462), präzierte es in der Folge im Urteil Sch. vom 8. November 1952 (EVGE 1952, S. 258; ZAK 1952, S. 477), daß in Anbetracht des von den Übergangsrenten verfolgten Zweckes das Rentenbezugsrecht nicht nur vom Vorhandensein eines Wohnsitzes in der Schweiz, sondern auch vom tatsächlichen Aufenthalt daselbst abhängt. Es hat indessen darauf hingewiesen, daß die Bezüger von Übergangsrenten ihren Rentenanspruch beibehalten, selbst wenn sie sich während einer gewissen Zeit von ihrem tatsächlichen Aufenthaltsort entfernen, daß aber eine Abwesenheit von längerer Dauer, unabhängig von der Beibehaltung des Wohnsitzes in der Schweiz, einen Erlöschensgrund des Rentenanspruchs darstelle, und daß diese Abwesenheit keinesfalls länger als ein Jahr dauern dürfe Die seit dem 1. Januar 1960 in Kraft stehende Neuregelung hat die Ausrichtung von außerordentlichen AHV-Renten nicht

neuen Bedingungen unterworfen. In Art. 42, Abs. 1, AHVG wurde einzig das Wort «Übergangsrente» durch «außerordentliche Rente» ersetzt. . . .

2. Auf den 1. Januar 1960 trat auch das Gesetz vom 19. Juni 1959 über die IV in Kraft. Dieses Gesetz bestimmt nun in Art. 39: «Außerordentliche Invalidenrenten werden in der Schweiz wohnhaften Schweizerbürgern unter den gleichen Voraussetzungen wie die außerordentlichen Renten der AHV gewährt». In einem Urteil M. E. vom 7. Juli 1961 (EVGE 1961, S. 257; ZAK 1961, S. 422) hatte sich das EVG mit einer Streitsache zu befassen, bei der es um die Frage ging, ob einer Person mit Wohnsitz in der Schweiz, die sich im Ausland in einer Pflegeanstalt aufhält, eine außerordentliche IV-Rente gewährt werden könne oder nicht. Auf Grund der besonderen Interessenlage in der IV und mit Rücksicht darauf, daß es sich nicht rechtfertigen ließe, in der Schweiz zivilrechtlich wohnhaften Ansprechern einzig wegen ihres verlängerten Aufenthaltes im Ausland den Anspruch auf die außerordentliche Rente abzusprechen, entschied es diese Frage im bejahenden Sinne. Ungeachtet ihres Aufenthaltes im Ausland — so hob es im genannten Urteil hervor — haben diese Versicherten weiterhin Anspruch auf eine außerordentliche Rente, sofern die Sachlage erkennen läßt, daß die schweizerischen Momente überwiegen, d. h. daß der Schwerpunkt aller Beziehungen — sozialversicherungsrechtlich gesehen — in der Schweiz liegt.

3. Die Frage kann offen gelassen werden, ob es, um den Verhältnissen im Einzelfall Rechnung zu tragen, angezeigt wäre, den Art. 42 AHVG extensiver auszulegen und den Anspruch auf eine außerordentliche Rente auch einer Person zu gewähren, die in der Schweiz Wohnsitz hat, sich aber länger als ein Jahr im Ausland aufhält. Nichts rechtfertigt in der Tat die Annahme, daß im vorliegenden Fall die schweizerischen Momente überwiegen und daß trotz der Abwesenheit der Versicherten der Schwerpunkt ihrer Beziehungen immer noch in der Schweiz liegt. Es geht im Gegenteil aus den Akten, namentlich aus den in ihren Briefen niedergelegten Erklärungen hervor, daß die Versicherte gar keine Beziehungen zur Schweiz hat und daß sie nie wirklich die Absicht geäußert hat, in die Schweiz zurückzukehren. Sie hat sich vielmehr bemüht, in Griechenland eine dauernde Beschäftigung zu finden, um weiterhin dort bleiben zu können. Es scheint, daß im Augenblick der einzige Grund, den sie hat, nicht jeglichen Kontakt mit der Schweiz zu verlieren, darin besteht, weiterhin die außerordentliche Rente, die ihr vor ihrem Wegzug ausgerichtet worden war, beziehen zu können (ein verständlicher Wunsch bei einer Person, die sich nach ihrer Ankunft in Athen monatelang in einer sehr prekären finanziellen Lage befand). Infolge ihrer langen Abwesenheit von der Schweiz ist somit ihr Anspruch auf eine außerordentliche Rente erloschen. Es ist unwesentlich, daß sie ihren Wohnsitz in der Schweiz noch eine Zeitlang beibehalten hat, und es ist auch keineswegs notwendig, zu untersuchen, in welchem Zeitpunkt sie ihn aufgegeben hat, um einen neuen in Athen zu begründen, da feststeht, daß sie seit dem Monat Oktober 1959 in Griechenland lebte und daß sie die Bedingung des Aufenthaltes in der Schweiz gemäß den in den genannten Urteilen aufgestellten Grundsätzen nicht mehr erfüllte (Erwägung 1 hiervor).

Nach Art. 23 ZGB befindet sich der Wohnsitz einer Person an dem Orte, wo sie sich mit der Absicht dauernden Verbleibens aufhält. Hingegen hängt

der Begriff des tatsächlichen Aufenthaltes an einem Orte nur von objektiven Tatbeständen, nicht aber von subjektiven Faktoren ab, namentlich nicht von der durch das Verhalten bekräftigten oder nicht bekräftigten Absicht, den Aufenthalt im Ausland auf das strikte Minimum zu begrenzen und sobald als möglich in die Schweiz zurückzukehren. Die Gründe, weshalb eine Person ihren gewöhnlichen Wohnsitz und Aufenthaltsort aufgibt, um sich anderswo niederzulassen, spielen in der Tat keine Rolle. Sobald eine Person die Schweiz verläßt, kann nicht mehr angenommen werden, daß sie ihren tatsächlichen Aufenthalt an ihrem Wohnsitz beibehält, selbst wenn sie diesen aus Krankheitsgründen verlassen mußte und ihn beizubehalten beabsichtigt.

Nachdem die Ausgleichskasse erfahren hatte, daß die Versicherte endgültig nach Athen abgereist war (Grund, der auf der angefochtenen Verfügung erwähnt wurde), mußte sie davon ausgehen, daß die Versicherte keinen Aufenthalt mehr in der Schweiz hatte und daß sie demnach die gesetzlichen Voraussetzungen zum Bezug einer außerordentlichen AHV-Rente vom 1. November 1959 hinweg nicht mehr erfüllte. Wenn feststeht, daß die Abwesenheit eines Rentenansprechers die Höchstdauer eines Jahres überschreiten wird, muß die Ausgleichskasse die Rente tatsächlich vom Zeitpunkt des Wegzugs an einstellen; denn in diesem Augenblick erlischt das Rentenbezugsrecht des Ansprechers und nicht erst nach Verlauf der Höchstdauer eines Jahres, die nur auf diejenigen Personen anwendbar ist, die gezwungen worden sind, ihren Auslandsaufenthalt zu verlängern, aber sobald als möglich in die Schweiz zurückkehren werden.

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 10. Juli 1962, I. Sa. E. K.

Art. 13 IVG. Die rückwirkende Anwendung der IVV und der GgV auf die beim Inkrafttreten nicht erledigten Leistungsbegehren ist gesetzeskonform, weshalb die Kosten einer 1960 angebehrten und durchgeführten Operation eines Nabelbruchs nicht zu Lasten der IV gehen, wenn die Verfügung erst im Jahre 1961 erlassen wurde. Bestätigung der bisherigen Rechtsprechung.

Der 1955 geborene Versicherte litt an einer Hernia umbilicalis (Nabelbruch) und wurde deswegen im Dezember 1960 operiert. Sein Vater meldete ihn vor der Operation zum Leistungsbezug bei der IV an. Am 24. April 1961 beschloß die IV-Kommission, die Übernahme der entstandenen Kosten zu verweigern, da kein Geburtsgebrechen nach der GgV vorliege. Eine vom Vater des Versicherten gegen die ablehnende Verfügung erhobene Beschwerde hieß die kantonale Rekursbehörde gut und wies die Ausgleichskasse an, die Kosten der durchgeführten medizinischen Maßnahme zu übernehmen. Die Begründung des Rekursentscheides läßt sich wie folgt zusammenfassen: Zwar habe sich das EVG in seiner bisherigen Praxis dahin ausgesprochen, daß die GgV, die im Gegensatz zum Verzeichnis in den vorangegangenen Richtlinien des BSV die Nabelhernie nicht mehr aufführe, auf alle am 1. Januar 1961 noch

nicht erledigten Leistungsbegehren Anwendung finde. Eine erneute Prüfung dieser Praxis dränge sich jedoch auf, da ein schutzwürdiges Privatinteresse daran bestehe, daß die im Jahre 1961 erlassene GgV nicht rückwirkend auf den im Vorjahr eingetretenen und abgeschlossenen Sachverhalt angewendet werde.

In Bestätigung seiner Praxis (vgl. ZAK 1962, S. 183 und 314) hieß das EVG die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung mit folgenden Erwägungen gut:

1. Minderjährige Versicherte haben Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen, sofern diese Gebrechen ihrer Art nach die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen können. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Maßnahmen gewährt werden (Art. 13 IVG). Mit der am 5. Januar 1961 erlassenen und auf den 1. Januar 1961 in Kraft getretenen GgV hat der Bundesrat den ihm vom Gesetzgeber erteilten Auftrag ausgeführt. Art. 2 der GgV enthält die Liste der Gebrechen, die einen Anspruch auf Versicherungsleistungen begründen; sie ersetzt die in den Richtlinien des BSV vom 16. Januar 1960 enthaltenen Liste. In der vom BSV aufgestellten Liste war die Nabelhernie als Geburtsgebrechen aufgeführt, während sie in der am 1. Januar 1961 in Kraft getretenen GgV fehlt.

2. Im vorliegenden Falle ist streitig, welche der beiden Listen anwendbar ist. Das EVG hat in konstanter Praxis entschieden, daß die GgV im Hinblick auf den engen Zusammenhang mit der ebenfalls auf den 1. Januar 1961 in Kraft getretenen IVV zum IVG den gleichen intertemporalen Regeln unterworfen sein muß wie die IVV. Diese findet aber gemäß ausdrücklicher Bestimmung auch auf die bei ihrem Inkrafttreten noch nicht erledigten Leistungsbegehren für das Jahr 1960 Anwendung (Art. 117, Abs. 1, IVV). Demnach ist im vorliegenden Fall die Liste gemäß Art. 2 GgV maßgebend, was zur Verweigerung der angebehrten Leistungen für die Behebung des Nabelbruches und zur Wiederherstellung der Kassenverfügung führt.

3. Das EVG sieht sich nicht veranlaßt, von seiner Rechtsprechung abzugehen. Den Richtlinien des BSV kam bloß provisorischer Charakter zu, und sie wurden — was in diesem Zusammenhang besonders zu beachten ist — nicht in die Gesetzessammlung aufgenommen. Zwar hat das EVG — wenn auch nicht ohne Bedenken — den Richtlinien den Charakter einer stellvertretenden Vollziehungsverordnung zuerkannt, um die einheitliche Durchführung der IV bis zum Erlaß der bundesrätlichen Vollziehungsbestimmungen zu gewährleisten. Aus Gründen der Rechtsstaatlichkeit fiel aber die weitere Anwendung der Richtlinien außer Betracht, nachdem die in der amtlichen Gesetzessammlung publizierten Vollzugsbestimmungen des Bundesrates (IVV und GgV) in Kraft getreten waren. Bei dieser Sachlage kann es auch keinem Zweifel unterliegen, daß die rückwirkende Anwendung der GgV, d. h. ihre Angleichung an die rückwirkende Anwendung der IVV, unvermeidbar war. Übrigens ist die Rückwirkung neuen Rechtes der Sozialversicherung an und für sich nicht fremd. So bestimmt Art. 60, Abs. 2 des MVG vom 20. September 1959, daß im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes noch nicht rechtskräftig entschiedene Militärversicherungsfälle nach dem neuen Recht zu beurteilen sind. Hinsichtlich der am 1. Januar 1959 in Kraft getretenen neuen Bestimmungen des MVG lautet die Gesetzesnovelle vom 19. Dezember

1958 gleich. Im Urteil vom 17. Februar 1962 in Sachen G.R. (ZAK 1962, S. 314) hat das EVG außerdem dargetan, daß die Liste der GgV nicht wenigen Bürgern einen besseren Rechtsschutz bringt, führt sie doch auch Leiden auf, die in der früheren Liste des BSV nicht enthalten waren. Hinzu kommt, daß die neue Liste besserer medizinischer Erkenntnis folgt, um sie in der Sozialversicherung unverzüglich zu verwirklichen. Schließlich ist zu berücksichtigen, daß eine eigentliche Rechtsungleichheit gerade durch die von der Vorinstanz geforderte Praxisänderung eintreten würde. Die Praxis des EVG war für die Verwaltung maßgebend und fand auf den Großteil der Versicherten bereits ihre Anwendung; diese Versicherten wären, würde der vorinstanzliche Entscheid geschützt, in vielen Fällen gegenüber einer kleinen Zahl nunmehr Privilegierter willkürlich benachteiligt. Selbst wenn man also bei der geschilderten Sachlage mit der Vorinstanz annehmen wollte, es bleibe für eine Interessenabwägung noch Raum, so hätte eine solche nicht zur Lösung des kantonalen Urteils geführt, und sie könnte noch viel weniger eine nachträgliche Änderung der übergangsrechtlichen Praxis des EVG begründen.

Was den Nabelbruch (Hernia umbilicalis) im besonderen betrifft, so steht auf Grund eines vom Gericht in einem andern Fall eingeholten Gutachtens fest, daß er medizinisch gar kein Geburtsgebrechen darstellt. Der Gutachter, Chefchirurg eines Kinderspitals, führt nämlich aus: «Der Nabelbruch ist die Folge des Offenbleibens eines sonst normalen Nabelringes. Er kann deshalb frühestens nach Abfall der Nabelschnur beobachtet werden, meist sogar erst später, wenn die Heilung der Nabelnarbe vollständig ist. Die Entstehung des Nabelbruches ist daher eindeutig postnatal.» Unter diesen Umständen besteht umso weniger Anlaß, nach dem 1. Januar 1961 die Kosten für die Behebung eines Nabelbruches als Behandlung eines Geburtsgebrechens zu Lasten der IV zu übernehmen.

Urteil des EVG vom 27. August 1962, i. Sa. K. S.

Art. 13 IVG; Art. 2, Ziff. 9, GgV. Die IV übernimmt die Kosten der operativen Entfernung von Naevi (Muttermalen), sofern diese wegen ihrer besonderen Lage, Art und Größe den Versicherten entstellen (und deshalb seine Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen) oder eine erhöhte Gefahr für eine maligne Entartung in sich bergen.

Im März 1960 unterzog sich die 1946 geborene Versicherte einer Operation, wobei fünf dunkle Naevi (Muttermale) entfernt wurden. Von diesen Muttermalen befanden sich zwei am Hals seitlich links, zwei am Thorax hinten links und eines am Thorax hinten rechts. Die Krankenkasse übernahm die Behandlungskosten nicht, sondern verwies den Vater der Versicherten an die IV. Die Ausgleichskasse lehnte jedoch gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission die Gewährung medizinischer Maßnahmen ab. Gegen diese Verfügung beschwerte sich die Versicherte, indem sie geltend machte, daß Naevi später bösartig werden könnten und die Erwerbsfähigkeit dadurch möglicherweise wesentlich beeinflusst werde. Die Rekursbehörde wies die Beschwerde mit folgender Begründung ab: In der GgV seien Naevi zwar unter Ziff. 9 aufgeführt, doch sei Ziff. 9 mit einem Stern versehen. Dies bedeute nach Art. 1, Abs. 2, GgV, daß medizinische Maßnahmen nicht gewährt würden, wenn das Gebrechen die Erwerbsfähigkeit nicht zu beeinflussen vermöge. Dieser Ausschußgrund sei offensichtlich gegeben.

Die von der Versicherten gegen diesen Entscheid eingelegte Berufung wies das EVG mit folgenden Erwägungen ab:

1. ... Zu den gemäß Art. 2, Ziff. 9, GgV anerkannten Geburtsgebrechen gehören die Naevi und Xanthome. Ziff. 9 des Art. 2 GgV ist mit einem Stern versehen, weshalb zur Auslegung Art. 1, Abs. 2, GgV heranzuziehen ist. Der genannte Artikel bestimmt, daß für die Behandlung dieser Gebrechen medizinische Maßnahmen nicht gewährt werden, wenn im Einzelfall das Gebrechen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten offensichtlich nicht zu beeinflussen vermag.

2. Streitig ist vorliegend, ob die Kosten der am 29. März 1960 auf Rat des Arztes vorgenommenen operativen Entfernung von fünf «mehr oder weniger» großen dunklen Naevi (am Hals und am Thorax) von der IV zu tragen sind. Wie das BSV zutreffend ausführt, sind solche Operationskosten von der IV nur dann zu übernehmen, wenn die Naevi wegen ihrer besondern Lage, Art und Größe die Versicherten entstellen (und deshalb ihre Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen) oder eine erhöhte Gefahr für maligne Entartung in sich bergen. Nur diesen zweiten Grund hat die Versicherte in ihrer Berufung geltend gemacht. Sie stützt sich dabei auf den Arzt, der ausführt, Pigmentmuttermale seien oft Ausgangspunkt für bösartige Melanome (Pigmentgeschwülste). Sie sollten deshalb frühzeitig entfernt werden.

Erfahrungsgemäß kommen Naevi häufig vor, wahrscheinlich sogar bei der Mehrheit gesunder Menschen. Melanome dagegen sind selten, wie im Bericht des BSV einleuchtend dargelegt wird. Besondere Verhältnisse vorbehalten, muß daher angenommen werden, Muttermale führten — über den Weg der malignen Entartung — offensichtlich nicht zu Erwerbsunfähigkeit.

Konkrete Angaben, die auf die Gefahr einer malignen Entartung der Naevi am Körper des versicherten Mädchens hindeuten, sind den Akten nicht zu entnehmen. Auch die Zuschrift des Arztes enthält in dieser Hinsicht nichts: er bekennt sich darin nur grundsätzlich zur operativen Entfernung von Muttermalen. Damit fehlt es vorliegend an den Voraussetzungen, um die Operationskosten der IV zu überbürden, was zur Abweisung der Berufung führt.

Urteil des EVG vom 7. Juni 1962, i. Sa. U. L.

Art. 19 IVG. Steht die Bildungsunfähigkeit eines Kindes nicht eindeutig fest, so ist auf Kosten der IV eine eingehende Abklärung unter fachärztlicher Kontrolle und gegebenenfalls ein Sonderschulungsversuch durchzuführen. Eine voreilige Annahme von Bildungsunfähigkeit widerspricht dem Sinne des IVG. (Erwägungen 1 und 2)

Art. 20 IVG; Art. 13, Abs. 2, IVV. Ein anstaltsbedürftiger Minderjähriger, der zu Hause auf die Abklärung seiner Bildungsfähigkeit wartet, hat Anspruch auf einen Beitrag an die Hauspflege, sofern im übrigen die in IVV und Rechtsprechung aufgestellten Voraussetzungen erfüllt sind. (Erwägung 3)

Art. 12 und 13 IVG. Die erethische Idiotie ist kein von der IV anerkanntes Geburtsgebrechen. Medizinische Vorkehrungen bei erethischer Idiotie gelten nicht als Eingliederungsmaßnahmen, sondern als Behandlung des Leidens an sich. (Erwägung 4)

Der 1955 geborene Versicherte leidet an erethischer (reizbarer) Idiotie. Er ist stumm und in der körperlichen Entwicklung zurückgeblieben. Außerdem ist er Bettnässer und auch tagsüber nicht sauber. Er bedarf ständiger Aufsicht durch die Eltern und Geschwister, da er sonst von zu Hause fortläuft und Gegenstände beschädigt, die ihm in die Hände geraten. Nach ärztlicher Auffassung ist der Versuch einer Erziehung in einer Anstalt angezeigt. Im April 1960 wurde der Versicherte bei der IV mit dem Begehren angemeldet, es seien medizinische Maßnahmen zu gewähren und Beiträge an eine Sonderschulung auszurichten.

In der gegen die ablehnende Verfügung erhobenen Beschwerde erneuerte der damalige Vertreter des Versicherten die in der Anmeldung gestellten Begehren. Überdies verlangte er bis zum Beginn der Sonderschulung die Ausrichtung eines Beitrages an die Hauspflege. Die kantonale Rekursbehörde wies die Beschwerde im wesentlichen mit folgender Begründung ab: Die Gewährung medizinischer Maßnahmen falle außer Betracht, da kein Geburtsgebrechen vorliege. Nachdem der Versicherte wahrscheinlich bis zu einem gewissen Grade bildungsfähig sei, müßten die Eltern das Notwendige vorkehren, um eine Sonderschulung zu ermöglichen. Gestützt hierauf werde dann die IV auf Gesuch hin die Kostgeld- und Schulgeldbeiträge bestimmen. Über Beiträge an die Hauspflege könne erst befunden werden, wenn sich wider Erwarten die Bildungsunfähigkeit des Versicherten ergeben sollte.

Auf Berufung des Versicherten hin wies das EVG die Sache in Aufhebung des angefochtenen Entscheides und der ergangenen Kassenverfügung zum Vorgehen im Sinne nachfolgender Erwägungen an die IV-Kommission zurück:

1. Gemäß Art. 19, Abs. 1, IVG werden an die Sonderschulung **b i l d u n g s f ä h i g e** Minderjähriger, denen infolge Invalidität der Besuch der Volksschule nicht möglich oder nicht zumutbar ist, Beiträge ausgerichtet. An die Hauspflege von minderjährigen Versicherten kann gemäß Art. 20, Abs. 1, IVG, ein Beitrag von vorneherein nur gewährt werden, wenn diese **b i l d u n g s u n f ä h i g** sind. Überdies wurde in EVGE 1961, S. 43 und ZAK 1961, S. 222, festgestellt, daß ein Beitrag an bildungsunfähige Minderjährige, deren Pflege und Wartung zu Hause durch die Eltern erfolgt, an folgende Voraussetzungen geknüpft ist:

- a. Der bildungsunfähige Minderjährige muß anstaltsbedürftig sein;
- b. die sachgemäße Pflege und Wartung wie in einer Anstalt müssen gewährleistet sein;
- c. wegen der Pflege und Wartung müssen besondere Kosten entstehen, was vor allem dann zutrifft, wenn der Aufwand für Wäsche, Waschmittel und dgl. wegen der Stuhl- und Urininkontinenz des Bildungsunfähigen besonders hoch ist oder dieser dauernd sein Bettzeug oder andere Gegenstände beschädigt.

2. In der Rangordnung geht der Art. 19 dem Art. 20 IVG vor. Steht die Bildungsunfähigkeit nicht eindeutig fest, so muß zuerst im Interesse des Kindes der Versuch einer Sonderschulung unternommen werden. Nichts wäre dem Sinn des IVG entgegengesetzter als ein voreiliges Bekenntnis zur Bildungsunfähigkeit. Aus diesem Grunde hat der Vater des Versicherten in

seiner Anmeldung mit Recht Beiträge an die Sonderschulung verlangt. Zwar steht nicht fest, daß der Versicherte bildungsfähig ist. Die IV hat aber auch den Versuch einer solchen Schulung zu übernehmen; in Grenzfällen wie dem vorliegenden muß die IV-Kommission das Notwendige zur Abklärung der Bildungsfähigkeit vorkehren, und sie darf nach erfolgter Anmeldung nicht untätig bleiben, bis sich die Eltern selber zum Versuch einer Sonderschulung entschließen. Demzufolge ist die Sache an die IV-Kommission zurückzuweisen, damit sie die Bildungsfähigkeit des Versicherten in einer Anstalt unter fachärztlicher Kontrolle auf Kosten der IV näher abkläre. Wird eine teilweise Bildungsfähigkeit bejaht, die den Versuch einer Sonderschulung rechtfertigt, so hat die IV-Kommission die erforderlichen Maßnahmen gemäß Art. 19 IVG näher zu bestimmen und die entsprechenden Beiträge festzusetzen.

Fällt aber wegen Bildungsunfähigkeit eine Sonderschulung außer Betracht, so hat der Versicherte Anspruch auf Beiträge an die Hauspflege, die von der IV-Kommission zahlenmäßig festzulegen sind. Es kann unter den gegebenen Verhältnissen keinem Zweifel unterliegen, daß der Versicherte anstaltsbedürftig ist. Die sachgemäße Pflege und Wartung wie in einer Anstalt sind gewährleistet, und es entstehen wegen der Urininkontinenz und des Zerstörungsdranges des Versicherten auch besondere Kosten.

3. Allfällige Beiträge gemäß Art. 19 IVG können allerdings nur für die Zukunft, d. h. vom Beginn der an die Abklärung der Bildungsfähigkeit anschließenden Sonderschulung an, gewährt werden. Da die Bildungsfähigkeit des Versicherten heute keineswegs feststeht, erhebt sich die Frage, ob er nicht bis zum Beginn der von der IV-Kommission anzuordnenden Abklärung einem Bildungsunfähigen gleichgestellt werden darf, gleichgültig, wie das Ergebnis der Abklärung ausfallen wird. Diese Frage ist unter den gegebenen besonderen Verhältnissen zu bejahen: der Versicherte ist offensichtlich anstaltsbedürftig und verursacht seinen Eltern gleich wie ein Bildungsunfähiger besondere Kosten. Eine solche Lösung verhindert auch, daß die Eltern in Zweifelsfällen entgegen ihrem wohlverstandenen Interesse behaupten, ihr Kind sei bildungsunfähig, um sofort zu Leistungen zu kommen (welchen Weg der Vertreter des Versicherten in der Berufung beschritten hat). Die IV-Kommission muß daher gleichzeitig mit den nötigen Vorkehren zur Abklärung der Bildungsfähigkeit einen Entscheid über Höhe und Beginn des Pflegebeitrages bis zur Aufnahme dieser Abklärung treffen.

4. Am Begehren um Gewährung medizinischer Maßnahmen hat der Vertreter des Versicherten mit Recht nicht mehr festgehalten. Da kein Geburtsgebrechen gemäß Art. 13 IVG vorliegt (die erethische Idiotie ist in der Liste der Geburtsgebrechen nicht aufgeführt), können medizinische Vorkehren von der IV nur dann übernommen werden, wenn sie Eingliederungsmaßnahmen im Sinne von Art. 12 IVG darstellen. Die hier in Frage stehenden medizinischen Vorkehren gehören nicht zu diesen Eingliederungsmaßnahmen, sondern zur Heilbehandlung, die nicht zu Lasten der IV geht.

5.

Urteil des EVG vom 11. Juli 1962, i. Sa. J. und A. G.

Art. 19 und 20 IVG. Bildungsfähigkeit bzw. Schulungsfähigkeit liegt schon dann vor, wenn eine auch sehr beschränkte Möglichkeit zur Förderung verhältnismäßig geringer (geistiger oder körperlicher) Kräfte besteht, was eine minimale Aufnahmefähigkeit voraussetzt. Hilflosigkeit und Arbeitsunfähigkeit schließen Bildungsfähigkeit nicht aus. Von Bildungsunfähigkeit ist zu unterscheiden die bloße Unfähigkeit, eine Schule besuchen zu können.

Der 1941 geborene Versicherte litt seit seinem 10. Altersjahr an fortschreitendem Muskelschwund. Er hatte 7 Jahre lang die Primarschule besucht, mußte dann aber seine weitere Ausbildung abbrechen. Er war laut ärztlichem Zeugnis vollständig bewegungsunfähig und damit pflegebedürftig, aber im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte. Im Februar 1960 hatte sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet. In den mit sauberer Schrift ausgefüllten Formularen wies er darauf hin, daß er den ganzen Tag zum Ankleiden, Essen usw. auf die Hilfe seiner Mutter angewiesen sei. Die IV-Kommission kam zum Schluß, daß ein Beitrag an die Pflege des Versicherten nicht gewährt werden könne, da dieser bildungsfähig sei.

Die kantonale Rekursbehörde wies die IV an, dem Versicherten vom 1. Januar 1960 an einen Hauspflegebeitrag von 3 Franken im Tag auszurichten, wobei sie ihren Entscheid wie folgt begründete: Bildungsunfähigkeit sei gegeben, wenn der körperliche Zustand des minderjährigen Versicherten dessen Bildung verunmögliche (was hier zutreffend habe). «Die Unmöglichkeit des Invaliden, eine Arbeit zu verrichten, oder die Unmöglichkeit, ihm eine verwertbare Bildung beizubringen, decken sich in einem solchen Falle. Arbeitsunfähigkeit ist dann bei einem Minderjährigen auch Bildungsunfähigkeit, und diese beiden Begriffe sind deshalb synonym.» Die gänzliche Arbeitsunfähigkeit mache die allenfalls vorhandene geistige Bildungsfähigkeit illusorisch. Demzufolge könne für den ausgewiesenermaßen hilflosen Versicherten ein Hauspflegebeitrag ausgerichtet werden.

Das EVG hieß die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingelegte Berufung mit folgenden Erwägungen gut:

Gemäß Art. 20 IVG und Art. 13 IVV kann unter bestimmten Voraussetzungen an die Hauspflege bildungsunfähiger Minderjähriger ein Beitrag ausgerichtet werden (EVGE 1961, S. 43, ZAK 1961, S. 222). Streitig ist hier die Frage, ob der Versicherte bildungsunfähig im Sinne von Art. 20 IVG ist.

Unter Bildungsunfähigkeit ist die auf ein körperliches oder geistiges Gebrechen zurückgehende Schulungsunfähigkeit zu verstehen. Dementsprechend hat das EVG die Bildungsfähigkeit immer im Sinne der Schulungsfähigkeit umschrieben. Die bloße Unfähigkeit, eine Schule besuchen zu können, gibt Anlaß zur Gewährung von Beiträgen an einen andersgearteten Unterricht; solche Beiträge setzen die Bildungsfähigkeit voraus (vgl. hiezu EVGE 1961, S. 327, ZAK 1962, S. 41 und Urteil vom 23. Februar 1962 i. Sa. H. St., ZAK 1962, S. 382). Im Bestreben, auch verhältnismäßig geringe Kräfte zu fördern, muß die Bildungsfähigkeit weit gefaßt werden. Sie ist schon dann gegeben, wenn auch eine sehr beschränkte Förderungsmöglichkeit besteht, die eine minimale Aufnahmefähigkeit voraussetzt. Erst wenn diese fehlt, ist

ein Versicherter bildungsunfähig. Ursache der Bildungsunfähigkeit ist daher in der Regel ein geistiges Gebrechen, das den Versicherten unfähig macht, überhaupt eine Ausbildung zu empfangen.

Im vorliegenden Fall war der Versicherte imstande, während 7 Jahren die Primarschule zu besuchen. Er ist daher schulmäßig besser ausgebildet worden als ein hilfsschultauglicher, bildungsfähiger Versicherter. Auch nach dem Abschluß der Schule blieb die Fähigkeit, eine weitere Ausbildung zu empfangen, erhalten. Wie der Arzt feststellt, war der Versicherte weiterhin im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte. Er füllte im Jahre 1960 die Formulare für die IV noch selber aus und hätte im Sinne einer Sonderschulung noch weiter ausgebildet werden können (z. B. in Kopfrechnen oder in der Sprache). War aber eine Weiterbildung an sich möglich, kann nicht von Bildungsunfähigkeit gesprochen werden. Die Hilflosigkeit und Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten schließen — entgegen der Auffassung der Vorinstanz — die Bildungsfähigkeit und damit die Schulungsfähigkeit nicht aus. Jeder Invalide hat, soweit es sein körperlicher oder geistiger Zustand erlaubt, schlechthin Anspruch auf die Vermittlung des für das Leben in der Gesellschaft wichtigen Schulwissens; die oft schwer zu beurteilende Frage, ob dieses Wissen einmal verwertet werden könne und eine spätere Erwerbsfähigkeit zu fördern vermöge, tritt demgegenüber in den Hintergrund. Es läßt sich übrigens fragen, ob Art. 19 IVG, der von der Sonderschulung handelt, für diesen Anspruch nicht spezielle, von den allgemeinen Voraussetzungen des Eingliederungsanspruches gemäß Art. 9, Abs. 1, IVG, abweichende Voraussetzungen aufstellt.

Nach dem Gesagten sind die Voraussetzungen für die Zuspreehung eines Beitrages an die Hauspflege des Versicherten nicht erfüllt, was zur Gutheißung der Berufung führt.

Urteil des EVG vom 15 Mai 1962 i. Sa. U. St.¹

Art. 21, Abs. 2, IVG. Um zweckmäßig zu sein, muß eine Prothese je nach den Verhältnissen des Versicherten auch ästhetischen Anforderungen entsprechen. Erheischt eine Prothese aus solchen Gründen die spezielle Anfertigung oder Änderung von Kleidern, so übernimmt die IV die dadurch entstehenden Mehrkosten, sofern diese erheblich sind. Bemessung dieser Mehrkosten bei einer armamputierten Textilzeichnerin im Wachstumsalter.

Die 1945 geborene Versicherte trägt eine Prothese, welche den ihr 1955 durch einen fahrenden Zug so gut wie vollständig abgerissenen linken Arm ersetzt. Seit dem Frühjahr 1960 absolviert sie eine Lehre als Textilzeichnerin. Im März 1960 wurde sie zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet. Die Ausgleichskasse brachte in der Folge der Versicherten zur Kenntnis, daß die Kosten für die Prothesenreparaturen und für die erforderlichen Ersatzteile (Handschuhe usw.) von der IV übernommen würden.

Auf die gegen die Kassenverfügung erhobene Beschwerde sprach die kantonale Rekurskommission der Versicherten vom 1. Januar 1961 an einen jährlichen Beitrag von 150 Franken «für Kleiderabnutzung» zu. Der Be-

¹ Ergänzende Ausführungen hiezu in der nächsten Nummer.

gründung des Rekursentscheides läßt sich entnehmen: Die Versicherte habe besondere Auslagen, weil ihre Kleider durch die große Prothese, welche die ganze Schulterpartie umfasse, stark strapaziert und abgenutzt würden. Diese Kosten ständen im Zusammenhang mit der Prothese. Da künstliche Glieder «mit Zubehör» abgegeben würden, müßten die mit der Prothese in Zusammenhang stehenden Kosten, die nicht zu den eigentlichen Unterhaltskosten gehörten, von der IV ebenfalls übernommen werden.

Die gegen den kantonalen Rekursentscheid ergriffene Berufung des BSV wurde vom EVG mit folgender Begründung abgewiesen:

1. Dem BSV ist insoweit zuzustimmen, als sich der von der Versicherten geltend gemachte Anspruch nicht auf Art. 16, Abs. 3, IVV stützen läßt, wonach ausnahmsweise für den Betrieb von «Geräten», die Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG darstellen, Beiträge gewährt werden können. Etwas anderes hat im vorliegenden Verfahren auch niemand behauptet. Zu prüfen bleibt die Frage, ob der erwähnte Anspruch nicht durch andere gesetzliche Normen gedeckt wird.

2. Gemäß Art. 21, Abs. 2, IVG werden die Hilfsmittel in einfacher und «zweckmäßiger Ausführung» abgegeben. Mithin hat die IV im Rahmen einfacher Anfertigung dafür zu sorgen, daß die Hilfsmittel auch äußerlich in einer die angestrebte Eingliederung so wenig wie möglich hemmenden Form gestaltet werden. Dies gilt namentlich für künstliche Glieder: diese müssen jedenfalls bei Angehörigen von Berufen, in welchen die äußere persönliche Erscheinung für das berufliche Fortkommen eine erhebliche Rolle spielt, möglichst unauffällig oder doch wenigstens nicht abstoßend wirken. So wird man eine berufstätige Frau, die ein Bein verloren hat, nicht mit einem Stelzbein, sondern mit einer an die Plastik eines menschlichen Beines wenigstens erinnernden Prothese versorgen. Für die Verwertung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit nach Durchführung einer Amputation kann auch von Belang sein, daß die Ansatzvorrichtungen und Mechanismen der Prothese durch eine Kleidung verdeckt werden, wie sie die Angehörigen der entsprechenden Berufskategorie normalerweise tragen. Künstliche Glieder müssen also bis zu einem gewissen Grade, je nach den Verhältnissen des Versicherten, auch ästhetischen, freilich funktionell belanglosen, aber eben doch im Sinne von Art. 21, Abs. 2, IVG «zweckmäßigen» Anforderungen entsprechen. Hiefür hat die IV in gleicher Weise aufzukommen wie für die technische Funktionstüchtigkeit der Prothese, es sei denn, man könne der versehrten Person selber zumuten, die sonst abstoßende oder doch für sie beruflich nachteilig auffallende Prothese schicklich zu gestalten. Letzteres wird regelmäßig insoweit der Fall sein, als der invaliden Person hieraus keine erheblichen Mehrkosten erwachsen im Vergleich zu den für eine normale Garderobe notwendigen Aufwendungen. So wird z. B. eine Vorderarmprothese ohne weiteres mit normalen Konfektionskleidern verdeckt werden können (für die Kosten des speziellen Handschuhs einer künstlichen Hand kommt die IV auf, wie der vorliegende Fall zeigt). Anders verhält es sich dagegen, wo die Ausmaße der Prothese spezielle Kleideranfertigungen erheischen. Dort wird man der invaliden Person, sofern sie sich nicht schon aus anderen Gründen nach Maß bekleiden läßt, nicht zumuten können, für die Mehrkosten der Anpassung ihrer Kleider aufzukommen. Denn diese Anpassung wäre ohne die Pro-

these nicht nötig; sie gehört nach dem Gesagten zu der «zweckmäßigen Ausführung» der Prothese, die zu Lasten der IV geht. Wo die genannten Erfordernisse erfüllt sind, hat demnach die IV unabhängig davon, ob ein besonders hoher Kleiderverschleiß vorliegt oder nicht, die Mehrauslagen spezieller Neuanfertigungen oder Abänderungen von Kleidern zu übernehmen, die unter der Voraussetzung eines normalen Kleiderunterhalts durch den Versicherten notwendig sind.

3. Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine jugendliche Versicherte, die eine Lehre als Textilzeichnerin absolviert, beruflich also in einer Umgebung verkehrt, die an ihre Kleidung etwa diejenigen Anforderungen stellt, die heutzutage die weiblichen Angehörigen eines kaufmännischen Berufes in der Schweiz erfüllen müssen. Diesen Anforderungen würde sie zweifellos mit Konfektionskleidern genügen können, wäre sie unversehrt. Allein, wie bereits im kantonalen Beschwerdeverfahren glaubwürdig dargelegt wurde, ist die (mit Riemen um den Hals und den verbleibenden Arm befestigte) Prothese zu groß, als daß die Versicherte normale Konfektionskleider tragen könnte; die Prothese ist in der Schulterpartie breiter als der rechte Arm, was die Abänderung der Konfektionskleider nötig macht, soweit nicht ohnehin spezielle Anfertigungen vorkommen. Der Versicherten entstehen somit wegen der Prothese nicht unerhebliche zusätzliche Bekleidungskosten. Nichts spricht dafür, daß diese Mehrkosten im Durchschnitt den von der Vorinstanz zugesprochenen Beitrag von jährlich 150 Franken unterschreiten, solange wenigstens die Versicherte im Wachstumsalter steht. Auf jeden Fall sind in den Jahren 1960 und 1961 die speziellen Anpassungen der Sommer- und Winterkleider, samt Mänteln und Regenschutz, die für ein Mädchen im Entwicklungsalter notwendig sind, nicht billiger zu stehen gekommen. Zu einer Abänderung des vorinstanzlichen Entscheides gemäß Antrag des BSV liegt daher kein Grund vor. Dagegen steht der Verwaltung das Recht zu, über die Höhe des Beitrages erneut zu befinden, wenn die Versicherte die Wachstumsperiode hinter sich hat.

4. Nachdem der zugesprochene Betrag von jährlich 150 Franken durch Art. 21, Abs. 2, IVG gedeckt wird, erübrigt sich die Prüfung der Frage, ob Kleider unter bestimmten Voraussetzungen als «Zubehör» einer Prothese im Sinne von Art. 14, Abs. 1, Buchst. a, IVV, betrachtet werden können und ob in der IV Raum für eine Entschädigung besteht, wenn nicht speziell auf die Prothese zugeschnittene Kleider durch das Tragen des künstlichen Gliedes besonders stark abgenutzt werden.

Urteil des EVG vom 12. Juli 1962 i. Sa. H. S.

Art. 21 IVG; Art. 14, Abs. 1, Buchst. f, IVV. Einem kurz vor der AHV-Altersgrenze stehenden Bezüger einer vollen Invalidenrente kann ein Blindenführhund im Hinblick auf die geringen Verdienstmöglichkeiten und die relativ hohen Kosten des Hilfsmittels nicht abgegeben werden. (Erwägung 2)

Art. 16, Abs. 3, IVV. Die Rechtsprechung über die ausnahmsweise Gewährung von Beiträgen an den Betrieb von Motorfahrzeugen ist auch auf den Unterhalt von Blindenführhunden anwendbar. Die Tatsache, daß ein Versicherter für seine Wohnung einen hohen Miet-

zins bezahlen muß, genügt nicht, um trotz Überschreitung der Einkommensgrenze von Art. 42 AHVG das Vorliegen eines Härtefalles zu begründen. (Erwägung 3)

Der 1898 geborene Versicherte ist seit 1934 blind und bezieht als ehemaliger Beamter eine jährliche Pension von 5588 Franken. Durch beginnende Altersbeschwerden, Gleichgewichtsstörungen und allgemeine Unsicherheit im Straßenverkehr ist er in letzter Zeit stärker behindert. Seit dem 1. Januar 1960 steht ihm eine ganze Invalidenrente (mit einer Zusatzrente für die Ehefrau) von jährlich 1792 Franken auf Grund 85prozentiger Invalidität zu. Seine verbleibende Erwerbsfähigkeit verwertet er als Vertreter; diese Tätigkeit, die er mit einem Blindenhund ausübt, soll ihm jährlich rund 1200 Franken einbringen. Im März 1961 stellte der Versicherte das Begehren, es sei sein nun zehnjährig gewordener Blindenhund auf Kosten der IV zu ersetzen, und es sei für den Hund vom 1. Januar 1960 an ein Unterhaltsbeitrag auszurichten.

Eine vom Versicherten gegen die ablehnende Kassenverfügung erhobene Beschwerde wies die kantonale Rekursbehörde ab, indem sie ausführte: Ein zwingender Grund, den jetzigen Hund zu ersetzen, bestehe nicht; der Versicherte verlange denn auch nur «Ersatz bei Abgang». Das Tier sei erst 10 Jahre alt und vermöge noch einige Jahre zu dienen. Selbst wenn es bald einginge, könnte ein neuer Hund kaum mehr lange beruflich verwendet werden. Außerdem entsprächen die Anschaffungskosten einem vollen Jahreseinkommen aus der Vertretertätigkeit; die Aufwendungen für das Hilfsmittel ständen daher in keinem vernünftigen Verhältnis zu seinem Nutzen. Die Ausrichtung eines Beitrages an den Unterhalt des Tieres falle außer Betracht, da das Einkommen des Versicherten die Bedarfsgrenze des Art. 42 AHVG überschreite.

Die gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung des Versicherten wurde vom EVG mit folgenden Erwägungen abgewiesen:

1. Gemäß Art. 21 IVG hat der Versicherte im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. Die IVV nennt in Art. 14, Abs. 1, Buchst. f, als Hilfsmittel auch «Blindenführhunde». Art. 15, Abs. 1, IVV bestimmt ergänzend, daß ein Hilfsmittel abgegeben wird, wenn der Versicherte für die Ausübung seiner Erwerbstätigkeit darauf angewiesen ist.

Die Kosten für den Unterhalt von Blindenhunden (und für den Betrieb von Motorfahrzeugen) werden gemäß Art. 16, Abs. 3, IVV von der IV grundsätzlich nicht übernommen. «Ausnahme: kann die IV an solche Kosten einen Beitrag bis zu 50 Franken im Monat gewähren.»

2. Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung, der für die Beurteilung maßgebend ist, genügte der jetzige Hund für die nur noch geringe und wegen der zunehmenden Beschwerden des Versicherten ohnehin abklingende Erwerbstätigkeit. Die im neu aufgelegten tierärztlichen Zeugnis genannten Beschwerden vermögen hieran nichts zu ändern. Die Abgabe eines Blindenhundes durch die IV fällt daher schon aus diesem Grunde außer Betracht. Der Dressurplan, den der Versicherte an einem neuen Hund verwirklichen möchte, ist übrigens unzweckmäßig. Wie das BSV überzeugend dartut, muß ein Blindenhund von einem Fachmann ausgebildet sein, um seinen Zweck

erfüllen zu können; ein vom Versicherten dressierter Hund könnte nicht als geeignetes Hilfsmittel gelten.

Aber selbst dann, wenn davon ausgegangen würde, daß der jetzige Hund einen Blinden nicht mehr zu führen vermag, so könnte das Tier nicht zu Lasten der IV ersetzt werden: Der gegenwärtig schon zu 85 Prozent invalide Versicherte, der im Juni 1963 das AHV-Rentenalter erreicht, wird voraussichtlich bald völlig erwerbsunfähig sein, so daß das neue anbegehrte Hilfsmittel nicht mehr der «Eingliederung ins Erwerbsleben» im Sinne von Art. 21 IVG zu dienen vermöchte. Wie bereits erwähnt, dürfte als Hilfsmittel nur ein fachgerecht dressierter Hund abgegeben werden. Nachdem der Versicherte bloß ein Monatseinkommen von 100 Franken erzielt, ständen die Anschaffungskosten eines solchen Hundes von rund 1 200 Franken in keinem vernünftigen Verhältnis zu seinem Nutzen, zumal Pflege und Wartung des Tieres nach den Angaben des BSV Auslagen von 70 bis 90 Franken im Monat verursachen.

Der Versicherte wendet ein, daß das Gericht in einem Urteil vom 19. September 1961 einem fast völlig Invaliden (die IV-Kommission sprach von einer 94prozentigen Erwerbsunfähigkeit) als Hilfsmittel orthopädische Schuhe gewährt habe. Dort handelte es sich aber um eine relativ bescheidene Aufwendung für einen jungen Menschen. Die Kosten dieses Hilfsmittels standen zu dem auf die Dauer erzielbaren Verdienst doch in einem bedeutend günstigeren Verhältnis als Anschaffung und Unterhalt eines Blindenhundes zu dem vom Versicherten mit seinen Gleichgewichtsstörungen und Alterserscheinungen voraussichtlich noch erzielbaren Erwerbseinkommen. Überdies wurde im zitierten Urteil dem Antrag des BSV stattgegeben, nicht ohne zu betonen, daß es sich um einen ausgesprochenen Grenzfall handle. Der vorliegende Fall liegt eindeutig jenseits der Grenze, innerhalb welcher Hilfsmittel der verlangten Art gewährt werden können.

3. Was die ausnahmsweisen Leistungen des Art. 16, Abs.3, IVV betrifft, so hat das Gericht bereits entschieden, die Gewährung eines Beitrages an den Betrieb eines Motorfahrzeuges setze voraus, daß, wirtschaftlich betrachtet, ein Härtefall vorliege. Ein Härtefall könne in der Regel nur dann angenommen werden, wenn das anrechenbare Einkommen des Versicherten die für den Anspruch auf die außerordentliche Rente maßgebende Grenze des Art. 42 AHVG nicht erreiche (EVGE 1961, S. 255, ZAK 1961, S. 458). Diese Rechtsprechung ist auch auf den ausnahmsweisen Beitrag an den Unterhalt eines Blindenhundes anwendbar.

Im vorliegenden Fall überschreitet das anrechenbare Einkommen des Versicherten die maßgebende Einkommensgrenze von 4 800 Franken, wie die nachfolgende Aufstellung zeigt:

Pension	Fr. 5 588.—
Rente	Fr. 1 792.—
Erwerbseinkommen	Fr. 1 200.—
	Fr. 8 580.—
Pauschalabzug für Versicherungsprämien und Steuern gemäß Art. 57, Buchst. d, AHVV	Fr. 900.— Fr. 7 680.—
Anrechenbar gemäß Art. 42, Abs. 1, AHVG: $\frac{2}{3}$ hievon	Fr. 5 120.—

Die Tatsache, daß der Versicherte für seine Wohnung einen hohen Mietzins bezahlen muß, genügt nicht, um trotz Überschreitung der Einkommensgrenze einen Härtefall annehmen zu können. Im übrigen weist die Vorinstanz mit Recht darauf hin, daß der IV nicht zugemutet werden könne, monatlich 50 Franken an den Unterhalt des Hundes zu bezahlen, wenn das monatliche Erwerbseinkommen nur 100 Franken betrage.

Renten und Taggelder

Urteil des EVG vom 27. August 1962 i. Sa. E. K.

Art. 22, Abs. 3, IVG; Art. 18 IVV. Anspruch auf Taggelder für Wartezeiten besteht nicht, wenn der Zustand des Versicherten die Durchführung der angeordneten Eingliederungsmaßnahme nicht erlaubt.

Der 1901 geborene Versicherte leidet an Diabetes melitus (Zuckerkrankheit); überdies machte er eine Hepatitis (Leberentzündung) und multiple Staphylokokkeninfekte durch. Am 22. November 1960 mußte er sich wegen einer Infektion in das Spital begeben, wo ihm im April 1961 die linke Zehe und Ende Mai 1961 wegen fortschreitenden Gangräs der linke Unterschenkel amputiert werden mußten. Am 19. Juni 1961 befand sich der Versicherte immer noch im Spital und wurde vom Arzt auf unbestimmte Zeit als voll arbeitsunfähig bezeichnet. Im Juni 1961 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. Gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission sprach ihm die Ausgleichskasse eine Unterschenkel-Stelzprothese zu.

Gegen diese Verfügung beschwerte sich der Versicherte bei der kantonalen Rekurskommission. Er wies darauf hin, daß die Prothese erst in einigen Monaten angepaßt werden könne, und verlangte für die Wartezeit die Ausrichtung eines Taggeldes, da er mindestens zu 50 Prozent arbeitsunfähig sei. Die kantonale Rekursbehörde wies die Beschwerde mit folgender Begründung ab: Der Anspruch auf ein Taggeld für Wartezeiten bestehe nur dann, wenn eine Eingliederungsmaßnahme angeordnet sei, ihre Durchführung aber abgewartet werden müsse. Im vorliegenden Falle könne das dem Versicherten zugestandene Hilfsmittel an sich sofort abgegeben werden. Der Versicherte brauche nicht darauf zu warten; er sei lediglich am Gebrauch des Hilfsmittels behindert.

Den kantonalen Rekursentscheid hat der Versicherte durch Berufung an das EVG weitergezogen. Er wies darauf hin, daß er auf ärztliche Anordnung hin vorderhand keine Prothese tragen dürfe, da die weitere Entwicklung der Amputationsstelle abgewartet werden müsse. Die Zeit vom Entscheid der IV-Kommission bis zur erfolgreichen und endgültigen Anpassung der Prothese sei als Eingliederungszeit zu betrachten, während der ein Anspruch auf Taggeld bestehe. Sollte das Gericht zu einer abweichenden Auffassung gelangen, so wäre auf jeden Fall der Anspruch auf ein Taggeld für die Wartezeit gegeben. Das EVG hat die Berufung aus folgenden Gründen abgewiesen.

1. Gemäß Art. 22, Abs. 1, IVG werden Taggelder «während der Eingliederungszeit» gewährt, sofern der Versicherte «wegen der Eingliederung verhindert ist, einer Arbeit nachzugehen». Ist er zu mindestens 50 Prozent

arbeitsfähig, so bedarf es nach dieser Bestimmung des Kausalzusammenhanges zwischen Eingliederungsmaßnahmen und Arbeitsverhinderung nicht; doch besteht der Anspruch auf Taggelder auch in diesem Falle nur während der Zeit, da Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt werden. Unter welchen Voraussetzungen Taggelder für Wartezeiten gewährt werden können, hat gemäß Art. 22, Abs. 3, IVG der Bundesrat zu bestimmen. Der gestützt auf diese Ermächtigung erlassene Art. 18 IVV ordnet an, daß der zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähige Versicherte, der auf die Durchführung angeordneter Eingliederungsmaßnahmen wartet, für jeden ganzen Tag der Wartezeit, längstens aber für insgesamt 120 Tage, Anspruch auf ein Taggeld habe.

2. Wie der Versicherte in seiner Berufung erklärt, erlaubt der Zustand des Amputationsstumpfes die Anpassung der zugesprochenen Prothese noch nicht. Hieraus ergibt sich, daß die in Aussicht genommenen Eingliederungsmaßnahmen wegen der bestehenden Krankheitsfolgen vorläufig nicht durchgeführt werden können. Damit entfällt aber ein Anspruch auf Taggelder gemäß Art. 22, Abs. 1, IVG. Ihre Ausrichtung ist, wie bereits im Urteil vom 20. Januar 1961 i. Sa. F. J. (ZAK 1961, 129) festgestellt wurde, «eine akzessorische Leistung zu bestimmten Eingliederungsmaßnahmen». Ebenso wenig kann ein Taggeld für Wartezeit gewährt werden; ein solcher Anspruch ist nur dann gegeben, wenn der Zustand des Versicherten an sich die Durchführung angeordneter Eingliederungsmaßnahmen erlauben würde, der Versicherte aber aus äußeren Gründen (z. B. Platzmangel in der Eingliederungsstätte) warten muß. Die Gewährung eines Hilfsmittels (d. h. einer Eingliederungsmaßnahme) durch die Kassenverfügung vermag noch keinen Taggeldanspruch zu begründen. Von Eingliederungs- und Wartezeiten kann auf jeden Fall nur dann gesprochen werden, wenn der Versicherte eingliederungsfähig ist, was hier — wie gesagt — vorläufig nicht zutrifft.

Urteil des EVG vom 1. März 1962 i. Sa. L. V.

Art. 31, Abs. 1, IVG. Von einem völlig erblindeten Versicherten kann nicht verlangt werden, daß er sich Eingliederungsmaßnahmen unterzieht, wenn sein Leiden eine Neurose zur Folge hat, die ihn daran hindert, die für die Eingliederung notwendige Willenskraft aufzubringen. Anders verhält es sich dagegen, wenn die Weigerung des Versicherten auf charakterliche Mängel zurückzuführen ist.

Der 1918 geborene Versicherte erlernte den Beruf eines Installateurs. Eine beidseitige Netzhautentzündung führte zu einer fortschreitenden Verminderung der Sehschärfe. Diese ist heute auf eine undeutliche Lichtwahrnehmung herabgesunken. Der Versicherte mußte 1954 seinen Beruf aufgeben, blieb aber weiterhin im Dienste desselben Unternehmens. Dieses beschäftigt ihn seither mit untergeordneten Hilfsarbeiten; dafür erhält er einen Lohn, der wenig unter dem eines gesunden Berufsarbeiters liegt. Die kantonale IV-Kommission, bei der sich der Versicherte zum Bezuge von IV-Leistungen angemeldet hatte, nahm an, der jetzige Lohn sei zu einem guten Teil freiwillig und könne folglich zur Bemessung seiner Invalidität nicht herangezogen werden. Sie beauftragte daher die IV-Regionalstelle, die Möglichkeit einer etwaigen Eingliederung des Versicherten zwecks Ermöglichung eines höheren Verdienstes zu prüfen. Obwohl die Regionalstelle dabei vom Arbeitgeber des Versicherten

unterstützt wurde, setzte dieser allen auf seine Eingliederung gerichteten Schritten eine unmißverständliche Weigerung entgegen. Schließlich blieb dem Fachmann der IV-Regionalstelle nichts anderes übrig, als der IV-Kommission einen negativen Bericht zu unterbreiten, in dem er aber zu verstehen gab, daß der Versicherte für sein Verhalten nicht voll verantwortlich sei.

Gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission, die auf einen Invaliditätsgrad von 50 Prozent erkannte, erließ die Ausgleichskasse eine entsprechende Verfügung. Gegen diese erhob der Versicherte Beschwerde mit dem Begehren um Zusprechung einer ganzen Rente. Die Rekurskommission verglich den Reallohn (nach Abzug der freiwilligen Leistungen des Arbeitgebers) mit dem Einkommen, das er ohne Invalidität hätte erzielen können und nahm eine Invalidität von mehr als zwei Dritteln an, ohne im übrigen das ablehnende Verhalten des Versicherten gegenüber einer eventuellen Eingliederung zu berücksichtigen.

Auf Berufung des BSV hin hat das EVG den kantonalen Entscheid aufgehoben und die Sache mit folgender Begründung an die IV-Kommission zurückgewiesen:

1. ...

2. Im vorliegenden Fall haben die kantonale IV-Kommission und der kantonale Richter angenommen, vom Versicherten könnten keine Eingliederungsmaßnahmen verlangt werden, ohne daß dieser die Folgen seiner Weigerung nicht zu tragen habe. Sie schritten deshalb zur Invaliditätsbemessung im Hinblick auf die Zusprechung einer Rente. Während die IV-Kommission eine Bemessung vornahm, deren Grundlagen unklar sind, stützte sich die Vorinstanz auf Elemente, die — unter der Annahme, daß jede Eingliederung ausgeschlossen sei — den Merkmalen zur Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Art. 28 IVG zu entsprechen scheinen. Es ist klar, daß der im vorliegenden Fall durch den Arbeitgeber bezahlte Lohn nicht als erster Vergleichsbetrag herangezogen werden darf. Die Schätzung des Einkommens, das der Invalide erzielen könnte, auf ungefähr ein Viertel dieses Lohnes scheint keineswegs willkürlich, zumal sie nicht nur vom Arbeitgeber, sondern auch von der Regionalstelle bestätigt worden ist. Der vom BSV angestellte Vergleich mit dem Erwerbseinkommen beruflich volleingegliedelter Geburtsblinder ist nicht schlüssig; denn er setzt gerade die Möglichkeit einer Eingliederung voraus. Was den zweiten Vergleichsbetrag betrifft, so ist dieser ausgewiesen durch den Lohn, den der Versicherte als Installateur erhalten hätte.

Indessen stellt sich die Frage, ob vom Versicherten wirklich keine Eingliederungsmaßnahmen verlangt werden dürfen, so daß dieser die Folgen seiner Weigerung zu tragen hat, und ob die Invaliditätsbemessung im Blick auf die Zusprechung einer Rente nicht verfrüht sei. Im Gegensatz zum kantonalen Richter hält das EVG dafür, daß diese Frage nach der jetzigen Aktenlage nicht entschieden werden kann.

Die IV-Regionalstelle, die von der IV-Kommission beauftragt worden war, zu prüfen, ob nicht eine dem Gesundheitszustand des Versicherten besser angepaßte Beschäftigung innerhalb des Betriebes selbst gefunden werden könnte, hat betont, daß die Abneigung des Versicherten gegenüber jeglicher Eingliederungsmaßnahme seinem Gebrechen und namentlich dem Einfluß seiner Angehörigen zuzuschreiben sei. Der Versicherte sei daher für sein Ver-

halten nicht voll verantwortlich. Ferner erklärte die IV-Regionalstelle, daß im Zweifelsfall die Möglichkeit bestehe, eine psychiatrische Begutachtung anzuordnen, um festzustellen, in welchem Maße eine psychotherapeutische Behandlung eine günstige Wirkung zeitigen und beim Versicherten wieder eine normale gesellschaftliche Einstellung herbeiführen könnte. In dem vom Beklagten mit der Berufungsschrift eingereichten Bericht erwähnt der behandelnde Arzt, daß die Blindheit «eine erhebliche psychologische Einwirkung auf das Verhalten dieses Mannes» bewirkt habe, und es scheint ihm «unter den gegenwärtigen Umständen gänzlich illusorisch, die Mitarbeit des Versicherten für Eingliederungsmaßnahmen zu erlangen»; er betont auch die Bedeutung der «psychologischen persönlichen und familiären Zusammenhänge und jener der Umgebung». Diese Angaben gestatten nicht, mit genügender Sicherheit festzustellen, ob die erwähnten Schwierigkeiten auf einen durch die Umwelt entwickelten und geförderten Charakterfehler oder auf eine durch die Erblindung verursachte Neurose zurückzuführen sind. Wenn diese Schwierigkeiten auf einem Charakterfehler beruhen, unter dessen nachteiligen Folgen der Versicherte — nach einer oft festgestellten Erscheinung — am meisten leidet, so genügen weder dieser Fehler noch der Einfluß Dritter, um die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen unzumutbar zu machen; der Versicherte hätte dann die gesetzlichen Folgen seiner Weigerung zu tragen. Wenn hingegen diese Schwierigkeiten, wie die Berichte der IV-Regionalstelle und des behandelnden Arztes sowie die Arbeitsunterbrechung während mehrerer Monate ab September 1960 zur Annahme berechtigten könnten, ausschließlich oder überwiegend auf einer als Folge der Erblindung aufgetretenen Neurose beruhen, so wird die Zumutbarkeit von Eingliederungsmaßnahmen fraglich; sie muß verneint werden, sobald anzunehmen ist, daß die Neurose den Versicherten daran hindert, den notwendigen Willensakt aufzubringen.

Der kantonale Entscheid ist somit aufzuheben und die Sache an die IV-Kommission zurückzuweisen, damit diese die Abklärung vervollständige und eine psychiatrische Untersuchung durch einen Spezialarzt anordne. Es wird nachher Sache dieser Kommission sein, sich neuerdings über die Zumutbarkeit von Eingliederungsmaßnahmen im Sinne der Art. 8 ff IVG und, falls der Versicherte die als zumutbar erachteten Maßnahmen erneut verweigern würde, über die Folgen dieser Weigerung mit Bezug auf die Ansprüche gegenüber der IV auszusprechen, insbesondere über den Rentenanspruch vor und nach der Zeit der neuen Überprüfung.

Verfahren

Urteil des EVG vom 4. September 1962 i. Sa. U. K.

Art. 78, Abs. 2, IVV. Die Kosten von Eingliederungsmaßnahmen, mit deren Durchführung im Interesse des Versicherten vor der Anordnung durch die IV begonnen werden mußte, können bei Nichteinhaltung der dreimonatigen Anmeldefrist erst vom Datum der Anordnung (und nicht der Anmeldung) an von der Versicherung übernommen werden.

Der 1957 geborene Versicherte leidet seit der Geburt an einem eosinophilen Granulom, einer seltenen Stoffwechselerkrankung, die in Ziffer 189 der bundes-

rätlichen Geburtsgebrechenliste aufgeführt ist (als Form der Morbus Schüller-Christian). Nach den Angaben des Arztes muß der Versicherte seit der Geburt behandelt werden (dauernde Prednison-Therapie unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle).

Am 26. Mai 1961 wurde der Versicherte durch seinen Vater bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet. Die IV-Kommission beschloß, die ärztlichen Kontrollen samt den damit verbundenen Reisekosten vom 26. Mai 1961 an zu Lasten der Versicherung zu übernehmen; dagegen lehnte sie es ab, für die Zeit vor dem Eingang der Anmeldung Leistungen zu erbringen. Diese Beschlüsse wurden dem Vater des Versicherten von der Ausgleichskasse durch Verfügung eröffnet.

Gegen diese Verfügung beschwerte sich der Vater des Versicherten bei der kantonalen Rekurskommission mit dem Begehren, die Leistungen seien von einem früheren Zeitpunkt an zu gewähren; in der Beschwerdebegründung führte er aus, er sei erst einige Tage vor der Anmeldung darauf aufmerksam gemacht worden, daß die IV Leistungen für sein Kind zu erbringen habe. Die kantonale Rekurskommission wies jedoch die Beschwerde ab.

Diesen Entscheid hat der Vater des Versicherten unter Erneuerung seiner Beschwerde vorbringen durch Berufung an das EVG weitergezogen. Die Ausgleichskasse stellte in ihrer Antwort keinen Antrag, während das BSV in seinem Mitbericht zum Schluß kam, daß die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens rückwirkend zu übernehmen seien.

Das EVG hat die Berufung abgewiesen, wobei es die seinem Urteil vom 4. September 1962 i. Sa. L. E. (ZAK 1962, S. 479) zu grunde gelegten Erwägungen bestätigte (Erwägungen 1 und 2). Der Begründung ist im weiteren folgendes zu entnehmen.

1.

2.

3. Im vorliegenden Fall darf zwar mit dem BSV davon ausgegangen werden, daß die vor der Anmeldung durchgeführten Behandlungen des Geburtsgebrechens dringlich waren. Die dreimonatige Frist des Art. 78, Abs. 2, IVV (die gemäß Art. 116, Abs. 2, IVV frühestens am 1. Januar 1961 zu laufen begann) wurde aber nicht gehemmt. Die allein anspruchsbegründende Tatsache, daß ein Geburtsgebrechen vorliege, war den gesetzlichen Vertretern bereits im Jahre 1960 bekannt. Nachdem das Kind seit der Geburt in ärztlicher Behandlung stand, mußte für sie der Charakter des Leidens von allem Anfang an klar sein; sie konnten nicht annehmen, es handle sich um ein nach der Geburt erworbenes Leiden. Zu welchem Zeitpunkt sie erfuhren, daß das Gebrechen in der bundesrätlichen Geburtsgebrechenliste figuriere, spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle; ebensowenig ist von Belang, wann das Kind der Krankenkasse gemeldet wurde.

Die IV hat somit für die vor der Anordnung durchgeführten Maßnahmen nur aufzukommen, wenn der Beginn ihrer Durchführung nicht mehr als drei Monate vor der Anmeldung liegt. Hier liegt der Beginn der Durchführung Jahre zurück, da die seit der Geburt des Versicherten erfolgte Behandlung ein Ganzes bildet. (Insofern besteht ein Unterschied zum Fall L. E. (ZAK 1962, S. 479); dort handelte es sich um verschiedene, zeitlich begrenzte Vorkehren, die nicht vorausgeplant werden konnten, so daß jede dieser Vorkehren den Beginn der Durchführung einer Maßnahme darstellte.) Es fehlen

somit auch die Voraussetzungen für eine Belastung der IV mit den seit der Anmeldung aber vor der Anordnung durch die Organe der IV entstandenen Behandlungskosten. Ob allfällig für die Zeit bis zur Anordnung bereits erbrachte Leistungen zurückzufordern sind, mag die Verwaltung entscheiden.

Urteil des EVG vom 12. September 1962 i. Sa. C. S.

Art. 78, Abs. 2, IVV. Die Behandlung eines Naevus pigmentosus (Muttermal) am linken Fuß eines einjährigen Versicherten ist nicht als dringlich im Sinne dieser Bestimmung zu betrachten. Vor der Anordnung durch die IV durchgeführte Maßnahmen können daher von der Versicherung nicht übernommen werden.

Der am 1. Juni 1959 geborene Versicherte kam mit einem großen Naevus pigmentosus (Muttermal) am linken Fuß zur Welt, der anerkanntermaßen ein Geburtsgebrechen gemäß der bundesrätlichen Liste darstellt (vgl. die mit einem Stern versehene Ziffer 9 der Liste). Vom Mai 1960 an nahm der Arzt verschiedene Eingriffe vor (Verkleinerung des Naevus, Verschiebung der Hautlappen); am 29. August 1961 erfolgte eine Hauttransplantation. Laut einem vom Arzt am 20. Oktober 1961 erstatteten Bericht kann das noch bestehende Naevusgewebe an der 2. und 4. Zehe voraussichtlich in zwei Sitzungen entfernt werden.

Am 12. September 1961 ging bei der IV-Kommission eine Anmeldung des Versicherten zum Leistungsbezug ein. Die IV-Kommission beschloß, die Behandlung des Naevus vom 29. August 1961 an zu übernehmen, was dem Vater des Versicherten von der Ausgleichskasse durch Verfügung eröffnet wurde.

Gegen diese Verfügung beschwerte sich der Vater des Versicherten bei der kantonalen Rekursbehörde mit dem Begehren, die IV habe Leistungen vom Beginn der Naevusbehandlung an zu erbringen. Der Präsident der kantonalen Rekursbehörde wies die Beschwerde jedoch ab. Diesen Entscheid hat der Vater des Versicherten unter Erneuerung seiner Beschwerdebegehren durch Berufung an das EVG weitergezogen. Die Ausgleichskasse beantragt die Abweisung der Berufung, während das BSV in seinem Mitbericht Antrag auf Gutheißung stellt.

Das EVG hat die Berufung in Bestätigung seiner Urteile vom 4. September 1962 i. Sa. L. E. (ZAK 1962, S. 479) und U. K. (ZAK 1963, S. 39) abgewiesen. Zur Frage der Dringlichkeit der Durchführung führt das EVG noch im besonderen aus:

1.

2. Zwar wird im vorliegenden Fall gestützt auf das Zeugnis des Arztes mit dem BSV davon ausgegangen werden können, daß der dauernde Druck und die Reibungen durch das Schuhwerk die bösartige Degeneration eines Naevus am Fuß begünstigen. Im Zeitpunkt der Anmeldung war aber der Versicherte erst etwas mehr als zwei Jahre alt und beim Beginn der Eingriffe zirka ein Jahr alt, weshalb sich nicht sagen läßt, mit der Behandlung des Naevus am linken Fuß habe wegen Dringlichkeit vor der Anordnung durch die IV-Kommission begonnen werden müssen. Demzufolge kann die IV die vor der Anordnung durch die IV-Kommission durchgeführten Maßnahmen nicht übernehmen. Es fehlen also auch die Voraussetzungen für eine rück-

wirkende Belastung der IV mit den vom 29. August 1961 an entstandenen Behandlungskosten. Ob allfällig für die Zeit vom 29. August 1961 bis zur Anordnung durch die IV-Kommission bereits erbrachte Leistungen zurückzufordern sind, mag die Verwaltung entscheiden.

Nachdem die Dringlichkeit der vor der Anordnung durchgeführten Maßnahmen verneint werden muß, erübrigt sich die Prüfung der Frage, ob die dreimonatige Frist des Art. 78, Abs. 2 IVV eingehalten wäre.

Urteil des EVG vom 18. Juni i. Sa. M. D.

Art. 69 IVG; Art. 97, Abs. 1, AHVG. Die Verfügungen der Ausgleichskassen erwachsen nicht in materielle, sondern nur in formelle Rechtskraft. Auch auf eine formell rechtskräftige Verfügung kann die Ausgleichskasse aus Gründen der Rechtssicherheit nur zurückkommen, wenn sie sich in rechtlicher oder tatbeständlicher Hinsicht als offensichtlich falsch erweist und wenn zudem ein ins Gewicht fallendes, geldmäßiges Interesse an der Aufhebung oder Berichtigung der Verfügung besteht. (Erwägung 1)

Art. 117 IVV. Zwecks rechtsgleicher Behandlung der unter der Herrschaft der provisorischen Regelung im Jahre 1960 eingereichten und der später gestellten Gesuche sind die ab 1. Januar 1961 zu gewährenden IV-Leistungen unter Berücksichtigung der in jenem Zeitpunkt in Kraft getretenen gesetzlichen Bestimmungen festzusetzen, selbst wenn über die betreffenden Gesuche schon früher entschieden wurde. (Erwägung 2)

Art. 69 IVG; Art. 86 AHVG. Da der IV-Kommission nicht Parteilichkeit zukommt, hat sie keinen Anspruch darauf, von den Eingaben der Parteien in Kenntnis gesetzt zu werden und vor der Berufungsinstanz ihren Standpunkt vertreten zu können. (Erwägung 3)

Die 1949 geborene Versicherte leidet an Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus). Dieses Leiden wurde erstmals anlässlich eines Spitalaufenthaltes im Monat Oktober 1958 festgestellt. Mit Verfügung vom 10. Dezember 1960 sprach die Ausgleichskasse der Versicherten die Übernahme der Kosten für die medizinischen Maßnahmen zu. Die IV-Kommission stellte in der Folge fest, daß der Diabetes mellitus, welcher auf der im Jahre 1960 gültigen Geburtsgebrechenliste aufgeführt war, nicht in die GgV vom 5. Januar 1961 aufgenommen wurde, und beschloß, daß eine Übernahme der Behandlungskosten nach Art. 13 IVG ab 1. Januar 1961 nicht mehr möglich sei. Mit Verfügung vom 24. Mai 1961 hob die Ausgleichskasse ihre Verfügung vom 10. Dezember 1960 mit Wirkung ab 1. Januar 1961 auf. Die kantonale Rekurskommission wies die gegen diese Verfügung eingereichte Beschwerde ab.

Das EVG wies seinerseits die von der Versicherten erhobene Berufung mit folgenden Erwägungen ab:

1. Der Vertreter der Versicherten vertritt den Standpunkt, daß die Verfügung vom 10. Dezember 1960, mit welcher der Berufungsklägerin vom 1. Januar 1960 bis längstens 30. April 1969 die gesetzlichen Leistungen zugesprochen wurden, gemäß den damals geltenden gesetzlichen Bestimmungen erlassen wurde und deshalb nicht mit Wirkung ab 1. Januar 1961 aufgehoben werden könne. Wie jedoch aus dem Entscheid der Rekurskommission und

dem Mithbericht des BSV hervorgeht, handelt es sich beim Leiden der Versicherten entgegen der Auffassung der IV-Kommission nicht um ein Geburtsgebrechen, weshalb der Anspruch auf jegliche Leistung für das Jahr 1960 wie auch für die folgenden Jahre hätte abgewiesen werden sollen. Gemäß der vor dem Inkrafttreten der GgV geltenden provisorischen Regelung (vgl. die vom BSV am 16. Januar 1960 während der Einführungszeit gestützt auf Art. 27, Abs. 2, des BRB vom 13. Oktober 1959 über die Einführung der IV erlassenen Richtlinien und die vom BSV erstellte, ebenfalls vom 16. Januar 1960 datierte Liste) galt die erwähnte Zuckerkrankheit als Geburtsgebrechen, dessen Behandlungskosten von der IV zu übernehmen waren, sofern dieses Leiden bereits bei der Geburt erkennbar war. Im vorliegenden Fall ergeben sich jedoch keine Anhaltspunkte, wonach die Zuckerkrankheit der Versicherten schon bei der Geburt im Jahre 1949 und im Laufe der folgenden Jahre feststellbar war. Dagegen geht aus den Akten hervor, daß das Leiden 1958, als das Kind 9 Jahre alt war, in Erscheinung trat und die Versicherte im Laufe dieses Jahres erstmals hospitalisiert werden mußte. Es handelte sich somit nicht um ein Geburtsgebrechen im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen und der Rechtsprechung in bezug auf die provisorische Liste von 1960. Eine sorgfältige Prüfung des Falles hätte deshalb zur Abweisung jeglicher Leistung führen müssen. Daraus folgt, daß die Verfügung vom 10. Dezember 1960 nicht den gesetzlichen Bestimmungen entsprach und offensichtlich falsch war.

Die Versicherte hat somit die ihr im Jahre 1960 mit Verfügung vom 10. Dezember 1960 zugesprochenen Leistungen zu Unrecht bezogen. Sie kann daher diese ihr gar nicht zustehenden Leistungen nicht bis 30. April 1969 weiterbeziehen. Die Auffassung der Versicherten, daß die Verfügung nicht mehr abgeändert werden könne, weil sie in Rechtskraft erwachsen sei und subjektive Rechte begründet habe, ist nicht richtig. Das EVG hat schon wiederholt in AHV-Streitigkeiten, insbesondere auf dem Gebiete des Beitragsbezuges zur Frage Stellung genommen, ob die Ausgleichskassen auf eine in Rechtskraft erwachsene Verfügung zurückkommen dürfen oder nicht (vgl. EVGE 1959, S. 29, ZAK 1959, S. 326; EVGE 1957, S. 175, ZAK 1958, S. 28; EVGE 1956, S. 43, ZAK 1956, S. 158). Nach den dort entwickelten Grundsätzen, die auch für die IV gelten, erwachsen Verfügungen der Ausgleichskassen gemäß der vorherrschenden Doktrin im schweizerischen Recht nicht in materielle, sondern nur in formelle Rechtskraft. Die Rechtssicherheit erfordert jedoch, daß solche Verfügungen nicht ohne zwingende Notwendigkeit abgeändert werden. Nach konstanter Rechtsprechung des EVG ist es nur möglich, auf eine in Rechtskraft erwachsene Verfügung zurückzukommen, wenn sie sich in rechtlicher oder tatbeständlicher Hinsicht als offensichtlich falsch erweist und wenn ein ins Gewicht fallendes geldmäßiges Interesse die Aufhebung oder Berichtigung der Verfügung rechtfertigt; dies ist z. B. dann der Fall, wenn eine Beitragsforderung genügend hoch ist und eine Berichtigung der erlassenen Verfügung praktische Auswirkungen von etwelcher Bedeutung hat.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß die Verwaltungsbehörden berechtigt waren, auf die Verfügung vom 10. Dezember 1960 zurückzukommen. Einerseits ist die Verfügung offensichtlich falsch, weil sie in Widerspruch mit den damals geltenden gesetzlichen Bestimmungen steht. Andererseits besteht ein genügend großes geldmäßiges Interesse, welches die Aufhebung rechtfertigt,

da die Aufrechterhaltung dieser Verfügung die Versicherte bis April 1969 in den Genuß von Leistungen gebracht und der IV sehr beachtliche Kosten überbunden hätte. Würden die in Frage stehenden Leistungen weiterhin gewährt, nur weil die Verfügung der Ausgleichskasse in Rechtskraft erwachsen ist, so müßte die IV zu Unrecht bedeutende Kosten übernehmen und dem Versicherten Leistungen ausrichten, die ihm gar nicht zustehen. Dies kann nicht zugelassen werden. Es wäre auf dem Gebiete der Sozialversicherung, die vorab auf dem Solidaritätsprinzip fußt, völlig unannehmbar, daß ein Versicherter aus rein formellen Gründen Leistungen bezieht, auf die er keinen Anspruch besitzt. In einem solchen Fall muß das öffentliche Interesse ohne Zweifel überwiegen.

2. In seiner Berufungsschrift schweigt sich der Vertreter der Versicherten über die erwähnten Rechtsgrundsätze aus und beschränkt sich auf die Feststellung, daß die Aufhebung der Verfügung vom 10. Dezember 1960 nicht den Grundsätzen des Verwaltungsrechtes entspreche, insbesondere dem Grundsatz der Unabänderlichkeit der Verfügungen, die subjektive Rechte und Pflichten begründen. Angesichts der sich in dieser Streitsache ergebenden Lösung (Erwägung 1) erübrigt es sich eigentlich, zu dieser Frage Stellung zu nehmen. Im übrigen ist es keineswegs erwiesen, daß die Grundsätze des Verwaltungsrechtes ein Zurückkommen auf die Verfügung vom 10. Dezember 1960 und eine Neuüberprüfung des Rechtsanspruches der Versicherten auf Leistungen für die Zeit nach dem 31. Dezember 1960 nicht gestatten. Vielmehr gelangt man auf Grund folgender Erwägungen zu einer entgegengesetzten Schlußfolgerung.

Die GgV vom 5. Januar 1961 betreffend die Geburtsgebrechen steht in engem Zusammenhang mit der Vollziehungsverordnung zum IVG vom 17. Januar 1961. Diese beiden Erlasse des Bundesrates, die am 1. Januar 1961 in Kraft getreten sind, beruhen auf den gleichen gesetzlichen Grundlagen und sind auch ihrer Natur nach identisch. Es besteht daher kein Rechtsgrund, sie nicht als eine Einheit zu betrachten. Obwohl die GgV keine dem Art. 117, Abs. 1, IVV entsprechenden Bestimmungen kennt, kann sie im Hinblick auf den engen Zusammenhang der beiden Erlasse keinen andern intertemporalen Regeln unterworfen sein als die IVV. Das EVG hat dementsprechend präzisiert, daß die GgV ebenfalls auf die im Jahre 1960 eingereichten Anmeldungen, die bis zu deren Inkrafttreten noch nicht behandelt wurden, anwendbar sei (Entscheid i. Sa. A. R. vom 21. Oktober 1961, EVGE 1961, S. 319; Entscheid i. Sa. H. Sch. ZAK 1961, S. 362). Es war nämlich der Wille des Gesetzgebers, die Vollziehungsverordnung auf alle Fälle anwendbar zu erklären, welche Leistungen für die Zeit nach dem 31. Dezember 1960 betrafen, und zwar auch dann, wenn die entsprechenden Gesuche schon früher behandelt wurden.

Dies ergibt sich aber auch aus dem Umstand, daß während der Einführungszeit des Gesetzes eine provisorische Regelung bestand und eine beträchtliche Zahl Anmeldungen einging. Es war oft reiner Zufall, ob eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen noch während der letzten Monate des Jahres 1960 oder erst im Laufe des Jahres 1961 behandelt wurde; Gesuche, die sich auf den gleichen Gegenstand bezogen, erfuhren daher eine verschiedene Behandlung, je nachdem sie noch unter der Herrschaft der provisorischen Regelung im Jahre 1960 geprüft wurden oder erst 1961 nach Inkrafttreten der IVV und der GgV. Angesichts dieser Divergenzen, die die einen

Versicherten begünstigten und die anderen benachteiligten, wäre es unverständlich gewesen, wenn man diesen Zustand hätte weiter andauern lassen. Die einzige annehmbare Lösung bestand darin, die rechtsgleiche Behandlung der Versicherten wiederherzustellen, indem man die Gesuche zum Bezuge von Leistungen ab 1. Januar 1961 auf der Grundlage der seither in Kraft getretenen gesetzlichen Bestimmungen behandelte.

3. In ihrer im Berufungsverfahren eingereichten Vernehmlassung vertritt die IV-Kommission den Standpunkt, daß den IV-Kommissionen die ans EVG eingereichten Berufungen direkt zur Kenntnis zu bringen seien, damit diese dem EVG, selbst wenn sie von den Ausgleichskassen nicht darum ersucht werden, ihre Stellungnahme unterbreiten können. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen steht jedoch den IV-Kommissionen kein Recht zu, gegen Entschiede der kantonalen Gerichtsstellen Berufung einzulegen; sie haben daher nicht Parteistellung. Einer Behörde oder einer Person, die nicht Partei ist, kann aber nicht das Recht zuerkannt werden, von den Eingaben der Parteien in Kenntnis gesetzt zu werden und ihren Standpunkt im Berufungsverfahren vertreten zu können. Die Regelung der internen Beziehungen zwischen den IV-Kommissionen und den Ausgleichskassen gehört in das Gebiet der Verwaltungsorganisation; es ist Sache der zuständigen administrativen Behörde, die verschiedenen Organisationsprobleme zu lösen und insbesondere zu prüfen, ob und gegebenenfalls wie die IV-Kommissionen ihre Bemerkungen im Berufungsverfahren vorzubringen haben. Auf keinen Fall hat sich der Richter in diese Fragen einzumischen. Nur wenn der Richter in einem ihm unterbreiteten Fall weitere Erhebungen als erforderlich erachtet, kann er die IV-Kommission um die notwendigen Auskünfte ersuchen.

Familienzulagen

Urteil des EVG vom 19. September 1962 i. Sa. E. A. AG.

Art. 1, Abs. 1, FLG. Landwirtschaftsbetrieb in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft; Arbeitnehmereigenschaft der Verwalter, die zugleich die Gründer und einzigen Aktionäre der Gesellschaft sind, im Einzelfall bejaht.

L. O. und A. U. sowie J. G., Schwager des A. U., hatten als Eigentümer (L. O. und A. U.) bzw. als Pächter (J. G.) jeder für sich einen landwirtschaftlichen Betrieb von 10 bis 15 Jucharten bewirtschaftet, bevor sie die Aktiengesellschaft «E. A. AG» gründeten, deren Gesellschaftszweck in der Bewirtschaftung von landwirtschaftlichen Betrieben und in der Ausübung jeder mit der Landwirtschaft zusammenhängenden Tätigkeit besteht.

Die Gründer brachten in die Aktiengesellschaft Vieh, insgesamt etwa 50 Stück, und Fahrhabe, deren Eigentümer sie waren, ein. Das Aktienkapital von 50 000 Franken ist eingeteilt in 50 Inhaberaktien, von denen sich je 17 im Besitze des L. O. und des A. U. und 16 im Besitze des J. G. befinden; sämtliche Aktien sind durch Sacheinlagen voll liberiert. Die Aktiengesellschaft übernahm die beiden landwirtschaftlichen Betriebe des L. O. und des A. U. in Pacht, ebenso den Betrieb, dessen Pächter J. G. ursprünglich war, sowie weitere Grundstücke. Die von der Aktiengesellschaft bewirtschaftete Gesamtfläche belief sich im Jahre 1961 auf ungefähr 66 Jucharten. Alle drei Aktionäre, die zugleich Verwaltungsräte sind, arbeiten im Dienste der Aktiengesell-

schaft, als deren Arbeitnehmer sie sich betrachten. Jeder bezieht ein monatliches Salär von 400 Franken. Ein eventueller Gesellschaftsgewinn ist nach vierprozentiger Verzinsung des Kapitals am Jahresende zu gleichen Teilen unter die drei Aktionäre zu verteilen.

J. G. ist als einziger unter den Aktionären verheiratet und Vater von vier Kindern. Er stellte ein Gesuch um Ausrichtung der Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer, das jedoch von der Ausgleichskasse abgelehnt wurde. Zur Begründung ihrer Ablehnung stützte sich die Kasse zur Hauptsache auf die wirtschaftliche Identität zwischen der Gesellschaft und ihren Aktionären.

Die kantonale Rekurskommission, die durch die E. A. AG angerufen wurde, gelangte zur Auffassung, der Verwalter einer Gesellschaft, sei es einer Aktiengesellschaft oder einer andern, der einen Landwirtschaftsbetrieb bewirtschaftet, sei nicht zum vorneherein vom Kreis der Arbeitnehmer im Sinne der Familienzulagenordnung für landwirtschaftliche Arbeitnehmer ausgeschlossen; vielmehr sei in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die Merkmale der Arbeitnehmereigenschaft erfüllt seien. Anders als der Verwalter einer Einmanngesellschaft, der die AG als Alleinaktionär beherrscht, nehme J. G. in der Aktiengesellschaft, der er angehört, keine dominierende Stellung ein und könne nicht als wirtschaftlich mit der Gesellschaft identisch betrachtet werden. Diese sei offensichtlich nicht in der Absicht gegründet worden, eine rechtliche Einrichtung mißbräuchlich zu verwenden, um auf Umwegen einen unrechtmäßigen Vorteil, im vorliegenden Falle die Ausrichtung von Familienzulagen, zu erlangen. Die Rekurskommission kam zum Schluß, die Begriffsmerkmale der Arbeitnehmereigenschaft lägen vor, und sie sprach J. G. die verlangten Familienzulagen zu.

Das BSV zog diesen Entscheid an das EVG weiter. Es führte im wesentlichen aus, es bestehe wirtschaftlich Identität zwischen der Gesellschaft und ihren Mitgliedern, aus denen sie sich zusammensetzt, indem diese Mitglieder zugleich die Generalversammlung und den Verwaltungsrat bilden, über die Gesellschaft in ihrem eigenen Interesse verfügen können und die Entschädigung für ihre Arbeit selber festsetzen. Die verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen der Gesellschaft und den sie verwaltenden Aktionären sei die formellrechtlich selbständige Existenz der Aktiengesellschaft unbeachtlich, und die Gesellschafter seien deshalb trotz der Verpachtung der Betriebe, die sie früher als Eigentümer bzw. Pächter bewirtschaftet hatten, an die Gesellschaft, weiterhin als Betriebsleiter zu betrachten. Deren wirtschaftliche und soziale Stellung sei übrigens sehr verschieden von derjenigen der landwirtschaftlichen Arbeitnehmer, denen die Familienzulagen zugedacht sind. Das EVG wies die Berufung aus folgenden Gründen ab:

1. Nach Art. 1, Abs. 1, FLG haben Anspruch auf Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer «Personen, die in einem landwirtschaftlichen Betriebe gegen Entgelt landwirtschaftliche, forstwirtschaftliche oder hauswirtschaftliche Arbeiten in unselbständiger Stellung verrichten».

Im vorliegenden Fall besteht die Streitfrage darin, ob den Verwaltern der Gesellschaft, die zugleich deren Gründer und alleinige Aktionäre sind, Arbeitnehmereigenschaft im Sinne dieser Bestimmung zukomme und ob infolgedessen J. G. Anspruch auf Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer besitze.

2. Die rechtlich selbständige Existenz der Gesellschaft ist unbestritten, und im Sinne des Zivilrechts sind die Verwalter der Gesellschaft deren Arbeitnehmer. Doch ist das zivilrechtliche Verhältnis zwischen den Betroffenen nicht notwendigerweise entscheidend für die Lösung der Streitfrage. Nach der Rechtsprechung in Steuer- und namentlich in AHV-Sachen (vgl. z. B. EVGE 1951, S. 11, ZAK 1951, S. 132; EVGE 1952, S. 103, ZAK 1953, S. 109; EVGE 1953, S. 205, ZAK 1953, S. 421; ferner Entscheid i. Sa. B. vom 12. Dezember 1959, ZAK 1961, S. 171) darf die an sich zulässige Benützung von Formen des Zivilrechts nicht zur Erlangung unrechtmäßiger Vorteile auf einem Umwege dienen, und es muß, entsprechend den Umständen, der wirtschaftlichen Betrachtungsweise das maßgebende Gewicht zukommen, wenn die rechtliche Form den tatsächlich bestehenden wirtschaftlichen Verhältnissen nicht entspricht. Diese Grundsätze gelten auch auf dem Gebiete der Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer, wie dies das EVG bereits entschieden hat, indem es im Falle eines alleinigen Aktionärs einer Aktiengesellschaft, der den landwirtschaftlichen Betrieb dieser Einmangengesellschaft verwaltet, die Arbeitnehmereigenschaft verneinte (Entscheid i. Sa. Z. vom 14. Juli 1953, ZAK 1953, S. 377).

Im vorliegenden Fall wird von keiner Seite geltend gemacht, die Aktiengesellschaft sei in der Absicht gegründet worden, die Erlangung unrechtmäßiger Vorteile zu ermöglichen, insbesondere die Bestimmungen der Familienzulagenordnung für landwirtschaftliche Arbeitnehmer zu umgehen. Wie die Gesellschaft in ihren Rechtsschriften überzeugend darlegt, wollten die drei Landwirte durch ihren Zusammenschluß zu einer Gesellschaft eine landwirtschaftliche Unternehmung schaffen, die einen besseren Ertrag abwirft als die drei kleinen Betriebe, die sie früher jeder für sich als Eigentümer oder Pächter bewirtschaftet hatten. Der Umstand, daß nur einer der Aktionäre im Zeitpunkt der Gründung der Gesellschaft verheiratet war, beweist übrigens zur Genüge, daß der Hauptzweck der Gesellschaftsgründung nicht darin lag, die Familienzulagen erhältlich zu machen; um dieses Ziel auf viel einfachere und in jeder Hinsicht zulässige Weise zu erreichen, hätte es genügt, daß der Schwager des J. G. den von diesem bewirtschafteten Betrieb in Pacht genommen und den J. G. als Arbeitnehmer angestellt hätte.

Im weiteren legt das BSV in seiner Berufung das Hauptgewicht seiner Argumentation auf die Identität der Gesellschaft mit ihren Gründern und macht geltend, die tatsächlichen wirtschaftlichen Verhältnisse müßten bei der Beurteilung den Vorrang haben gegenüber einer bloßen juristischen Form, die diesen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht entspreche. Anders als eine Aktiengesellschaft, deren Verwalter ihr einziger Aktionär ist (vgl. z. B. den bereits zitierten Entscheid i. Sa. Z.) oder eine derartige Mehrheit besitzt, daß er sie tatsächlich beherrscht, befindet sich die E. A. AG nicht in der Hand eines einzigen Aktionärs, mit dem sie sich wirtschaftlich vermischen würde. Auch die verwandtschaftliche Verbindung zwischen zwei der Aktionäre bewirkt nicht, daß das Unternehmen als eigentliche Familienaktiengesellschaft

betrachtet werden müßte, wie beispielsweise eine Aktiengesellschaft, die von einem Ehepaar zusammen mit seinen Söhnen, Töchtern und Schwiegersöhnen mit dem Zweck gegründet würde, diesen die Familienzulagen zu verschaffen. Von den drei Aktionären hat keiner die Stellung eines Strohmannes; alle drei führen vielmehr ihre eigene wirtschaftliche Existenz, die allerdings an diejenige des gemeinschaftlichen Unternehmens gebunden ist.

Gerade dieser letztgenannte Umstand erweckt allerdings einigen Zweifel an der unselbständigen Stellung der drei Aktionäre und Verwaltungsräte. Statt eine Aktiengesellschaft zu gründen, hätten die Beteiligten ebensogut eine Kollektivgesellschaft bilden können, ohne daß ihre wirtschaftliche Stellung im Rahmen des Gesamtunternehmens eine wesentlich andere gewesen wäre; in diesem Falle wären sie Selbständigerwerbende geblieben. Die gewählte Rechtsform ist indessen dem Ziel einer rationellen Bewirtschaftung nicht offenkundig unangemessen: die Zusammenlegung der Produktionsmittel, der Ankauf landwirtschaftlicher Maschinen durch die Gesellschaft zur Ergänzung des von den Aktionären eingebrachten Maschinenparks, die interne Aufteilung der Aufgaben unter die Gesellschafter und die Möglichkeit, einen Beteiligten durch einen andern zu ersetzen, sind durchaus geeignet, den wirtschaftlichen Ertrag günstig zu beeinflussen. Wenn die gewählte Rechtsform auch für selbständige Landwirte einigermaßen ungewöhnlich sein mag, so kann sie doch nicht als unvereinbar mit den tatsächlichen wirtschaftlichen Verhältnissen bezeichnet werden.

3. Ausgehend von dieser Rechtslage hat die kantonale Instanz die Arbeitnehmereigenschaft der Verwalter der beklagten Gesellschaft bejaht. Das BSV als Berufungskläger verneint sie, indem es bestreitet, daß die von der Rechtsprechung herausgearbeiteten Begriffsmerkmale des landwirtschaftlichen Arbeitnehmers erfüllt seien, nämlich das Unterordnungsverhältnis, namentlich in arbeitsorganisatorischer Hinsicht, das Fehlen eines wirtschaftlichen Risikos, wie es der selbständige Landwirt trägt, und ein Lohn in der für landwirtschaftliche Arbeitnehmer ortsüblichen Form und Höhe als Hauptvorteil, den der Bezüger aus seiner Stellung im Betrieb zieht (vgl. z. B. EVGE 1961, S. 82, ZAK 1961, S. 463). Die Verwalter der beklagten Gesellschaft genießen zweifelsohne eine große Freiheit in der Organisation ihrer Tätigkeit, denn sie sind zugleich die einzigen Aktionäre; nichtsdestoweniger ist aber jeder unter ihnen den Gesellschaftsbeschlüssen unterworfen. Was das wirtschaftliche Risiko betrifft, so beschränkt sich dieses auf die Beteiligung jedes einzelnen am Aktienkapital des Unternehmens. Der Lohn schließlich kann als Hauptvorteil, der aus der Bewirtschaftung des Betriebes gezogen wird, betrachtet werden, insbesondere für Landwirte, deren Einkommen bei der früheren selbständigen Bewirtschaftung ihrer bescheidenen Betriebe keineswegs gesichert war; dies gilt besonders im Falle des J. G., der, im Gegensatz zu den beiden andern Aktionären, keinen eigenen Landwirtschaftsbetrieb besitzt und auch nicht Pächter eines an die Gesellschaft unterverpachteten Betriebes ist.

Trotz der Zweifel, die bestehen mögen, und obwohl es sich vorliegend um einen Grenzfall handelt, kommt das Gericht zum Schluß, daß wenigstens unter den gegenwärtig vorliegenden Verhältnissen und für die in Frage stehende Periode, keine zwingenden Gründe vorliegen, um vom Urteil der kantonalen Instanz abzuweichen.

Soeben erfahren wir dass

Herr

Dr. Alois Imbach

Chef der Zentralen Ausgleichsstelle

am 15. Februar 1963 plötzlich gestorben ist.

Wir sprechen seinen Angehörigen unser tiefes Beileid aus, und werden in der nächsten Nummer auf das Leben und Wirken des Verstorbenen zurückkommen.

Die Redaktion der ZAK

VON
MONAT
ZU
MONAT

Nachdem die Referendumsfrist für den Bundesbeschluß vom 4. Oktober 1962 über die *Rechtsstellung der Flüchtlinge in der AHV und der IV* unbenützt abgelaufen war, hat der Bundesrat am 11. Januar diesen Beschluß rückwirkend auf den 1. Januar 1963 in Kraft gesetzt. Die ZAK wird ihre Leser in einer der nächsten Nummern eingehend über das neue Statut der Flüchtlinge in der AHV und der IV orientieren.

*

Am 15. Januar fand unter dem Vorsitz von Direktor Saxer eine Sitzung des *Ausschusses für die Erwerbsersatzordnung* der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung statt, an der im Hinblick auf eine Revision der EO Vorschläge über die Anpassung der Entschädigungsansätze erörtert wurden. Der Ausschuß wird Mitte Februar zu einer weiteren Sitzung zusammentreten, um seine Anträge zu bereinigen.

*

Am 29. Januar 1963 hat der Bundesrat den *Jahresbericht 1961* des Bundesamtes für Sozialversicherung über die AHV/IV/EO genehmigt.

*

Die *Kommission für Rentenfragen* hielt am 31. Januar und 1. Februar unter dem Vorsitz von Dr. Naef vom Bundesamt für Sozialversicherung eine weitere Sitzung ab. Sie behandelte den Schlußteil des Entwurfes für die Neuauflage der Rentenwegleitung. Die Abklärung verschiedener Fragen der Rentenliste und Rentenrekapitulation übertrug sie einem ad hoc gebildeten Ausschuß.

*

Mit dem Bundesgesetz über den Zivilschutz ist auf den 1. Januar 1963 auch eine *Änderung des EOG* in Kraft getreten (s. a. vierte Umschlagseite des vorliegenden Heftes). Aus Gründen, die mit der Gesetz-

gebung und der Organisation auf dem Gebiete des Zivilschutzes zusammenhängen, wird indessen die Ausdehnung der EO auf den Zivilschutz erst später wirksam. Die ZAK wird zu gegebener Zeit darauf hinweisen.

Das neue Abkommen über Soziale Sicherheit mit Italien

Wie bereits kurz gemeldet, ist am 14. Dezember 1962 in Rom ein neues schweizerisch-italienisches Abkommen über Soziale Sicherheit unterzeichnet worden, das, sobald es durch beide Vertragsstaaten ratifiziert ist, den heute geltenden Vertrag aus dem Jahre 1951 ersetzen wird (vgl. ZAK 1963, S. 1).

Das neue Abkommen weist gegenüber dem gegenwärtigen einen bedeutend erweiterten Anwendungsbereich auf: von seiten der Schweiz umfaßt es neben der AHV, die bis dahin allein Gegenstand zwischenstaatlicher Regelung mit Italien ist, neuerdings auch die IV, die Versicherung gegen Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle sowie die bundesrechtliche Familienzulagenordnung betreffend die landwirtschaftlichen Arbeitnehmer und Kleinbauern; entsprechend sind italienischerseits einbezogen die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung, die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie die Familienzulagen-gesetzgebung.

Für die genannten Versicherungszweige wird allgemein die Gleichbehandlung der beiderseitigen Staatsangehörigen festgelegt. In bezug auf die schweizerische AHV und IV bedeutet dies, daß die Italiener künftig in gleicher Weise wie die Schweizer schon nach einer Beitragszahlung von einem vollen Jahr Anspruch auf die ordentlichen Renten haben, eine Lösung, die durch das im Jahre 1960 eingeführte System der Berechnung dieser Renten pro rata temporis ermöglicht worden ist. Unter der gleichen Voraussetzung des vollen Beitragsjahres werden ihnen, in der Schweiz, auch die Eingliederungsmaßnahmen der IV gewährt. Den italienischen Staatsangehörigen wird ferner, wenn sie in unserem Lande Wohnsitz haben und hier eine bestimmte Mindestaufenthaltsdauer aufweisen, Anspruch auf die außerordentlichen Leistungen der AHV und der IV eingeräumt. Dafür verschwindet grundsätzlich die Möglichkeit der Überweisung der AHV-Beiträge an die italienische Versicherung bzw. die Rückerstattung der Beiträge an den Versicherten.

Grundsätzlich wird ferner die ungekürzte Auszahlung nach dem andern Vertragsstaat sowohl der Renten aus den Versicherungen für den Fall der Invalidität, des Alters und des Todes (mit Ausnahme der schweizerischen außerordentlichen Renten) sowie der Leistungen aus Betriebsunfall und Berufskrankheit (schweizerischerseits auch aus Nichtbetriebsunfall) und schließlich der Kinderzulagen zugunsten von im Ausland lebenden Kindern vorgesehen. Bei Aufenthalt in Drittstaaten richtet sich der Leistungsbezug ebenfalls nach dem Grundsatz der Gleichbehandlung, d. h. soweit italienische Staatsangehörige in Drittländern italienische Versicherungsleistungen erhalten, stehen diese unter gleichen Verhältnissen auch Schweizerbürgern zu. Mit Rücksicht darauf, daß Rentenansprüche in der italienischen Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung erst nach mehrjähriger Beitragszahlung erworben werden können, hat sich Italien bereit erklärt, entsprechende schweizerische Versicherungszeiten immer dann auf die italienische Mindestbeitragsdauer anzurechnen, wenn dies für deren Erfüllung notwendig ist (sogenannte Totalisation der Versicherungszeiten).

Bezüglich der Kinderzulagen sei festgehalten, daß die kantonalen Gesetzgebungen vom Abkommen nicht berührt werden. Bekanntlich haben sich aber die meisten Kantone bereit erklärt, den ausländischen Staatsangehörigen größtmögliche Gleichbehandlung einzuräumen und auch für die im Ausland lebenden Kinder die Zulagen zu gewähren. Zahlreiche kantonale Gesetzgebungen sind bereits in diesem Sinne geändert worden, andere befinden sich in Revision, so daß damit gerechnet werden kann, daß in naher Zukunft die Gleichbehandlung der italienischen Staatsangehörigen auch in diesem von der Bundesgesetzgebung nur zum kleineren Teil geregelten Zweig der Sozialen Sicherheit praktisch verwirklicht sein wird.

Nicht in das Abkommen einbezogen sind die beiderseitigen Krankenversicherungssysteme. In der Schweiz ist heute ein großer Teil der italienischen Arbeitnehmer auf Grund kantonalen oder kommunalen Obligationen, gestützt auf Gesamtarbeitsverträge, durch Betriebskrankenkassen oder durch Kollektivversicherungen für Krankenpflege versichert. Es besteht aber keine Gewähr dafür, daß die übrigen italienischen Arbeitnehmer von der ihnen gebotenen Möglichkeit des Beitritts zu einer schweizerischen Krankenkasse auch Gebrauch machen. Für diese Fälle wurde eine Bestimmung in das neue Vertragswerk aufgenommen, nach welcher der schweizerische Arbeitgeber dafür zu sorgen hat, daß sein italienischer Arbeitnehmer gegen Krankheit versichert ist. Andererseits konnte den italienischen Wünschen nach einem schweizerischen Kranken-

versicherungsschutz für die in Italien zurückgebliebenen Angehörigen von Arbeitnehmern nicht entsprochen werden. Dieses Problem wird Gegenstand weiterer zwischenstaatlicher Besprechungen bilden.

Anläßlich der Unterzeichnung des Abkommens wurde schweizerischerseits der Hoffnung Ausdruck gegeben, die Einigung, die nach dem Gesagten auf dem Gebiete der Sozialen Sicherheit gefunden werden konnte, werde nunmehr auch in bezug auf die zur Zeit noch offenen Einwanderungsfragen nicht länger auf sich warten lassen, damit der Bundesrat den eidgenössischen Räten sobald als möglich beide Abkommen gleichzeitig zur Genehmigung unterbreiten könne.

Bis zum Inkrafttreten des neuen Abkommens findet das geltende Abkommen vollumfänglich Anwendung, doch sind die italienischen Staatsangehörigen namentlich in Fällen von Beitragsüberweisung auf die in Aussicht stehenden Neuerungen aufmerksam zu machen (vgl. ZAK 1961, S. 180). Begehren auf Leistungen, die den italienischen Staatsangehörigen erstmals nach dem neuen Abkommen zustehen werden, z. B. außerordentliche Renten, sind unter Mitteilung an den Ansprecher bis auf weiteres zurückzustellen.

Kostenvergütung der Invalidenversicherung an Krankenkassen

Die Kosten für medizinische Maßnahmen werden — wie jene für die übrigen individuellen Sachleistungen — von der IV grundsätzlich nur vergütet, wenn hiefür vorgängig von der zuständigen IV-Kommission ein Beschluß gefaßt wurde und eine Verfügung der Ausgleichskasse ergangen ist. Vor der Anordnung entstandene Kosten können indessen ausnahmsweise nachträglich übernommen werden, sofern es sich um Maßnahmen handelt, die im Interesse des Versicherten nicht aufgeschoben werden konnten.

Der Beschluß der IV-Kommission wird sämtlichen beteiligten Durchführungsstellen (Arzt, Spital usw.) mit der Kassenverfügung zur Kenntnis gebracht. Die Verfügung stellt somit zwischen der IV und den Durchführungsstellen eine direkte Verbindung her, welche auch für die Kostenregelung maßgebend ist. Dementsprechend fällt die nachträgliche Vergütung an Dritte an und für sich außer Betracht. Eine Ausnahme sieht das Gesetz lediglich gegenüber der SUVA vor, welcher die Kosten für medizinische Maßnahmen bis zu dem Betrag, den die IV selbst hätte aufwenden müssen, erstattet werden.

Das dargelegte Vorgehen verursacht keine Schwierigkeiten, wenn die Kosten für die durchgeführten Maßnahmen erst nach Erlaß der Verfügung in Rechnung gestellt werden. Anders verhält es sich, wenn sie vor der Beschlußfassung durch die IV-Kommission bzw. vor der Beschlusseröffnung durch die Ausgleichskasse bereits von dritter Seite bezahlt worden sind. Solche Fälle waren gegen Ende des Jahres 1960 und während der ersten Jahreshälfte 1961 verhältnismäßig zahlreich und betrafen vor allem die Krankenkassen. Deren Mitglieder hatten damals von den Möglichkeiten, die sich ihnen im Rahmen der IV boten, und vom besonderen Anmeldeverfahren mehrheitlich kaum Kenntnis. Sie gelangten deshalb nach wie vor an ihre Krankenkassen, welche die Leistungen erbrachten und erst nachträglich feststellten, daß es sich um IV-Fälle handelte. Auf Grund der daraufhin ordnungsgemäß eingereichten Anmeldungen konnte die IV die Kosten in der Regel rückwirkend übernehmen.

Im Hinblick auf die allgemeinen Verfahrensgrundsätze hätten nun die beteiligten Durchführungsstellen (Arzt, Spital usw.) nach Maßgabe des IV-Tarifs neue Rechnungen erstellen und die bereits bezahlten Kostenbeträge den Krankenkassen oder den Versicherten zurückerstatten sollen. Einige Verwaltungen von großen Spitälern sind denn auch so vorgegangen. Für die Mehrheit der Beteiligten wäre jedoch eine solche Regelung kaum tragbar gewesen, da viele Ärzte, Kliniken usw. den Einzelfall mit der Bezahlung der Rechnungen durch den Patienten oder die Krankenkasse administrativ als abgeschlossen betrachten. Unter diesen Umständen erschien es angezeigt, die zweite Rechnungstellung wenn immer möglich zu vermeiden. Das Bundesamt für Sozialversicherung führte deshalb ein besonderes Verfahren ein. Es verlangte von den Sekretariaten der IV-Kommissionen die vollständigen Einzeldossiers ein und ermittelte selbst auf Grund der Kommissionsbeschlüsse, Rechnungen, Krankenscheine und weiterer Unterlagen die von der IV zu übernehmenden Kostenbetreffnisse.

Bei Erhalt eines Dossiers mußte vorerst festgestellt werden, ob es vollständig war bzw. alle bezahlten Rechnungen enthielt. Das war oft nicht der Fall, wobei vor allem die vom Versicherten selbst beglichenen Rechnungen fehlten und somit noch einverlangt werden mußten. Anschließend wurden die Kosten nach Maßgabe der IV-Tarifansätze errechnet und — anhand des Krankenscheins — die Aufwendungen für Medikamente und allfällige besondere Heilmittel, die nicht durch die von der IV übernommenen Maßnahmen bedingt waren, in Abzug gebracht. Hierauf konnte endlich die jedem Beteiligten zustehende Kostenvergütung

festgelegt und durch Vermittlung der Zentralen Ausgleichsstelle angewiesen werden. Auf diese Weise wurden bis Ende 1962 insgesamt 489 Einzelfälle bearbeitet. Die entsprechenden Kosten, die von der IV nachträglich übernommen wurden, beliefen sich auf zusammen 215 327 Franken. Hievon waren 95 115 Franken an 20 Krankenkassen, 73 485 Franken an die Versicherten selbst und 46 727 Franken an verschiedene Institutionen auszurichten.

Seit Juni 1962 haben die Sekretariate der IV-Kommissionen solche Einzelgeschäfte der *IV-Verbindungsstelle der schweizerischen Krankenkassen* in Solothurn, welche im wesentlichen die anfänglich vom Bundesamt für Sozialversicherung vollzogenen Aufgaben übernommen hat, zu unterbreiten. Auf den gleichen Zeitpunkt wurden die Sekretariate verpflichtet, der erwähnten Verbindungsstelle künftig die Namen jener Versicherten mitzuteilen, aus deren Anmeldung hervorgeht, daß sie auch an ihre Krankenkassen gelangt sind. Die Verbindungsstelle leitet diese Mitteilung sodann an die betreffende Krankenkasse weiter mit der Empfehlung, keine Kosten für medizinische Eingliederungsmaßnahmen, die voraussichtlich von der IV übernommen werden können, zu vergüten, sondern sich gegebenenfalls auf die Abgabe einer Kostengutsprache für den Spitalaufenthalt zu beschränken.

Das neue Verfahren scheint sich zu bewähren, sind doch die Fälle der nachträglichen Übernahme von Kosten, die von Krankenkassen bevorschußt wurden, seither erheblich zurückgegangen. Der Verbindungsstelle wurden bis Ende 1962 noch rund 100 Einzelgeschäfte unterbreitet, von denen mehrere in den Jahren 1960 und 1961 durchgeführte medizinische Maßnahmen betrafen. Es bleibt zu hoffen, daß infolge vermehrter Aufklärung bei den Krankenkassen bzw. deren Mitglieder solche Fälle, welche administrativ unverhältnismäßig viel Aufwand mit sich bringen, noch weiter zurückgehen.

Beiträge der Invalidenversicherung an bildungsunfähige Minderjährige

In seiner Botschaft an die Bundesversammlung vom 24. Oktober 1958 führte der Bundesrat aus, die Expertenkommission für die Einführung der IV habe zur Frage der bildungsunfähigen Minderjährigen nicht ausdrücklich Stellung genommen. Da jedoch bildungsunfähige Minderjährige auf Grund der Bestimmungen über die Sonderschulung keinen Anspruch auf Beiträge der IV erheben könnten, sei in zahlreichen Eingaben zum Expertenbericht vorgeschlagen worden, auch Leistungen zugunsten

bildungsunfähiger geistesschwacher Kinder auszurichten. Die Eltern solcher Kinder seien in der Regel wirtschaftlich und seelisch mindestens so stark betroffen wie die Eltern anderer gebrechlicher Kinder. Der Bundesrat fügte bei, zur Vermeidung von Ungerechtigkeiten müßte sonst der Begriff der Bildungsfähigkeit sehr weit umschrieben werden.

Da Bildungsunfähigkeit zugleich Erwerbsunfähigkeit bedeutet, gehören Maßnahmen für bildungsunfähige Minderjährige nicht zu den Vorkehren, die geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu beeinflussen. Solche Maßnahmen nehmen daher innerhalb der Eingliederungsmaßnahmen eine besondere Stellung ein.

Artikel 20 IVG folgt dem vom Bundesrat aufgezeigten Weg. Absatz 1 sieht einen Beitrag an das Kostgeld bildungsunfähiger Minderjähriger vor, die infolge ihrer Invalidität eines Aufenthaltes in einer Anstalt bedürfen. Im allgemeinen muß es sich dabei um Fälle handeln, in welchen die Anspruchsberechtigten in einer schweizerischen Anstalt untergebracht sind. Das Gesetz erlaubt jedoch, den Kostgeldbeitrag ebenfalls dann auszurichten, wenn das anstaltsbedürftige Kind in einer geeigneten Familie gepflegt und betreut wird.

Absatz 2 ermächtigt den Bundesrat, die Höhe des Beitrages festzusetzen. Dieser Beitrag soll in der Regel nicht höher sein als die später allenfalls auszurichtende Rente (Botschaft, S. 124).

*

Beitragsberechtigt seitens der IV ist ein Minderjähriger dann, wenn er im Sinne von Artikel 4 IVG invalid und zudem bildungsunfähig ist. Der Begriff der Bildungsunfähigkeit leitet sich aus dem Begriff der Bildungsfähigkeit ab. Nach diesem Kriterium ist die Unterscheidung der Sonderschulmaßnahmen von den Maßnahmen für bildungsfähige Minderjährige (Art. 20 IVG) vorzunehmen. Bildungsunfähigkeit im Sinne von Artikel 19 IVG und gemäß der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes liegt nicht nur dann vor, wenn in den klassischen Schulfächern (Lesen, Schreiben, Rechnen) eine Ausbildung möglich erscheint oder wenigstens in den praktischen Disziplinen (Handarbeiten) eine Förderung zu erwarten ist, so daß der Versicherte früher oder später eine nutzbringende Tätigkeit verrichten kann (ZAK 1961, S. 158), sondern selbst dann, wenn eine sehr beschränkte Förderungsmöglichkeit verhältnismäßig geringer geistiger oder körperlicher Kräfte besteht, was jedoch eine minimale Aufnahmefähigkeit voraussetzt. Erst wenn diese fehlt, ist ein Versicherter bildungsunfähig.

Hilflosigkeit und Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten schließen die Bildungsfähigkeit und damit die Schulungsfähigkeit nicht aus (Urteil des EVG vom 11. Juli 1962, i. Sa. J. und A. G., ZAK 1963, S. 30). Da es öfters sehr schwer ist festzustellen, ob ein Versicherter bildungsfähig oder bildungsunfähig ist, wird die IV bei einem Grenzfall einen praktischen Versuch in einer Sonderschulanstalt anordnen (ZAK 1961, S. 161; Urteil des EVG vom 7. Juni 1962, i. Sa. U. L., ZAK 1963, S. 27).

Gemäß Artikel 13, Absatz 2, IVV, gewährt die IV einen Beitrag von 3 Franken an jeden Aufenthaltstag, sofern der Bildungsunfähige in einer *Anstalt* untergebracht ist. Dieser Beitrag wird auch bei Aufenthalt in einer Kranken- oder Kuranstalt ausgerichtet, sofern die IV hierfür nicht bereits im Rahmen der Behandlung eines Geburtsgebrechens aufkommt. Dieser Beitrag steht dem Versicherten von Rechts wegen persönlich zu, aber er kann direkt an die Anstalt ausbezahlt werden, welche die IV-Maßnahmen durchgeführt hat (Urteil des EVG vom 10. Januar 1961, i. Sa. M. N., ZAK 1961, S. 80).

Anspruch auf einen Beitrag von 3 Franken pro Aufenthaltstag haben auch Minderjährige, welche die in Artikel 20 IVG aufgeführten Voraussetzungen erfüllen und sich nur für einige Zeit (ein oder mehrere Monate pro Jahr) zur Entlastung der Eltern in einer Anstalt aufhalten. Der Beitrag erstreckt sich auf die Zeit, während welcher sich der Minderjährige in der Anstalt befindet.

*

Artikel 13, Absatz 2, IVV sieht einen Beitrag bis zu 3 Franken seitens der IV an die Kosten der Pflege und Wartung vor, wenn ein bildungsunfähiger Minderjähriger, der besonderer Pflege und Wartung bedarf, *zu Hause oder in einer Pflegefamilie* in gleicher Weise betreut wird wie in einer Anstalt. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Gewährung von Hauspflegebeiträgen der Invalidenversicherung grundsätzlich von drei Voraussetzungen abhängig gemacht:

- a. Der bildungsunfähige Minderjährige muß infolge seiner Invalidität anstaltsbedürftig sein.
- b. Sachgemäße Pflege und Wartung müssen gewährleistet, dem Zustand des Versicherten angepaßt und der Anstaltsbetreuung gleichwertig sein.

c. Pflege und Wartung müssen besondere Kosten verursachen, wie namentlich für Wäsche, Waschmittel und dergleichen bei Stuhl- und Urininkontinenz, sodann Reparatur- und Erneuerungsauslagen, wenn der Bildungsunfähige Kleider, Möbel und andere Gegenstände beschädigt.

Dabei ist zu betonen, daß der Beitrag der IV unter Berücksichtigung der Verhältnisse im Einzelfalle festgesetzt wird und daß der Maximalansatz von 3 Franken im Tag nur ausnahmsweise zur Anwendung gelangt, das heißt in Fällen, in denen der Minderjährige seinen Eltern besonders hohe Kosten verursacht (Urteile des EVG vom 23. März 1961, i. Sa. A. H. und S. Z., ZAK 1961, S. 222 und S. 224; ZAK 1961, S. 217). Man darf in der Tat erwarten, daß die Eltern auch ohne Beiträge der IV ihren Kindern angemessene Pflege und Wartung gewährleisten. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat diese Rechtsprechung in weiteren Urteilen bestätigt (Urteile vom 4. Juni 1962, i. Sa. A. I., ZAK 1962, S. 516, und vom 7. Juni 1962, i. Sa. U. L., ZAK 1963, S. 27).

Andere Fragen wurden vom Eidgenössischen Versicherungsgericht wie folgt entschieden: Die Verminderung zusätzlicher Erwerbsmöglichkeiten einer Mutter wegen der durch Pflege und Wartung eines Bildungsunfähigen notwendigerweise aufgewendeten Zeit kann lediglich in Ausnahmefällen den zusätzlichen Kosten im Sinne von Artikel 20 IVG gleichgestellt werden. — In einem Grenzfall hat das Eidgenössische Versicherungsgericht sodann, neben dem körperlichen Zustand des Versicherten, auch noch dessen soziale Lage (er war elternlos) mitberücksichtigt. — Der in Artikel 13 IVV vorgesehene Beitrag ist zur Deckung eines Teiles der Unterhaltskosten, der Pflege und Wartung des Bildungsunfähigen bestimmt, nicht aber zur Deckung der Kosten für Arzt und Arzneien, welche für die Behandlung des Leidens benötigt werden. Selbst wenn solche Kosten einen sehr hohen Betrag ausmachen, rechtfertigen sie nicht die Gewährung eines Hauspflegebeitrages und könnten auch nicht als Maßstab für die Festsetzung der Höhe des Beitrages dienen. Solche Kosten gehen nur im Rahmen der Artikel 12 oder 13 IVG zu Lasten der IV (Urteil des EVG vom 4. Juni 1962, i. Sa. A. I., ZAK 1962, S. 516).

Hinsichtlich der Dauer der in Artikel 20 IVG zugunsten Bildungsunfähiger vorgesehener Beiträge ist festzuhalten, daß diese Beiträge spätestens am Ende jenes Monats wegfallen, in welchem der Versicherte sein 20. Altersjahr vollendet (ZAK 1961, S. 65). In diesem Zeitpunkt entsteht nämlich der Rentenanspruch (Art. 29, Abs. 2, IVG).

Ein Blick in die Statistik zeigt, daß es im Jahre 1961 mehr als 1 800 bildungsunfähige Minderjährige gab, welche Beiträge der IV erhielten. Hievon waren drei Viertel in Anstalten untergebracht, und ein Viertel wurde zu Hause oder in einer Familie betreut. Gestützt auf die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes erhielten im gleichen Jahre 442 Minderjährige einen Hauspflegebeitrag der IV, während es im Jahre vorher lediglich deren 16 waren.

Bundessubvention für die Gebrechlichenhilfe

Beim Bundeskredit für die Gebrechlichenhilfe handelt es sich um einen jährlich von den eidgenössischen Räten neu zu beschließenden Budgetkredit, der jeweils in den Voranschlag der Eidgenossenschaft eingesetzt wird mit dem Ziel, die Bestrebungen auf dem Gebiete der Gebrechlichenhilfe und der Betreuung von schwererziehbaren Minderjährigen zu unterstützen. Bis zum Jahre 1960 erfolgte die Verteilung des Kredites zugunsten der Fürsorge für die Gebrechlichen jeweils auf Grund eines Beschlusses des Bundesrates. Seither obliegt sie dem Eidgenössischen Departement des Innern. Zur Verteilung der Subvention nimmt die Schweizerische Vereinigung Pro Infirmis jeweils vorgängig Stellung. Zu diesem Zweck hat sie eine Bundessubventionskommission eingesetzt, welche nach Anhörung der interessierten Fachverbände die eingegangenen Gesuche begutachtet und der zuständigen Amtsstelle des Bundes — seit 1956 dem Bundesamt für Sozialversicherung — einen Verteilungsvorschlag unterbreitet.

Über die Entwicklung der ursprünglichen Kredite für das «Idioten- und Blindenwesen» bis zur Bundessubvention für die Gebrechlichenhilfe wurde in der ZAK bereits berichtet (1958, S. 445). In den Jahren 1958 und 1959 erreichte die Bundessubvention einen Betrag von je 1 100 000 Franken. Dabei sind außer den ordentlichen Beiträgen an die gemeinnützigen privaten Anstalten für Gebrechliche und Schwererziehbare, die Schweizerische Vereinigung Pro Infirmis, die Fachverbände und heilpädagogischen Seminarien in beiden Jahren auch noch außerordentliche Beiträge in der Höhe von rund je 350 000 Franken ausgerichtet worden. Die außerordentlichen Beiträge dienten vor allem der Unterstützung von Neu- und Erweiterungsbauten bestehender Heime sowie den in Gründung begriffenen neuen Regionalstellen für die berufliche Eingliederung Invaliden.

Mit dem Inkrafttreten der IV am 1. Januar 1960 wurde die gesetzliche Grundlage geschaffen, die einer großen Zahl bisheriger Bezüger der Bundessubvention erlaubt, Beiträge aus Mitteln der IV geltend zu machen. Gemäß Artikel 73 und 74 IVG gewährt die Versicherung insbesondere Betriebs- und Baubeiträge an öffentliche und gemeinnützige private Anstalten und Werkstätten, die in wesentlichem Umfange Eingliederungsmaßnahmen für Invalide durchführen, sowie Beiträge an Organisationen der privaten Invalidenhilfe und Ausbildungsstätten für Fachpersonal. — Da außer diesen nun bei der IV beitragsberechtigten Anstalten jedoch noch eine größere Zahl von Institutionen besteht, die seit langem zu Lasten des Bundeskredites für die Gebrechlichenhilfe subventioniert wurde, jedoch keinen Anspruch auf Beiträge der IV besitzt, konnte die Bundessubvention für die Gebrechlichenhilfe nicht aufgehoben werden. Zugunsten dieser Institutionen — zu welchen insbesondere die Anstalten für Schwererziehbare sowie die Pflegeheime für gänzlich erwerbsunfähige Invalide gehören — wird die Bundessubvention für die Gebrechlichenhilfe seit dem Jahre 1960 weiterhin ausgerichtet. Der Bundeskredit für diese Hilfe wurde für das Jahr 1960 auf 500 000 Franken festgesetzt und auch in den Jahren 1961 und 1962 in derselben Höhe ausgerichtet.

Über die Kategorien und die Anzahl der über den Bundeskredit für die Gebrechlichenhilfe seit 1958 subventionierten Anstalten und Heime orientiert die nachstehende Zusammenstellung.

Zahl der subventionierten Anstalten und Heime

	1958	1959	1960	1961	1962
Anstalten für Schwererziehbare	54	54	56	57	55
Beobachtungsstationen	8	8	8	8	8
Alters- und Wohnheime	12	12	8	9	12
Anstalten für Epileptische	3	3	3	3	3
Anstalten für Geistesschwache	31	36	7	7	—
Sonderschulen für Taubstumme, Blinde, Körperbehinderte usw.	16	13	—	—	—
Eingliederungsstätten für medizinische und berufliche Maßnahmen sowie Dauer- werkstätten	19	18	—	—	—
Insgesamt	143	144	82	84	78

Wie aus der vorstehenden Übersicht hervorgeht, sind seit dem Inkrafttreten der IV am 1. Januar 1960 aus der Bundessubvention für die Gebrechlichenhilfe an die Sonderschulen für Taubstumme, Blinde und Körperbehinderte sowie an Eingliederungs- und Dauerwerkstätten keine Beiträge mehr ausgerichtet worden. Ferner ging die Zahl der beitragsberechtigten Anstalten für Geistesschwache seit dem Jahre 1960 stark zurück. Im Jahre 1962 fielen diese Anstalten als Subventionsempfänger ganz weg, weil in diesem Jahre nur noch an Anstalten und Heime Beiträge aus der Bundessubvention gewährt wurden, welche keine Möglichkeit zur Geltendmachung eines Betriebsbeitrages der IV hatten.

Anlässlich der Einführung der IV und der damit verbundenen Herabsetzung der Zahl der Subventionsempfänger wurde für die Ermittlung der Beiträge eine neue Berechnungsart eingeführt. Die seit 1945 angewandte Abstufung der Ansätze für die Beitragsausrichtung in sieben Betriebskostengruppen ist aufgehoben worden. Nach der neuen Regelung erhält jede beitragsberechtigende Anstalt bzw. jedes Heim vorerst einen festen Grundbeitrag von 1 000 Franken (1961 wurden die Anstalten für Geistesschwache davon ausgenommen) und einen einheitlichen Beitrag je anrechenbaren Verpflegungstag der Anstaltsinsassen. Im Jahre 1960 betrug der Ansatz je Verpflegungstag 30 Rappen, 1961 31 Rappen und 1962 33,66 Rappen. So ermöglichte es die Neuregelung, den subventionierten Anstalten und Heimen eine etwas verstärkte Hilfe zukommen zu lassen, denn im Jahre 1958 betrugen die Ansätze für jeden Verpflegungstag — je nach Betriebskostengruppe — lediglich 10,92 bis 32,75 Rappen und im Jahre 1959 10,37 bis 31,10 Rappen, wobei kein zusätzlicher, fester Grundbeitrag ausgerichtet wurde.

Das Gesetz des Kantons Basel-Landschaft über Kinderzulagen für Arbeitnehmer

1. Entstehung des Gesetzes

In Ausführung einer Motion Blunsi sowie einer Motion Lejeune, die am 18. November 1940 bzw. am 22. Januar 1953 im Landrat erheblich erklärt worden waren, legte der Regierungsrat dem Landrat am 11. April 1960 einen Entwurf zu einem Kinderzulagengesetz vor (vgl. die Darstellung dieses Entwurfes in ZAK 1960, S. 384). Die landrätliche Kommission behandelte den Entwurf in 17 Sitzungen. Sie ließ durch das Amt für Gewerbe, Handel und Industrie eine Erhebung durchführen, die u. a. ergab, daß im Sommer 1961 von 26 463 erfaßten Kindern von Arbeit-

nehmern für deren 16 122 auf Grund von Gesamtarbeitsverträgen und für 4 230 auf andere Weise Kinderzulagen ausgerichtet wurden. Den insgesamt 20 352 zulageberechtigten Kindern standen 6 111 Kinder ohne Zulagen gegenüber. Am 27. Februar 1962 unterbreitete die landrätliche Kommission dem Landrat ihren Bericht und ihre Anträge. Diese sahen gegenüber dem regierungsrätlichen Entwurf namhafte Änderungen vor, so z. B. eine Beschränkung des Bezügerkreises auf die nichtlandwirtschaftlichen Arbeitnehmer sowie eine Erhöhung des Ansatzes der Zulage von 15 auf 25 Franken je Kind und Monat. Nachdem der Landrat das Gesetz in zwei Lesungen durchberaten hatte, hieß er es am 4. Juni 1962 mit großer Mehrheit gut, worauf das Gesetz am 4. November 1962 auch in der Volksabstimmung, mit 10 271 Ja gegen 1 917 Nein, angenommen wurde. Damit hat Baselland als 22. Kanton ein Gesetz über Kinderzulagen für Arbeitnehmer erlassen.

2. Geltungsbereich

Dem Gesetz unterstellt sind alle Arbeitgeber, die im Kanton ihren Geschäftssitz, eine Zweigstelle oder Betriebsstätte haben, sowie alle Arbeitnehmer, die von diesen Arbeitgebern beschäftigt werden. Nicht unterstellt sind: die eidgenössischen und kantonalen Verwaltungen und Betriebe; die Gemeindeverwaltungen und -betriebe, soweit deren Personal nach regierungsrätlich genehmigten Regulativen entschädigt wird und diese Regulative dem Gesetz in sinngemäßer Weise Rechnung tragen; die privaten Haushaltungen für ihr weibliches Personal; die «Tagelöhneri wechselnder Art»; das Wandergewerbe; die auswärtigen Zweigniederlassungen und Betriebsstätten der im Kanton Basel-Landschaft domizilierten Arbeitgeber; die Ehefrauen Selbständigerwerbender, die im Betriebe ihrer Ehegatten mitarbeiten; die Arbeitgeber in der Landwirtschaft im Sinne der Bundesgesetzgebung. Arbeitgeber, die Kinderzulagen auf Grund von Gesamtarbeitsverträgen ausrichten, sind dem Gesetz ebenfalls unterstellt; die gesamtarbeitsvertraglichen Regelungen werden aber als Erfüllung des Gesetzes anerkannt, so daß die betreffenden Arbeitgeber von der Pflicht, einer Familienausgleichskasse beizutreten, befreit sind (vgl. Ziffer 5). Private Vereinbarungen, die über die gesetzlichen Vorschriften hinausgehen, werden durch das Gesetz nicht berührt.

3. Bezugsberechtigte Personen

Bezugsberechtigt sind die dem Gesetz unterstellten Arbeitnehmer. Ausdrücklich von der Bezugsberechtigung ausgeschlossen sind Personen, die auf Grund der Bundesgesetzgebung Kinderzulagen erhalten. Nicht voll beschäftigte Arbeitnehmer haben Anspruch auf einen der Arbeitszeit

entsprechenden Teil der Kinderzulagen, wobei der Regierungsrat Mindestvoraussetzungen aufstellen kann. Zeitlich richtet sich der Anspruch nach der Dauer des Dienst- oder Arbeitsverhältnisses; solange dieses fortbesteht werden die Zulagen an Kranke, Verunfallte sowie an Militär- und Zivilschutzpflichtige ohne Rücksicht auf andere Bezüge ausgerichtet. Nach Kündigung bleibt der Anspruch auf die Zulagen noch für drei Monate über die Auflösung des Dienstverhältnisses hinaus bestehen, sofern der Arbeitnehmer in der Schweiz wohnt und nicht eine «Entlassung aus wichtigen Gründen» erfolgte.

Ausländische Arbeitnehmer haben nur für ihre in der Schweiz wohnenden Kinder Anspruch auf die Zulagen, da diese allgemein nur für Kinder ausgerichtet werden, die in der Schweiz wohnen. Wenn es die Verhältnisse als angezeigt erscheinen lassen, ist der Landrat indessen befugt, «den Geltungsbereich des Gesetzes auszudehnen, vor allem Sonderregelungen im Hinblick auf die im Ausland wohnenden Kinder zu erlassen, wenn die betreffenden ausländischen Staaten Gegenrecht halten».

4. Kinderzulagen

Die Kinderzulage beträgt 25 Franken monatlich für jedes Kind. Der Landrat ist befugt, die Höhe der Zulagen neu festzusetzen und zwar, wie den regierungsrätlichen Erläuterungen zuhanden der Volksabstimmung zu entnehmen ist, nach oben und nach unten. Als zulageberechtigt gelten die ehelichen und außerehelichen Kinder, die Stief- und Adoptivkinder sowie die Pflegekinder, die ohne wesentliches Entgelt dauernd zur Pflege und Erziehung aufgenommen wurden, unter der Voraussetzung, daß sie in der Schweiz wohnhaft sind. Die Altersgrenze beträgt 16 Jahre; für Kinder, die noch in Ausbildung begriffen sind oder die kein erhebliches Einkommen haben oder die zufolge einer Krankheit oder eines Gebrechens zu 50 Prozent arbeitsunfähig sind, wird die Altersgrenze, im Gegensatz zu allen übrigen Kantonen, auf 22 Jahre erhöht.

Der Doppelbezug von Zulagen für dasselbe Kind ist unzulässig. Sind beide Ehegatten erwerbstätig, so ist in der Regel der Vater anspruchsberechtigt. Für außereheliche Kinder und solche aus geschiedener oder getrennter Ehe sind die Zulagen jenem Elternteil auszurichten, der in überwiegendem Maße für den Unterhalt des Kindes aufkommt. Bietet der Anspruchsberechtigte keine Gewähr für eine zweckmäßige Verwendung der Zulagen, so sind sie der Mutter oder jener Person, Amtsstelle oder Anstalt zuzuweisen, die für das Kind sorgt. Bezugsberechtigte, die gerichtlich zur Zahlung von Unterhaltsbeiträgen für Kinder verpflichtet

sind, haben die gesetzlichen Kinderzulagen zusätzlich zu den gerichtlichen Unterhaltsbeiträgen zu entrichten, wenn der Richter keine ausdrückliche Ausnahme vorsieht.

Die Nachforderung nicht bezogener Kinderzulagen ist auf die letzten 12 Monate vor der Geltendmachung beschränkt. Zu Unrecht bezogene Zulagen sind zurückzuerstatten, wobei die Vorschriften des AHVG über die Rückerstattung zu Unrecht bezogener Renten sinngemäß anwendbar sind.

5. Organisation

Die Auszahlung von Kinderzulagen ist entweder durch Gesamtarbeitsverträge bzw. gesamtarbeitsvertragsähnliche Vereinbarungen oder durch Familienausgleichskassen sicherzustellen.

Gesamtarbeitsvertragliche und gesamtarbeitsvertragsähnliche Vereinbarungen über Kinderzulagen können vom Regierungsrat auf Gesuch der Vertragsparteien als Erfüllung des Gesetzes anerkannt werden, wenn die Kinderzulagen den gesetzlichen mindestens gleichwertig sind, die Vertragsparteien für eine sachgemäße Kontrolle über die Einhaltung der Vertragsbestimmungen Gewähr bieten und die vertraglichen Verpflichtungen keine ungünstigen sozialen Rückwirkungen auf Arbeitnehmer mit Kindern nach sich ziehen. Wird in einem Betrieb nur ein Teil des Personals gesamtarbeitsvertraglich erfaßt, kann der Regierungsrat die Anerkennung auf das gesamte Betriebspersonal ausdehnen. Die Anerkennung erfolgt jeweils nur für eine bestimmte Zeitdauer. Anerkannte gesamtarbeitsvertragliche Bestimmungen sind in ihrer Rechtswirkung den gesetzlichen gleichgestellt, und über Ansprüche aus solchen Bestimmungen entscheidet die Rekurskommission für Sozialversicherung nach Anhörung der Vertragsparteien in gleicher Weise wie über Ansprüche, die sich gegen eine Familienausgleichskasse richten.

Arbeitgeber, die keinem anerkannten Gesamtarbeitsvertrag unterstehen, haben einer anerkannten privaten oder der kantonalen Familienausgleichskasse beizutreten. Soweit sie sich nicht innert sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes oder, später, binnen dreier Monate nach Entstehen der Beitrittspflicht über die Mitgliedschaft bei einer privaten Familienausgleichskasse ausweisen, werden sie von Amtes wegen der kantonalen Familienausgleichskasse angeschlossen. Der Kassenwechsel ist gestattet, doch kann er nur auf Jahresende unter Einhaltung einer Anmeldefrist von drei Monaten erfolgen. Die Familienausgleichskassen sind von sämtlichen Kantons- und Gemeindesteuern befreit.

Private Familienausgleichskassen können vom Regierungsrat durch Genehmigung der Statuten anerkannt werden, wenn sie mindestens 300 Arbeitnehmer umfassen, mindestens die gesetzlichen oder diesen gleichwertige Zulagen ausrichten und für eine geordnete Geschäftsführung Gewähr bieten. Eine Mindestzahl von angeschlossenen Arbeitgebern wird somit nicht verlangt. Interkantonale oder gesamtschweizerische Familienausgleichskassen brauchen, um anerkannt werden zu können, lediglich für die Erfüllung des Gesetzes Gewähr zu bieten. Die anerkannten privaten Familienausgleichskassen haben dem Regierungsrat regelmäßig das Verzeichnis der verantwortlichen Organe, den Jahresbericht, die Jahresrechnung und den Revisionsbericht zuzustellen. Liquidationsbeschlüsse anerkannter Familienausgleichskassen unterliegen ebenfalls der Genehmigung des Regierungsrates. Die anerkannten Familienausgleichskassen haften mit ihren Gründern für den Schaden, der in Mißachtung der Vorschriften absichtlich oder grobfahrlässig oder durch strafbare Handlungen seitens ihrer Organe oder ihres Personals entsteht.

Die kantonale Familienausgleichskasse ist eine selbständige, öffentlich-rechtliche Anstalt. Ihre Geschäftsführung ist der «Ausgleichskasse des Kantons Basel-Landschaft» mit ihren Gemeindezweigstellen übertragen. Der kantonalen Familienausgleichskasse obliegt neben der Erhebung der Beiträge von den ihr angeschlossenen Arbeitgebern und der Ausrichtung der Zulagen die Kontrolle über die Erfassung aller dem Gesetz unterstellten Arbeitgeber durch eine Familienausgleichskasse oder einen Gesamtarbeitsvertrag. Die Höhe der Arbeitgeberbeiträge an die kantonale Familienausgleichskasse wird vom Regierungsrat festgesetzt. Die Familienausgleichskasse hat dem Regierungsrat alljährlich einen Tätigkeitsbericht und den Rechnungsabschluß zuhanden des Landrates zuzustellen, dem die Genehmigung zusteht. Für den von den Organen und dem Personal der kantonalen Familienausgleichskasse gestifteten Schaden haftet der Kanton.

Im weiteren regelt das Gesetz die Kontrollbefugnisse der Familienausgleichskassen gegenüber den Arbeitgebern, die Auskunfts- und Meldepflicht sowie die Schweigepflicht.

6. Finanzierung

Die Finanzierung der Kinderzulagen erfolgt ausschließlich durch Beiträge der Arbeitgeber. In seinen bereits erwähnten Erläuterungen zur Gesetzesvorlage erklärt der Regierungsrat, daß nach dem gegenwärtigen Stand der Dinge für die Finanzierung der Zulagen im Gesamtdurch-

schnitt ein Aufwand von ungefähr 2 Prozent der ausgewiesenen Lohnsumme erforderlich sein dürfte. Der Kanton trägt die eigenen Verwaltungskosten, die ihm aus der Durchführung des Gesetzes erwachsen; er entschädigt namentlich die kantonale Familienausgleichskasse für die Durchführung der Arbeitgeberkontrolle.

7. Aufsicht und Rechtspflege

Die «Aufsichtskommission der Ausgleichskasse des Kantons Basel-Landschaft» übt die unmittelbare Aufsicht über die kantonale Familienausgleichskasse aus. Sie stellt dem Regierungsrat Antrag über den von der kantonalen Familienausgleichskasse zu erhebenden Arbeitgeberbeitrag.

Eine fünfgliedrige Zentrale Aufsichtskommission, unter dem Vorsitz eines Regierungsrates und bestehend aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern, hat die Tätigkeit sämtlicher Familienausgleichskassen zu überwachen und zu koordinieren. Sie entscheidet endgültig über Streitigkeiten zwischen den Familienausgleichskassen und berät den Regierungsrat bei der Durchführung des Gesetzes. Es obliegen ihr insbesondere: die Antragstellung an den Regierungsrat über die Anerkennung privater Familienausgleichskassen oder den Entzug derselben; die Oberaufsicht über die Einhaltung der anerkannten Gesamtarbeitsvertragsregelungen über die Ausrichtung von Kinderzulagen; die Prüfung der Geschäftsführung der anerkannten Familienausgleichskassen; die Oberaufsicht über die kantonale Familienausgleichskasse; die Antragstellung an den Regierungsrat bezüglich allfälliger Abkommen mit außerkantonalen Behörden oder Familienausgleichskassen. Die Kosten der Kommission und ihres Sekretariates trägt der Kanton.

Gegen die auf Grund des Gesetzes erlassenen Kassenverfügungen kann innert 30 Tagen seit der Zustellung bei der kantonalen Rekursbehörde für Sozialversicherung Beschwerde erhoben werden, die endgültig entscheidet. Diese Rekurskommission ist auch zuständig für Streitigkeiten über Ansprüche aus anerkannten Gesamtarbeitsverträgen. Streitigkeiten über Schadenersatzansprüche aus Haftpflicht der Familienausgleichskasse sind jedoch dem Obergericht zugewiesen.

Vorsätzliche oder grobfahrlässige Übertretung des Gesetzes und der dazugehörigen Erlasse und Verfügungen werden mit Buße bis 2 000 Franken oder Haft bestraft, wobei beide Strafen miteinander verbunden werden können. Das Verfahren richtet sich nach der kantonalen Strafprozeßordnung. Die strengeren Bestimmungen des schweizerischen Strafgesetzbuches werden vorbehalten. Für die Verletzung von Ordnungs-

oder Kontrollvorschriften trotz Mahnung ist eine Ordnungsbuße bis zu 50 Franken vorgesehen, die von den Familienausgleichskassen auszusprechen ist. Deren Bußenverfügungen können binnen 30 Tagen seit der Zustellung beim Präsidenten der Rekurskommission für Sozialversicherung durch Beschwerde angefochten werden; dieser entscheidet endgültig.

8. Inkrafttreten

Das Gesetz ist gemäß Beschluß des Landrates am 1. Januar 1963 in Kraft getreten. Der Bezug der Arbeitgeberbeiträge und die Ausrichtung der Kinderzulagen erfolgen ab 1. Juli 1963.

Durchführungsfragen der IV

Zum Begriff der Hilflosigkeit

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hatte sich in einem Urteil vom 16. Juli 1962, das nachstehend auf S. 90 publiziert wird, mit der Frage auseinanderzusetzen, in welchem Grade ein am linken Arm gelähmter Versicherter, dem nach seinen eigenen Angaben beim Ankleiden und Essen sowie beim Einbinden seiner thrombotischen Beine teilweise geholfen werden muß, hilflos sei. Im Gegensatz zu der IV-Kommission, die das Vorliegen einer rechtserheblichen Hilflosigkeit verneint hatte, war die kantonale Rekurskommission, nachdem ihr Präsident beim Versicherten vorgesprochen hatte, zum Schlusse gelangt, daß eine Hilflosigkeit leichteren Grades vorliege. Hierauf hatte der Versicherte gegen den Rekursentscheid Berufung erhoben mit dem Antrag auf Zuspprechung einer Hilflosenentschädigung von zwei Dritteln.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Berufung abgewiesen. Es führte unter Hinweis auf seine Entscheide in ähnlichen Fällen u. a. aus, daß der Sachverhalt von der Vorinstanz wohlwollend gewürdigt worden sei und daß der Versicherte auch bei Berücksichtigung aller Umstände allerhöchstens in mäßigem Grade hilflos sei. Dem Umstand, daß dem Versicherten nun nach dem Urteil doch immerhin eine Hilflosenentschädigung von einem Drittel ausgerichtet werden kann, darf daher keine allzu weitgehende präjudizielle Bedeutung beigemessen werden.

LITERATURHINWEISE

Achermann, Karl: Die Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes und der Kantone im Jahre 1961. In: «Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung», Stämpfli Bern, 1962, H. 4., S. 296—303.

Gwerder, Marianne: Probleme beim Versuch der Eingliederung cerebral Gelähmter in einen Arbeitsprozeß. 55 S. + Anhang (vervielfältigt). Diplomarbeit der Schule für Sozialarbeit Luzern, 1961.

Hägi, Hans: Das Taubstummenbildungswesen in der deutschsprachigen Schweiz. Vortrag. In: «Heilpädagogische Werkblätter», Institut für Heilpädagogik Luzern, 1961, Nr. 2, S. 82—87.

Hardmeier, W.: Personalversicherung und Hochkonjunktur. Vortrag. In: «Schweizerische Arbeitgeber-Zeitung», Zürich, 1962, Nr. 33/34, S. 633—635, Nr. 35, S. 660—663).

Hofrichter, M.: Berufliche Chancen für Behinderte. (Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, Nürnberg). In: «Die Rehabilitation», Thieme Stuttgart, 1962, H. 1, S. 16—19.

Kayser, Armand: Die Anpassung der Höhe der Altersrenten an Veränderungen wirtschaftlicher Umstände. In: «Bulletin der Internationalen Vereinigung für soziale Sicherheit», Genf, 1962, Nr. 1/2, S. 23—95.

Koller, Maria: Lebensbedingungen bedürftiger Witwenfamilien. Eine Untersuchung über die Lebensbedingungen 20 bedürftiger Witwenfamilien. 66 S. (vervielfältigt). Diplomarbeit der Schule für Sozialarbeit Luzern, 1961.

Lindemann, K., und Marquardt, E.: Mitteilungen über Standardprothesenversorgung bei armlosen Kindern. Illustriert. In: «Die Rehabilitation», Thieme Stuttgart, 1962, H. 1, S. 33—36.

Richtlinien für die Organisation von Erziehungsheimen für Kinder und Jugendliche. Hg.: Schweizerische Landeskonferenz für soziale Arbeit. 11 S. (Separatdruck aus «Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit», Zentralsekr. d. Schweiz. Gemeinn. Gesellsch. Zürich, 1959, H. 12, S. 268—276.)

Rudel, E. M.: Die Aufgabe der Beschäftigungstherapie bei der Wiedereingliederung körperbehinderter Hausfrauen. In: «Die Rehabilitation», Thieme Stuttgart, 1962, H. 1, S. 36—42.

Schweizerisches Stipendienverzeichnis. Verzeichnis der Institutionen, welche Beiträge an die berufliche Aus- und Weiterbildung ausrichten. Hg.: Schweiz. Verband für Berufsberatung und Lehrlingsfürsorge, Zürich. 355 S., 1961.

Wagner, Hedwig: Gehörlose in der Berufslehre. Möglichkeiten und Probleme gehörloser Lehrlinge und Lehrtöchter. 53 S. + Anhang (vervielfältigt). Diplomarbeit der Schule für Sozialarbeit Luzern, 1961.

Wenk, Erwin: Die schweizerische Sozialversicherung in Zahlen. In: «Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung», Stämpfli Bern, 1962, H. 4, S. 280—283.

KLEINE MITTEILUNGEN

Neue parlamentarische Vorstöße

Postulat Klingler
vom 10. Dez. 1962

Nationalrat Klingler hat in der Wintersession 1962 folgendes Postulat eingereicht:

«Das auf 1. Januar 1960 in Kraft gesetzte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung stellt zweifellos einen bedeutenden Fortschritt in der schweizerischen Sozialversicherung dar. Es hat sich aber gezeigt, daß die Leistungen in sehr vielen Fällen nicht ausreichend sind und der Invalidennot nur ungenügend gesteuert werden kann. Nachdem die bundesrechtliche Alters- und Hinterlassenenfürsorge spätestens auf den Zeitpunkt der Erschöpfung der für diesen Zweck zur Verfügung gestellten Fondsmittel neu geregelt werden muß, drängt sich die Frage auf, ob im Zusammenhange mit der Neuordnung dieser Fürsorgeeinrichtung durch den Bund auch eine Invalidenbeihilfe geschaffen werden sollte.

Der Bundesrat wird eingeladen, im Zusammenhange mit der Neufinanzierung der zusätzlichen Alters- und Hinterlassenenfürsorge auch den Einbezug einer Invalidenbeihilfe zu prüfen und den eidgenössischen Räten Antrag zu stellen.»

Postulat Raissig
vom 18. Dez. 1962

Nationalrat Raissig hat in der Wintersession 1962 folgendes Postulat eingereicht:

«Die den militärdienstleistenden Studierenden nach der geltenden Regelung ausgerichtete Erwerbsausfallentschädigung wird der heutigen Stellung des Studierenden weder ideell noch materiell gerecht. Der Entschädigung sollte ein Erwerbsausfall nach Maßgabe des von Absolventen einer Mittelschule durchschnittlich erzielten Einkommens zugrundegelegt werden. Allgemein vermögen zudem die bestehenden Ansätze in allen jenen Fällen nicht zu genügen, in denen der Wehrmann ausschließlich auf die Leistungen der Ausgleichskasse angewiesen ist. Schließlich sind die Bestimmungen über die höchstzulässigen Entschädigungen der seit 1959 eingetretenen Teuerung anzupassen.

Der Bundesrat wird daher eingeladen, den Räten beförderlichst eine Vorlage zu unterbreiten, die die Gleichstellung der militärdienstleistenden Studierenden mit den übrigen Wehrmännern und allgemein eine angemessene Erhöhung der geltenden Ansätze und Höchstgrenzen vorsieht.

Der Bundesrat wird ferner eingeladen, die Frage zu prüfen, ob nicht schon vor dem Inkrafttreten der Neuordnung die Diskriminierung des Studierenden durch

eine Revision der Vollziehungsverordnung wenigstens teilweise beseitigt werden könnte. Dabei ist insbesondere an die Gleichstellung des Studiums mit Arbeitslosigkeit und Krankheit im Sinne von Art. 2, Abs. 2, EOV und an die Erleichterung des Nachweises, daß wegen des Militärdienstes keine Erwerbstätigkeit aufgenommen werden konnte, zu denken.»

Postulat Allemann
vom 19. Dez. 1962

Nationalrat Allemann hat in der Wintersession 1962 folgendes Postulat eingereicht:

«Nach Art. 73, Abs. 1, Invalidenversicherungsgesetz gewährt die Versicherung Beiträge an die Errichtung, den Ausbau und die Erneuerung von öffentlichen und gemeinnützigen privaten Anstalten und Werkstätten, die in wesentlichem Umfang Eingliederungsmaßnahmen durchführen.

In Art. 99, Abs. 3, der Vollziehungsverordnung wird bestimmt, im Einzelfall dürfen die Beiträge einen Drittel der anrechenbaren Kosten nicht übersteigen.

In der Praxis hat sich das als ungenügend erwiesen, und wir empfinden diese Bestimmung als engherzig. Der Bundesrat wird daher eingeladen zu prüfen, ob nicht der erste Satz von Absatz 3 dahin abgeändert werden könnte, daß es heißt: ‚Die Beiträge betragen im Einzelfall 40 Prozent der anrechenbaren Kosten‘.»

Postulat Malzacher
vom 19. Dez. 1962

Nationalrat Malzacher hat in der Wintersession 1962 folgendes Postulat eingereicht:

«Im Zusammenhang mit der Diskussion über die Revision der AHV drängt sich die Feststellung auf, daß die kantonalen Zusatzrenten für die bedürftigen Alten, Hinterlassenen und Invaliden zwischen den finanzstarken und den weniger finanzkräftigen Kantonen sehr stark variieren. Der Bundesrat wird beauftragt, zu prüfen, ob den eidgenössischen Räten nicht eine Vorlage über die Revision des Bundesbeschlusses über die zusätzliche Alters- und Hinterlassenenfürsorge unterbreitet werden sollte. Danach sollten Bundesmittel zur Verfügung gestellt werden, welche es auch den weniger finanzkräftigen Kantonen ermöglichen, unter Voraussetzung kantonseigener Zuwendungen die notwendige Ergänzung der AHV und der IV durch Beihilfen zu ermöglichen.»

**Familienzulagen im
Kanton Freiburg**
Zulage für die

berufliche Ausbildung

Durch Gesetz vom 22. November 1962 erhöhte der Große Rat mit Wirkung ab 1. Januar 1963 die Zulage für Kinder zwischen dem vollendeten 16. und 20. Altersjahr, die einem Studium obliegen oder eine Lehre absolvieren, um 15 Franken im Monat. Nachdem die monatliche Mindestzulage gemäß einer bereits am 21. November 1961 beschlossenen Gesetzesänderung ab 1. Januar 1963 für

jedes Kind 25 Franken beträgt, wird somit nunmehr für alle 16- bis 20jährigen Kinder, die sich in einem Studium oder in einer Lehre befinden, eine totale Zulage von 40 Franken im Monat ausgerichtet.

Familienzulagen im Kanton Neuenburg Landwirtschaft

Der Große Rat hat am 11. Dezember 1962 ein Gesetz über Familienzulagen für Selbständigerwerbende in der Landwirtschaft und im Rebbau erlassen, das die entsprechenden Gesetze vom 17. November 1959 und 27. Februar 1961 ersetzt. Nach dem neuen Gesetz, das am 1. Januar 1963 in Kraft getreten ist, erhalten die Kleinbauern des Unterlandes, die Bezüger der bundesrechtlichen Kinderzulagen von 15 Franken im Monat sind, eine zusätzliche kantonale Zulage von 5 Franken, so daß sich ihre gesamte Kinderzulage, wie diejenige der Bergbauern, auf 20 Franken im Monat beläuft. Im weiteren wurde eine kantonale Kinderzulage von 20 Franken im Monat eingeführt für Landwirte und Rebbauern, deren Einkommen über der Grenze des FLG (5 500 Franken plus 700 Franken pro Kind), liegt, aber die Grenze von 7 000 Franken plus einen Zuschlag von 700 Franken pro bezugsberechtigtes Kind nicht übersteigt. Somit erhalten nunmehr sämtliche Bauern, deren Einkommen die letztgenannte Grenze nicht überschreitet, insgesamt eine einheitliche Kinderzulage von 20 Franken. Die kantonalen Zulagen werden in gleicher Weise wie bisher finanziert, nämlich durch einen Beitrag der selbständigerwerbenden Landwirte und Rebbauern von 15 Prozent des persönlichen AHV/IV/EO-Beitrages und einen jährlichen Beitrag der kantonalen Familienausgleichskassen von 24 000 Franken, wobei ein allfälliger Fehlbetrag zu Lasten des Kantons geht.

Familienzulagen im Kanton Nidwalden

Am 22. Dezember 1962 erließ der Landrat die Vollziehungsverordnung zum total revidierten Gesetz über die Familienzulagen vom 29. April 1962. Diese ersetzt die «Übergangsbestimmungen» des Regierungsrates vom 14. Mai 1962 zu diesem Gesetz sowie die Vollziehungsverordnung vom 26. November 1955, soweit diese nicht bereits durch die genannten Übergangsbestimmungen aufgehoben worden war.

Die Vollziehungsverordnung setzt die Kinderzulage für sämtliche Familienausgleichskassen auf mindestens 15 Franken monatlich fest, während dieser Mindestansatz bisher nur für die kantonale Kasse vorgeschrieben war. Im weiteren wird die Zulage nach den neuen Vorschriften für jedes Kind der Zwei- und Mehrkinderfamilien ausgerichtet; bisher bestand Anspruch auf die Zulagen erst vom zweiten Kind an. Ausländische Arbeitnehmer, deren Kinder im Ausland wohnen, haben für ihre ehe-

lichen und Adoptivkinder bis zum vollendeten 16. Altersjahr in gleicher Weise Anspruch auf die Zulagen wie die übrigen Bezüger, doch erlischt ihr Anspruch in jedem Fall (auch bei Krankheit, Unfall usw.) mit dem Lohnanspruch. Wenn ein Elternteil in der Schweiz und der andere im Ausland arbeitet, so ist für die Bezugsberechtigung der Arbeitsort des Vaters maßgebend. Der ausländische Arbeitnehmer mit Kindern im Ausland hat dem Arbeitgeber oder der Kasse nebst dem Meldeschein die «rechtsgültigen amtlichen Ausweise der zuständigen Landesbehörde» einzureichen, und zwar solange er sich in der Schweiz aufhält. Die Zulagen werden nicht ins Ausland nachbezahlt. Der Arbeitgeberbeitrag an die kantonale Kasse beträgt nach wie vor 1 Prozent der Lohnsumme.

Die neue Vollziehungsverordnung tritt auf den 1. April 1963 in Kraft mit Ausnahme der Bestimmung über die Ausrichtung von Zulagen für Kinder im Ausland, die gemäß einem Regierungsratsbeschluß vom 21. Januar 1963 auf den 1. Juli 1963 in Kraft tritt.

Eröffnung der IV-Regionalstelle Aarau

Wie in ZAK 1962, S. 471, mitgeteilt wurde, hat das Eidgenössische Departement des Innern dem Kanton Aargau die Bewilligung zur Führung einer IV-Regionalstelle erteilt. Diese hat ihre Tätigkeit unter der Leitung von Herrn H. Brüngger, bisher Sachbearbeiter der IV-Regionalstelle Basel, am 1. Februar 1963 aufgenommen. Der Tätigkeitsbereich der neuen IV-Regionalstelle erstreckt sich auf das Gebiet des Kantons Aargau. Mit der Eröffnung übernimmt die IV-Regionalstelle Aarau von der bisher zuständigen IV-Regionalstelle Basel sämtliche noch hängigen Fälle aus ihrem Einzugsgebiet mitsamt den Akten der erledigten Fälle. Alle neuen Fälle sind ab 1. Februar 1963 direkt der IV-Regionalstelle Aarau zu übermitteln.

Personelles

Auf den 1. Januar 1963 ist bei der Unterabteilung AHV/IV/EO im Bundesamt für Sozialversicherung der bisherige Adjunkt II Dr. Bruno Martignoni zum Sektionschef II (Sektion für allgemeine Verwaltungsfragen) ernannt worden.

Adressenverzeichnis AHV/IV/EO

Das Verzeichnis ist wie folgt zu ergänzen bzw. zu ändern:

Seite 25:

IV-Regionalstelle Aarau,
Aarau, Küttigerstraße 26 / Tel. (064) 4 24 34
Für den Kanton Aargau

Seite 32:

Wallis, Kantonale Wehrsteuerverwaltung
Neue Telefonnummer: 027 2 91 11

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Verfahren

Urteil des EVG vom 4. Juli 1962 i. Sa. K. S.

Art. 84 und 97, Abs. 1, AHVG. Der Richter ist nicht befugt, auf die Beschwerde gegen eine nur die Rentenerhöhung auf den 1. Juli 1961 betreffende Verfügung hin auch die frühere, rechtskräftige Verfügung, mit welcher die Rente seinerzeit festgesetzt wurde, zu überprüfen.

Mit Wirkung ab 1. Januar 1960 ist dem Ehemann der Berufungsbeklagten an Stelle der bisherigen einfachen Altersrente nach Skala 14 A eine Ehepaaraltersrente nach der gleichen Rentenskala und auf Grund eines durchschnittlichen Jahresbeitrages von 150 Franken zugesprochen worden. Nach dem Ableben des Ehemannes am 2. Februar 1961 sprach die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 11. März 1961 der 61jährigen Witwe und ihrem Kind eine auf Grund des gleichen durchschnittlichen Jahresbeitrages und der gleichen Rentenskala berechnete Witwen- bzw. Waisenrente zu. Sie ging davon aus, daß eine bloße Änderung der Rentenart im Sinne von Ziff. III, Abs. 2, der Gesetzesnovelle vom 19. Juni 1959 vorliege. Diese Rentenverfügung erwuchs in Rechtskraft.

Auf Grund der Revision des AHVG wurden die beiden Renten mit Verfügung vom 5. Juli 1961 erhöht, indem die Berechnungselemente der rechtskräftigen Verfügung vom 11. März 1961 (Rentenskala 14 A; durchschnittlicher Jahresbeitrag, um 15 Franken erhöht und aufgerundet auf 170 Franken) übernommen wurden. Gegen die Erhöhungsverfügung erhob die Witwe Beschwerde. Diese wurde gutgeheißen. Die kantonale Rekurskommission sprach der Beschwerdeführerin und ihrem Kinde Hinterlassenenrenten nach Rentenskala 20 ab 1. Juli 1961 zu. Sie führte aus, der Anspruch auf die Hinterlassenenrenten sei erst seit dem 1. Januar 1960 entstanden und nach der ab diesem Zeitpunkt geltenden neuen Regelung hätten die Witwe und ihr Kind Anspruch auf Vollrenten gemäß Rentenskala 20. Eine Änderung der Rentenverfügung vom 11. März 1961 sei im vorliegenden Verfahren allerdings nicht möglich. Deshalb werde empfohlen, mit einem Gesuch an die Ausgleichskasse um Nachzahlung der Differenz zwischen Teil- und Vollrenten für die Zeit vom 1. März bis 30. Juni 1961 zu gelangen.

Die vom BSV gegen diesen Entscheid erhobene Berufung wurde vom EVG auf Grund folgender Erwägungen gutgeheißen:

1.
2.

In seiner Berufung vertritt das BSV die Auffassung, die Vorinstanz sei im Zuge einer Beschwerde gegen die Rentenverfügung vom 5. Juli 1961 nicht befugt gewesen, die Rentenelemente zu überprüfen, über die bereits in einer

früheren, in Rechtskraft erwachsenen Verfügung befunden worden war. Das Problem der Rechtskraft der Verfügungsverfügung im Verhältnis zum Rechtsmittelsystem hat sich für das Gericht in ähnlicher Weise bereits gestellt, als eine kantonale Rekursinstanz glaubte, auf ein Gesuch um Rückerstattung angeblich zuviel bezahlter Beiträge die Rechtmäßigkeit der längst in Rechtskraft erwachsenen einschlägigen Beitragsverfügung überprüfen zu können (EVGE 1952, S. 64; ZAK 1952, S. 145). Damals führte das Gericht aus: «Wollte man im Sinne des Entscheides der Vorinstanz ... den rechtssprechenden Organen die Pflicht überbinden, im Falle eines seinerzeit vom Pflichtigen nicht weitergezogenen Bescheides nach Eingang eines Rückerstattungsbegehrens von neuem die Gesetzmäßigkeit der früheren Forderung zu überprüfen, so würde dies das geltende Rechtsmittelsystem illusorisch machen und damit gegen den Sinn und Geist der Art. 84 und 97 AHVG und überhaupt gegen Rechtsprinzipien verstoßen, wie sie mit Bezug auf ... die Anfechtbarkeit von Verfügungsverfügungen anerkannt sind.»

Diese Auffassung ist immer noch richtig und auch der Beurteilung des vorliegenden Falles zugrunde zu legen (statt von einer «Pflicht» hätte man allerdings besser von einer Befugnis der rechtssprechenden Organe gesprochen, was aber an sich nicht wesentlich ist). Es ist in der Tat nicht einzusehen, kraft welcher Befugnis der AHV-Richter auf die Beschwerde gegen eine zwar rechtzeitig angefochtene Verfügung, die aber eine frühere, rechtskräftige voraussetzt und von ihr ausgeht, die Rechtmäßigkeit dieser rechtskräftigen Verfügung überprüfen könnte (es wäre denn, daß der Rechtssuchende dagegen Revisionsgründe geltend machen würde, die die Verwaltung zu Unrecht als unerheblich bezeichnet, was hier in keiner Weise zutrifft). Die Verfügung vom 5. Juli 1961 hatte lediglich die Rentenerhöhung auf den 1. Juli 1961 zum Gegenstand, die durch die Gesetzesnovelle vom 23. März 1961 angeordnet worden war. Die unangefochtene, in Rechtskraft erwachsene Verfügung vom 11. März 1961 dagegen setzte die Witwen- und Waisenrente fest auf Grund der damals geltenden Gesetzgebung, insbesondere der Ziff. III, Abs. 2, des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 (in Kraft seit 1. Januar 1960). Dem Richter steht nicht zu, auf jene Rentenfestsetzung zurückzukommen.

Die Vorinstanz wendet in einer Eingabe an das EVG ein, dieser Schluß habe zur Folge, «daß eine allenfalls unrichtige Rentenberechnung von der Ausgleichskasse wohl für die Zeit vom 1. März bis 30. Juni 1961 richtiggestellt werden könnte, daß dagegen deren Richtigstellung für die Zeit ab 1. Juli 1961 nicht möglich wäre, weil die Ausgleichskasse kaum einen Entscheid der Rekursbehörde oder gar des EVG abändern könnte». Das trifft nicht zu. Der AHV-Richter spricht sich im vorliegenden Fall nur darüber aus, inwieweit die Gesetzesnovelle vom 23. März 1961 eine Erhöhung der — den Elementen und dem Betrage nach durch die Verfügung vom 11. März 1961 rechtskräftig festgesetzten — Witwen- und Waisenrente auslöst. Damit wird an der Befugnis der Ausgleichskasse, die Verfügung vom 11. März 1961 auch nach Abschluß des vorliegenden Verfahrens zurückzunehmen, nichts geändert, d.h. das vorliegende Verfahren hat auf die Verfügung vom 11. März 1961 überhaupt keinen Einfluß. Die Verwaltung kann, sei es von sich aus, sei es auf Revisionsgesuch hin, diese Verfügung zurücknehmen, falls die Voraussetzungen hierzu erfüllt sind, worauf — trotz dem heutigen Entscheid — auch die Verfügung vom 5. Juli 1961 entsprechend angepaßt werden müßte.

3. Die Erhöhung der Witwen- und Waisenrente auf den 1. Juli 1961 erfolgte gemäß den Bestimmungen der Gesetzesnovelle vom 23. März 1961, weshalb die Kassenverfügung vom 5. Juli 1961 wieder herzustellen ist. Den bisher maßgebenden Jahresbeitrag von 150 Franken erhöhte die Ausgleichskasse entsprechend Ziff. II, Buchst. a, der Gesetzesnovelle vom 23. März 1961 um 15 Franken bzw. unter Berücksichtigung der Aufrundung gemäß Art. 51, Abs. 1, AHVV um 20 auf 170 Franken. Gestützt auf diesen Jahresbeitrag berechnete sie sodann die Renten nach der weiterhin anwendbaren Skala 14 der verbindlichen neuen Tabellen (Skala 14 A), die auf der Rentenerhöhung in Ziff. II, Buchst. b, der zitierten Gesetzesnovelle beruhen. Damit ergaben sich aber eine Witwenrente von monatlich 89 Franken und eine Waisenrente von monatlich 45 Franken, wie sie in der Verfügung vom 5. Juli 1961 festgesetzt wurden.

4. Wie bereits gesagt, kann die Ausgleichskasse von Amtes wegen oder auf Revisionsgesuch hin die Verfügung vom 11. März 1961 zurücknehmen, sofern die Voraussetzungen hiezu erfüllt sind. In diesem Zusammenhang mag lediglich bemerkt werden, daß das Gericht in EVGE 1961, S. 138 (ZAK 1961, S. 356), die Frage offen gelassen hat, ob eine bloße Änderung der Rentenart gemäß Ziff. III, Abs. 2, der Gesetzesnovelle vom 19. Juni 1959 vorliege, wenn eine vor dem 1. Januar 1960 zugesprochene Ehepaar-Altersrente durch die Witwenrente der noch nicht 63jährigen Witwe ersetzt wird (im übrigen hat hier die Ehepaar-Altersrente, die durch die Witwen- und Waisenrente abgelöst wurde, erst am 1. Januar 1960 zu laufen begonnen).

Invalidenversicherung Eingliederung

Urteil des EVG vom 27. August 1962, i. Sa. L. W.

Art. 12 IVG. Erweist sich die Sprachschulung bei einem Erwachsenen als eine notwendige und geeignete Vorkehr, um die Erwerbsfähigkeit dauernd vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren, so stellt diese Behandlung eine Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG dar.

Der 1923 geborene, als Baumagaziner tätige Versicherte erlitt im Februar 1961, vermutlich als Folge einer Thrombose, eine rechtsseitige Hemiparese (Teillähmung einer Körperhälfte) mit sensorischer Aphasie (Sprachverlust). Anfangs März 1961 befand er sich in der neurochirurgischen Klinik des Kantonsspitals. Die weitere medizinische Behandlung übernahm der Arzt, während die Sprachschulung einer Logopädin übertragen wurde, die sich besonders mit Aphasien befaßt. Laut Zeugnis dieser Logopädin war der Versicherte am 26. Oktober 1961 sprachlich wieder weitgehend hergestellt, wenn auch die am 16. März 1961 begonnene logopädische Therapie noch nicht endgültig abgeschlossen werden konnte. Im März 1961 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. Die IV-Kommission lehnte es ab, für die medizinischen Maßnahmen und die Sprachschulung aufzukommen und eine Rente auszurichten.

Der Versicherte beschwerte sich bei der kantonalen Rekurskommission. Die Rekurskommission wies jedoch die Beschwerde ab. Sie hielt dafür, daß die medizinischen Vorkehren und die Sprachschulung zur Heilbehandlung gehörten, die nicht zu Lasten der IV gehe. Unter diesen Umständen besteht auch kein Anspruch auf Vergütung der Reisekosten und auf Ausrichtung eines Taggeldes.

Das EVG hieß die Berufung des Versicherten gut und wies die Sache im Sinne folgender Erwägungen an die IV-Kommission zurück:

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.

Die von der neurochirurgischen Klinik des Kantonsspitals X. und vom Arzt durchgeführten medizinischen Maßnahmen gehören offensichtlich zur Behandlung des Leidens an sich und gehen daher nicht zu Lasten der IV. Der Versicherte macht denn auch in der Berufung insoweit keine Ansprüche mehr geltend. Streitig ist dagegen die Frage, ob die Sprachschulung eine Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG darstelle oder nicht.

2. Wie das BSV zutreffend erklärt, wird im vorliegenden Falle mit den Vorkehren zur Behebung oder Milderung der Sprachstörung das der funktionellen Beeinträchtigung zugrunde liegende Leiden nicht beeinflußt, so daß nicht von einer Heilbehandlung gesprochen werden kann. Zu prüfen bleibt, ob die Sprachschulung direkt auf die berufliche Eingliederung gerichtet ist. In einem früheren (nicht publizierten) Urteil hat das EVG erklärt, daß sich Sprachstörungen in sehr vielen Berufen (insbesondere in ungelernten Berufen) auf die Erwerbsfähigkeit überhaupt nicht auswirken; wo dies zutreffe, könnten Vorkehren zur Behebung solcher Störungen nicht zu den Eingliederungsmaßnahmen gezählt werden. In seinen weiteren Ausführungen wies das EVG darauf hin, es liege die Besonderheit vor, daß der unter Stottern leidende Versicherte wegen seiner Intelligenz ohne weiteres in der Lage sei, ein Hochschulstudium zu absolvieren; in der Ausübung einer akademischen Berufstätigkeit wäre er aber mit seiner Sprachstörung sehr behindert; die vorgeschlagene Behandlung bezwecke in erster Linie die Behebung dieser beruflichen Behinderung, d. h. die dauernde und wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten; unter diesen besonderen Umständen trage die Vorkehr überwiegend die Merkmale der Eingliederung. Aus diesem Urteil darf nicht geschlossen werden, daß nur Angehörige gehobener Berufe (insbesondere Akademiker) Leistungen der IV zur Behebung von Sprachstörungen beanspruchen könnten. Entscheidend ist, ob die Tätigkeit eines Versicherten, welcher Art sie auch sei, ein normales Sprachvermögen verlangt oder nicht.

Den Vorbringen in der Berufung ist zu entnehmen, daß der Versicherte bei seiner Tätigkeit als Baumagaziner mit allen am Bau beteiligten Personen häufig mündlich verkehren muß; zudem hat er während der Arbeitszeit dauernd das Bautelephon zu bedienen und für alle Arbeiter die Lebensmittel einzukaufen. Ohne genügendes Sprachvermögen wäre er daher in seiner Berufsausübung wesentlich behindert. Bei dieser Sachlage erweist sich die Sprach-

heilbehandlung, die bereits beträchtliche Erfolge erzielt hat, als notwendige und auch geeignete Vorkehr, um die Erwerbsfähigkeit dauernd vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die IV hat daher die Maßnahme im Sinne von Art. 12 IVG zu übernehmen.

Für welche Kosten die IV in diesem Zusammenhang aufzukommen hat, ist von der Verwaltung zu entscheiden; sie wird auch die Frage zu prüfen haben, ob dem Versicherten während der Eingliederung ein Taggeld ausgerichtet werden kann. Gestützt auf den neuen Beschluß der IV-Kommission, an die die Sache zurückzuweisen ist, wird die Ausgleichskasse über den Umfang der Leistungen eine beschwerdefähige Verfügung erlassen.

Urteil des EVG vom 5. September 1962 i. Sa. E. J.

Art. 12, 13, 21 und 85, Abs. 2, IVG. Ein Blitzlichtgerät zur Behebung oder Linderung des Nystagmus (Zittern des Augapfels) am einzigen, noch schwach funktionsfähigen Auge eines 39jährigen Versicherten dient primär therapeutischen Zwecken und der dauernden Behandlung eines labilen pathologischen Zustandes. Es gilt weder als Hilfsmittel zur beruflichen Eingliederung, noch ist seine Verwendung eine medizinische Eingliederungsmaßnahme im Sinne des IVG.

Der Versicherte, der 1923 im Alter von vier Jahren wegen eines angeborenen grauen Stars hatte operiert werden müssen, erkrankte 1960 an einer Regenbogenhautentzündung, die zur operativen Entfernung des rechten Auges führte und das andere Auge dermaßen in Mitleidenschaft zog, daß die verbleibende Sehkraft nur noch 0,15 beträgt. Der Versicherte war beim Auftreten der Entzündung als Buchhalter in einer Eisenwarenhandlung tätig und stand kurz vor dem Examen für die Erlangung des eidgenössischen Buchhalterdiploms. In der Folge wurde der fast völlig erblindete Versicherte auf Kosten der IV zum Lochkartenspezialisten umgeschult. Da im verbleibenden linken Auge ein Nystagmus (Zittern des Augapfels) auftrat, ersuchte der Versicherte die IV auch um die Tragung der Kosten für die Anschaffung eines Blitzlichtgerätes, das der Linderung des stark störenden neuen Leidens dienen sollte. Die IV-Kommission beschloß, dem Gesuch nicht stattzugeben, da das Blitzlichtgerät lediglich der Behandlung des Leidens an sich und nicht der Eingliederung diene.

Die kantonale Rekursbehörde hieß die Beschwerde des Versicherten gut, im wesentlichen mit folgender Begründung: Art. 14 IVG bestimme, daß die medizinischen Maßnahmen, auf die ein Versicherter gemäß Art. 12 IVG Anspruch habe, nebst der Abgabe der vom Arzt verordneten Medikamente die Behandlung umfassen, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird. Da die Anwendung des Blitzlichtgerätes durch den Beschwerdeführer selbst erfolge und es sich bei diesem Apparat selbstverständlich auch nicht um eine Arznei handle, könne sich der Anspruch auf Übernahme der Kosten nicht auf die erwähnten Bestimmungen betreffend die Gewährung medizinischer Maßnahmen stützen. Das Blitzlichtgerät stelle jedoch ein Hilfsmittel für Sinnesorgane gemäß Art. 21 IVG dar und auf ein solches habe der Versicherte zweifellos Anspruch, weil es die einzige Möglichkeit darstelle, die Funktion des linken Auges etwas zu verbessern, wodurch die Erwerbsfähigkeit erhalten werden könne.

Das EVG hieß die vom BSV gegen den Entscheid der kantonalen Rekursbehörde erhobene Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreites ist die Frage, ob der vom Versicherten beanspruchte Blitzlichtapparat der Behandlung des Leidens an sich oder aber der Eingliederung dienlich sei. Die Vorinstanz ist der Ansicht, das Gerät sei ein zur Eingliederung ins Erwerbsleben notwendiges Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG, weshalb die Kosten für dessen Anschaffung von der IV übernommen werden müßten. Demgegenüber vertritt das BSV die Auffassung, der am linken Auge aufgetretene Nystagmus stelle nicht einen irreversiblen Funktionsausfall — der durch ein Hilfsmittel ersetzt oder behoben werden könnte — sondern vielmehr ein labiles Leiden dar. Somit ergebe sich, daß das Blitzlichtgerät nicht als Hilfsmittel, sondern als medizinischer Apparat zur Heilbehandlung diene, und zwar in der Weise, daß die Auslösung von Blitzlichtern die Linderung oder Behebung des Nystagmus an dem noch schwach funktionsfähigen einzigen Auge herbeiführen soll.

Von diesen entgegengesetzten Auffassungen ist diejenige des BSV zweifellos die richtige. Zu diesem Schluß führt allein schon ein am 12. Mai 1961 von der Universitäts-Augenklinik zuhanden der IV-Regionalstelle verfaßter Kurzbericht, der wie folgt lautet:

«... Inzwischen hatte der Versicherte Gelegenheit, dank der Übernahme der Mietkosten durch die IV, täglich mit einem Blitzgerät Übungen zur Behandlung seines Nystagmus durchzuführen. Als Erfolg dieser regelmäßigen Übungen läßt sich eine Verbesserung der Lesefähigkeit des linken Auges feststellen. Der Versicherte gibt jedoch an, daß schon wenige Tage nach Unterbruch der Übungen wiederum eine deutliche Verschlechterung eintrat. Wir sind daher der Ansicht, daß tägliche Übungen weiterhin durchgeführt werden sollten ... Nach unseren heutigen Kenntnissen bildet diese Behandlung mit Blitzlichtnachbildern (nach Prof. Cüppers) die einzige Möglichkeit, um die Funktion des linken Auges noch etwas zu verbessern ...»

Dieser Bericht läßt klar erkennen, daß der Apparat vornehmlich einem therapeutischen Zwecke dient, und zwar einem solchen, der, wenn überhaupt, nur dann anhaltend erreicht werden kann, wenn die «Behandlung mit Blitzlichtnachbildern» täglich durchgeführt wird. Ist aber das Gerät seiner Funktion nach primär auf dauernde Behandlung eines labilen pathologischen Zustandes gerichtet, so kann es nicht als ein Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG betrachtet werden. Der Annahme der Vorinstanz, die IV sei auf Grund dieser Gesetzesbestimmung zur Übernahme der Anschaffungskosten verpflichtet, kann deshalb nicht beigespflichtet werden. Die Situation ist hier unter dem Gesichtspunkt der Eingliederungsbestimmungen des IVG eben eine ganz andere als z. B. beim Schwerhörigen, dem ein elektrischer Hörapparat zur Kompensation des geschwächten, an sich therapeutisch nicht sehr erheblich beeinflussbaren Hörvermögens bewilligt wird.

Weil es hier nach dem Gesagten um die Behandlung eines Leidens an sich geht, hat der Versicherte auch keinen Anspruch auf Übernahme der Anschaffungskosten des Gerätes im Sinne einer medizinischen Maßnahme gemäß Art. 12 IVG. Ob die Tatsache, daß die Anwendung des Blitzlichtgerätes durch den Versicherten selber und nicht durch den Arzt oder eine medizinische

Hilfsperson erfolgt, bereits ihrerseits zur Verneinung einer medizinischen Maßnahme führen müßte, mag demnach dahingestellt bleiben.

In Ziffer 4 der Erwägungen des angefochtenen kantonalen Erkenntnisses wird die Frage aufgeworfen, «ob nicht Art. 13 IVG Anwendung findet, der bei Geburtsgebrechen Anspruch auf alle notwendigen medizinischen Maßnahmen gibt, da das Leiden auf ein in der Liste der Geburtsgebrechen (Nr. 149) angeführtes Geburtsgebrechen zurückzuführen ist». Die Antwort ergibt sich aus Art. 85, Abs. 2, IVG; diese Bestimmung schließt es aus, daß dem 1919 geborenen Berufungsklagten ein Mittel zu täglichen Behandlungsvorkehrungen auf unbestimmte Zeit gewährt wird.

Urteil des EVG vom 17. September 1962 i. Sa. H. F.¹

Art. 12 IVG. Eine Staroperation ist keine eigentliche Leidensbehandlung. Bei einer 55jährigen Hausfrau, die keine Kinder zu betreuen hat und noch zahlreiche Haushaltarbeiten zu erledigen vermag, dient sie indessen nicht vorwiegend der Verbesserung der Fähigkeit, sich im hausfraulichen Aufgabenbereich zu betätigen, sondern vor allem der Wiederherstellung des allgemeinen Wohlbefindens und geht daher nicht zu Lasten der IV.

Die im Jahre 1904 geborene Versicherte, deren Sehvermögen seit 1956 im Abnehmen begriffen war, wurde 1958 rechts und 1959 links am grauen Star operiert. Diese Operationen dienten in Verbindung mit einer sogenannten Starbrille der Wiederherstellung einer guten Sehschärfe. Im Jahre 1961 meldete sich die Versicherte bei der IV an und begehrte die Abgabe einer Brille als Hilfsmittel. Mit der Begründung, die von der Versicherten verlangte Brille bilde keinen wesentlichen Bestandteil medizinischer Eingliederungsmaßnahmen, verweigerte die IV-Kommission die Abgabe der Brille zu Lasten der IV. Auf Beschwerde hin hob die kantonale Rekursbehörde die entsprechende Verfügung der Ausgleichskasse auf und sprach der Versicherten die Brille zu Lasten der IV zu.

Das EVG hieß die vom BSV eingereichte Berufung aus folgenden Gründen gut:

1. Gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG und Art. 14, Abs. 2, IVV hat der Versicherte Anspruch auf die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendigen Hilfsmittel. Dabei wird indessen ergänzend festgestellt, daß die Kosten für Zahnprothesen, Brillen und Schuheinlagen nur dann von der IV getragen werden, «wenn diese Hilfsmittel eine wesentliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen bilden». Im vorliegenden Falle ist unbestritten, daß die Brille eine wesentliche Ergänzung der Staroperation bildete. Streitig ist jedoch, ob die Staroperation selber eine medizinische Eingliederungsmaßnahme darstellt oder nicht.

2. Das IVG gibt Invaliden im Sinne von Art. 4 IVG oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohten Versicherten Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern (Art. 9, Abs. 1, IVG). Zu diesen Eingliederungsmaßnahmen der IV gehören auch die medizinischen Maßnahmen. Art. 12, Abs. 1, IVG zeigt die Bedingungen auf, unter welchen — die Geburtsgebrechen ausgenommen —

¹ Ergänzende Ausführungen in einer der nächsten Nummern

medizinische Maßnahmen der IV gewährt werden können. Darnach 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».

Das IVG umschreibt nicht näher, was es unter «Behandlung des Leidens an sich» versteht. Nach der Rechtsprechung handelt es sich dabei in der Regel um medizinische Vorkehren zur Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens.

Gehört eine medizinische Vorkehr nicht zur eigentlichen Leidensbehandlung, so ist in jedem einzelnen Fall abzuwägen, ob sie notwendig ist und vorwiegend der beruflichen Eingliederung des Versicherten dient, ferner ob sie auch geeignet ist, die Eingliederung gemäß den Voraussetzungen von Art. 12 IVG zu verwirklichen.

3. Dem BSV scheint die im Streite liegende Frage — ob die Staroperation als solche eine medizinische Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG darstellt oder nicht — keine besonderen Schwierigkeiten zu bereiten. Nach seinem Dafürhalten ist es offensichtlich (s. ZAK 1962, S. 127), daß die Staroperation zur eigentlichen Leidensbehandlung gehört. Diese Operation sei vergleichbar mit den bei Infektionskrankheiten oder bei Gliederverletzungen erfolgenden chirurgischen Eingriffen. Der Verlust des Sehvermögens ziehe im übrigen solch große Nachteile nach sich, daß die an grauem Star leidenden Personen — ob sie früher eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben oder nicht — vorzögen, sich der einzigen geeigneten und wirksamen Behandlung zu unterziehen, nämlich der Entfernung der trüb und daher funktionsuntüchtig gewordenen Linse, und später Korrekturgläser zu tragen. Man müsse somit zugeben — so schreibt das BSV — daß «die Wiederherstellung des Sehvermögens vorwiegend dem allgemeinen Wohlbefinden des Versicherten und nur indirekt dazu diene, die Erwerbsfähigkeit vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren». Daraus folgert das BSV, daß, abgesehen von den angeborenen Linsenstörungen im Sinne von Art. 2, Ziff. 149, GgV, die IV die Kosten der Staroperation nicht zu übernehmen hat.

Das EVG kann sich zunächst einmal nicht der Ansicht des BSV anschließen, daß die Staroperation mit chirurgischen Eingriffen in Fällen von Infektionskrankheiten oder Gliederverletzungen vergleichbar sei und als solche unbestrittenermaßen eine Behandlung des Leidens an sich darstelle. In diesen Fällen hat man es nämlich mit Krankheiten oder in voller Entwicklung befindlichen Verletzungen zu tun. Um diese Entwicklung aufzuhalten, d. h. um das Leben eines Patienten zu retten, wird man öfters zu medikamentösen Behandlungen und chirurgischen Eingriffen greifen müssen, welche den Infektionsherd beseitigen, die verletzte Funktion wieder in Gang bringen oder selbst die Schmerzen lindern. Ohne Zweifel stellt in solchen Fällen der chirurgische Eingriff einen Teil der Behandlung des Leidens an sich dar, obwohl er ebenfalls eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit des Patienten bewirkt.

Anders jedoch liegen die Verhältnisse bei Staroperationen. Dieses Leiden entwickelt sich fortschreitend mehr oder weniger rasch bis zu seiner letzten Phase, in welcher die Linse undurchsichtig wird. In dieser letzten Phase verliert der Patient sein Augenlicht vollständig oder beinahe vollständig. Keine

medikamentöse Behandlung kann ihm die Sicht teilweise zurückgeben oder ihn heilen. Die einzige in Frage kommende medizinische Maßnahme besteht in der Entfernung der undurchsichtig gewordenen Linse. Dank dieser Operation und dem nachherigen Tragen einer Starbrille — ein unbedingt notwendiges Hilfsmittel — erlangt der Patient ein genügendes Sehvermögen, womit er nicht nur die lebensnotwendigen Verrichtungen ausführen kann, ohne auf die Hilfe Dritter angewiesen zu sein, sondern er auch in der Lage ist, eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

Daraus ergibt sich, daß die Staroperation eine Maßnahme zur beruflichen Eingliederung des Versicherten darstellen kann. Um jedoch eine Übernahme der Kosten seitens der IV zu rechtfertigen, muß die Operation, wie oben dargestellt, vorwiegend auf die Eingliederung des Versicherten ins Erwerbsleben gerichtet sein sowie die dauernde und wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zum Ziele haben.

Diese Frage ist auf Grund der Erwerbsverhältnisse des Versicherten abzuklären, d. h. unter Berücksichtigung aller wirtschaftlichen Faktoren, hingegen nicht unter Bezugnahme auf andere persönliche und familiäre Gegebenheiten, die nicht mit der Ausübung der Erwerbstätigkeit des Versicherten oder seiner Erwerbsfähigkeit im Zusammenhang stehen. Auch das Alter des an grauem Star leidenden Patienten spielt eine entscheidende Rolle. Es ist also zu unterscheiden einerseits zwischen einem Versicherten, der wenn er sich nicht operieren läßt, gezwungen ist, auf einen in Aussicht genommenen Beruf zu verzichten, oder demjenigen, der seinen Beruf nicht mehr fortsetzen kann (und zwar in einem Alter, in welchem ein Mensch die größte Aktivität entfalten und sehr wahrscheinlich noch während zahlreicher Jahre arbeiten könnte) und anderseits jenem Invaliden, bei dem die Erwerbsfähigkeit wegen seines Alters durch die Operation nur für eine verhältnismäßig kurze Dauer verbessert werden könnte. Im letztgenannten Falle widerspräche es in der Tat Art. 12, Abs. 1, IVG (welcher dem Versicherten den Anspruch auf medizinische Eingliederungsmaßnahmen nur unter der Voraussetzung zuerkennt, daß sie geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit «dauernd und wesentlich» zu verbessern), wenn man medizinische Maßnahmen zu Lasten der IV in jenen Fällen ins Auge faßte, in welchen sie sehr wahrscheinlich nur in unwesentlichem Maße oder lediglich während kurzer Zeit die Erwerbsfähigkeit des Versicherten beeinflussen könnten (EVGE 1962, S. 40, ZAK 1962, S. 476); Botschaft des Bundesrates vom 24. Oktober 1958, S. 41).

4. Im vorliegenden Fall stellte die Staroperation nicht eine eigentliche Leidsbehandlung dar, sondern war ebenfalls darauf gerichtet, die Eingliederung der Versicherten ins Erwerbsleben zu begünstigen. Trotzdem kann man dieser Operation nicht vorwiegend den Charakter einer Eingliederungsmaßnahme beimessen.

Als die zweite Operation ausgeführt wurde (die erste erfolgte im Oktober 1958, die zweite im September 1959), war die Versicherte 55 Jahre alt. In diesem Alter ist die voraussehbare Dauer der Erwerbstätigkeit merklich herabgesetzt. Ferner ist die Versicherte Hausfrau und hat keine kleinen Kinder zu betreuen, so daß sie selbst bei Verzicht auf eine Staroperation in der Lage wäre, die Haushaltarbeiten zu verrichten. Unter diesen Umständen ist wohl anzunehmen, daß, wie auch das BSV betont, die Wiedererlangung des Sehvermögens dem allgemeinen Wohlbefinden der Versicherten gedient

hat. Aus diesem Grunde kann die Staroperation, welcher sich die Versicherte unterzogen hat, nicht als Maßnahme zur beruflichen Eingliederung gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG gewertet werden. Demzufolge ist auch der Anspruch auf Abgabe einer Brille als Hilfsmittel zu Lasten der IV im Sinne von Art. 21, Abs. 1, zweiter Satz, IVG abzuweisen.

Urteil des EVGE vom 27. August 1962 i. Sa. A. und R. W.¹

Art. 13 IVG. Die Behandlungskosten einer Aspirationspneumonie (als Folge mangelhafter Koordination der Schluckmuskulatur) gehen zu Lasten der IV, wenn das Leiden die unmittelbare Folge eines schweren Geburtsgebrechens (Mikrozephalie, erethische Idiotie, atonische Diplegie und kongenitale Epilepsie) ist.

Der 1957 geborene Versicherte litt an Mikrozephalie, erethischer Idiotie, atonischer Diplegie und kongenitaler Epilepsie. Er befand sich in einem Kinderheim. Die mangelhafte Koordination der Schluckmuskulatur führte zu einer Aspirationspneumonie, weshalb der Versicherte vom April bis Juni 1961 in einer Klinik hospitalisiert werden mußte. Die IV richtete Pflegebeiträge aus und übernahm die Kosten der Behandlung im Kinderheim. Dagegen lehnte sie es ab, Leistungen für die Hospitalisation des Versicherten in der Klinik zu erbringen, da die Lungenentzündung eine Krankheit und kein Geburtsgebrechen sei. Eine vom Vater des Versicherten erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen. Diese schloß sich der Auffassung der IV-Kommission an, daß die Aspirationspneumonie ein erworbenes Leiden sei, dessen medizinische Behandlung nicht zu Lasten der IV gehe.

Das EVG hieß die Berufung des Versicherten aus folgenden Erwägungen gut:

Gemäß Art. 13 IVG haben minderjährige Versicherte Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen, sofern diese Gebrechen ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Maßnahmen gewährt werden. Im vorliegenden Falle steht fest, daß der Versicherte an Geburtsgebrechen litt; die IV hat denn auch, gestützt auf Art. 13 IVG, Leistungen erbracht. Streitig ist einzig die Frage, ob die wegen einer Aspirationspneumonie in der Klinik notwendige Behandlung ebenfalls zu Lasten der IV geht.

Aus den ärztlichen Berichten ist ersichtlich, daß der Versicherte den Kopf nicht halten und die Nahrung nicht selbst zu sich nehmen konnte; er war erethisch, häufigen Krämpfen unterworfen, praktisch zu keiner Verrichtung fähig, im Bewußtsein beeinträchtigt und zeitweise durch Koordinationsstörungen der Schluckmuskulatur behindert. Wie die Ärzte erklären, führte diese mangelhafte Koordination der Schluckmuskulatur zu Aspirationspneumonien. Den verschiedenen Diagnosen (Mikrozephalie, erethische Idiotie, Diplegie, Epilepsie) liege eine angeborene Schädigung des Gehirns zugrunde; die Schluckstörungen, deretwegen es zur Aspirationspneumonie habe kommen können, seien gleich wie die übrigen Lähmungen und Paresen Symptome der Gehirnschädigung.

¹ Ergänzende Ausführungen hiezu in einer der nächsten Nummern.

Unter diesen Umständen läßt sich daran denken, die Aspirationspneumonie im Sinne einer unmittelbaren Folge zum angeborenen Krankheitskomplex zu rechnen, für dessen Behandlung die IV unbestrittenermaßen aufzukommen hat.

Auf jeden Fall aber war hier zwischen den Geburtsgebrechen und der Aspirationspneumonie ein derart enger Zusammenhang gegeben, daß die Behandlungskosten der Pneumonie von der IV selbst dann zu tragen sind, wenn dieser Zusammenhang nur ein mittelbarer sein sollte. Die Pneumonie entstand aus einem dem Geburtsgebrechen inhärenten Risiko, vermochte doch sogar die dauernde Überwachung des Versicherten in einem Heim das befürchtete Ereignis nicht zu verhindern. Nach dem Gesagten ist die im Urteil vom 30. März 1962, i. Sa. D. H. (EVGE 1962, S. 48, ZAK 1962, S. 374) offen gelassene Frage, ob gewisse mittelbare Folgen von Geburtsgebrechen der Behandlung teilhaftig sein können, die, gestützt auf Art. 13 IVG, dem Grundleiden selber zukommt, grundsätzlich zu bejahen. Im Hinblick auf die gegebenen besonderen Umstände braucht aber die Frage heute nicht entschieden zu werden, welcher Grad der Adäquanz im Anwendungsgebiet des Art. 13 IVG erforderlich sei, damit ein mittelbarer Kausalzusammenhang noch als rechtserheblich in Betracht falle.

Urteil des EVG vom 30. August 1962 i. Sa. W. T.

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 kantonalen Richter rechtshängig ist. (Erwägung 2)
Art. 12 IVG. Medizinische Vorkehren bei Asthma stellen eindeutig eine Behandlung des Leidens an sich dar, weshalb keine Leistungspflicht der IV gegeben ist. (Erwägung 3)

Art. 19 IVG; Art. 10 IVV. Hält sich ein Versicherter zur ärztlichen Behandlung in einer Kranken- oder Kuranstalt auf und erhält er dort zugleich Sonderschulunterricht, so hat er für diesen lediglich Anspruch auf den Schulgeldbeitrag. (Erwägung 4)

Der 1951 geborene Versicherte leidet an Bronchialasthma. Auf ärztlichen Rat verbrachten ihn die Eltern in ein Asthma-Kinderheim im Alpengebiet, wo er vom Mai 1960 bis Mai 1961 untergebracht war. Nach Auskunft des Arztes geht es dem Versicherten seit seiner Rückkehr ins Unterland gesundheitlich nicht gut. Voraussichtlich muß er sich wiederum zu einem Kuraufenthalt in die Berge begeben. Gestützt auf den Beschluß der IV-Kommission hat die Ausgleichskasse folgende Verfügung erlassen:

«Dem Gesuch um Übernahme der Kosten für medizinische Maßnahmen und Sonderschulung kann nicht entsprochen werden, da es sich um die Behandlung des Leidens an sich handelt und kein Geburtsgebrechen vorliegt.»

Gegen diesen Entscheid beschwerte sich der Vater des Versicherten bei der kantonalen Rekursbehörde. Er machte einen Beitrag an die Sonderschulung von 5 Franken oder einen Kostgeldbeitrag von 3 Franken im Tag geltend. In Wiedererwägung ihres ersten Beschlusses gewährte nun die IV-Kommission einen Schulgeldbeitrag von 2 Franken und einen Kostgeldbeitrag

von 3 Franken täglich zu Lasten der IV, und zwar für die Dauer eines Jahres ab Wiederbeginn des Höheraufenthaltes in einer Sonderschulanstalt.

Mit Entscheid vom 6. Januar 1962 schrieb der Präsident der Rekurskommission die Beschwerde als gegenstandslos ab. Er hielt dafür, mit dem zweiten Beschluß der IV-Kommission sei dem Begehren des Versicherten entsprochen worden, weshalb die Beschwerde als gegenstandslos erscheine.

Das EVG hieß die gegen die präsidiale Abschreibungsverfügung eingereichte Berufung des Versicherten aus folgenden Erwägungen gut:

1. Durch die Praxis ist anerkannt, daß auch Abschreibungsverfügungen der Berufung unterliegen (EVGE 1951, S. 9, 1955, S. 282, Urteil des EVG vom 15. Juni 1962 i. Sa. M. P., ZAK 1962, S. 485).

2. Der Präsident der Rekurskommission begründet seine Abschreibungsverfügung mit dem Hinweis, daß die IV-Kommission auf die Beschwerde des Versicherten hin den Fall in Wiedererwägung gezogen und im Beschluß vom 8./15. Juni 1961 seinem Begehren entsprochen habe. Deshalb erscheine die Beschwerde als gegenstandslos. Diese Begründung steht jedoch im Widerspruch zur Rechtsprechung des EVG. Schon wiederholt wurde entschieden, daß die Verwaltung über einen Streitgegenstand nicht mehr verfügen könne, sobald er beim kantonalen Richter rechtshängig sei (EVGE 1958, S. 45, 1960, S. 89, Erwägung 4, Urteil vom 15. Juni 1962 i. Sa. M. P., ZAK 1962, S. 485).

Im vorliegenden Fall hat die Vorinstanz es unterlassen, den Streitgegenstand zu beurteilen. Nur auf den neuen Beschluß der IV-Kommission hin, der nichts anderes als ein Parteiantrag war, durfte sie die Sache nicht als gegenstandslos abschreiben, ohne in Widerspruch zu den genannten bundesrechtlichen Vorschriften zu geraten. Die von der Vorinstanz erlassene Abschreibungsverfügung ist daher aufzuheben. Von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur materiellen Beurteilung kann indessen aus prozeßökonomischen Gründen abgesehen werden, da die Rechtslage klar ist.

3. Der Versicherte hat zunächst medizinische Maßnahmen im Sinne von Art. 12 IVG beansprucht. Nach der Rechtsprechung des EVG ist deshalb vorab zu untersuchen, ob die geforderten medizinischen Maßnahmen zur Heilbehandlung gehören, die nicht zu Lasten der IV geht. Der Versicherte leidet seit Jahren an Asthma. Da die medizinischen Maßnahmen, die getroffen wurden, eindeutig eine Behandlung des Leidens an sich darstellen, muß das Begehren um Übernahme der medizinischen Maßnahmen abgelehnt werden.

4. Gemäß Art. 19, Abs. 1, IVG, werden an die Sonderschulung bildungsfähiger Minderjähriger, denen infolge Invalidität der Besuch der Volksschule nicht möglich oder nicht zumutbar ist, Beiträge gewährt. Die Beiträge umfassen ein Schul- und ein Kostgeld (Art. 19, Abs. 2, IVG).

Nicht mehr bestritten ist, daß der Versicherte einen Schulgeldbeitrag von 2 Franken im Tag (Art. 10 IVV) beanspruchen kann. Nachdem er sich schon 1960 rechtzeitig zum Bezug von Leistungen der IV gemeldet hat (Art. 78, Abs. 2, IVV), ist das Schulgeld rückwirkend seit Beginn des Aufenthaltes in den Bergen (16. Mai 1960) von der IV zu übernehmen. Dieses Begehren des Versicherten ist daher zu schützen.

Nach Art. 10 IVV steht einem Versicherten ein Kostgeldanspruch zu, wenn er der Sonderschulung wegen genötigt ist, auswärts Unterkunft und Verpflegung zu beziehen. Einzig in diesem Fall kann ihm ein Kostgeldbeitrag bis zu 3 Franken gewährt werden. Wird aber ein Versicherter zur Durch-

führung von medizinischen Maßnahmen in einer Kranken- oder Kuranstalt untergebracht und erhält er dort zugleich Sonderschulung, so hat er nur den Schulgeldbeitrag von 2 Franken im Tag zu beanspruchen. Denn die auswärtige Verpflegung und Unterkunft ist durch medizinische Maßnahmen und nicht durch die Sonderschulung verursacht. — Da im vorliegenden Fall der Versicherte sich in einem Asthmaheim aufhielt und seit seiner Rückkehr ins Unterland neuen Anfällen unterworfen ist, muß davon ausgegangen werden, daß die medizinischen Maßnahmen im Vordergrund stehen. Damit fehlt es an den Voraussetzungen für einen Kostgeldbeitrag, weshalb dieses Begehren des Versicherten abzulehnen ist.

Urteil des EVG vom 10. Juli 1962 i. Sa. D. C.¹

Art. 21 IVG; Art. 16, Abs. 2, IVV. Die durch den normalen Gebrauch einer Prothese verursachte Pflege eines an sich gesunden Amputationsstumpfes gilt als Anpassung des Hilfsmittels und geht zu Lasten der IV, sofern die Kosten nicht ganz geringfügig sind.

Infolge einer arteriellen Embolie wurde dem Versicherten im Jahre 1951 das linke Bein 18 cm unterhalb des Knies amputiert. Seither trägt er eine Beinprothese. Er arbeitet heute als Hauswart von zwei Liegenschaften. Außerdem besorgt er in den Wintermonaten die Heizung von ungefähr 15 Liegenschaften, und betätigt sich im Sommer als Maurer. Er reichte ein Gesuch um Leistungen der IV ein, namentlich für die Reparatur der Prothese und gegebenenfalls für eine Kapitalhilfe zur Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit. Die IV-Kommission sprach dem Versicherten die Übernahme der Reparaturkosten der alten Prothese und die Abgabe einer neuen Prothese zu, lehnte aber jede weitere Leistung ab.

Der Versicherte erhob Beschwerde und verlangte von der IV eine Vergütung von monatlich 20 bis 25 Franken für Apothekerkosten. Er machte geltend, daß sein Amputationsstumpf infolge seiner beschwerlichen Arbeit immer wieder eine oder mehrere Wunden aufwies, woraus sich Kosten für Desinfektion, Bandagen und Prothesenstrümpfe ergäben. Die kantonale Rekursbehörde vertrat die Ansicht, daß die vom Versicherten begehrten Maßnahmen die Behandlung des Leidens zum Ziele haben und daher gemäß Art. 12 IVG nicht zu Lasten der IV genommen werden können. Ferner stellten diese Vorkehren nicht einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte Maßnahmen im Sinne von Art. 2 IVV dar. Endlich verfüge der Versicherte über ein Einkommen, das ihm die Übernahme solcher Ausgaben ermögliche.

Das EVG hieß die vom Versicherten gegen diesen Entscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Die vom Versicherten getragene Prothese und die angestrengte berufliche Tätigkeit führen wegen der Reibung zu Schürfwunden am Amputationsstumpf. Diese Schürfwunden bedürfen einer sorgfältigen Pflege, was Desinfektionen, Bandagen und Ersatz der Prothesenstrümpfe erfordert.

Im Streite liegt hier einzig die Frage der Übernahme dieser durch die Pflege des Amputationsstumpfes entstehenden Kosten. Während der Berufungskläger hierfür einen monatlichen Beitrag von 20 bis 25 Franken verlangt, vertreten die Organe der IV und die Vorinstanz die Ansicht, daß solche

¹ Ergänzende Ausführungen hiezu in einer der nächsten Nummern.

Kosten gestützt auf die geltenden gesetzlichen Bestimmungen nicht übernommen werden können.

2. Die Organe der IV und die Vorinstanz stützen sich bei der Verweigerung der IV-Leistungen auf Art. 12 IVG. Diese Bestimmung sieht medizinische Maßnahmen zu Lasten der IV vor, die unmittelbar auf die berufliche Eingliederung, «nicht aber auf die Behandlung des Leidens an sich» gerichtet sind. Eine zur Behandlung des Leidens an sich gehörende Vorkehr kann daher nur dann von der IV übernommen werden, wenn sie — gemäß Rechtsprechung des EVG (siehe z. B. EVGE 1961, S. 240, 243 und 308; ZAK 1961, S. 499, 500 und 1962, S. 274) — mit den beruflichen Eingliederungsmaßnahmen aufs engste verbunden ist, von der Gesamtheit solcher Maßnahmen nicht getrennt werden kann, ohne die Erfolgsaussichten in Frage zu stellen, und wenn sie diese Maßnahmen nicht an Bedeutung übertrifft. Dieser Sachverhalt könnte sich namentlich in jenen Fällen ergeben, in denen die Amputation oder andere Operationen — der vom Gericht beigezogene Experte sprach von verschiedenen Knochen- und Sehnenoperationen — von der IV übernommene, auf die berufliche Eingliederung gerichtete medizinische Maßnahmen darstellen.

Im vorliegenden Fall ist es nicht nötig, im Rahmen von Art. 12 IVG zu untersuchen, wie die Verwaltungsorgane und die Vorinstanz getan haben, ob die Pflege des Beinstumpfes tatsächlich die Behandlung des Leidens an sich zum Gegenstand hatte, auch nicht, ob ihr der akzessorische Charakter in bezug auf Eingliederungsmaßnahmen im Sinne der aufgeführten Rechtsprechung des EVG fehle, ob nicht die Begrenzung der Dauer der Maßnahmen gemäß Art. 2 IVV (vom EVG als gesetzeskonform anerkannt; siehe z. B. EVGE 1961, S. 318, ZAK 1962, S. 79) die Übernahme einer solchen Maßnahme durch die IV verbiete. Zudem ist es nicht nötig, endgültig darüber zu entscheiden, wie das BSV in seinem Mitbericht erwähnt hat, ob die Rückerstattung der Heilungskosten gemäß Art. 11 IVG auf jene Fälle beschränkt sei, in welchen die Wunden durch einen Fabrikations- oder Anpassungsfehler der Prothese hervorgerufen wurden. Das EVG gelangt nämlich zum Schluß, daß die Kosten der Pflege des Amputationsstumpfes auf Grund anderer Bestimmungen zu Lasten der IV gehen, und zwar gestützt auf Art. 21 IVG und Art. 16 IVV, deren Anwendbarkeit auf den vorliegenden Fall weder von den Verwaltungsorganen noch von der Vorinstanz geprüft worden ist.

3. Gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG, hat «der Versicherte im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind». Die gestützt hierauf erstellte Liste in Art. 14 IVV erwähnt «künstliche Glieder mit Zubehör, wie Fuß-, Bein-, Hand- und Armprothesen» (Abs. 1, Buchst. a). Die IV begnügt sich nicht einfach damit, die Hilfsmittel abzugeben. Gemäß Art. 16 IVV übernimmt die IV die Kosten, «welche durch die Schulung zum Gebrauch eines Hilfsmittels entstehen» (Abs. 1), ferner «die Kosten der Reparatur, Anpassung oder teilweisen Erneuerung», sofern solche trotz sorgfältigem Gebrauch des Hilfsmittels entstehen und nicht ganz geringfügig sind (Abs. 2). Die IV kann lediglich ausnahmsweise an die Kosten für den Betrieb von Hilfsmitteln einen Beitrag leisten, so an den Betrieb von Motorfahrzeugen, Hörapparaten und anderen Geräten sowie für den Unterhalt von Blindenhunden (Abs. 3; vgl. auch EVGE 1961, S. 251; ZAK 1961, S. 458).

Es besteht kein Zweifel, daß diese Ausführungsbestimmungen gesetzeskonform sind, insbesondere auch, daß ein Hilfsmittel gemäß Art. 21 IVG grundsätzlich nicht nur die Abgabe des Hilfsmittels, sondern auch die Reparatur, die Anpassung und Erneuerung, soweit dies durch den normalen Gebrauch des Hilfsmittels nötig wird, umfaßt. Bei der Abgabe einer Prothese kann nun — wie das EVG bereits ausführte, ohne jedoch die Frage zu entscheiden — die trotz sorgfältigem Gebrauch notwendige Erneuerung im Sinne von Art. 16, Abs. 2, IVV nicht auf das Hilfsmittel selber begrenzt werden, sondern sie muß sich auf den Teil des Körpers erstrecken, der sich auf die Prothese stützt. Wenn also, in Berücksichtigung der vernünftigerweise vom Versicherten zu erwartenden Tätigkeit, der normale Gebrauch einer Prothese solche Schürfwunden oder andere Verletzungen hervorruft (was eine entsprechende Pflege erfordert, um eben die Verwendung der Prothese und die Ausübung der Erwerbstätigkeit zu ermöglichen), und wenn es sich daher nicht um die Behandlung eines Leidens ohne entsprechende direkte und unvermeidliche Beziehung zum normalen Gebrauch einer Prothese handelt, so muß diese Pflege als Anpassungsmaßnahme gewertet werden. Die Kosten dieser Anpassung übernimmt die IV, sofern sie nicht ganz geringfügig sind.

4. Im vorliegenden Fall stammen die Schürfwunden am Amputationsstumpf vom normalen Gebrauch der Prothese, wenn man die vom Versicherten ausgeübte berufliche Tätigkeit berücksichtigt. Diese Wundbildung ist keineswegs auf einen allzu empfindlichen oder schlecht vernarbten Stumpf zurückzuführen, wie das BSV in seinem Mitbericht anzunehmen scheint. Der vom EVG eingeholte Expertenbericht stellt vielmehr fest, daß sich der Amputationsstumpf in tadellosem Zustand befindet und er weder mit einem andern Leiden noch mit einer Mißbildung behaftet ist. Die Pflege bezweckt daher einzig und allein, dem Versicherten den Gebrauch der Prothese und damit die Ausübung der Erwerbstätigkeit zu erlauben. Es obliegt daher der IV, diese Pflegemaßnahmen zu ihren Lasten zu nehmen, sofern sie nicht ganz geringfügiger Natur sind. Diese Bedingung gilt ebenfalls als erfüllt, ungeachtet des vom Versicherten erzielten vollen Einkommens, und selbst dann, wenn die sachlich notwendigen Ausgaben den vom Versicherten angegebenen Betrag nicht erreichen sollten. In der Regel können nämlich solche Auslagen als ganz geringfügig angesehen werden, welche einige Franken im Monat nicht übersteigen.

Der Berufungskläger gibt an, daß die Apothekerkosten und die Auslagen für die Erneuerung des Prothesenstrumpfes — dieser Strumpf ist integrierender Bestandteil der Prothese — 20 bis 25 Franken pro Monat ausmachen. Die vorliegenden Akten ermöglichen dem EVG keine Überprüfung dieser Angaben. Der vom Gericht beigezogene Experte schlägt vor, den Versicherten während einer bestimmten Zeit ärztlich kontrollieren zu lassen, um auf der Grundlage der ärztlichen Anweisungen die Höhe der sachlich notwendigen Auslagen bestimmen zu können. Der Fall ist daher an die IV-Kommission zurückzuweisen, welche zu Händen der Ausgleichskasse über Höhe und Art der durch die IV zu übernehmenden sachlich notwendigen Kosten der Pflege des Amputationsstumpfes Beschluß fassen wird.

Renten und Hilfslosenentschädigung

Urteil des EVG vom 7. Mai 1962 i. Sa. F. S.

Art. 28, Abs. 2 und 3, IVG; Art. 25, Abs. 2, IVV. Der durch ein Beinleiden behinderte 40jährige Landwirt, der trotz seines Gebrechens zum Melken und Traktorfahren taugt und in einem mittleren Familienbetrieb als Selbständigerwerbender tätig ist, hat keinen Rentenanspruch, weil sein Invaliditätsgrad 50 Prozent nicht erreicht.

Der 1920 geborene Versicherte ist verheiratet und Vater eines nun 10jährigen Kindes. Er führt gemeinsam mit Familienangehörigen (Mutter, ledigem Onkel und Bruder) einen mittleren Landwirtschaftsbetrieb mit rund 11 Hektaren Land und einem durchschnittlichen Großviehbestand von 20 Kühen und 3 Rindern. Er gilt AHV-rechtlich als Selbständigerwerbender. Im März 1960 ersuchte er mit dem Hinweis, seit einem Unfall vom Jahre 1935 müsse er am Stock gehen, um Ausrichtung einer Invalidenrente. Auf Befragen erklärte er ferner, nur noch leichtere Arbeit, namentlich Melken und Traktorfahren zu verrichten; dafür erhalte er in bar und natura etwa 6 700 Franken Jahres«lohn» (inbegriffen Bezüge als kantonaler Viehinspektor). Laut Arztbericht besteht beim Versicherten eine schlecht verheilte Oberschenkelfraktur, die letztmals im Jahre 1949 behandelt worden sei und welche seit 1959 vermehrt schmerze.

Gemäß Beschluß der IV-Kommission verweigerte die Ausgleichskasse die Ausrichtung einer Rente, da der Invaliditätsgrad weniger als 40 Prozent betrage. Die entsprechende Verfügung vom 19. Januar 1961 wurde von der kantonalen Rekursbehörde auf erhobene Beschwerde des Versicherten bestätigt. Hierauf hat der Versicherte Berufung eingelegt, wobei er sich namentlich auf das Zeugnis eines Spezialarztes für Chirurgie stützte. Das EVG hat indessen das Bestehen eines Rentenanspruchs bis zum Erlaß der erwähnten Kassenverfügung aus folgenden Erwägungen verneint und die Berufung abgewiesen.

1. Laut Art. 28, Abs. 1, IVG ist ein Versicherter rentenberechtigt, wenn er mindestens zur Hälfte invalid ist; beträgt die Invalidität weniger als zwei Drittel, so wird bloß die halbe Invalidenrente gewährt, und in Härtefällen wird die halbe Rente schon bezahlt, wenn der Ansprecher zu mindestens 40 Prozent invalid ist.

Unter Invalidität versteht das Gesetz eine voraussichtlich bleibende oder doch länger andauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 4). Das Maß der Erwerbsunfähigkeit entspricht der finanziellen Einbuße, die der Versicherte für den Fall der ihm zumutbaren Verwertung seiner verminderten Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erleidet. In diesem Sinne bestimmt Art. 28, Abs. 2, IVG, für die Bemessung der Invalidität sei das Erwerbseinkommen, welches der Versicherte nach Eintritt seiner Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen «durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte», zu vergleichen mit jenem Erwerbseinkommen, «das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre». (Vgl. im einzelnen EVGE 1960, S. 249 ff.; ZAK 1961, S. 84.)

2. ...

3. Wie der Versicherte im November 1960 dem Präsidenten der IV-Kommission angegeben hat und in der Berufungsschrift ausdrücklich bestätigt, hat er (als Landwirt und kantonaler Viehinspektor) im Jahre 1960 rund 6 700 Franken Erwerbseinkommen erzielt. Hierauf abstellend, legt die Rekursbehörde dar, als körperlich unversehrter Landwirt könnte der Versicherte kaum mehr als 8 000 Franken im Jahr verdienen, und sie schließt daraus, seine Invalidität betrage bei weitem nicht 50 Prozent.

Auch das EVG hält dafür, daß der Invaliditätsgrad unter 50 Prozent liege. (Selbst wenn man von 12 000 Franken Jahreseinkünften eines nicht-invaliden Luzerner Landwirts ausginge, unterschritte die Invalidität immer noch 50 Prozent.) Auf dem bedeutenden Bauernbetrieb dürfte der Berufungskläger, der als Viehinspektor amtiert und trotz seines Gebrechens zum Melken und Traktorfahren taugt, im Jahre 1960 ein mehr als bloß halbwertiger Mitarbeiter im Sinne des Art. 25, Abs. 2, IVV gewesen sein. Der Einwand, ein Teil seiner Einkünfte sei als Verwandtenunterstützung zu betrachten, ist erstmals vor dem EVG erhoben worden und klingt schon deshalb wenig glaubwürdig. Auch auf die vom Arzt bescheinigten 75 Prozent Invalidität kommt es nicht entscheidend an: diese Schätzung bezeichnet nur den «medizinisch-theoretischen» Invaliditätsgrad und nicht dessen praktische Auswirkung im bürgerlichen Erwerbsleben. Übrigens hatte der Versicherte in der Beschwerde an die Vorinstanz noch geschrieben, seine unfallbedingte Invalidität sei «vor Jahren» vom Arzt auf 60 Prozent taxiert und «seither eher noch größer als 60 Prozent geworden.» — Darf man somit annehmen, am 1. Januar 1960 (dem nach Art. 85, Abs. 1, IVG maßgebenden Stichtag) habe der Invaliditätsgrad 50 Prozent unterschritten, so hat für den Zeitraum von Januar 1960 bis Januar 1961 kein Rentenanspruch bestanden und ist mit dem kantonalen Richter der Kassenverfügung vom 19. Januar 1961 beizupflichten.

Ob dem Berufungskläger für die Folgezeit eine Invalidenrente gebühre, ist im heutigen Verfahren nicht zu untersuchen. Zu dieser Frage wird die kantonale IV-Kommission ... zuhanden der Ausgleichskasse Stellung zu nehmen haben (Art. 41 IVG und 87 IVV in Verbindung mit Art. 60, Abs. 1, Buchst. c, IVG).

Urteil des EVG vom 22. September 1962 i. Sa. M. S.

Art. 4 und 29, Abs. 1, IVG. Liegt bei einem Versicherten ein labiles pathologisches Geschehen, namentlich eine akute Krankheit, vor, so kann selbst dann nicht von einer voraussichtlich bleibenden Erwerbsunfähigkeit gesprochen werden, wenn die Krankheit zum Tode führt.

Der 1914 geborene Versicherte starb am 23. Februar 1961 an den Folgen eines Hirntumors. Die ersten Symptome des Leidens waren im Sommer 1960 aufgetreten, und vom September 1960 an war der Versicherte arbeitsunfähig. Durch die im Dezember vorgenommene Operation konnte der bösartige Tumor nur teilweise entfernt werden. Gemäß Beschluß der IV-Kommission verweigernte die Ausgleichskasse die Ausrichtung einer Rente, da der Versicherte vor seinem Tode weder dauernd invalid, noch ununterbrochen während 360 Tagen voll arbeitsunfähig gewesen sei. Auf Beschwerde der Witwe verhielt die kantonale Rekurskommission die Ausgleichskasse, für den Verstorbenen vom 1. September 1960 bis Ende Februar 1961 eine volle Invalidenrente auszu-

zahlen. Die vom BSV gegen diesen Entscheid erhobene Berufung hat das EVG mit folgender Begründung geschützt:

1. Laut Art. 28, Abs. 1, IVG besteht ein Anspruch auf Rente, wenn der Versicherte mindestens zur Hälfte (50 Prozent) invalid geworden ist; in Härtefällen kann die Rente auch bei einer Invalidität von mindestens zwei Fünfteln (40 Prozent) ausgerichtet werden. Das IVG versteht unter Invalidität eine voraussichtlich bleibende oder länger dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 IVG). 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 (Art. 29, Abs. 1, IVG).

2. Der Rentenanspruch setzt eine Invalidität im Sinne von Art. 4 IVG, d. h. eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit voraus.

Eine voraussichtlich bleibende Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn wegen der Stabilität des Zustandes zu erwarten ist, daß sie während der nach der Lebenserwartung normalen Aktivitätsperiode des Versicherten bestehe (daß also auch Eingliederungsmaßnahmen keine Besserung der Erwerbsfähigkeit mehr erwarten lassen). Liegt labiles pathologisches Geschehen vor, wie es bei akuten Krankheiten zutrifft, so kann in der Regel nicht von einer voraussichtlich bleibenden Erwerbsunfähigkeit im Sinne der ersten Variante des Art. 29, Abs. 1, IVG gesprochen werden.

Längere Zeit dauernd ist die Erwerbsunfähigkeit auf jeden Fall erst dann, wenn sie mindestens eine Periode von 360 Tagen umfaßt. Damit in Übereinstimmung steht die zweite Variante des Art. 29, Abs. 1, IVG, wonach eine nicht bleibende Erwerbsunfähigkeit unter näher genannten zusätzlichen Voraussetzungen erst nach einer Frist von 360 Tagen einen Rentenanspruch zu begründen vermag. Nach dem Ausbruch einer akuten, eine Erwerbsunfähigkeit verursachenden Krankheit entsteht daher ein Rentenanspruch in der Regel erst dann, wenn eine Frist von 360 Tagen verstrichen ist.

Im Falle des Versicherten war keine voraussichtlich bleibende Erwerbsunfähigkeit gegeben. Es lag nicht ein stabiler Zustand vor, der eine Erwerbsunfähigkeit während der ganzen normalen Aktivitätsperiode erwarten ließ; vielmehr mußte wegen der bösartigen, rasch fortschreitenden Krankheit mit einem baldigen Ableben des Versicherten gerechnet werden. Variante 1 des Art. 29, Abs. 1, IVG in ihrem oben umschriebenen Sinn trifft somit offensichtlich nicht zu. Auch von einer länger dauernden Erwerbsunfähigkeit kann nicht gesprochen werden, war doch der Versicherte vor seinem Tode nur während rund 6 Monaten außerstande, sein normales Erwerbseinkommen zu erzielen.

Die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer Rente für den Versicherten sind daher nicht erfüllt, was zur Wiederherstellung der Kassenverfügung führt.

Urteil des EVG vom 16. Juli 1962 i. Sa. P. C.¹

Art. 42, Abs. 1, IVG; Art. 39 IVV. Ein am linken Arm teilweise gelähmter Versicherter, dem beim Ankleiden und Essen zum Teil geholfen werden muß, ist höchstens zu einem Drittel hilflos.

Der 1898 geborene Versicherte hatte seinerzeit eine kaufmännische Berufslehre gemacht, war in letzter Zeit aber als Reisevertreter einer Textilfirma tätig. Von seiner verstorbenen ersten Frau hat er acht Kinder, von denen die jüngsten 1941 und 1943 geboren sind. Seit 1950 ist er zum zweiten Mal verheiratet. Im Februar 1960 erlitt der Versicherte einen Hirnschlag, der eine teilweise Lähmung des linken Armes zurückließ. Seither ist er arbeitsunfähig, zumal er wegen (längst chronischer) Hypertonie (erhöhter Blutdruck) an Herzschwäche leidet und nur kurze Strecken gehen oder velofahren kann. Im gleiche Monat meldete er sich zum Bezug einer Invalidenrente und einer Hilflosenentschädigung an.

Auf Grund eines Beschlusses der IV-Kommission sprach die Ausgleichskasse dem Versicherten rückwirkend ab Februar 1960 eine ganze einfache Invalidenrente nebst Zusatzrenten für Frau und zwei Kinder zu, verweigerte ihm jedoch die Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung.

In seiner Beschwerde forderte der Versicherte die Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung mit der Begründung, daß ihm beim Ankleiden, beim Elektrisch-Rasieren und beim Essen geholfen werden müsse. Der Präsident der Rekurskommission sprach beim Versicherten vor und erhielt u. a. die Auskunft, daß er, weil seine linke Hand lahm sei, nur die rechte gebrauchen könne, deren Mittelfinger er im Jahre 1961 verloren habe. Mit dieser Hand, die von «Fingernägelerweichung» befallen sei, könne er beim Essen Löffel und Gabel, nicht aber das Messer führen. Beim Ankleiden und beim Einbinden seiner thrombotischen Beine müsse ihm geholfen werden. Für die Verrichtung der Notdurft müsse man ihm «wegen der Hosenträger» helfen.

Die Rekurskommission nahm «eine gewisse Hilflosigkeit» an und sprach dem Versicherten, der im Sinne von Art. 42 IVG und Art. 37 IVV bedürftig ist, ab Februar 1960 eine Hilflosenentschädigung von einem Drittel zu. Das EVG wies die Berufung des Versicherten, worin er eine Hilflosenentschädigung von zwei Dritteln verlangte, mit folgender Begründung ab:

1. Wegen Hilflosigkeit in besonderem Maße pflegebedürftig ist ein Invaliden dann, wenn er für seine gewöhnlichsten täglichen Lebens- und Leibesverrichtungen, namentlich für das An- und Auskleiden, die Nahrungsaufnahme und die Verrichtung der Notdurft, auf fremde Handreichungen angewiesen ist. Ein solcher Versicherter erhält, falls er bedürftig ist, als Hilflosenentschädigung den Mindestbetrag der vollen ordentlichen einfachen Altersrente, wenn die Hilflosigkeit hochgradig ist, oder zwei Drittel derselben, wenn sie mittleren Grades ist, oder einen Drittel, wenn sie nur «leichtern» Grades (faible, esigua) ist. Im Rahmen dieser Dreiteilung steht es im Ermessen der Verwaltung bzw. des Richters, den besondern Umständen des Einzelfalles gebührend Rechnung zu tragen. (Art. 42, Abs. 1 und 3 IVG in Verbindung mit Art. 39 IVV; EVGE 1961, S. 59 und S. 343; ZAK 1962, S. 47 und S. 190.) Allgemein gesagt ist die Hilflosigkeit hochgradig, wenn der

¹ Siehe auch Ausführungen auf S. 66

Invalide für fast jede körperliche Betätigung auf den Beistand der Mitmenschen angewiesen ist, und mittlern Grades, wenn er sich bei den meisten körperlichen Verrichtungen helfen lassen muß (EVGE 1961, S. 346; ZAK 1962, S. 191).

2. Der Versicherte ist schlimmstenfalls in mäßigem Grade hilflos. Das Ausziehen der Kleider und Schuhe gelingt ihm, und das Anziehen nur insofern nicht, als man ihm beim Zuknöpfen helfen muß. Auch beim Essen ist der Berufungskläger wenig behindert. (Er kann mit Löffel und Gabel, angeblich aber nicht mit dem Messer umgehen.) Ferner fehlen aktenmäßige Anhaltspunkte dafür, daß er bei der Verrichtung der Notdurft einer wesentlichen Hilfe bedürfte.

Der Versicherte ist somit nur bei wenigen notwendigen Verrichtungen auf den Beistand anderer Leute angewiesen, selbst wenn man mitberücksichtigt, daß er sich täglich die — angeblich von Thrombose befallenen — Beine einbinden lassen muß. Die Vorinstanz hat den Sachverhalt wohlwollend gewürdigt. In seinen Urteilen i. Sa. A. H. vom 24. Februar 1961 (ZAK 1961, S. 172) und i. Sa. M. N. vom 13. April 1961 (ZAK 1961, S. 372) hat das EVG erkannt, es bestehe noch keine rechtserhebliche Hilflosigkeit, wenn ein Invaliden wegen zeitweiliger psychotischer Anfälle ständig überwacht werden müsse oder wegen Herzkrankheit, schwerer Arthritis und hochgradiger Fettleibigkeit sich nicht ohne Hilfe vom Bett erheben, anziehen, entkleiden und zu Bette legen könne.

3. ...

Verfahren

Urteil des EVG vom 6. September 1962 i. Sa. O. S.

Art. 78, Abs. 2, IVV. Die Dringlichkeit einer Maßnahme ist zu bejahen, wenn sich zur Vermeidung eines längeren Arbeitsausfalles die sofortige Bestellung der Ersatzprothese aufgedrängt hat.

(Erwägung 1)

Art. 9, Abs. 2, IVG. Die Kosten im Ausland beschaffter Prothesen gehen nur ausnahmsweise zu Lasten der IV, z. B. wenn deren Herstellung in der Schweiz nicht oder noch nicht möglich ist.

(Erwägung 2)

Der 1905 geborene, an einem Morbus Paget (krebsartige Krankheit) leidende Versicherte mußte sich im Juni 1959 das linke Bein amputieren lassen. Im Dezember 1959 erhielt er eine vom Spital verordnete Prothese mit Beckenkorb, die durch eine deutsche Firma hergestellt worden war. Seit dem 1. Januar 1960 bezieht der Versicherte, der seine Tätigkeit im Dienste einer Treuhandgesellschaft nur noch teilweise ausüben kann, eine halbe Invalidenrente.

Zu Beginn des Jahres 1961 bestellte der Versicherte bei der deutschen Firma eine zweite Prothese, da die im Jahre 1959 gelieferte defekt geworden war. Mit Schreiben vom 20. Februar 1961 gelangte er an die IV-Kommission mit dem Begehren, die Kosten der neuen Prothese von 2092,35 D-Mark zu Lasten der IV zu übernehmen. Die IV-Kommission beschloß, für die Kosten einer neuen Prothese nur aufzukommen, sofern sie in der Schweiz hergestellt werde. Eine Beschwerde des Versicherten wurde von der kantonalen Rekurs-

kommission gutgeheißen. Es könne dem Versicherten nicht zugemutet werden, die zweite Prothese in der Schweiz anfertigen zu lassen, nachdem sich die erste, vor dem Inkrafttreten der IV aus Deutschland bezogene Prothese sehr gut bewährt habe.

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

1. Wie das EVG in seinem Urteil vom 4. September 1962 i. Sa. L. E. (ZAK 1962, S. 479) näher dargetan hat, will das IVG die Leistungspflicht für Eingliederungsmaßnahmen, die vor der Anmeldung bei der IV-Kommission durchgeführt wurden, grundsätzlich ausschließen. Eingliederungsmaßnahmen sollen nur gewährt werden, wenn sie die IV-Kommission vor der Durchführung angeordnet hat (Art. 60, Abs. 1, Buchst. b, IVG), was voraussetzt, daß der Fall der IV angemeldet worden ist. Immerhin ist es notwendig, Ausnahmen von diesem Grundsatz aufzustellen, was der Bundesrat in Art. 78, Abs. 2, IVV, getan hat. Darnach wird die ausnahmsweise Übernahme vor der Anordnung durchgeführter Eingliederungsmaßnahmen an zwei Voraussetzungen geknüpft: Vorab muß es sich um eine dringliche Maßnahme handeln, mit der im Interesse des Versicherten nicht zugewartet werden konnte. Sodann muß die nachträgliche Anmeldung innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Durchführung einer solchen Maßnahme erfolgen.

Der Versicherte hat seine Ersatzprothese bestellt, bevor er sich mit seinem Begehren um Gewährung der entsprechenden Eingliederungsmaßnahme bei der IV-Kommission meldete. Das BSV bezweifelt, ob diese Bestellung wegen Dringlichkeit vor der Anordnung durch die IV-Kommission habe erfolgen müssen. In seiner Berufungsantwort macht der Versicherte glaubhaft geltend, seine Prothese sei «von einer Minute auf die andere» defekt geworden, so daß sich zur Vermeidung eines längeren Arbeitsausfalles die sofortige Bestellung der Ersatzprothese aufgedrängt habe. Die Dringlichkeit der Maßnahme darf somit bejaht werden. Nachdem der Versicherte ungefähr zwei Monate nach der Bestellung der Ersatzprothese an die IV-Kommission gelangte, sind die Voraussetzungen des Art. 78, Abs. 2, IVV, für die Übernahme der vor der Anmeldung begonnenen Eingliederungsmaßnahmen durch die IV erfüllt.

2. Gemäß Art. 9, Abs. 2, IVG werden die Eingliederungsmaßnahmen in der Schweiz, ausnahmsweise auch im Ausland gewährt. Zu den Eingliederungsmaßnahmen gehören u. a. die Hilfsmittel, wie z. B. Prothesen. Auf Grund dieser gesetzlichen Ordnung gehen in der Regel nur in der Schweiz hergestellte Prothesen zu Lasten der IV; das BSV weist in seiner Berufung mit Recht darauf hin, daß die schweizerischen Abgabestellen der Einflußnahme durch die IV unterstehen und an Tarifverträge gebunden sind, was für ausländische Herstellerfirmen nicht zutrifft. Die Kosten der im Ausland beschafften Prothesen können daher von der IV grundsätzlich nur dann übernommen werden, wenn ihre Herstellung in der Schweiz nicht oder noch nicht möglich ist.

Nach den vom BSV eingeholten Auskünften wäre es möglich, die vom Versicherten benötigte Beinprothese mit Beckenkorb in der Schweiz anfertigen zu lassen. Es liegen aber insofern besondere Verhältnisse vor, als der Versicherte vor dem Inkrafttreten des IVG auf ärztlichen Rat hin seine ziemlich komplizierte Prothese von einer deutschen Firma bezog. Nachdem sich

die Prothese voll bewährte, kann es im Sinne eines Grenzfalles gebilligt werden, wenn der Versicherte sein defekt gewordenes Hilfsmittel nicht durch eine andere, von ihm noch nicht erprobte (schweizerische) Firma ersetzen ließ. Die von der deutschen Firma hergestellte Ersatzprothese erübrigte zusätzliche Anpassungsschwierigkeiten (nach den Darlegungen des Versicherten hat die deutsche Prothese ein relativ leichtes Gewicht), was umso wichtiger ist, als der zu 50 Prozent invalide Versicherte nach der Beinamputation nur mit Mühe wieder eingegliedert werden konnte. Außerdem weist der Versicherte darauf hin, daß der deutsche Hersteller der Prothese mit den Ärzten eines schweizerischen Spitals in engem Kontakt steht und die Prothese in diesem Spital anpaßt, weshalb für eine fachgerechte Ausführung Gewähr geboten ist. Die IV hat unter diesen Umständen ausnahmsweise für die im Ausland hergestellte Prothese Leistungen zu erbringen. Im Hinblick auf die mit den schweizerischen Herstellerfirmen abgeschlossenen Tarifverträge besteht aber eine Leistungspflicht nur im Umfang des schweizerischen Tarifs. Welche Leistungen die IV nach diesem Tarif schuldet, wird die IV-Kommission zu bestimmen haben.

Urteil des EVG vom 27. Oktober 1962 i. Sa. M. S.

Art. 78, Abs. 2, IVV. Die Anmeldefrist von drei Monaten ist eine Verwirkungsfrist. Der Versicherte kann sich bei Fristversäumnis nicht auf Rechtsunkenntnis berufen. (Erwägung 3)

Art. 78, Abs. 2, IVV. Ungenügende Orientierung durch einen Arzt oder eine Krankenanstalt stellt keinen ausreichenden Entschuldigungsgrund für die Nichtbeachtung der Anmeldefrist dar. (Erwägung 4)

Die Versicherte kam am 22. Januar 1961 als Frühgeburt mit einem Gewicht von nur 980 g zur Welt. Seit ihrer Geburtsstunde erforderte ihr Gesundheitszustand ärztliche Pflege. Sie befand sich deshalb während längerer Zeit im Spital (ungefähr drei Monate). Am 26. Mai 1961 reichte der Vater der Versicherten eine Anmeldung zum Bezuge von Leistungen bei der IV ein. Da das Gesuch mehr als drei Monate nach Beginn der Durchführung der medizinischen Maßnahmen eingereicht wurde, beschloß die IV-Kommission, dem Kinde die notwendigen medizinischen Maßnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens vom 26. Mai 1961 — dem Datum der Einreichung der Anmeldung — bis zu jenem Zeitpunkt zu gewähren, in dem das Kind ein Gewicht von 3 200 g (normales Geburtsgewicht gemäß Art. 2, Ziff. 205, GgV) erreicht haben würde.

Der Vater des Kindes reichte gegen die entsprechende Verfügung der Ausgleichskasse Beschwerde ein. Er vertrat den Standpunkt, daß die Versicherung ihre Leistungen seit der Geburt des Kindes und nicht erst ab 26. Mai 1961 zu erbringen habe. Die kantonale Rekursbehörde wies die Beschwerde ab, worauf der Vater des Kindes beim EVG Berufung erhob.

Das EVG wies die Berufung ab. Es verweist in seinen Erwägungen vorerst auf Wortlaut und Entstehung von Art. 78, Abs. 2, IVV (vgl. Urteil des EVG i. Sa. L. E., ZAK 1962, S. 479) und führt dann weiter aus:

1. ...

2. Das BSV vertrat vorerst die Auffassung, daß in der Anwendung von Art. 78, Abs. 2, IVV nach einem strengen Maßstab vorzugehen sei. Eine rück-

wirkende Kostenübernahme — so schrieb dieses Amt (ZAK 1961, S. 489) — sei in allen Fällen bei verspätet eingegangenen Anmeldungen, d. h. nach Ablauf der dreimonatigen Frist abzulehnen; eine Abweichung von diesem Grundsatz sei nur zulässig, wenn außerordentliche Gründe die Wiedereinsetzung in die Frist rechtfertigen (z. B. wenn der Versicherte oder sein Stellvertreter verhindert waren, rechtzeitig zu handeln). Diese Auffassung vertritt auch die kantonale Rekursbehörde, die als Entschuldigungsgründe für eine Wiedereinsetzung in die Frist nur ernsthafte Hindernisse wie Krankheit, Militärdienst, Landesabwesenheit oder analoge Ursachen gelten läßt.

In der Folge kam aber das BSV zum Schluß, daß bei Anwendung von Art. 78, Abs. 2, IVV eine extensivere Auslegung notwendig sei. Aus diesem Grunde erließ es das Kreisschreiben vom 28. Mai 1962 über die Vergütung der Kosten von Eingliederungsmaßnahmen der IV. Darin erklärt das BSV (Abschnitt A II 2 c), daß die Frist von drei Monaten nicht zu laufen beginne, «wenn der Versicherte durch ein unverschuldetes Hindernis von der Anmeldung abgehalten worden ist», insbesondere in folgenden Fällen: unverschuldete Unkenntnis der Anspruchsberechtigung bei der IV; ungenügende und unrichtige Orientierung; Geltendmachung des Anspruchs bei einer unrichtigen Stelle. Es scheint, daß nach Ansicht des BSV auch Rechtsunkenntnis — selbst wenn der Interessierte oder sein gesetzlicher Vertreter über eine juristische Bildung verfügt — einen ausreichenden Entschuldigungsgrund darstellt, sofern diese Unkenntnis nicht der eigenen Fahrlässigkeit zuzuschreiben ist. Andererseits scheint das BSV die Tatsache, daß ein Versicherter nicht, ungenügend oder unrichtig orientiert wurde, ebenfalls als unverschuldetes Hindernis zu betrachten, obschon die Ärzte durch keine ausdrückliche Gesetzesbestimmung gehalten sind, den Versicherten oder seinen gesetzlichen Vertreter auf die ihm zustehenden Rechte gegenüber der IV aufmerksam zu machen.

3. In seinen Urteilen i. Sa. L. E. (ZAK 1962, S. 479) und U. K. vom 4. September 1962 (ZAK 1963, S. 39) sowie i. Sa. C. S. vom 12. September 1962 (ZAK 1963, S. 41) hat das EVG die Gesetzmäßigkeit von Art. 78, Abs. 2, IVV bejaht und die Gründe dargelegt, aus denen es sich nicht der vom BSV in seinem Kreisschreiben vom 28. Mai 1962 vertretenen Auffassung hinsichtlich der Anwendung dieser Gesetzesbestimmung anschließen kann. Es besteht kein Grund, von dieser Rechtsprechung abzugehen. Das Gericht erachtet es nicht als notwendig, hier die Erwägungen aus den erwähnten Entscheiden wiederzugeben, sondern beschränkt sich darauf, darzulegen, weshalb die Vorbringen des Berufungsklägers und des BSV nicht zutreffen.

Weder Art. 78 IVV, noch ein anderer Artikel und auch nicht das Gesetz selbst enthalten eine Bestimmung, welche die Möglichkeit einer Wiedereinsetzung bei Nichteinhaltung der dreimonatigen, in Art. 78, Abs. 2, IVV erwähnten Frist oder allgemein eine Wiedereinsetzung in die Frist vorsieht, die zu beachten ein Gesuchsteller ohne eigenes Verschulden verhindert war. Liegt eine verspätete Anmeldung zum Bezuge von Leistungen vor und ist die Frage abzuklären, ob diese Anmeldung noch berücksichtigt werden könne, so haben die Verwaltungs- und Gerichtsbehörden bei Fehlen einer entsprechenden Bestimmung den Fall im Rahmen der auf diesem Gebiet allgemein anwendbaren Rechtsgrundsätze zu prüfen. Dabei ist den Besonderheiten des Sozialversicherungsprozesses Rechnung zu tragen.

Es besteht der Rechtsgrundsatz, wonach die in Kraft stehenden gesetzlichen Bestimmungen als bekannt vorausgesetzt werden. Daraus folgt, daß niemand sich auf Rechtsunkenntnis berufen kann, um ein Recht geltend zu machen, das er nicht innerhalb der gesetzlichen Frist ausgeübt hat. Andererseits stellen sowohl die gesetzlichen Bestimmungen wie auch die Rechtsprechung strenge Anforderungen an die Entschuldigungsgründe, die bei Nichtbeachtung einer Verwirkungsfrist geltend gemacht werden können. Nur wenn der Versicherte ohne eigenes Verschulden verhindert war, d. h. wenn außerordentliche, von seinem Willen unabhängige Gründe vorliegen, kann ihm die Wiedereinsetzung in die Frist gewährt werden.

Die extensive Auslegung von Art. 78, Abs. 2, IVV durch das BSV trägt den vorangehenden Erwägungen nicht Rechnung und müßte — wollte man ihr beipflichten — bald dazu führen, daß die Frist in Art. 78, Abs. 2, IVV als einfache Ordnungs- und nicht mehr als Verwirkungsfrist betrachtet würde. Erachtet die Verwaltung eine solche Änderung als wünschenswert oder sogar als unerlässlich, so liegt es an ihr, die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um Art. 78, Abs. 2, IVV in diesem Sinne zu ergänzen. Da der Richter an den Text dieser Gesetzesbestimmung, die ohne Zweifel eine Verwirkungsfrist darstellt, gebunden ist, kann er der vom BSV in seinem Kreisschreiben vertretenen Auffassung nicht beipflichten.

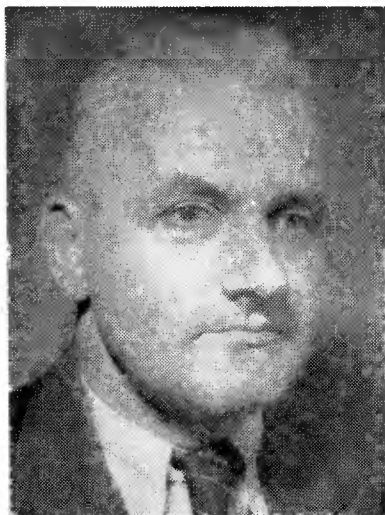
4. Da die Versicherte vorzeitig geboren wurde und ein Geburtsgewicht von nur 980 g aufwies, ist es offensichtlich, daß in ihrem Interesse unverzüglich medizinische Maßnahmen angeordnet werden mußten. Die erste Voraussetzung von Art. 78, Abs. 2, IVV ist somit erfüllt.

Obschon das Kind am 22. Januar geboren wurde, hat sein Vater erst am 26. Mai 1961, also mehr als drei Monate nach Beginn der ärztlichen Behandlung, eine Anmeldung zum Bezuge von Leistungen bei der IV eingereicht. Auf Grund der besonderen Umstände — äußerst vorzeitige Geburt, sehr niedriges Gewicht — mußte er sich seit dem Tage der Geburt Rechenschaft geben, daß es sich im Falle seines Kindes nicht um ein nach der Geburt erworbenes Leiden, sondern um ein Geburtsgebrechen handelte. Wenn er seine Anmeldung nicht innerhalb der Frist von drei Monaten eingereicht hat, so geschah dies nicht, weil sich ihm hiezu keine Möglichkeit bot — er erklärt in seiner Berufungsschrift selbst, keinen ausreichenden Grund für die verspätete Anmeldung anführen zu können — sondern einzig und allein, weil ihm nicht bekannt war, daß das Leiden seiner Tochter zu jener Kategorie von Geburtsgebrechen gehörte, für die dem Versicherten gemäß Art. 13 IVG ein Anspruch auf Behandlung zu Lasten der IV eingeräumt wird.

Wie das EVG in den vorerwähnten Urteilen näher dargelegt hat, beginnt die dreimonatige Frist des Art. 78, Abs. 2, IVV von jenem Zeitpunkt an zu laufen, an dem sich der Gesuchsteller Rechenschaft gibt, daß die in Frage stehenden medizinischen Maßnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens angeordnet wurden, und zwar auch dann, wenn ihm nicht bekannt ist, daß dieses Leiden in der bundesrätlichen Geburtsgebrechenliste figuriert. Hier handelt es sich um Rechtsunkenntnis, auf die sich der Gesuchsteller nicht berufen kann, um die Einreichung seiner Anmeldung nach Ablauf der gesetzlichen Frist zu rechtfertigen. Es läßt sich auch nicht die Auffassung des BSV vertreten, die dahin zu gehen scheint, daß im vorliegenden Fall (der gesetz-

liche Vertreter des Kindes ist Jurist und übt den Beruf eines Anwaltes aus) die verspätete Einreichung der Anmeldung nicht der Fahrlässigkeit des Geschwänders zugeschrieben werden könne.

Es trifft zu, daß das in Frage stehende Geburtsgebrechen nicht in der im Jahre 1960 gültigen provisorischen Liste aufgeführt war, dagegen in Art. 2, Ziff. 205, GgV vom 5. Januar 1961 figuriert. Im Zeitpunkt der Geburt des Kindes befand man sich in einer Übergangsperiode. Unter diesen Umständen ist es verständlich, daß sich selbst die interessierten Kreise (Ärzte und Spitäler) nicht sogleich bewußt waren, daß die IV bei Frühgeburten, die ein Gewicht von weniger als 2 000 g aufweisen, deren Behandlungskosten übernimmt. Trotz dieses Umstandes sieht sich das Gericht nicht veranlaßt, von seiner Rechtsprechung abzugehen. Es anerkennt zwar, daß der Vater des Kindes weder vom behandelnden Arzt noch durch die Direktion des Spitals darauf aufmerksam gemacht wurde, das Geburtsgebrechen seines Kindes sei in der Geburtsgebrechenliste aufgeführt. Entgegen der vom BSV in seinem Kreisschreiben vom 28. Mai 1962 vertretenen Auffassung kann jedoch die Tatsache einer ungenügenden Orientierung durch einen Arzt oder eine Krankenanstalt nicht als ausreichender Entschuldigungsgrund für die Nichtbeachtung der Verwirkungsfrist von Art. 78, Abs. 2, IVV gelten.



† Dr. Alois Imbach

Vor wenigen Wochen hat die ZAK Dr. Alois Imbach als Chef der Zentralen Ausgleichsstelle in Genf begrüßt. Seinem Wirken in dieser neuen Aufgabe war leider nur sehr kurze Zeit beschieden. Wie in der letzten Nummer noch gemeldet werden konnte, ist Dr. Imbach am 15. Februar 1963 im Alter von 60 Jahren auf einer Dienstreise völlig unerwartet verschieden.

Dr. Imbach wurde am 23. Januar 1903 in Bern geboren. Er durchlief die Schulen der Bundesstadt, studierte in Leipzig und Bern und erwarb sich den juristischen Doktorgrad. Als Bürger von Sursee bestand er nach der erforderlichen Praxis das luzernische Fürsprecherexamen. Darauf eröffnete er in Bern ein eigenes Anwaltsbüro. Mitte 1940 stellte er seine Dienste der Verwaltung der zentralen Ausgleichsfonds im Rahmen der neu geschaffenen Lohn- und Verdienstersatzordnung zur Verfügung. Hier fand er seine Lebensaufgabe. Als der Dienstzweig mit der Einführung der AHV zur Zentralen Ausgleichsstelle umgestaltet wurde, rückte Dr. Imbach bald zum Stellvertreter des Chefs und 1963 zum Chef vor.

Die besondere Aufmerksamkeit des Verstorbenen galt der Schweizerischen Ausgleichskasse und ihrer Rolle als Verbindungsstelle zu zahlreichen ausländischen Sozialversicherungen. Viele in der Schweiz tätig gewesene Ausländer und viele Schweizer im Ausland verdanken ihm die Regelung ihrer oft komplizierten Einzelfälle. Dr. Imbach verfügte über eine große Schaffenskraft, ein umfassendes juristisches Wissen und ein unbeirrbares Pflicht- und Gerechtigkeitsgefühl. Er ist in seiner Aufgabe vollständig aufgegangen. Das Bundesamt für Sozialversicherung dankt ihm an dieser Stelle für die stets ungetrübte Zusammenarbeit und spricht den Angehörigen seine herzliche Anteilnahme aus. Dem lebenswürdigen Menschen und guten Kollegen ist ein ehrendes Andenken sicher.

VON MONAT ZU MONAT

Der *Ausschuß für die EO* der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung setzte am 13. Februar unter dem Vorsitz von Dr. Saxer seine Beratungen über einen vom Bundesamt für Sozialversicherung vorgelegten Bericht über eine Erhöhung der Erwerbsausfallentschädigungen an Wehrpflichtige fort. Der Ausschuß stimmte dem Bericht mit einigen Änderungen zu und beschloß, dem Bundesrat eine Revision der EO vorzuschlagen. Vor der Ausarbeitung des Gesetzesentwurfes und der Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung werden noch die Kantone, die Spitzenverbände der Wirtschaft und weitere an der EO interessierte Organisationen Gelegenheit erhalten, zu den Änderungsvorschlägen Stellung zu nehmen.

*

Am 28. Februar fand unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung die traditionelle *Jahreskonferenz der IV-Kommissionen* statt, an der auch die Sekretariate der IV-Kommissionen, die IV-Regionalstellen und die Ausgleichskassen vertreten waren. Im Mittelpunkt der Tagung stand ein Referat von Fräulein Dr. h. c. Meyer, Zentralsekretärin der Pro Infirmis, über «Drei Jahre IV und Pro Infirmis». Im übrigen kamen die zahlenmäßige Entwicklung der IV im Jahre 1962, die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts und mehrere Einzelfragen zur Sprache. Direktor Frauenfelder überbrachte den Konferenzteilnehmern den Dank des Chefs des Eidgenössischen Departementes des Innern für die im Interesse der Invaliden geleistete Arbeit. Die ZAK wird auf diese Tagung zurückkommen.

*

An einer Besprechung vom 28. Februar mit *Delegationen der kantonalen und der Verbandsausgleichskassen* orientierte das Bundesamt für Sozialversicherung die Vertreter der Ausgleichskassen über sein Arbeitsprogramm 1963 auf den Gebieten der AHV, der IV und der EO. Verschiedene Wünsche und Anregungen wurden zur Prüfung entgegengenommen.

*

Die *Leiter der kantonalen Ausgleichskassen* tagten am 1. März unter dem Vorsitz von Dr. Weiß, Ausgleichskasse Basel-Stadt, und im Beisein von Vertreter des Bundesamtes für Sozialversicherung und der Zentralen Ausgleichsstelle. Es wurden Fragen der Kontrolle und Zahlung von Rechnungen der IV für individuelle Sachleistungen sowie andere Durchführungsfragen der IV behandelt.

Am 4. März verabschiedete der Bundesrat *drei Botschaften an die Bundesversammlung über neue Sozialversicherungsabkommen*. Die erste betrifft das Abkommen vom 14. Dezember 1962 mit *Italien*, das in der ZAK bereits erläutert wurde (1963, S. 50). Die zweite Botschaft bezieht sich auf das im Juni 1962 unterzeichnete Abkommen mit *Jugoslawien* (ZAK 1962, S. 281). Die dritte Vorlage bezweckt die Ratifikation eines Zusatzabkommens mit der *Bundesrepublik Deutschland* vom 24. Dezember 1962 über die Ausrichtung von außerordentlichen AHV-Renten an die in der Schweiz lebenden Deutschen, die der sogenannten Übergangsgeneration angehören.

*

Nach den vorliegenden Ergebnissen wird die *Betriebsrechnung der AHV* auch für das *Jahr 1962* positiv abschließen. Unter Vorbehalt der Entgegennahme der Rechnung durch den Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds und deren Genehmigung durch den Bundesrat können bereits heute die folgenden Zahlen bekanntgegeben werden: Die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber erreichten eine Summe von 1 005 Mio (1961: 906 Mio) Franken und die Versicherungsleistungen eine solche von 987 (1961: 848 Mio) Franken. Unter Berücksichtigung der Beiträge der öffentlichen Hand, der Zinseinnahmen und der Verwaltungskosten ergibt sich ein Einnahmenüberschuß von 354 Mio (1961: 382 Mio) Franken.

Die *Betriebsrechnung der IV* zeigt folgende Ergebnisse: Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber 100 Mio (1961: 89 Mio), Beiträge der öffentlichen Hand 84 Mio (1961: 78 Mio), Gesamtausgaben 168 Mio (1961: 156 Mio) Franken. Der Einnahmenüberschuß beträgt rund 17 Mio (1961: 13 Mio) Franken.

In der *Betriebsrechnung der EO* stehen den Ausgaben von insgesamt 85 Mio (1961: 72) Mio Franken Einnahmen von 104 Mio (1961: 92) Mio Franken gegenüber.

Die vollständige Jahresrechnung wird nach Genehmigung durch den Bundesrat veröffentlicht.

Das Statut der Flüchtlinge in der AHV und der IV

Das Inkrafttreten des Bundesbeschlusses vom 4. Oktober 1962 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge in der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung auf 1. Januar 1963 bildet ein bemerkenswertes Ereignis unserer Flüchtlingspolitik. Die Bedeutung dieses Beschlusses, dessen finanzielle Auswirkungen im Gesamtrahmen der AHV und IV zwar eher bescheiden sein werden, ergibt sich aus der Tatsache, daß in

der Schweiz gegenwärtig etwa 20 000 Flüchtlinge leben. Zudem taucht das Problem der Flüchtlinge, wie die Erfahrung der jüngsten Zeit beweist, immer wieder in neuer Gestalt auf und wird kaum je ganz verschwinden.

*

Zum bessern Verständnis der neuen Rechtslage der Flüchtlinge in den erwähnten Zweigen unserer Sozialversicherung sei vorerst Rückschau gehalten auf die bisherige Entwicklung.

Gestützt auf den in Artikel 1 AHVG sehr weit gefaßten Begriff der obligatorischen Versicherung sind alle in der Schweiz lebenden Flüchtlinge seit Einführung der AHV (1. Januar 1948) versichert, abgesehen von vereinzelten Ausnahmen bei nur kurzfristigem Aufenthalt ohne Erwerbstätigkeit. Als Versicherte unterstanden und unterstehen sie im Rahmen von Artikel 3 AHVG auch der Beitragspflicht. Andererseits richtete sich anfänglich ihre Anspruchsberechtigung auf Versicherungsleistungen nach der damals für Ausländer ohne staatsvertragliche Regelung und Staatenlose in Artikel 18, Absatz 3, AHVG festgelegten Ordnung. Diese Bestimmung, welche trotz wiederholter Gesetzesrevisionen als Absatz 2 desselben Artikels bis heute dem Grundsatz nach gleich geblieben ist, macht den Anspruch auf eine ordentliche Rente von einer zehnjährigen Beitragsdauer vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig. Sie beschränkt zudem die Ausrichtung der Renten der genannten Personenkategorie und ihrer Hinterlassenen auf die Dauer ihres zivilrechtlichen Wohnsitzes in der Schweiz. Die Möglichkeit zum Bezug außerordentlicher Renten war und blieb grundsätzlich auf Schweizerbürger beschränkt; für länger ansässige Ausländer und Staatenlose, die nicht sonst unterstützt wurden, kamen höchstens Leistungen der zusätzlichen Alters- und Hinterlassenenfürsorge gemäß Bundesbeschluß vom 8. Oktober 1948 in Frage.

Dieses allgemeine Ausländerstatut in der AHV, dem wie gesagt auch die Flüchtlinge unterstanden, erwies sich bald als zu streng, weil eine beträchtliche Zahl beitragspflichtiger Personen, die indessen die zehnjährige Beitragsdauer von vorneherein nicht mehr zu erfüllen vermochten, von jeder Rente oder irgendwelcher Ersatzleistung der Versicherung ausgeschlossen geblieben wären. Der berechtigten Kritik wurde anläßlich der ersten Gesetzesrevision mit der Einführung einer subsidiären Beitragsrückvergütung Rechnung getragen. Gestützt auf den seit 1. Januar 1951 in Kraft stehenden revidierten Artikel 18, Absatz 3, AHVG hat der Bundesrat am 14. März 1952 die Verordnung über die Rückvergütung

der von Ausländern und Staatenlosen an die Alters- und Hinterlassenenversicherung bezahlten Beiträge erlassen (ZAK 1951, S. 81 ff., insb. S. 90; 1952, S. 162 ff.). Dank dieser Verordnung wurde es möglich, unter anderem den Flüchtlingen (bzw. ihren Hinterlassenen) bei voraussichtlich endgültiger Ausreise aus der Schweiz oder beim Eintritt des Versicherungsfalles in der Regel die persönlich geleisteten AHV-Beiträge (nicht aber allfällige Arbeitgeberbeiträge) zurückzuvorgüten.

*

Schon im Jahre 1951 begann sich zugunsten der Flüchtlinge die Möglichkeit einer wesentlichen Verbesserung ihrer Rechtslage in der Sozialversicherung abzuzeichnen. Am 28. Juli 1951 wurde nämlich in Genf das internationale Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge geschlossen, das auch der Vertreter der Schweiz unterzeichnete. Artikel 24 dieser Konvention enthält namentlich den Grundsatz der Gleichbehandlung der Flüchtlinge wie Einheimische in der Sozialversicherung, zumindest auf dem Gebiete der ordentlichen («normalen») Renten. Zwar sah sich die Schweiz in der Folge genötigt, bei der Ratifikation des Abkommens im Blick auf die damalige Struktur der ordentlichen Mindestrenten der AHV wesentliche Vorbehalte zum erwähnten Artikel 24 des Abkommens anzubringen; sie hielt es aber für möglich, den Flüchtlingen hinsichtlich der AHV in ähnlicher Weise entgegenzukommen wie den Angehörigen von Staaten, mit denen Gegenseitigkeitsabkommen geschlossen worden waren. So brachte der Bundesbeschluß vom 14. Dezember 1954 betreffend die Genehmigung des internationalen Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, der das Abkommen für die Schweiz u. a. mit der erwähnten Einschränkung am 21. April 1955 in Kraft treten ließ, wesentliche Erleichterungen zugunsten der Konventionsflüchtlinge. Die in der Schweiz wohnhaften Flüchtlinge konnten nun auch schon nach einjähriger Beitragsdauer in den Genuß ordentlicher AHV-Renten gelangen, vorausgesetzt daß sie sich während 10 Jahren — wovon 5 unmittelbar und ununterbrochen vor dem Versicherungsfall — in der Schweiz aufgehalten hatten. So sind erstmals im Frühling 1955 an Flüchtlinge ordentliche Renten ausgerichtet worden, und zwar ohne die Drittelskürzung, welche gemäß dem früheren Artikel 40 AHVG auf Ausländer ohne staatsvertragliche Regelung und Staatenlose bis Ende 1959 anwendbar war. Im übrigen blieb den Flüchtlingen natürlich das Recht gewahrt, bei Erfüllung der 10jährigen Beitragsdauer nach der generellen Ausländervorschrift von Artikel 18, Absatz 2, AHVG einen Rentenanspruch zu erwerben. Diese Vorschrift

konnte sich indessen erst 10 Jahre nach Einführung der AHV, also vom 1. Januar 1958 hinweg zugunsten von Flüchtlingen praktisch auswirken und verständlicherweise keinen wesentlichen Anstieg der Zahl der rentenberechtigten Flüchtlinge herbeiführen. Diese betrug im Jahre 1957 375 und hat sich bis zum Jahr 1960 nur auf 390 erhöht.

Unter den geschilderten Anspruchsvoraussetzungen blieb tatsächlich eine beträchtliche Anzahl von Flüchtlingen, die erst in vorgerücktem Alter in die Schweiz gelangt waren, oft trotz mehrjähriger Beitragsdauer weiterhin von der Rentenberechtigung in der AHV ausgeschlossen. Daher mochten sie es begrüßen, daß ihnen durch den vorerwähnten Bundesbeschluß vom 14. Dezember 1954 beim Fehlen eines Rentenanspruchs auf Gesuch hin außer den persönlichen Beiträgen auch die allfälligen Arbeitgeberbeiträge zurückvergütet wurden.

*

Ausgangspunkt für die jüngste Entwicklung auf dem hier behandelten Gebiet der Sozialversicherung bildete die Einführung der IV auf den 1. Januar 1960 unter gleichzeitiger Umgestaltung der Teilrenten für AHV (und IV) nach der Pro-rata-temporis-Methode. Zwar hatte sich damit in der Stellung der Flüchtlinge auf dem Gebiete der AHV rechtlich kaum etwas geändert; dagegen blieb ihre Rechtslage in der IV vorläufig kontrovers. Sicher war, daß Flüchtlinge gestützt auf Artikel 6 bzw. Artikel 9, Absatz 4, IVG zumindest nicht ungünstiger behandelt werden sollten als Ausländer ohne zwischenstaatliche Sonderregelung und Staatenlose. Indessen vertrat der Hochkommissar der Vereinten Nationen für Flüchtlinge die Ansicht, nachdem die Schweiz seinerzeit einen Vorbehalt zum oben erwähnten Artikel 24 des Flüchtlingsabkommens nur für den Bereich der AHV erklärt habe, bleibe dieser Vorbehalt für die in unserem Land erst später eingeführte IV ohne Wirkung. Eine derartige Beurteilung der Rechtslage, welche begreiflicherweise seitens der zuständigen schweizerischen Stellen nicht unwidersprochen blieb, hätte in der praktischen Anwendung zu kaum vertretbaren Komplikationen geführt, die sich mit der engen Verknüpfung von AHV und IV schlechterdings nicht vertragen hätten. Daher wurde von den interessierten Stellen nach einer Lösung gesucht, welche die organische Einheit beider Versicherungswerke respektiert, aber zugleich die verständlichen Wünsche der Flüchtlingskreise möglichst weitgehend berücksichtigt. Es gelang ziemlich rasch, eine sowohl AHV als IV umschließende Regelung zu finden, die nicht bloß die von der Schweiz im Rahmen des Flüchtlingsabkommens eingegangenen Verpflichtungen voll wahren, sondern

noch Gelegenheit bieten würde, den bisherigen Vorbehalt zur AHV zurückzuziehen. Eine entsprechende Vorlage für die innerstaatliche Regelung des Flüchtlingsstatuts in der AHV und IV hat dann der Bundesrat der Bundesversammlung in einer Botschaft vom 19. Januar 1962 unterbreitet. Auf ihr fußt der einleitend erwähnte Bundesbeschluß vom 4. Oktober 1962.

*

Die nachstehende Beschreibung des jetzigen Statuts der Flüchtlinge in der AHV und der IV beschränkt sich im Sinne eines allgemeinen Überblicks auf die wesentlichen Punkte. Sie verzichtet bewußt auf eine abschließende Kommentierung des vier Artikel umfassenden Bundesbeschlusses.

Als ein Hauptmerkmal der Neuregelung darf wohl die völlige Gleichstellung der im Inland wohnhaften Flüchtlinge mit Schweizerbürgern bei der Zusprechung ordentlicher Renten bezeichnet werden. Um in den Genuß einer *ordentlichen AHV-Rente* zu gelangen, muß der Flüchtling bei Eintritt des Versicherungsfalles nur eine einjährige Beitragsdauer, d. h. eine solche von mehr als 11 Monaten, aufweisen; ist die persönliche Beitragsdauer im Vergleich zu der des Jahrganges des Flüchtlings unvollständig, wird freilich eine im Einzelfall unter Umständen niedrig ausfallende Teilrente ausgerichtet; es sei denn, der Versicherte bzw. seine als Flüchtlinge anspruchsberechtigten Hinterlassenen erfüllten die Bedingungen für höhere außerordentliche Renten.

Um eine *ordentliche IV-Rente* zu erhalten, hat der Flüchtling außer der erwähnten Mindestbeitragsdauer auch noch der Versicherungsklausel zu genügen, d. h. er muß bei Eintritt der Invalidität versichert gewesen sein. Dank einer wichtigen Übergangsbestimmung des IVG erfüllen diese Voraussetzung auch solche Flüchtlinge, die tatsächlich schon vor dem 1. Januar 1960 invalid waren, aber im genannten Zeitpunkt versichert gewesen sind. Die gleiche Regelung gilt übrigens für bedürftige invalide Flüchtlinge, die wegen Hilflosigkeit eine Hilflosenentschädigung beanspruchen können. Für diese Entschädigung ist hingegen die Erfüllung einer Mindestbeitragsdauer nicht erforderlich.

Eine grundlegende Neuerung bildet sodann die Gewährung *außerordentlicher AHV- und IV-Renten* an Flüchtlinge in der Schweiz. Anspruch auf solche Renten können Flüchtlinge erheben, nachdem sie sich ununterbrochen 5 Jahre lang in der Schweiz aufgehalten haben. Im übrigen gelten für sie die gleichen Voraussetzungen wie für Schweizerbürger. Demnach ist auch bei Flüchtlingen nicht erforderlich, daß der

Rentenansprecher bzw. der verstorbene Ernährer bei Eintritt des Versicherungsfalles der Versicherung unterstellt gewesen war. Wo dieser Mangel bestand, wird er gleichsam durch Zeitablauf geheilt. Es gelangen nun im Rahmen der einschlägigen Bestimmungen des AHVG und des IVG eine beträchtliche Zahl von Flüchtlingen, die bisher von jeglicher Versicherungsleistung ausgeschlossen waren, in den Genuß außerordentlicher AHV- und IV-Renten. Soweit diese Rentenansprecher der sogenannten Übergangsgeneration angehören, werden sie ihre Altersrenten ohne Bedarfsklausel und demzufolge durchwegs ungekürzt zugesprochen erhalten. Nach dem Gesagten werden auch Flüchtlingskinder, die als Waisen in die Schweiz gekommen sind, nach fünfjährigem Aufenthalt regelmäßig rentenberechtigt.

Die IV kennt unter dem Titel der *Eingliederung* verschiedenartige Leistungen, wie medizinische Maßnahmen (vor allem bei Geburtsgebrechen) und Maßnahmen beruflicher Art, beide eventuell verbunden mit der Ausrichtung eines Taggeldes, ferner Sonderschulung bildungsfähiger Minderjähriger, Kostgeldbeitrag für anstaltsbedürftige bildungsunfähige Minderjährige und schließlich die Abgabe von oft kostspieligen Hilfsmitteln, wie z. B. Bein- und Armprothesen, Stützapparaten, Fahrzeugen und Hilfsgерäten am Arbeitsplatz. Diese Leistungen können für den einzelnen, der ihrer bedarf, und seine Familie von wesentlicher Bedeutung sein. Deshalb ist es für Flüchtlinge durchaus nicht belanglos, an welche Voraussetzungen ihre Ansprüche auf die eben genannten Sachleistungen der IV geknüpft werden. In bewußter Anlehnung an die für ordentliche Renten bestehende Regelung verlangt der Bundesbeschluß vom 4. Oktober 1962 hierfür die Entrichtung von Beiträgen während mindestens eines Jahres unmittelbar vor dem Eintritt der Invalidität. Bei nicht beitragspflichtigen Flüchtlingen (nicht erwerbstätigen Ehefrauen und Witwen sowie minderjährigen Kindern) ist analog eine ununterbrochene Aufenthaltsdauer in der Schweiz von mindestens einem Jahr erforderlich. Für Flüchtlingskinder, die entweder in der Schweiz invalid geboren sind oder seit ihrer Geburt hier leben, entfällt selbst diese Jahresfrist, um unbilligen Härten bei Eintritt der Invalidität vor Vollendung des ersten Lebensjahres zu vermeiden. Da im übrigen der Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen (im Gegensatz zu den Renten) nicht an einen festen Invaliditätsgrad gebunden ist, wird es in der Praxis Sache der zuständigen IV-Organe sein, im Einzelfall den Zeitpunkt des Eintrittes der Invalidität zu bestimmen und zu prüfen, ob bis dahin die für den Leistungsanspruch von Flüchtlingen verlangte Jahresfrist er-

füllt ist. Außer diesem einen zusätzlichen Erfordernis gelten für Flüchtlinge und Schweizerbürger im Inland dieselben Bedingungen, um in den Genuß einer bestimmten Sachleistung der IV zu gelangen.

*

Über die geschilderte Ordnung der Leistungsberechtigung von Flüchtlingen im Inland hinaus beschlägt der Bundesbeschluß vom 4. Oktober 1962 wenigstens dem Grundsatz nach das Verhältnis zur AHV und zur IV für jene Flüchtlinge, welche die Schweiz verlassen haben. Durch eine «Generalklausel» werden diese Flüchtlinge in ihren Ansprüchen auf ordentliche Renten der schweizerischen AHV und IV den Angehörigen des Wohnsitzstaates gleichgestellt; sie gelangen somit schon kraft innerstaatlicher schweizerischer Gesetzgebung weitgehend in den Genuß bilateralen Sozialversicherungsabkommen. Fehlt allerdings mit dem neuen Gastland des Flüchtlings ein derartiges Abkommen, so z. B. mit außereuropäischen Staaten, dann kommt — mangels einer gegenwärtigen bzw. künftigen Rentenberechtigung im Ausland — nur noch eine Rückerstattung der persönlich geleisteten AHV-Beiträge im Rahmen von Artikel 18, Absatz 3, AHVG in Frage.

*

Es wäre unrichtig, angesichts des neuen Statuts der Flüchtlinge in der AHV und IV von ihrer völligen Gleichstellung mit der einheimischen Bevölkerung zu sprechen. Auch in Zukunft werden hinsichtlich einzelner Leistungsansprüche Einschränkungen bestehen bleiben, und es wird Sache der privaten oder öffentlichen Flüchtlingshilfe sein, in die Bresche zu springen. Gesamthaft ist aber doch in den beiden beschriebenen Zweigen der Sozialversicherung eine weitgehende Angleichung der Stellung der Flüchtlinge an diejenige der Schweizerbürger zu erkennen. Diese Rechtsentwicklung fügt sich würdig in die allgemeine Linie der von unserem Lande befolgten Flüchtlingspolitik ein.

Statistik der Gebrechensarten in der Invalidenversicherung

Schon bei den verwaltungsinternen Vorarbeiten zur Einführung der IV hatte man an eine Statistik der Gebrechensarten gedacht. Bis heute war es jedoch noch nicht möglich, eine solche Statistik aufzuziehen; denn es wäre unverantwortlich gewesen, die IV-Organen in der schwierigen Einführungszeit angesichts des großen Anfalles von Anmeldungen noch mehr zu belasten. Ferner wollte man zuerst praktische Erfahrungen

sammeln und die Wünsche der Ärzteschaft sowie auch die Möglichkeiten und Grenzen einer Statistik genau abklären.

Vor allem scheint ein Interesse für eine Statistik der Geburtsgebrechen zu bestehen, verfügt doch die IV auf Grund ihrer Leistungen auf diesem Gebiet über mannigfache Angaben. Eine Statistik der Geburtsgebrechen wäre sowohl für die genetische Forschung als auch für allfällige prophylaktische Maßnahmen wertvoll. Eine solche Statistik würde allerdings voraussetzen, daß alle Geburtsgebrechen, die in Artikel 2 GgV aufgeführt sind, einzeln betrachtet werden könnten; denn Gruppenbezeichnungen wie etwa «Mißbildungen der Haut, der Muskulatur, des Skelettes usw.» ergäben kein brauchbares Resultat. Vom ärztlichen Standpunkt aus wäre somit eine möglichst differenzierte Erfassung der Gebrechensarten erwünscht, selbst wenn feststeht, daß einige der anerkannten Geburtsgebrechen sehr selten vorkommen und deshalb auf dem Gebiete der Schweiz keine repräsentativen Reihen darzustellen vermögen.

Die Wünsche der Statistiker gehen hingegen grundsätzlich dahin, möglichst viele Zahlenangaben zu erhalten, um daraus allgemein gültige Schlüsse ziehen zu können, was bei wenigen Zahlenangaben eben nicht möglich ist. Je kleiner die Zahlenreihen ausfallen, umso größer sind die Zufälligkeiten und die Gefahr von Fehlschlüssen. Die Interessen der Ärzte und der Statistiker decken sich also nicht ganz, schließen sich aber auch nicht gegenseitig aus. Es gilt hier, das richtige Maß zwischen Differenzierung und Zahlengröße herauszubekommen.

Außer den Geburtsgebrechen erwecken aber auch die übrigen Gebrechen das Interesse nicht nur der Ärzte, sondern ebenso aller jener Kreise, die sich auf dem Gebiete der Kranken-, Unfall-, Haftpflicht-, Invaliden- und Lebensversicherung betätigen. Dann interessieren sich dafür zweifellos die verschiedenen Fürsorgeinstitutionen privater und öffentlicher Natur, Anstalten zur Schulung oder beruflichen Ausbildung und Umschulung von Invaliden, Spitäler, Behörden usw. Zuverlässige statistische Angaben über die vielen Formen von Invalidität könnten künftighin auf dem Gebiete der Schweiz die notwendigen Grundlagen liefern, um die Bedürfnisfrage von neuen Schulungs- und Umbildungsstätten zu beurteilen. Eine zweckmäßige Gesamtplanung ist unerlässlich, will man Enttäuschungen vermeiden, die gerne entstehen, wenn ein gutgemeintes Projekt mit Eifer und Hingabe verfochten wird, bevor es nach jeder Richtung eingehend geprüft worden ist.

Die Einführung einer IV-Statistik nach Art des Gebrechens bietet mancherlei Hindernisse sowohl technischer Art als auch in der Beschaf-

fung und Auswertung der Grundlagen. Die Wünsche der Interessenten haben sich demnach sowohl den technischen Möglichkeiten unterzuordnen als auch den diagnostischen Gegebenheiten und deren Auswertung anzupassen.

Für die Bezeichnung der Art des Gebrechens stehen in der Statistiklochkarte vier Spalten zur Verfügung. Die Schlüsselung kann also durch eine vierstellige Zahl oder Zahlenkombination erfolgen. Auf die Ursache der Invalidität braucht dabei keine Rücksicht mehr genommen zu werden, da diese in der Lochkarte bereits enthalten ist. Durch entsprechende Kombination kann somit leicht ermittelt werden, ob ein Geburtsgebrechen oder ein Gebrechen auf Grund einer Krankheit oder eines Unfalles vorliegt.

Es dürfte zweckmäßig sein, die vierstellige Schlüsselzahl in zwei zweistellige Zahlen zu unterteilen, um die Gebrechen nach verschiedenen Gesichtspunkten zu gliedern. Einerseits besteht die Notwendigkeit, das Zahlenmaterial der schweizerischen IV mit demjenigen anderer Länder zu vergleichen. Ein Schlüssel sollte daher die Vergleichbarkeit auf internationaler Ebene gewährleisten. In Frage käme z. B. der internationale Schlüssel der Weltgesundheitsorganisation (OMS = Organisation mondiale de santé), wobei man sich auf zwei Stellen (Zehner und Hunderter) beschränken könnte. Andererseits sollte aber die Klassifizierung auf die Bedürfnisse der schweizerischen IV Rücksicht nehmen, was beim OMS-Schlüssel nicht der Fall ist. Dieser ist auf Grund einer hochdifferenzierten pathologisch-anatomischen Diagnostik aufgebaut und dient für die Erstellung von Krankheits- und Sterbefallstatistiken. Erfahrungsgemäß erhält die IV in den ärztlichen Zeugnissen keine detaillierten Diagnosen — mit Ausnahme der Geburtsgebrechen —, da diese Zeugnisse andern Zwecken dienen. Zudem wird die internationale OMS-Nomenklatur der Liste der IV-Geburtsgebrechen nicht gerecht, da diese in besonderer Weise gegliedert ist und den praktischen Bedürfnissen der IV entspricht, für welche dem OMS-Schlüssel die Ausdrucksmittel mangeln. Es ist somit ein Weg zu suchen, der weitgehend alle Bedürfnisse befriedigt, der aber auch praktisch verwirklicht werden kann.

Eine Statistik der Gebrechensarten wird natürlich so auszugestalten sein, daß sie die den Versicherungsorganen auferlegte Schweigepflicht nicht verletzt. Bei der Darstellung der Ergebnisse ist darauf Bedacht zu nehmen, daß aus ihnen keine Rückschlüsse auf konkrete Einzelfälle gezogen werden können. Die Privatsphäre der invaliden Versicherten ist auch auf dem Gebiete der Statistik streng zu schützen.

Invalidenversicherung und Spezialstellen der Invalidenhilfe in den Jahren 1960 bis 1962

Schon vor der Einführung der IV hatten sich zahlreiche öffentliche und gemeinnützige private Fürsorgeeinrichtungen und Hilfsorganisationen darum bemüht, den Invaliden und Behinderten zu einer gewissen materiellen Sicherheit zu verhelfen und sie mit Rat und Tat zu unterstützen. Hiefür verfügten diese Institutionen über ein sich fast auf alle Landesteile erstreckendes Netz von gut organisierten Fürsorgestellen. Außer der finanziellen Hilfe, die der Gesetzgeber solchen «Spezialstellen» durch die Gewährung von Beiträgen zukommen ließ, gab er ihnen ferner Gelegenheit, ihre Erfahrungen und Kenntnisse den neu geschaffenen Versicherungsorganen — den IV-Kommissionen und den IV-Regionalstellen — zur Verfügung zu stellen. Die Voraussetzungen für eine ersprießliche Zusammenarbeit wurden sehr bald nach Inkrafttreten des IVG durch den Erlaß von allgemeinen Weisungen geschaffen. Diese erlaubten es den IV-Kommissionen schon nach wenigen Wochen, die Spezialstellen mit gewissen Aufgaben zu betrauen. Wenig später begannen auch die IV-Regionalstellen, sich dieser Hilfe zu bedienen.

Der Beizug von Spezialstellen erfolgte erstmals im April 1960 und ist seither in stetigem Ansteigen begriffen. Waren bis Ende des Geschäftsjahres 1960 die Vergütungen für 1 182 Aufträge ausbezahlt worden, so betrug deren Zahl 1961 bereits 2 994, um im Jahre 1962 die Zahl von 4 003 zu erreichen. Für die ersten drei Jahre seit Inkrafttreten der IV ergibt sich somit ein Total von 8 179 Aufträgen. Werden die ungefähr 1 600 Aufträge, die Ende 1962 bei den Spezialstellen in Bearbeitung waren, sowie jene, für welche die Kostenvergütung in diesem Zeitpunkt noch nicht angeordnet worden war, hinzugerechnet, so übersteigen die den Spezialstellen bis Ende 1962 erteilten Aufträge die Gesamtzahl von 10 000.

Im Geschäftsjahr 1962 haben alle kantonalen IV-Kommissionen Spezialstellen beigezogen. Von den 3 300 für jene ausgeführten Aufträgen entfällt mehr als die Hälfte auf Fürsorgestellen der Pro Infirmis und auf ähnliche Institutionen. Dabei wurden die Fürsorgerinnen vorwiegend mit Abklärungen betreffend das Arbeitsvermögen von Hausfrauen oder die Voraussetzungen zur Bemessung des Grades der Hilflosigkeit und — bei Kindern — mit der Abklärung der schulischen Bildungsfähigkeit oder der Heimpflege betraut. Andererseits wurden die Spezialstellen oft auch für Fragen der Abgabe von geeigneten Hilfsmitteln zu Rate ge-

zogen. Mehrere IV-Kommissionen haben besondere Erhebungsformulare ausgearbeitet, welche die Arbeit merklich erleichtern.

Anders geartet sind in der Regel die von den IV-Regionalstellen erteilten Aufträge, mit denen auch andere Spezialstellen betraut wurden. Abzuklären waren vor allem die allgemeinen Fähigkeiten Invaliden und die Möglichkeiten, die zu einer erfolgversprechenden beruflichen Eingliederung führen können. Hiefür sowie zur Vermittlung von Arbeitsplätzen wurden besonders geeignete Spezialstellen beigezogen. Als Beispiele seien der Blinden-Leuchtturm in Zürich in Fällen von blinden oder sehschwachen Invaliden und die Fürsorgestellen von Organisationen zur Bekämpfung der Tuberkulose, wie die Hilfsstelle für Kurentlassene in Bern oder das BAND, erwähnt. Ferner wurden auch die öffentlichen Beratungsstellen der Invalidenhilfe — soweit sie über geschultes, mit den Problemen der beruflichen Eingliederung Invaliden vertrautes Fachpersonal verfügen — beigezogen. Auf diese Weise gingen bei den IV-Regionalstellen im Jahre 1962 rund 700 Berichte aus Aufträgen an die Spezialstellen ein.

Der Gesetzgeber, der die Mitarbeit solcher Spezialstellen ausdrücklich fördern wollte, ordnete denn auch an, daß die IV die ihnen aus Aufträgen von Versicherungsorganen entstandenen zusätzlichen Kosten vergütet. Zu diesem Zwecke haben die beigezogenen Spezialstellen für jeden bearbeiteten Fall eine Bescheinigung auszufertigen, in welcher der erteilte Auftrag kurz zu umschreiben sowie die Vorkehren und die dadurch verursachten Kosten aufzuführen sind. Dazu gehören vor allem die Personalkosten und die durch das Aufsuchen der Versicherten entstandenen Reisekosten. Die Gesamtsumme der an die rund 50 beteiligten Spezialstellen ausgerichteten Vergütungen erreichte bis Ende des Geschäftsjahres 1962 den Betrag von 230 000 Franken oder durchschnittlich 28 Franken je Fall. Wo sich die Aufträge auf berufliche Fragen, wie Berufsberatung und Arbeitsvermittlung, bezogen oder Fahrten auf weite Distanzen — vor allem in Gebirgsgegenden — erforderten, waren die Kosten wesentlich höher.

Die Richtlinien für die Zusammenarbeit zwischen Spezialstellen und IV-Organen haben sich grundsätzlich bewährt. Immerhin mußten einige IV-Kommissionen doch daran erinnert werden, daß Aufträge betreffend Fragen beruflicher Art, den Spezialstellen nur von den IV-Regionalstellen erteilt werden dürfen. Ferner war wiederholt die Tatsache hervorzuheben, daß der Gegenstand des Auftrags im üblichen Aufgabenbereich der IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen liegen muß und daß es demzufolge nicht möglich ist, eine Spezialstelle mit der rein für-

sorgerischen Betreuung eines Invaliden zu beauftragen. Die IV bezweckt bekanntlich in erster Linie die Eingliederung eines Invaliden in das Erwerbsleben, um ihn damit zu einem selbständigen Glied der menschlichen Gemeinschaft zu machen. Die fürsorgerische Betreuung hingegen betrachtete sie nicht als ihre eigene Aufgabe, sondern überläßt sie den hierfür besser geeigneten Organisationen der Invalidenhilfe. Wie wichtig indessen die Beratung und Betreuung der Invaliden für die Sicherung der Eingliederungsbemühungen ist, geht daraus hervor, daß die IV den Organisationen der Invalidenhilfe namhafte Beiträge an die Besoldungen und an die Reisespesen von entsprechendem Fachpersonal ausrichtet.

Die Uebernahme unmittelbarer und mittelbarer Folgen von Geburtsgebrechen durch die Invalidenversicherung

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat sich im Verlaufe des letzten Jahres in zwei Fällen mit der Frage auseinandergesetzt, ob und wie weit unmittelbare oder mittelbare Folgen eines Geburtsgebrechens einer Behandlung gemäß Artikel 13 IVG teilhaftig werden können (vgl. ZAK 1962, S. 374 und 1963, S. 81). Es stellte dabei fest, daß unmittelbare Folgen eines angeborenen Krankheitskomplexes unbestrittenermaßen von der IV zu decken seien. Bei bloß mittelbaren Folgen, d. h. wenn das Geburtsgebrechen nicht die alleinige Ursache des zu beurteilenden Sachverhaltes darstellt, müsse an die Frage des Kausalzusammenhanges zwischen dem Geburtsgebrechen und dessen nachteiliger mittelbarer Folge ein strenger Maßstab angelegt werden. Ein rechtserheblicher Kausalzusammenhang liegt grundsätzlich immer dann vor, wenn eine Tatsache als notwendige Ursache eines eingetretenen Schadens erscheint und diese zudem beim gewöhnlichen Verlauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, ein solches Resultat zu bewirken. Im Gebiete von Artikel 13 IVG, das den Anspruch des Versicherten auf die Behandlung des Geburtsgebrechens an sich beschränkt, rechtfertigt es sich nun nach den Ausführungen des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes, nur eine sehr enge Bindung zwischen dem Geburtsgebrechen und den auf dieses zurückgeführten weiteren nachteiligen Folgen als rechtserheblich anzuerkennen. Nach welchen Kriterien das Vorliegen einer derart engen Bindung zu beurteilen sei, konnte jedoch in den beiden zur Beurteilung stehenden Fällen offen gelassen werden, da sie im einen Fall offensichtlich fehlte, im andern jedoch zweifelsohne gegeben war.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht verneinte am 30. März 1962, i. Sa. D. H. (ZAK 1962, S. 374), das Bestehen einer engen Bindung zwischen dem im väterlichen Hause infolge Unvorsichtigkeit erlittenen Unfall mit Brandwundenfolgen sowohl mit dem Geburtsgebrechen (Unempfindlichkeit der Beine) als auch mit der wegen dieses Gebrechens gewährten Eingliederungsmaßnahme (Absolvierung einer Technikumslehre) und lehnte daher Leistungen der IV für Wundbehandlung und Spitalaufenthalt ab.

Zu einem andern Schluß gelangte das Gericht im Falle eines an Mikrozephalie, erethischer Idiotie, atonischer Diplegie und kongenitaler Epilepsie leidenden 5jährigen Versicherten, bei welchem die mangelhafte Koordination der Schluckmuskulatur zu einer Aspirationspneumonie führte, weshalb er während drei Monaten in einer Klinik untergebracht werden mußte. Da zwischen den Geburtsgebrechen und der Aspirationspneumonie ein sehr enger Zusammenhang gegeben sei, rechtfertige es sich, so argumentierte das Eidgenössische Versicherungsgericht, der IV die Behandlungskosten der Pneumonie selbst dann aufzuerlegen, wenn dieser Zusammenhang nur ein mittelbarer sein sollte (Urteil des EVG vom 27. August 1962 i. Sa. A. und R. W., ZAK 1963, S. 81).

Auf Grund dieser Rechtsprechung bejahte das Bundesamt für Sozialversicherung die ihm kürzlich unterbreitete Frage, ob die beidseitige Perthes'sche Erkrankung des Oberschenkelkopfes in einem engen Kausalzusammenhang zur angeborenen Istmusstenose der Aorta im Sinne von Artikel 2, Ziffer 98, GgV stehe. Da der Kausalzusammenhang zwischen Perthes'scher Krankheit und dem Geburtsgebrechen in einer ebenso starken Bindung wie zwischen der mangelhaften Koordination der Schluckmuskulatur und der Aspirationspneumonie gegeben war, erschien es richtig, die Kosten sämtlicher auf den schweren angeborenen Herzfehler zurückzuführenden Maßnahmen bei der Behandlung der Perthes'schen Krankheit zu Lasten der IV zu übernehmen.

Leistungen der Invalidenversicherung im Zusammenhang mit der Abgabe von Prothesen

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hatte sich am 15. Mai 1962 (Urteil in Sa. U. St., ZAK 1963, S. 31) mit dem Fall einer Versicherten zu befassen, welche als Ersatz für den vollständig fehlenden linken Arm eine Prothese trägt, wobei die IV die Kosten für Prothesenreparaturen und für die erforderlichen Ersatzteile übernommen hatte. Das Gericht

wies die Berufung des Bundesamtes für Sozialversicherung gegen die Übernahme eines jährlichen Beitrages der IV von 150 Franken für «Kleiderabnutzung» ab, indem es die Anwendbarkeit des Artikels 16, Absatz 3, IVV auf den in Frage stehenden Sachverhalt verneinte und auf der Grundlage von Artikel 21, Absatz 2, IVG argumentierte, eine Prothese müsse, um zweckmäßig zu sein, je nach den Verhältnissen des Versicherten auch ästhetischen Anforderungen entsprechen. Erheischt eine Prothese aus solchen Gründen die spezielle Anfertigung oder Änderung von Kleidern, so übernimmt die IV nach diesem Urteil die dadurch entstehenden Mehrkosten, sofern diese erheblich sind und ein normaler Kleiderunterhalt gegeben ist. «Zweckmäßig» bedeutet somit, daß die IV im Rahmen einer einfachen Anfertigung dafür zu sorgen hat, daß die Hilfsmittel auch äußerlich in einer die angestrebte Eingliederung so wenig wie möglich hemmenden Form gestaltet werden, was namentlich für künstliche Glieder gilt. Diese müssen jedenfalls bei Angehörigen von Berufen, in welchen die äußere persönliche Erscheinung für das berufliche Fortkommen eine erhebliche Rolle spielt, möglichst unauffällig oder doch wenigstens nicht abstoßend wirken. Es bleibt daher im Einzelfall zu prüfen, ob der Anpassung von Kleidern im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit eine ins Gewicht fallende Bedeutung zukommt oder nicht.

Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht weiter feststellte, ist bei einer im Entwicklungsalter stehenden Textilzeichnerin, welche wegen der Besonderheit der Prothese auf spezielle Anfertigungen von Kleidern angewiesen ist und daher erhebliche zusätzliche Bekleidungskosten zu bestreiten hat, ein jährlicher Beitrag von 150 Franken für die während zwei Jahren nötige besondere Anpassung der Sommer- und Winterkleider samt Mänteln und Regenschutz angemessen. Wenn die Versicherte die Wachstumsperiode hinter sich hat, können die IV-Organen über die Höhe des Beitrages erneut befinden. Das Gericht ließ die Frage offen (da der Beitrag der IV von jährlich 150 Franken auf der Grundlage von Artikel 21, Absatz 2, IVG gewährt wird), ob Kleider unter bestimmten Voraussetzungen als «Zubehör» einer Prothese im Sinne von Artikel 14, Absatz 1, Buchstabe a, IVV zu werten sind. Ferner mußte nicht entschieden werden, wie es sich verhält, wenn Kleidungsstücke durch das Tragen einer Prothese einem übermäßigen Verschleiß unterworfen sind.

In einem andern Falle (Urteil des EVG vom 10. Juli 1962, i. Sa. D. C., ZAK 1963, S. 84) hatte sich das EVG mit der Frage auseinanderzusetzen, ob die durch den Gebrauch einer Prothese normalerweise notwendige Pflege eines an sich gesunden Amputationsstumpfes zu Lasten der IV erfolgen könne oder nicht. Das Gericht bejahte die Übernahme

der durch die Pflege der Wunden am Amputationsstumpf entstehenden Kosten durch die IV, stellte diese Übernahme aber nicht in den Rahmen von Artikel 12 IVG, sondern stützte sich dabei auf Artikel 21, Absatz 2, IVG und Artikel 16, Absatz 2, IVV, indem es die in Frage stehende Pflege als Anpassungsmaßnahme wertete, wofür die IV aufzukommen hat, falls die Kosten nicht ganz geringfügig sind. Da der Amputationsstumpf sich in gutem Zustand befand und nicht mit einem andern Leiden behaftet war, hatte die Pflege einzig und allein das Ziel, dem Versicherten den Gebrauch der Prothese und damit die Ausübung der Erwerbstätigkeit zu erlauben. Somit war die Leistungspflicht der IV für die Pflegemaßnahmen gegeben.

Das Gesetz des Kantons Schaffhausen über Kinderzulagen für Arbeitnehmer

1. Entstehung des Gesetzes

Am 7. Mai 1956 erklärte der Große Rat eine Motion Zehnder erheblich, die den Regierungsrat beauftragte, die Frage der Schaffung einer kantonalen Familienausgleichskasse zu prüfen und dem Großen Rat darüber Bericht und Antrag zu unterbreiten. Ein weiterer Vorstoß erfolgte auf dem Wege einer von 15 Initianten eingereichten und durch weitere 3 730 gültige Unterschriften unterstützten Gesetzesinitiative, die einen formulierten Gesetzesentwurf von 38 Artikeln enthielt. Mit Bericht und Antrag vom 2. März 1960 schlug der Regierungsrat dem Großen Rat vor, die Initiative dem Volk mit dem Antrag auf Verwerfung zu unterbreiten. Zu diesem Antrag kam der Regierungsrat vor allem wegen der Mängel, die dem Gesetzesentwurf anhafteten. In der Folge beauftragte die großrätliche Kommission, die sich mit diesem Geschäft zu befassen hatte, die Gewerbedirektion, eine Erhebung über die Kinderzulagen-Verhältnisse im Kanton Schaffhausen durchzuführen. Durch diese Erhebung konnten bei 2 020 versandten Fragebogen 1 144 Betriebe mit 22 951 Arbeitnehmern und 15 337 Kindern bis zum 18. Altersjahr erfaßt werden. Sie ergab, daß für 14 248 Kinder, d. h. 92,9 Prozent der erfaßten Kinder, eine Zulage ausgerichtet wurde, während 1 089 Kinder oder 7,1 Prozent nicht im Genusse einer Kinderzulage standen. Die Erhebung ergab im weiteren, daß die ausbezahlten Zulagen zwischen 8 und 50 Franken pro Monat schwankten, wobei der größte Teil der Zulagen bei 15 Franken pro Kind und Monat lag.

Am 19. Dezember 1960 erteilte der Große Rat dem Regierungsrat den Auftrag, einen Gegenentwurf zur erwähnten Initiative auszuarbeiten. Dabei wurde grundsätzlich die Auffassung vertreten, daß eine gesetzliche Regelung in größerem Umfange als der Initiativtext auf die bestehenden Verhältnisse Rücksicht zu nehmen habe und daß im besonderen die Möglichkeit bestehen sollte, jene Arbeitgeber von der Unterstellung unter das Gesetz zu befreien, die bereits auf Grund von Verträgen Kinderzulagen ausrichten. Mit Bericht und Antrag vom 21. Februar 1962 legte der Regierungsrat dem Großen Rat einen Entwurf zu einem Gesetz über Kinderzulagen für Arbeitnehmer vor, der am 6. August 1962 vom Großen Rat mit einigen geringfügigen Abänderungen ohne Gegenstimme genehmigt wurde. Am 4. November 1962 wurde das Gesetz schließlich in der Volksabstimmung mit 9 188 Ja gegen 3 171 Nein angenommen, wodurch die erwähnte Gesetzesinitiative gegenstandslos wurde. Damit hat Schaffhausen als 23. Kanton ein Gesetz über Kinderzulagen für Arbeitnehmer erlassen.

Am 27. Dezember 1962 erließ der Regierungsrat die Vollziehungsverordnung zu diesem Gesetz.

2. Geltungsbereich

Dem Gesetz unterstehen alle Arbeitgeber, die im Kanton einen Wohn- oder Geschäftssitz, eine Zweigniederlassung oder eine Betriebsstätte haben. Dabei bezieht sich die Unterstellung auf alle im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer. Nicht dem Gesetz unterstellt sind: die Verwaltungen und Betriebe fremder Staaten, die eidgenössischen Verwaltungen und Betriebe mit Einschluß der SUVA, die landwirtschaftlichen Arbeitgeber, die privaten Hausdienstarbeitgeber für ihre weiblichen Angestellten sowie die Arbeitgeber für den im Betrieb mitarbeitenden Ehegatten. Arbeitgeber, die ihren Arbeitnehmern auf Grund von Gesamtarbeitsverträgen oder eines für alle Mitglieder verbindlichen, im Einvernehmen mit den zuständigen Arbeitnehmerorganisationen gefaßten Verbandsbeschlusses oder besonderer öffentlich-rechtlicher Vorschriften gleichartige und den gesetzlichen in der Gesamtleistung mindestens gleichwertige Zulagen ausrichten, werden vom Regierungsrat ganz oder teilweise von der Unterstellung unter das Gesetz befreit. Auf Grund dieser Bestimmungen können sich auch der Kanton und die Gemeinden von der Unterstellung befreien lassen. Die Befreiung ist zu widerrufen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind. Wird in einem Betrieb die Mehrheit der Arbeitnehmer von einem oder mehreren Gesamtarbeitsverträgen erfaßt, so kann die Befreiung auf alle Arbeitnehmer

ausgedehnt werden, sofern die gesetzlichen Mindestleistungen auch den keinem Gesamtarbeitsvertrag unterstehenden Arbeitnehmern ausgerichtet werden.

Der Regierungsrat ist ermächtigt, mit anderen Kantonen zur Vermeidung von Zuständigkeitsstreitigkeiten Vereinbarungen auf Gegenseitigkeit abzuschließen, die insbesondere bezüglich der Unterstellung unter das Gesetz und der Bezugsberechtigung von den gesetzlichen Bestimmungen abweichen dürfen.

3. Bezugsberechtigte Personen

Bezugsberechtigt sind alle Arbeitnehmer, deren Arbeitgeber dem Gesetz unterstellt ist. Von der Bezugsberechtigung ausdrücklich ausgeschlossen sind die hauptberuflichen Kleinbauern, die auf Grund des FLG Familienzulagen beziehen und im Nebenberuf als Arbeitnehmer tätig sind. Für nicht voll beschäftigte oder nebenberufliche Arbeitnehmer ist die Kinderzulage nach Maßgabe der Arbeitszeit zu berechnen. Der Anspruch auf Kinderzulage entsteht und erlischt mit dem Lohnanspruch; doch sind die Zulagen bei Unfall, Krankheit, Militärdienst oder Todesfall nach Erlöschen des Lohnanspruches noch während dreier Monate weiter auszurichten.

Das Gesetz erklärt die Arbeitnehmer lediglich für ihre in der Schweiz lebenden Kinder als zulageberechtigt. Doch kann der Regierungsrat unter gewissen Bedingungen den Anspruch auf Kinderzulagen auch Kindern zuerkennen, die im Ausland wohnen. Von dieser Befugnis hat er Gebrauch gemacht und die im Ausland wohnenden Kinder den Kindern im Inland gleichgestellt. Wenn aber sowohl auf Grund des kantonalen Gesetzes als auch auf Grund der ausländischen Gesetzgebung Anspruch auf Kinderzulagen besteht, so werden nur die Kinderzulagen nach Maßgabe der Gesetzgebung am Arbeitsort des Vaters geschuldet.

4. Kinderzulagen

Die Kinderzulage beträgt mindestens 15 Franken im Monat für jedes Kind. Als zulageberechtigt gelten die ehelichen und Adoptivkinder, ferner die außerehelichen und Stiefkinder, für deren Unterhalt der Arbeitnehmer überwiegend aufkommt, die Pflegekinder, die der Arbeitnehmer unentgeltlich zur dauernden Pflege und Erziehung zu sich genommen hat, 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 körperlichen oder geistigen Gebrechens erwerbsunfähig sind, beträgt sie 20 Jahre. Zur Frage der Anspruchskonkurrenz bestimmt das Gesetz, daß nur *eine* Kinderzulage ausgerichtet werden darf, wenn beide Ehegatten als Arbeitnehmer tätig sind, und daß in diesem Falle der Anspruch in der Regel dem Ehemann zusteht. Für Kinder aus geschiedener oder getrennter Ehe steht der Anspruch jenem Elternteil zu, der für den Unterhalt des Kindes überwiegend aufkommt, in Zweifelsfällen jenem, dem die Obhut des Kindes anvertraut ist. Bietet der anspruchsberechtigte Arbeitnehmer keine Gewähr für eine zweckentsprechende Verwendung der Zulage, so ist diese jener Person, Amtsstelle oder Anstalt auszurichten, die tatsächlich für das Kind sorgt. Nicht bezogene Zulagen können für die letzten 12 Monate vor der Geltendmachung des Anspruches nachgefordert werden. Die Rückforderung zu Unrecht bezogener Kinderzulagen ist in entsprechender Weise geordnet wie die Rückerstattung unrechtmäßig bezogener Renten im AHVG.

5. Organisation

Alle dem Gesetz unterstellten Arbeitgeber sind verpflichtet, einer vom Regierungsrat anerkannten oder der kantonalen Familienausgleichskasse beizutreten. Die Durchführung des Gesetzes wird somit, wie in den weitaus meisten übrigen Kantonen, anerkannten privaten sowie einer kantonalen Familienausgleichskasse übertragen.

Das Gesetz stellt folgende Anerkennungsbedingungen für private Familienausgleichskassen auf: Die Kasse muß von einem oder mehreren Arbeitgeberverbänden geführt werden; sie muß nachweisen, daß ihr mindestens 20 Arbeitgeber angehören, die mindestens 500 Arbeitnehmer beschäftigen; sie hat die gesetzlichen Mindestleistungen zu erbringen; sie muß für eine geordnete Geschäftsführung Gewähr bieten und ihre Kassenvorschriften müssen den Bestimmungen des Gesetzes entsprechen. Die erwähnten Mindestzahlen bezüglich der angeschlossenen Arbeitgeber und Arbeitnehmer werden jedoch nicht verlangt bei Familienausgleichskassen, die von einer AHV-Verbandsausgleichskasse geführt und für sämtliche dieser Kasse angeschlossenen Arbeitgeber errichtet werden. Anerkennungsbehörde ist der Regierungsrat, dem auch die Kassenvorschriften und deren Änderungen sowie allfällige Auflösungs- oder Fusionsbeschlüsse privater Kassen zur Genehmigung zu unterbreiten sind. Gesuche um Anerkennung bereits bestehender Familienausgleichskassen sind der Gewerbedirektion spätestens bis zum 30. April 1963 einzureichen. Neue Familienausgleichskassen können erstmals auf den 1. Januar 1966 und sodann jeweils in Abständen von fünf Jahren errichtet werden. Mit

der Anerkennung erlangen die Kassen das Recht der Persönlichkeit. Sie unterstehen einer jährlichen Überprüfung durch ein unabhängiges Revisionsorgan, das seinen Bericht dem Regierungsrat einzureichen hat. Die anerkannten Familienausgleichskassen sind von den direkten Einkommens- und Vermögenssteuern sowie von den Erbschafts- und Schenkungssteuern befreit.

Der Kanton errichtet eine kantonale Familienausgleichskasse als selbständige öffentliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit. Deren Führung wird der kantonalen AHV-Ausgleichskasse übertragen. Der kantonalen Familienausgleichskasse gehören sämtliche dem Gesetz unterstellten Arbeitgeber an, die nicht binnen dreier Monate nach Erwerb der Arbeitgebereigenschaft sich einer anerkannten privaten Kasse anschließen. Der Regierungsrat setzt periodisch die Höhe der Arbeitgeberbeiträge an die kantonale Familienausgleichskasse sowie den Ansatz der von dieser auszurichtenden Kinderzulage fest; er beschließt ferner über die Einlagen in den Reservefonds und über die Entschädigung des Kantons für die Besorgung der kassenfremden Verwaltungsaufgaben.

6. Finanzierung

Die Finanzierung der Kinderzulagen erfolgt ausschließlich durch Beiträge der Arbeitgeber, die prozentual von den der AHV-Beitragspflicht unterliegenden Löhnen zu bemessen sind. Der Reservefonds einer Familienausgleichskasse soll lediglich Schwankungen ausgleichen und den Betrag eines Jahresaufwandes nicht überschreiten; andernfalls sind die Beiträge herabzusetzen oder die Zulagen zu erhöhen.

7. Durchführung und Rechtspflege

Die Aufsicht über die Durchführung des Gesetzes und die Aufgabe, für dessen einheitliche Anwendung durch die Kassen zu sorgen, wird dem Regierungsrat übertragen. Im weiteren regelt das Gesetz die Auskunftspflicht der Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie der Familienausgleichskassen und der Verwaltungs- und Rechtspflegeorgane des Kantons und der Gemeinden und statuiert die Schweigepflicht der mit der Durchführung des Gesetzes betrauten Personen gegenüber Drittpersonen. Als subsidiäres Recht bestimmt das Gesetz die Vorschriften der AHV. Insbesondere finden die Strafbestimmungen des AHVG Anwendung.

Die Kassenverfügungen müssen schriftlich, begründet und mit Rechtsmittelbelehrung versehen eröffnet werden. Den von einer Kassenverfügung Betroffenen steht während 30 Tagen seit der Zustellung die Beschwerde beim Obergericht des Kantons Schaffhausen offen.

8. Inkrafttreten

Das Gesetz und die Verordnung treten auf den 1. Juli 1963 in Kraft. Von diesem Zeitpunkt an werden die Arbeitgeberbeiträge erhoben. Die Anspruchsberechtigung der Arbeitnehmer beginnt am 1. Oktober 1963.

Die Anrechnung der Beiträge und Beitragsmonate im Jahre des Rentenbeginns

Den Beiträgen und Beitragsmonaten im Jahre des Rentenbeginns kommt unterschiedliche Bedeutung zu, je nachdem ob es sich um die Berechnung des durchschnittlichen Jahresbeitrages, um die Erfüllung der Mindestbeitragsdauer oder um die Bestimmung der vollen Beitragsjahre bzw. der anwendbaren Rentenskala handelt.

Bei der Ermittlung des *durchschnittlichen Jahresbeitrages* gilt gemäß Artikel 30, Absatz 2, AHVG — mit Ausnahme des in Artikel 51, Absatz 2, AHVV vorgesehenen Sonderfalles — die Regel, daß nur die bis zum Ende des der Entstehung des Rentenanspruches vorangehenden Jahres geleisteten Beiträge und Beitragszeiten angerechnet werden. Diese Ermittlungsregel gilt nur für den durchschnittlichen Jahresbeitrag, *nicht* aber für die Frage der *Mindestbeitragsdauer* (Art. 29, Abs. 1, und Art. 18, Abs. 2, AHVG) und auch *nicht* für die Ermittlung der *vollen Beitragsjahre* des Versicherten bzw. der für ihn anwendbaren Rentenskala (Art. 29, Abs. 2, und Art. 29^{bis} AHVG). Hier sind stets auch die in das Jahr des Rentenbeginns fallenden Beitragsmonate und Beiträge voll anzurechnen, und zwar unabhängig davon, ob sie bei der Berechnung des durchschnittlichen Jahresbeitrages ausnahmsweise (Art. 51, Abs. 2, AHVV) berücksichtigt wurden oder nicht. Dies mag sowohl für die Frage der Mindestbeitragsdauer als auch für diejenige der vollen Beitragsjahre bzw. der anwendbaren Rentenskala an Hand eines *Beispiels* erläutert werden:

Ein bisher nicht freiwillig versicherter, am 3. September 1898 geborener Auslandschweizer kehrt im Oktober 1962 in die Schweiz zurück. Er untersteht bis zum Erreichen des 65. Altersjahres, also bis Ende September 1963 der Beitragspflicht. Ab 1. Oktober 1963 wird ihm der An-

spruch auf eine ordentliche Altersrente zustehen, weil er unter Berücksichtigung der im Jahre des Rentenbeginns geleisteten Beitragsmonate die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer (3 Monate im Jahre 1962 und 9 Monate im Jahre 1963 = 12 Monate) erfüllt. Ferner werden in diesem Sonderfall gemäß Artikel 51, Absatz 2, AHVV auch für die Ermittlung des durchschnittlichen Jahresbeitrages die im Jahr des Rentenbeginns geleisteten Beiträge und Beitragsmonate berücksichtigt. In gleicher Weise wäre vorzugehen, wenn dieser Auslandschweizer z. B. schon im Juli 1948 in die Heimat zurückgekehrt wäre und seither bis zum Eintritt des Rentenfalles im September 1963 ununterbrochen seiner Beitragspflicht nachgekommen wäre. Trotz der im Jahre 1948 fehlenden 6 Monate (Januar bis Juni) wäre seine Beitragsdauer vollständig, da diese Beitragslücke durch die im Jahre 1963 geleisteten 9 Beitragsmonate wieder wettgemacht würde (Beitragsdauer des Jahrganges = 15 Jahre und 9 Monate; seine Beitragsdauer = 15 Jahre und 3 Monate) und er somit die gleiche Zahl voller Beitragsjahre aufweisen würde wie sein Jahrgang. Die ihm ab 1. Oktober 1963 zustehende Altersrente wäre demnach nach Skala 20 zu berechnen. Bei der Ermittlung des durchschnittlichen Jahresbeitrages wären hingegen nur die bis 31. Dezember 1962 geleisteten Beiträge und Beitragszeiten, also 14 Jahre und 6 Monate (bzw. nach Streichung des schlechtesten Beitragsjahres 13 Jahre und 6 Monate) zu berücksichtigen.

Diese Regelung wurde in jüngster Zeit nicht mehr durchwegs einheitlich angewandt, weshalb sie hier in Erinnerung gerufen wird. Im übrigen sei auf die zum gleichen Thema bereits in der ZAK 1958, S. 438, erschienen Ausführungen verwiesen.

Durchführungsfragen der IV ¹

Geburtsgebrechen: Mit Kauunfähigkeit verbundenes Fehlen von Zähnen

Gestützt auf eine Anregung der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft wird im Interesse einer einheitlichen Beurteilung der Kauunfähigkeit gemäß Artikel 2, Ziffer 55, GgV empfohlen, die Nichtanlage von mindestens drei Frontzähnen oder von insgesamt mindestens fünf bleibenden Zähnen des Ober- oder des Unterkiefers (abgesehen von den Weisheitszähnen und von extrahierten Zähnen) als Geburtsgebrechen zu betrachten. Dabei gelten Eckzähne als Frontzähne.

¹ Aus «IV-Mitteilungen» Nr. 42

Geburtsgebrechen: Anerkennung im Einzelfall

Das Eidgenössische Departement des Innern hat gestützt auf Artikel 3, Absatz 2, GgV in zwei Einzelfällen die *Megencephalie* und die *idiopathische Spontanhypoglykämie* als Geburtsgebrechen bezeichnet und gleichzeitig das Bundesamt für Sozialversicherung ermächtigt, diese beiden Leiden in künftig zur Beurteilung gelangenden Fällen ebenfalls als Geburtsgebrechen anzuerkennen. Entsprechende Gesuche sind dem Bundesamt für Sozialversicherung unter Vorlage der Akten zu unterbreiten.

Hilfsmittel: Krampfadernstrümpfe

Elastische Krampfadernstrümpfe oder Binden stellen *keine* zur Eingliederung ins Erwerbsleben notwendige *Hilfsmittel* im Sinne von Artikel 21 IVG dar. Sie dienen in erster Linie der Verbesserung der Blutzirkulation der untern Gliedmaßen und bezwecken somit die Behandlung eines Leidens, die in aller Regel weder auf Grund von Artikel 12 noch von Artikel 13 IVG von der IV zu übernehmen ist.

Abgabe von Motorfahrrädern bei erstmaliger beruflicher Ausbildung und bei Umschulung

Die Abgabe von Motorfahrzeugen bei erstmaliger beruflicher Ausbildung oder bei Umschulung ist ausgeschlossen, da diese Maßnahme die Ausübung einer existenzsichernden Erwerbstätigkeit voraussetzt. Hingegen können in solchen Fällen *Motorfahrräder* (Zylinderinhalt bis 50 cm³, Geschwindigkeit bis zu 30 km/h), die im Gegensatz zu den Kleinmotorrädern keine Motorfahrzeuge im Sinne der Straßenverkehrsgesetzgebung darstellen, abgegeben werden, sofern deren Benützung invaliditätsbedingt ist.

LITERATURHINWEISE

Löwe, Armin: **Haus-Spracherziehung für hörgeschädigte Kleinkinder.** Ein neuer Weg in der Früherziehung hörgeschädigter Kinder. 84 S. Berlin-Charlottenburg, Carl Marhold, 1962. (Heilpädagogische Beiträge, hg. von Gerhard Heese, Heft 6.)

Montmollin, B. de: **Le traitement chirurgical de l'arthrose de la hanche.** Conférence. 12 S., illustriert. (Bulletin No. 4 de la Ligue vaudoise contre le rhumatisme, Lausanne, novembre 1962.)

Petersen, Hans: Der Abschunterricht für Erwachsene. (In: Monatsblatt des Bundes Schweizerischer Schwerhörigen-Vereine. Schill Luzern, 1960, Heft 9, S. 266—270.)

Sandmeier, Francis: Die berufliche Eingliederung der jugendlichen Invaliden in der Schweiz. Vortrag anlässlich der Vollversammlung der Europäischen Vereinigung für Sozialmedizin in Turin. 23 S., mit französischem Résumé. (Separatdruck aus: Praxis schweizerische Rundschau für Medizin, Jg. 50, 1961, Nr. 39, S. 1020—1026.)

Schweizerische Juristische Kartothek: Erwerbsersatzordnung. Ersatzkarten 928 und 929. Stand der Gesetzgebung und der Rechtsprechung 1. Juli 1961. Neu bearbeitet von Dr. Albert Granacher und Dr. Hans Naef. Genf, 1962.

Taylor, Wallace W., and Isabelle Wagner Taylor: Special education of physically handicapped children in Western Europe (... in Switzerland = S. 451 bis 476). Herausgegeben von der International Society for Rehabilitation of the Disabled, New York. 15 + 497 S. Lochem/Niederlande, Lochemsche Handels- & Courantendrukkerij, 1960.

Widmer, Konrad: «Hinweise». Ergänzungen zur 6. Auflage der «Einführung in die Heilpädagogik» von Heinrich Hanselmann. 23 S. Zürich, Rotapfel-Verlag 1962.

KLEINE MITTEILUNGEN

Eidg. AHV/IV-Kommission

Auf Ende 1962 ist Staatsrat Marcel Gard, Siders, aus der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung ausgeschieden. Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 5. Februar 1963 als neues Mitglied dieser Kommission für den Rest der laufenden Amtsperiode gewählt: Staatsrat Dr. Plinio Cioccarelli, Bellinzona.

Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds der AHV

Auf Ende 1962 ist Ernst Aebi, Vizedirektor des Schweizerischen Bauernverbandes, Brugg, aus dem Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds der AHV ausgeschieden. Auf Antrag der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung hat der Bundesrat am 5. Februar als Nachfolger für den Rest der laufenden Amtsperiode gewählt: Dr. Willi Neukomm, Vizedirektor des Schweizerischen Bauernverbandes, Brugg. Gleichzeitig wählte er zum Ersatzmann des Verwaltungsrates: Josef Studer, Genf.

Familienzulagen im Kanton Bern

Nach den geltenden Vorschriften haben ausländische Arbeitnehmer nur dann Anspruch auf Kinderzulagen, wenn sie mit ihren Kindern in der Schweiz wohnen. In der Volksabstimmung vom 10. Februar 1963 wurde mit 33 389 Ja gegen 14 905 Nein eine Gesetzesänderung angenommen, die dem Regierungsrat die Befugnis erteilt, für Angehörige bestimmter Staaten auf die erwähnte Voraussetzung bezüglich des Wohnsitzes zu verzichten und besondere Vorschriften über den Anspruch auf Kinderzulagen zu erlassen.

Familienzulagen im Kanton Freiburg

Mit Beschluß vom 8. Januar 1963 hat der Staatsrat den Beitrag der nichtlandwirtschaftlichen Arbeitgeber an die kantonale Familienausgleichskasse für 1963 auf 3,2 (bisher 3,5) Prozent der Bar- und Naturallöhne festgesetzt. Die landwirtschaftlichen Arbeitgeber haben einen kantonalen Beitrag von 2,2 (bisher 2,5) Prozent zu bezahlen zuzüglich den Beitrag gemäß FLG von 1,3 (bisher 1,0) Prozent, so daß sich der gesamte Beitrag in der Landwirtschaft wie bisher auf 3,5 Prozent der Bar- und Naturallöhne beläuft.

Ferner erheben die anerkannten Familienausgleichskassen seit dem 1. Januar 1963 von den nichtlandwirtschaftlichen Arbeitgebern im Sinne der kantonalen Gesetzgebung über die Familienzulagen einen besonderen Beitrag an die finanziellen Lasten für die Räumlichkeiten und Einrichtungen der Berufsschulen. Dieser Beitrag, der sich auf die kantonale Ausführungsgesetzgebung zum Bundesgesetz über die berufliche Ausbildung stützt, wurde auf 0,25 Promille der Bar- und Naturallöhne festgesetzt.

Mit einem weiteren Beschluß des Staatsrates vom 15. Januar 1963 wurde die Ausführungsverordnung zum Familienzulagengesetz geändert. Mit Wirkung ab 1. Januar 1963 werden die Zulagen im Krankheitsfall während 12 (bisher 6) Monaten im Verlaufe eines Zeitraumes von 18 (bisher 12) Monaten über das Ende des Lohnanspruches hinaus ausgerichtet. Ferner wird die volle Zulage bezahlt, wenn der Arbeitnehmer wenigstens 20 Tage im Monat oder 160 Stunden in zweimal 14 Tagen (bisher 25 Tage bzw. 180 Stunden) gearbeitet hat.

Personelles

Der langjährige Leiter der Ausgleichskasse «Horlogerie», Herr André Pettavel, ist aus Altersgründen von seinem Amte zurückgetreten. Der Kassenvorstand wählte zu seinem Nachfolger Herrn Rudolf Berner.

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Beiträge

Urteil des EVG vom 24. Oktober 1962 i. Sa. B. B.

Art. 16, Abs. 1, AHVG. Sind bei Eintritt des Versicherungsfalles Beiträge noch nicht festgesetzt, so können nur nicht verjährte Beiträge nachgefordert bzw. verrechnet werden.

Der staatenlose Berufungskläger hatte im April 1960 das 65. Altersjahr zurückgelegt und um Ausrichtung einer Altersrente ersucht. Nach den Feststellungen der Ausgleichskasse hatte er in den Jahren 1954 bis 1956 keine Beiträge entrichtet und wies demzufolge keine 10jährige Beitragsdauer nach Art. 18, Abs. 2, AHVG auf. Sein Rentenbegehren wurde abgewiesen und die betreffende Verfügung der Ausgleichskasse auf erhobene Beschwerde vom erstinstanzlichen Richter bestätigt. Die von B. B. gegen den Rekursentscheid eingelegte Berufung hat das EVG abgewiesen, wobei es sich zur Frage der Nachzahlung bzw. Verrechnung von Beiträgen im Rentenfall wie folgt äußerte:

1.

2. Trotz dieser Aufenthaltslücke wäre der Berufungskläger — als Staatenloser — rentenberechtigt, wenn er während mindestens zehn vollen Jahren AHV-Beiträge entrichtet hätte (Art. 18, Abs. 2, AHVG in Verbindung mit Art. 5 des Flüchtlingsabkommens). Auch diese Bedingung ist aber nicht erfüllt, sind doch im Lauf der zwölf Jahre und vier Monate betragenden Beitragsdauer (Januar 1948 bis April 1960) für insgesamt drei Jahre (1954 bis 1956) keinerlei Beiträge entrichtet worden.

Gewiß bescheinigt der Bericht der kantonalen Fremdenpolizei, daß während des Auslandsaufenthalts von Dezember 1954 bis April 1956 der hiesige zivilrechtliche Wohnsitz des Berufungsklägers und damit auch seine Beitragspflicht fortbestanden hatte (Art. 1, Abs. 1, Buchst. a; Art. 3, Abs. 1, und Art. 10 AHVG). Doch dürfen für jenen Zeitraum keine Beiträge nachbezahlt bzw. von der Ausgleichskasse mit allfälligen Rentenbeträgen verrechnet werden, weil während der in Art. 16, Abs. 1, AHVG festgelegten fünfjährigen Verjährungsfrist (die für das Beitragsjahr 1954 Ende Dezember 1959, für das Beitragsjahr 1955 Ende Dezember 1960 und für das Beitragsjahr 1956 Ende Dezember 1961 geendet hat) keine entsprechende Nachzahlungsverfügung der Kasse ergangen ist. Jede gemäß Art. 16, Abs. 1, des Gesetzes eingetretene Verjährung zeitigt absolute Verwirkungsfolgen: eine innert der fünfjährigen Frist nicht durch Kassenverfügung geltend gemachte Beitragsforderung ist erloschen und lebt selbst dann nicht wieder auf, wenn ein Versicherter die daher in seiner Beitragsdauer entstandene Lücke dem vorschriftswidrigen Verhalten einer Ausgleichskasse verdanken sollte (EVGE 1955, S. 196 ff. und 271 f., 1957, S. 45 ff. und 1958, S. 199; Urteile des EVG in Sachen A. U. vom

29. Januar 1959, ZAK 1959, S. 437 und J. K. vom 21. April 1961, Erwägung 2, ZAK 1961, S. 359). Darum ist im gegenwärtigen Verfahren nicht zu prüfen, ob die Ausgleichskasse nach der Einreichung des Rentengesuchs vom Frühjahr 1960 pflichtwidrig keine Beiträge für die Jahre 1955 und 1956 nachgefordert habe.

3.

Urteil des EVG vom 7. September 1962 i. Sa. J. S.

Art. 37; Art. 39 AHVV. Das in Art. 38 AHVV vorgeschriebene Mahnverfahren gilt nicht für die Nachzahlung von Beiträgen und ist daher vor dem Erlaß einer Nachzahlungsverfügung nicht durchzuführen.

Bei der Steuerveranlagung eines Landwirtes für die Jahre 1959 und 1960 wurden je 1 400 Franken an Barlöhnen berücksichtigt. Die Ausgleichskasse stellte fest, daß davon keine Lohnbeiträge entrichtet worden waren. Der Landwirt machte geltend, in diesen Jahren habe er nur einen im Jahre 1943 geborenen Adoptivsohn beschäftigt. Diesem habe er aber keinen Barlohn gewährt. Bei den in der Steuererklärung eingesetzten Löhnen für fremde Arbeitskräfte handle es sich um Entschädigungen und Naturalleistungen an Schüler, die ihm bei der Kartoffelernte und beim Einbringen der Rüben behilflich gewesen seien. Diese Leistungen seien nicht beitragspflichtig. Die Ausgleichskasse forderte den Landwirt auf, ihr Auskunft über die Empfänger dieser Löhne zu geben. Da er dieser Aufforderung nicht nachkam, forderte die Ausgleichskasse die Lohnbeiträge nach, worauf der Landwirt Beschwerde erhob.

Die Rekursbehörde hob die Nachzahlungsverfügung auf, weil die Ausgleichskasse vor deren Erlaß das Mahnverfahren gemäß Art. 37 und 38 AHVV nicht durchgeführt habe. Gegen diesen Entscheid reichte die Ausgleichskasse beim EVG rechtzeitig Beschwerde ein.

Dieses hieß die Berufung gut und wies die Sache zur materiellen Beurteilung an die Rekursbehörde zurück. Es stellte folgende Erwägungen an.

1. Gemäß Art. 13 in Verbindung mit Art. 12 AHVG ist jeder Arbeitgeber, der in der Schweiz eine Betriebsstätte hat und obligatorisch versicherten Personen Arbeitsentgelte gewährt, verpflichtet, der zuständigen Ausgleichskasse vom maßgebenden Lohn seines Personals den gesetzlichen paritätischen Beitrag zu entrichten. Diesen Beitrag hat er periodisch abzuliefern, unter Angabe der für eine angemessene Kontrolle erforderlichen Daten. Unterläßt er trotz Mahnung diese Angaben, oder macht er über Lohnsumme und Lohnperiode offensichtlich unrichtige oder unvollständige Angaben, so hat die Kasse die geschuldeten Beiträge nötigenfalls durch eine Veranlagungsverfügung festzusetzen (Art. 14, Abs. 3, AHVG; Art. 34 ff. AHVV). Erhält sie erst nachträglich davon Kenntnis, daß der Beitragspflichtige zu niedrige Beträge bezahlt, so hat sie, sofern die Forderung nicht verjährt ist, die Nachzahlung der geschuldeten Beiträge im Sinne von Art. 39 AHVV zu verfügen (Urteil des EVG vom 22. Mai 1953 i. Sa. J. M.; ZAK 1953, S. 287).

Art. 39 AHVV stellt, jedenfalls im Bereiche der paritätischen Beiträge, ein selbständiges und abschließend geordnetes Veranlagungsinstitut dar, das außerhalb des ordentlichen Verfahrens steht. Entgegen der Auffassung der Vorinstanz bedurfte es vor dem Erlaß der Nachzahlungsverfügung keiner

Mahnung: Denn die Mahnung ist gemäß Art. 37 AHVV nur für das ordentliche Abrechnungsverfahren und für die Beitragszahlung vorgesehen; nach dem klaren Wortlaut von Art. 39 AHVV erübrigt sie sich im Falle der Nachzahlungsverfügung.

Da die Vorinstanz unrichtigerweise davon ausgegangen ist, vor Erlass der Nachzahlungsverfügungen sei das Mahnverfahren durchzuführen, ist ihr Entscheid aufzuheben.

Renten

Urteil des EVG vom 5. September 1962 i. Sa. S. P.

Art. 29, Abs. 1, AHVG. Eine geschiedene Frau hat nur dann Anspruch auf eine ordentliche einfache Altersrente, wenn sie selbst während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet hat.

Die 1898 geborene, seit dem 29. September 1960 geschiedene Versicherte entrichtete AHV-Beiträge vom 1. Oktober 1960 bis Juli 1961, in welchem Monat sie das 63. Altersjahr vollendete. Die Ausgleichskasse verweigerte ihr jegliche Altersrente unter Hinweis darauf, daß die Versicherte die vorgesehenen Voraussetzungen zum Bezuge einer ordentlichen oder einer außerordentlichen einfachen Altersrente nicht erfülle. Der gegen die Verfügung der Ausgleichskasse eingereichten Beschwerde war kein Erfolg beschieden.

Die Berufung der Versicherten wurde vom EVG aus folgenden Gründen abgewiesen:

Es wird nicht bestritten, daß die Berufungsklägerin, deren Ehe am 29. September 1960 geschieden wurde, nur während zehn Monaten, das heißt vom 1. Oktober 1960 bis zum 31. Juli 1961, der Beitragspflicht unterworfen war. Nun sind aber nach dem System des AHVG die ordentlichen Renten den Versicherten vorbehalten, die während wenigstens eines Jahres Beiträge geleistet haben (Art. 29, Abs. 1, AHVG). Im Urteil H. vom 3. Februar 1959 (EVGE 1959, S. 59; ZAK 1959, S. 179) hat das EVG erklärt, daß die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer auch für die geschiedene Frau zu gelten habe und daß der Richter nicht befugt sei, einen anderen, für diese Versichertenkategorie günstigeren Entscheid zu treffen; denn damit würde er dem Sinn und dem klaren Wortlaut der anwendbaren Gesetzesbestimmung widersprechen. Die Ausgleichskasse hat somit in richtiger Anwendung des Gesetzes und der Rechtsgrundsätze gehandelt, als sie verfügte, daß der Berufungsklägerin kein Anspruch auf eine ordentliche Rente zustehe.

Der Vertreter der Klägerin macht in der Berufung geltend, daß sich die Lage seit dem 1. Januar 1960, dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Abänderungs- und Ergänzungsgesetzes vom 19. Juni 1959, verändert habe. Das EVG hat sich indessen bereits in einem Urteil vom 13. März 1961 über diese Frage ausgesprochen. Es gelangte zum Schluß, daß das Gesetz vom 19. Juni 1959 keinerlei wichtige Änderung in diesem Punkte gebracht hat, und daß seit 1960 wie vordem die geschiedenen Frauen während mindestens eines Jahres Beiträge entrichtet haben müssen, um Anspruch auf eine ordentliche Rente zu besitzen.

Der Vertreter der Klägerin beruft sich auch auf die Urteile i. Sa. H. und G. (EVGE 1953, S. 219 und 1955, S. 272; ZAK 1956, S. 122). Diese beiden

Fälle können jedoch für die vorliegende Streitsache nicht herangezogen werden, und eine sinngemäße Anwendung von Art. 33, Abs. 3, AHVG — dessen Anwendungsbedingungen hier nicht erfüllt wären — kann nicht in Betracht gezogen werden.

Das EVG hat freilich anerkannt, daß die zu treffende Lösung in Fällen, wie im vorliegenden, wo eine geschiedene Frau nicht die Möglichkeit hatte, während wenigstens eines Jahres Beiträge zu entrichten, nicht zu befriedigen vermag.

Es darf indessen nicht übersehen werden, daß es in erster Linie dem Zivilrichter obliegt, im Zeitpunkt der Ehescheidung die künftigen AHV-Ansprüche der Ehegatten zu wahren, indem er die Vereinbarungen, welche die Nebenfolgen der Scheidung regeln, ratifiziert oder nicht ratifiziert . . .

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 17. September 1962 i. Sa. B. B.¹

Art. 78, Abs. 2, IVV. Die Dringlichkeit der bei einem selbständigen Zahnarzt durchgeführten Staroperationen ist zu bejahen.

(Erwägung 1)

Art. 12 IVG. Trägt eine medizinische Vorgehensweise sowohl Merkmale der Heilbehandlung als auch der beruflichen Eingliederung, so ist zu prüfen, ob die eigentliche Leidensbehandlung den Eingliederungszweck überschattet, was in der Regel zutrifft, wenn es sich um die Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens handelt. Gehört die Vorgehensweise nicht zur eigentlichen Leidensbehandlung, so ist insbesondere auf Grund der Erwerbsverhältnisse des Versicherten abzuwägen, ob sie vorwiegend der dauernden und wesentlichen Verbesserung bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit oder anderen Interessen dient. (Erwägung 2)

Art. 12 IVG. Eine Staroperation gehört nicht zur eigentlichen Leidensbehandlung. Bei einem 44jährigen Zahnarzt ist sie allein geeignet, die berufliche Existenz zu retten, und dient daher vorwiegend der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit im Sinne von Art. 12 IVG. (Erwägung 3)

Art. 21 IVG. Bildet die Staroperation eine Eingliederungsmaßnahme im Sinne des IVG, so ist auch der Anspruch auf Abgabe einer Starbrille anzuerkennen. (Erwägung 4)

Der 1918 geborene Versicherte führt eine eigene Zahnarztpraxis. Er meldete sich im Mai 1961 zum Leistungsbezug bei der IV an. In einem Arztbericht wurde festgehalten, daß er an beiden Augen an grauem Star (cataracta praesenilis) leide; er könne zwar vorläufig arbeiten, da die Sehschärfe an einem Auge noch genüge; ohne doppelseitige Operation werde aber der Star

¹ Ergänzende Ausführungen hierzu in einer der nächsten Nummern

zur völligen Erwerbsunfähigkeit führen. Am 24. November 1961 teilte der Versicherte der IV-Kommission mit, sein Leiden habe sich nun soweit entwickelt, daß er seinen Beruf praktisch nicht mehr ausüben könne, weshalb in nächster Zeit das linke Auge operiert werden müsse. Durch Verfügung brachte die Ausgleichskasse dem Versicherten zur Kenntnis, daß die Übernahme der Staroperation und die Abgabe einer Starbrille verweigert würden.

Die vom Versicherten erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekursbehörde abgewiesen. Der Begründung des Rekursentscheides läßt sich entnehmen: Die Staroperation weise sowohl Merkmale der Eingliederung wie der Heilbehandlung auf. Dem Heilungscharakter komme aber mehr Gewicht zu, weshalb die Operation von der IV nicht übernommen werden könne. Ebenso wenig gehe die Starbrille zu Lasten der IV, da ein solches Hilfsmittel nur zur Ergänzung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen abgegeben werde. Die Ausrichtung der vom Versicherten eventualiter angebehrten Rente falle außer Betracht.

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

1. Wie das EVG in seinem Urteil vom 4. September 1962 i. Sa. L. E. (ZAK 1962, S. 479) näher dargetan hat, sollen grundsätzlich nur Eingliederungsmaßnahmen gewährt werden, die von der IV-Kommission vor der Durchführung angeordnet wurden (vgl. dazu Art. 60, Abs. 1, Buchst. b, IVG). Immerhin ist es notwendig, Ausnahmen von diesem Grundsatz aufzustellen, was der Bundesrat in Art. 78, Abs. 2, IVV, getan hat. Darnach wird die ausnahmsweise Übernahme vor der Anordnung durchgeführter Eingliederungsmaßnahmen an zwei Voraussetzungen geknüpft: Vorab muß es sich um eine dringliche Maßnahme handeln, mit der im Interesse des Versicherten nicht zugewartet werden konnte. Sodann muß die nachträgliche Anmeldung innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Durchführung einer solchen Maßnahme erfolgen.

Im vorliegenden Fall ist die Dringlichkeit der durchgeführten Staroperationen zu bejahen. Als selbständiger Zahnarzt war der Versicherte genötigt, alles zu tun, um seine volle Erwerbsfähigkeit sobald als möglich wieder herzustellen. Die Frage der Einhaltung der dreimonatigen Frist stellt sich nicht, da mit den Staroperationen erst nach erfolgter Anmeldung bei der IV begonnen wurde. Der Übernahme der Staroperationen durch die IV steht somit kein formellrechtliches Hindernis entgegen.

2. Streitig ist, ob die durchgeführten Staroperationen Eingliederungsmaßnahmen im Sinne von Art. 12 IVG darstellen oder nicht. Laut dieser Bestimmung 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.

Heilbehandlung und Eingliederung stehen zueinander nicht unbedingt in einem Gegensatz, wie aus Art. 12 IVG geschlossen werden könnte. Die Erfahrung zeigt vielmehr, daß eine und dieselbe Vorkehrung sowohl Merkmale der Heilbehandlung als auch solche der Eingliederung aufweisen kann. Eine Eingliederungsmaßnahme liegt vor, sofern nicht von einer eigentlichen Leidensbehandlung gesprochen werden kann, und sofern die Maßnahme geeignet ist,

die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Bei medizinischen Vorkehren ist also zunächst zu prüfen, ob eine eigentliche Heilbehandlung vorliege, die den Eingliederungszweck stets überschattet; dies trifft in der Regel dann zu, wenn die Vorkehren überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dienen. Gehört eine Vorkehr nicht zur eigentlichen Leidensbehandlung, so ist in jedem Fall abzuwägen, ob sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung im erwähnten zeitlichen und maßlichen Umfang oder andern Interessen diene. Bei dieser Abwägung sind die erwerblichen Verhältnisse des Versicherten ausschlaggebend.

3. Daß die Staroperationen zur eigentlichen Leidensbehandlung gehören, läßt sich nicht sagen. Sie dienen nicht der Heilung labilen pathologischen Geschehens, sondern sind einzig darauf gerichtet, das sonst sicher spontan zur Ruhe kommende, dann eben stabile Leiden durch die Entfernung der trüb und daher funktionsuntüchtig geworden Linse zu beseitigen, ähnlich wie man eine deformierte Zehe oder in Krallenstellung verkrüppelte Finger lediglich zur besseren Funktion der betroffenen Extremität amputiert.

Es ist daher abzuwägen, ob die Staroperationen unter den gegebenen Verhältnissen vorwiegend dem Eingliederungszweck des Art. 12 IVG dienen. Als 44jähriger Zahnarzt steht der Versicherte noch in der ersten Hälfte der normalen Aktivitätsperiode eines freierwerbenden Akademikers, und im allgemeinen ist die zweite Hälfte dieser Periode in erwerblicher Hinsicht sogar die fruchtbarere. Die Staroperationen wurden demnach beim Versicherten in einem Zeitpunkt notwendig, da der größere und fruchtbarere Teil seiner beruflichen Laufbahn noch vor ihm stand. Nur vom Ergebnis dieser Operationen, die allein geeignet waren, seine berufliche Existenz zu retten, hing es ab, ob er weiterhin als Zahnarzt erwerbsfähig oder ob er sehr weitgehend invalid sein würde. Bei einer solchen beruflichen Konstellation tritt das Anliegen, das Augenlicht für sonstige Zwecke des «täglichen Lebens» zu unterhalten, hinter das Interesse an der Rettung der Erwerbsfähigkeit zurück. Wo das Interesse an der Erhaltung einer physiologisch nicht lebensnotwendigen Funktion, deren Verlust schmerzlos eintritt und sowohl körperlich als seelisch erträglich ist, mit dem Interesse konkurriert, die ohne medizinischen Eingriff unmittelbar bevorstehende Vernichtung einer beruflichen Existenz sehr lange vor Ablauf der normalen Aktivitätserwartung abzuwenden, überwiegt dieses letzte Moment. Die beim Versicherten durchgeführten Staroperationen stellen daher Eingliederungsmaßnahmen im Sinne von Art. 12 IVG dar.

4. Über die Höhe der Leistungen im Zusammenhang mit den Staroperationen wird die IV-Kommission noch zu befinden haben. Nachdem diese Operationen Eingliederungsmaßnahmen bilden, hat der Versicherte auch Anspruch auf Abgabe einer Starbrille durch die IV (Art. 21, Abs. 2, IVG). . . .

Urteil des EVG vom 5. Oktober 1962 i. Sa. H. II.

Art. 12 IVG. Eine eigentliche Behandlung des Leidens (z. B. Therapie bei Infektionskrankheiten) gilt nicht als medizinische Maßnahme im Sinne von Art. 12 IVG. Liegt keine eigentliche Leidensbehandlung vor, so ist zu prüfen, ob die Vorkehr überwiegend der beruflichen Eingliederung oder andern Zwecken dient. (Erwägung 1)

Medizinische Vorkehren bei einer 49jährigen Versicherten zur Beseitigung von Durchblutungsstörungen und von Verstopfungen der Lymphbahnen als Folge einer Kinderlähmung sind überwiegend auf die Heilung eines labilen pathologischen Geschehens gerichtet, welche den Eingliederungszweck überschattet. Somit entfällt eine Leistungspflicht der IV. (Erwägung 2)

Die 1913 geborene Versicherte erkrankte im Jahre 1929 an Poliomyelitis. Seither ist ihr rechtes Bein fast vollständig gelähmt. Auch im Bereiche des Rumpfes bestehen Lähmungen. Im Dezember 1959 traten am gelähmten Bein starke Durchblutungsstörungen auf, weshalb sich die Versicherte vom 12. Dezember 1959 bis zum 2. April 1960 im Spital A behandeln lassen mußte. Nach einem kurzen Erholungsaufenthalt wurde sie am 27. Mai 1960 wegen erneuter Durchblutungsstörungen in die Klinik B eingeliefert, wo sie bis zum 13. Juni 1960 blieb. In der Folge litt sie an Störungen am rechten Bein wegen teilweiser Verstopfung der Lymphbahnen, die eine nochmalige Spitalbehandlung notwendig machten; aus diesem Grunde war die Versicherte vom 20. Juli bis zum 22. September 1960 im Spital C. Am 17. Oktober 1960 konnte sie dann die bis Dezember 1959 ausgeübte Tätigkeit in einer Schuhfabrik wieder aufnehmen.

Im März 1960 meldete sich die Versicherte erstmals bei der IV. Gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission verfügte die Ausgleichskasse, daß die medizinische Behandlung im Spital A vom 1. Januar 1960 an zu Lasten der IV übernommen werde. Diese Verfügung ist in Rechtskraft erwachsen. Ein weiteres Begehren der Versicherten, auch für die Kosten der Behandlung in der Klinik B und im Spital C aufzukommen, lehnte die IV-Kommission ab, da eine Leidensbehandlung vorliege.

Die von der Versicherten erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekursbehörde gutgeheißen. Die Rekursbehörde wies die IV an, die Kosten der durchgeführten Maßnahmen zu übernehmen, da diese in erster Linie die Behebung der beruflichen Behinderung und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bezweckt hätten.

Das EVG schützte die gegen den kantonalen Rekursentscheid erhobene Berufung des BSV aus folgenden Erwägungen:

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. Zur Tragweite dieser Bestimmung hat sich das EVG im Urteil vom 28. März 1961 i. Sa. A. Sch. (ZAK 1961, S. 224) — das seither vom BSV immer wieder zitiert wird — und in neuester Zeit im Urteil vom 17. September 1962 i. Sa. B. B. (ZAK 1963, S. 126) geäußert. Heute ist in teilweiser Präzisierung des Urteils i. Sa. A. Sch. und in Ergänzung des Urteils i. Sa. B. B. in grundsätzlicher Hinsicht folgendes auszuführen:

Es gibt Vorkehren, die von vornherein eindeutig zur Behandlung des Leidens an sich zählen; man denke etwa an die Therapie der großen Masse infektiöser Leiden, z. B. der Atmungsorgane. Andererseits kommen aber auch beruflich unentbehrliche medizinische Vorkehren vor, die offensichtlich zu

den Eingliederungsmaßnahmen gehören. Die Erfahrung zeigt indessen, daß eine und dieselbe Vorkehr sehr oft sowohl Merkmale der Behandlung des Leidens an sich als auch solche der Eingliederung aufweist. Behandlung des Leidens an sich und Eingliederung lassen sich also häufig nicht klar voneinander abgrenzen; sie stehen nicht unbedingt in einem Gegensatz, wie aus der deutschen Fassung des Art. 12, Abs. 1, IVG, geschlossen werden könnte. (Anders lautet denn auch der französische Text der Bestimmung: *L'assuré a dorit aux mesures médicales qui sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle, mais n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou à la préserver d'une diminution notable*). Zur Eingliederung zählt eine medizinische Maßnahme dann, wenn sie nicht der eigentlichen Leidensbehandlung angehört und wenn sie geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Bei medizinischen Vorkehrungen, deren Charakter nicht von vorneherein feststeht, muß also geprüft werden, ob eine eigentliche Behandlung des Leidens an sich gegeben sei, die den — möglicherweise ebenfalls vorhandenen — Eingliederungszweck überschattet; dies trifft in der Regel dann zu, wenn die Vorkehrungen überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dienen. Gehören die Vorkehrungen dagegen nicht eindeutig zur eigentlichen Leidensbehandlung, so ist dann jeweils noch abzuwägen, ob sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung im erwähnten zeitlichen und maßlichen Umfang oder andern Zwecken dienen. Diese Abwägung nach dem Zwecke der Vorkehrungen wurde vom EVG von allem Anfang an als ausschlaggebend betrachtet.

2. Im vorliegenden Falle waren die medizinischen Vorkehrungen auf die Beseitigung von Durchblutungsstörungen und von Verstopfungen der Lymphbahnen, d. h. überwiegend auf die Heilung eines labilen pathologischen Geschehens gerichtet. Die Vorkehrungen sind daher zur eigentlichen Behandlung des Leidens an sich zu zählen, die den — ebenfalls vorhandenen — Eingliederungszweck überschattet. Daß die Störungen am geschwächten Bein der Versicherten auftraten und wahrscheinlich durch die poliomyelitischen Lähmungen verursacht waren, vermag hieran nichts zu ändern. Es sind zwar namentlich bei jugendlichen Poliomyelitikern Situationen denkbar, in denen die Beseitigung derartiger Störungen im Zusammenhang mit andern medizinischen Eingliederungsmaßnahmen zu Lasten der IV geht; denn es kommt alsdann auf die gesamthafte Zweckbestimmung eines Maßnahmenkomplexes an (EVGE 1961, S. 308; ZAK 1962, S. 274). Ein derartiger Sachverhalt ist aber hier nicht gegeben, da keine weiteren medizinischen Vorkehrungen in Frage stehen...

Urteil des EVG vom 12. Oktober 1962 i. Sa. H. V.¹

Art. 78, Abs. 2, IVV. Diese Bestimmung kann einem Versicherten nicht entgegengehalten werden, der nach Erhalt einer abweisenden Kassenverfügung eine Eingliederungsmaßnahme durchführen läßt, ohne den Ausgang des Rechtsmittelverfahrens abzuwarten.
(Erwägung 1)

¹ Ergänzende Ausführungen hiezu in einer der nächsten Nummern

Art. 12 IVG. Eine eigentliche Leidensbehandlung (z. B. Vorkehren bei Infektionskrankheiten) gilt nicht als medizinische Maßnahme im Sinne von Art. 12 IVG. Trägt eine medizinische Vorkehr sowohl Merkmale der Heilbehandlung als auch der beruflichen Eingliederung und stellt sie nicht eine eigentliche Leidensbehandlung dar, so ist zu prüfen, ob die Leidensbehandlung oder die berufliche Eingliederung überwiegt. Dabei ist insbesondere auf die Erwerbsverhältnisse mit und ohne Durchführung der medizinischen Vorkehr abzustellen. (Erwägung 2)

Art. 12 IVG. Bei nichterwerbstätigen, an der Schwelle des Berufsbildungsalters stehenden Minderjährigen überwiegt der Eingliederungscharakter einer medizinischen Vorkehr, wenn ohne deren Durchführung in absehbarer Zeit eine Defektheilung oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt würde. (Erwägung 2)

Art. 12 IVG. Die Operation zur Beseitigung der erworbenen Crura vara (O-Beine) bei einer vor dem Berufsbildungsalter stehenden 16jährigen Versicherten bildet eine Eingliederungsmaßnahme der IV, da andernfalls mit einer Defektheilung zu rechnen wäre. (Erwägung 3)

Die 1946 geborene Versicherte leidet an einer Knochenaffektion, die zu starken Crura vara (O-Beinen) führte. Die ausgesprochene O-Bein-Bildung begann vor einigen Jahren und nahm dann immer mehr zu. Daneben besteht eine als Scheurmann'sche Kyphose bezeichnete Rückgratverkrümmung. Im Juli 1961 wurde die Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet. Der Facharzt teilte der IV-Kommission mit, eine chirurgische Korrektur der O-Beine sei im Hinblick auf gonarthritische Beschwerden angezeigt; bei dieser Gelegenheit könne auch der Rücken konservativ behandelt werden; nach der Behandlung werde eine Berufslehre zum Beispiel als Verkäuferin möglich sein. Die IV-Kommission lehnte es ab, für die vom Arzt vorgeschlagenen medizinischen Vorkehren aufzukommen, da kein Geburtsgebrechen vorliege und die Behandlung ein erworbenes Leiden betreffe, das sich noch in Evolution befinde.

Gegen die Verfügung beschwerte sich der Vater der Versicherten bei der kantonalen Rekursbehörde. Er verlangte medizinische Eingliederungsmaßnahmen und fügte bei, nach den Aussagen des behandelnden Arztes stehe das Leiden seiner Tochter im Zusammenhang mit einem Geburtsgebrechen. Die kantonale Rekursbehörde hieß die Beschwerde gut und verhielt die IV, die Kosten der vom Arzt vorgeschlagenen Operation und orthopädischen Behandlung zu tragen.

Das EVG wies die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid erhobene Berufung mit folgenden Erwägungen ab:

1. . . . Die Versicherte, die sich im Juli 1961 zum Leistungsbezug angemeldet hatte, wartete mit der Durchführung der medizinischen Maßnahmen zu, bis die — Leistungen verweigern — Kassenverfügung ergangen war. Im Prozeß ist diese Verfügung zu überprüfen, d. h. darüber zu befinden, ob im Zeitpunkt ihres Erlasses Leistungen hätten gewährt werden sollen oder nicht. Kommt der Richter zur Bejahung dieser Frage, so kann der Versicherten hin-

sichtlich der seit Erlaß der Verfügung durchgeführten Maßnahmen weder Art. 60, Abs. 1, Buchst. b, IVG, noch Art. 78, Abs. 2, IVV entgegengehalten werden. Entscheidend ist einzig und allein, ob im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung die Vorgehren noch nicht durchgeführt, bzw. die Voraussetzungen des Art. 78, Abs. 2, IVV erfüllt waren. Wie bereits gesagt, war in diesem Zeitpunkt mit der Durchführung der Maßnahmen noch gar nicht begonnen worden, so daß ihrer Übernahme durch die IV kein formellrechtliches Hindernis entgegensteht.

2. 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 das EVG im Urteil vom 5. Oktober 1962, i. Sa. H. H. (ZAK 1963, S. 128) näher dargetan hat, liegt eine Eingliederungsmaßnahme vor, sofern nicht von einer eigentlichen Leidensbehandlung gesprochen werden kann und sofern die Maßnahme geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Gehören medizinische Vorgehren im Einzelfall nicht eindeutig zur eigentlichen Leidensbehandlung, so ist abzuwägen, ob sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung im erwähnten zeitlichen und maßlichen Umfang oder andern Zwecken dienen.

Bei der Beurteilung der Frage, ob bei minderjährigen Versicherten eine medizinische Vorgehren 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. Weil den nichterwerbstätigen Minderjährigen keine Renten zustehen, betrifft Art. 5, Abs. 2, IVG nur die Eingliederungsmaßnahmen. Demzufolge muß man sich bei nichterwerbstätigen Minderjährigen hinsichtlich der Frage, ob ihre Invalidität Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen gibt, in den Zeitpunkt versetzen, in dem diese jugendlichen Versicherten in das Erwerbsleben eintreten werden; diese führt folgerichtig dazu, auch die Verhältnisse im Berufsbildungsalter zu berücksichtigen, wenn anzunehmen ist, daß ohne Invalidität eine Berufsbildung erworben wird. Die Erwerbsunfähigkeit muß also nicht unmittelbar gegeben sein. Wie der Bundesrat in seiner Botschaft zum IVG zutreffend erklärt, braucht die berufliche Eingliederung, oder anders ausgedrückt die Ermöglichung einer Erwerbstätigkeit, nicht zeitlich unmittelbar auf die medizinischen Maßnahmen zu folgen; solche Maßnahmen können bei Minderjährigen auch im Hinblick auf die spätere berufliche Tätigkeit durchgeführt werden. Soweit es sich um evolutive Leiden handelt, dürften medizinische Eingliederungsmaßnahmen gemäß Art. 12 IVG — schon mit Rücksicht auf die physiologischen Vorgänge des Wachstums — allerdings selten in Betracht fallen, solange das Berufsbildungsalter noch in beträchtlicher Ferne liegt. Steht aber das Berufsbildungsalter bevor, dann kann es auch bei evolutiven Leiden als geboten erscheinen, mit den Eingliederungsmaßnahmen nicht bis zum Eintritt einer Defektheilung oder eines anderswie stabilisierten Zustandes zuzu-

warten; denn es würden sonst in manchen Fällen die Berufsbildung erschwert, der Eintritt ins Erwerbsleben verzögert und die Erfolgsaussichten von später ohnehin notwendigen Eingliederungsmaßnahmen erheblich verringert. Bei Jugendlichen an der Schwelle des Berufsbildungsalters können demnach medizinische Vorkehrungen schon dann der beruflichen Eingliederung dienen, wenn kumulativ

- a. ohne diese Vorkehrungen in absehbarer Zeit eine Defektheilung oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden,
- b. einmalige oder während begrenzter Zeit zu wiederholende, für die spätere Berufstätigkeit notwendige und geeignete Maßnahmen in Frage stehen und
- c. die Anordnung der Maßnahmen im gegenwärtigen Zeitpunkt medizinisch und beruflich als angezeigt erscheint.

3. Im vorliegenden Fall läßt sich nicht sagen, daß die Operation der Crura vara zur eigentlichen Leidensbehandlung gehöre. Bei der 1946 geborenen Versicherten war in absehbarer Zeit, d. h. am Ende der Wachstumsperiode, ein stabiler Endzustand mit wahrscheinlicher Invalidität zu erwarten. Überdies stellte die Operation, die die Crura vara zum Verschwinden brachte, eine einmalige Maßnahme dar, die für die spätere berufliche Tätigkeit notwendig und geeignet war. Die Vorinstanz hat mit Recht angenommen, daß die Versicherte eine ihrer Eignung und ökonomischen Stellung entsprechende Berufslehre nur dann mit Erfolg antreten könne, wenn sie von ihrem Gebrechen befreit sei. Eine junge Tochter hat sehr große, wenn nicht gar unüberwindliche Schwierigkeiten, zum Beispiel als Verkäuferin ausgebildet und tätig zu werden, wenn sie eine abstoßende Deformität aufweist. Nachdem die Versicherte unmittelbar vor dem Berufsbildungsalter stand, war die Durchführung der Operation zur Beseitigung der Crura vara im November 1961 angezeigt. Sie bildet daher eine Eingliederungsmaßnahme gemäß Art. 12 IVG, die von der IV zu übernehmen ist.

Was die konservative Behandlung des Rückens betrifft, so ist die Situation weniger eindeutig. Es kann aber offen bleiben, ob die Therapie der verkrümmten Wirbelsäule an sich unter Art. 12 IVG fiele, wenn sie nicht im Zusammenhang mit der Operation der O-Beine vorgenommen worden wäre. Unter den obwaltenden Umständen darf sie attraktionsweise zum Komplex der getroffenen Eingliederungsmaßnahmen gezählt werden, da sie einerseits keine erheblichen Mehrkosten verursacht haben dürfte, andererseits aber nicht unterlassen werden konnte, ohne die berufliche Ausbildung und Laufbahn der Versicherten zu beeinträchtigen (EVGE 1961, S. 311, ZAK 1962, S. 274).

4. Nachdem die in Frage stehenden Vorkehrungen von der IV gemäß Art. 12 IVG zu übernehmen sind, braucht nicht geprüft zu werden, ob ein Geburtsgebrechen vorliege und ob die Versicherte Leistungen auch gemäß Art. 13 IVG beanspruchen könnte.

Urteil des EVG vom 8. November 1962 i. Sa. T. F.

Art. 12 IVG. Die Operation der Lendenwirbelsäule (Laminektomie, Forage, Spanfixation) bei einer an Fettsucht und Ischias leidenden Versicherten ist eine eigentliche Leidensbehandlung, die den ebenfalls vorhandenen Eingliederungszweck überschattet. Eine Leistungspflicht der IV entfällt daher.

Die 1927 geborene Versicherte litt schon vor der Volljährigkeit an hormonalen Störungen, die zu schwerster Adipositas (Fettsucht) führten. Von 1950 an traten auch Beschwerden an der Lendenwirbelsäule auf. Schwerste Anfälle mit Ischias machten die Versicherte immer wieder vollständig unbeweglich und bettlägerig. Eine im Jahre 1956 durchgeführte doppelseitige Hemilaminektomie L4/L5 (operative Entfernung eines Teiles der Wirbelbogen) brachte keine Besserung. Vom 1. Januar 1960 an bezog die Versicherte eine ganze einfache Invalidenrente sowie eine Hilflosenentschädigung, berechnet nach einer Hilflosigkeit leichteren Grades.

Am 1. April 1961 wurde sie von ihrem Hausarzt als Notfall in das Kantonsspital eingeliefert mit der Angabe, die Beschwerden hätten sich akut verschlimmert. Im Kantonsspital nahm der Arzt eine nochmalige Laminektomie vor mit gleichzeitiger Forage (Durchbohrung) der Wirbellöcher L4 und L5 beidseits und anschließender Spanfixation. Ferner veranlaßte er eine strenge Abmagerungskur. Am 10. Oktober 1961 teilte der Hausarzt der IV-Kommission mit, daß die Versicherte nicht mehr hilflos sei und daß schon von einer Arbeitsaufnahme gesprochen werde. Gestützt auf diesen Bericht entschied die IV-Kommission, die Hilflosenentschädigung werde vom 1. Dezember 1961 an nicht mehr ausgerichtet. Gleichzeitig beschloß die Kommission, die im Kantonsspital durchgeführten medizinischen Vorkehren nicht zu übernehmen, da sie zur Behandlung des Leidens an sich gehörten.

Gegen die Verweigerung medizinischer Maßnahmen beschwerte sich die Versicherte bei der kantonalen Rekurskommission. Diese wies die Beschwerde ab und schloß sich der Ansicht der IV-Kommission an, wonach die in Frage stehenden Vorkehren zur Leidensbehandlung zu zählen seien.

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 ein Versicherter 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 das EVG im Urteil vom 5. Oktober 1962 i. Sa. H. H. (ZAK 1963, S. 128) näher dargetan hat, liegt eine Eingliederungsmaßnahme vor, sofern nicht von einer eigentlichen Leidensbehandlung gesprochen werden kann und sofern die Maßnahme geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd oder wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Bei medizinischen Vorkehren, deren Charakter nicht von vorneherein feststeht, muß also geprüft werden, ob eine eigentliche Behandlung des Leidens an sich gegeben sei, die den — möglicherweise ebenfalls vorhandenen — Eingliederungszweck überschattet; dies trifft in der Regel dann zu, wenn die Vorkehren überwiegend der Heilung oder Linderung

labilen pathologischen Geschehens dienen. Gehören medizinische Vorkehren im Einzelfall nicht eindeutig zur eigentlichen Leidensbehandlung, so ist abzuwägen, ob sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung im erwähnten zeitlichen und maßlichen Umfang oder andern Zwecken dienen.

2. Die im Kantonsspital durchgeführten medizinischen Vorkehren waren überwiegend auf die Heilung labilen pathologischen Geschehens gerichtet. Die Versicherte hatte vor dem Spitaleintritt nach ihren eigenen Angaben immer wieder Rückfälle, so daß sie jedesmal 2—3 Monate im Bett liegen mußte. Laut ärztlicher Feststellung waren es wiederkehrende «heftigste Schmerzattacken», welche es der Versicherten verwehrten, «auch nur im Bett aufzusitzen». Der Hausarzt vermochte jeweils nur «nach sehr langwierigen Behandlungen» zu erreichen, daß sich die Versicherte wenigstens wieder fortbewegen konnte. Ihre Einlieferung in das Spital erfolgte zudem als Notfall anlässlich einer akuten Phase des Leidens. Unter diesen Umständen kann kein Zweifel bestehen, daß die Vorkehren im Kantonsspital zur eigentlichen Leidensbehandlung gehören, die den ebenfalls vorhandenen Eingliederungszweck überschattet. Verwaltung und Vorinstanz haben es daher mit Recht abgelehnt, die Kosten dieser Vorkehren der IV zu belasten. ...

Urteil des EVG vom 5. Dezember 1962 i. Sa G. W.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Eine Ohrenoperation bei Otosklerose (Mobilisierung des Steigbügels mit Interposition) dient bei einer 59jährigen Versicherten, welche zudem noch an Gedächtnisschwäche und schlechtem Sehvermögen leidet, nicht vorwiegend der beruflichen Eingliederung, sondern andern Zwecken.

Die 1903 geborene Versicherte hört wegen Otosklerose (Verknöcherung des Mittelohrs) seit Jahren schlecht. Außerdem leidet sie an einer Hirnarteriosklerose, an Gedächtnisschwäche und Abnahme des Sehvermögens. Links sieht sie fast nichts mehr und kann nach augenärztlichem Befund nicht geheilt werden. Seit März 1960 arbeitet die Versicherte stundenweise als Fakturistin; nach den Angaben der Arbeitgeberfirma wirkt sich ihr Hörfehler nachteilig aus. Ende Oktober 1960 ersuchte die Versicherte um Abgabe einer Hörbrille. In der Folge verlangte sie statt des Hilfsmittels die Übernahme einer Ohrenoperation (Mobilisierung des Steigbügels mit Interposition). Durch Verfügung vom 11. Dezember 1961 brachte die Ausgleichskasse der Versicherten zur Kenntnis, die IV-Kommission habe es abgelehnt, für die nachgesuchte Operation aufzukommen, da sie zur Leidensbehandlung gehöre; sofern die Abgabe eines Hörapparates gewünscht werde, müsse ein neues Gesuch eingereicht werden. Eine von der Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen.

Das EVG wies die von der Versicherten gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen 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 das EVG im Urteil vom 5. Oktober 1962 i. Sa. H. H. (ZAK 1963, S. 128) näher dargetan hat, zählt eine medizinische

Maßnahme dann zur Eingliederung, wenn sie nicht der eigentlichen Leidensbehandlung angehört und wenn sie geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Gehören medizinische Vorkehren im Einzelfall nicht eindeutig zur spezifischen Leidensbehandlung, so ist abzuwägen, ob sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung im erwähnten zeitlichen und maßlichen Umfang oder andern Zwecken dienen. Bei dieser Abwägung sind die erwerblichen Verhältnisse des Versicherten ausschlaggebend (Urteil vom 17. September 1962 i. Sa. B. B., ZAK 1963, S. 126).

2. Es läßt sich nicht sagen, die vorgesehene Ohrenoperation (Mobilisierung des Steigbügels mit Interposition) gehöre eindeutig zur spezifischen Leidensbehandlung. Hingegen führt eine Abwägung gestützt auf die erwerblichen Verhältnisse der Versicherten zum Schluß, daß die Operation nicht vorwiegend der beruflichen Eingliederung im oben dargelegten Sinne, sondern andern Zwecken dient. Die Versicherte ist 59 Jahre alt und steht am Ende ihrer Aktivitätsperiode; IV-rechtlich geht die Aktivitätsperiode mit der Erreichung des AHV-rechtlichen Rentenalters (Männer 65 Jahre, Frauen 63 Jahre) zu Ende, da für die Folgezeit die Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen ausgeschlossen ist (Art. 10, Abs. 1 IVG). Hat aber ein Versicherter den wesentlichen Teil seiner Aktivitätsperiode hinter sich, so dienen die medizinischen Vorkehren in der Regel nicht mehr überwiegend der beruflichen Eingliederung (vgl. Urteil vom 17. September 1962, i. Sa. H. F., ZAK 1963, S. 78). Im vorliegenden Falle ist außerdem zu beachten, daß die Versicherte nicht nur an Schwerhörigkeit leidet, die die Operation wenigstens teilweise zu beheben vermöchte, sondern auch an Gedächtnisschwäche und an schlechtem Visus. Selbst wenn durch die Operation die Erwerbsfähigkeit wesentlich verbessert werden könnte, so wäre sie doch für die noch verbleibende kurze Zeit der rechtserheblichen Aktivität weiterhin erheblich eingeschränkt.

Im übrigen vermöchte die Ohrenoperation wegen der zur Schwerhörigkeit hinzutretenden Gebrechen (Gedächtnisschwund und schlechter Visus) die Erwerbsfähigkeit der als Fakturistin tätigen Versicherten kaum wesentlich zu beeinflussen; dies um so weniger, als der offenbar auf die Arteriosklerose zurückgehende Gedächtnisschwund eher noch zunehmen dürfte. Medizinische Vorkehren gehen aber nur dann zu Lasten der IV, wenn eine erhebliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, verbunden mit einer gewissen Stabilität, erreicht werden kann. Andernfalls ist eben die Vorkehr nicht im Sinne von Art. 12 IVG geeignet, eine dauernde und wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit herbeizuführen (vgl. Botschaft des Bundesrates zum IVG, S. 41/42).

Nachdem die Ohrenoperation nicht zu den medizinischen Eingliederungsmaßnahmen gehört, erübrigt sich die Prüfung der Frage, ob hier derartige Maßnahmen — insbesondere im Hinblick auf das Eingliederungsrisiko (Art. 11 IVG) — überhaupt im Sinne von Art. 10, Abs. 1, IVG angezeigt wären. In seinem der IV-Kommission erstatteten Bericht führt der Arzt immerhin aus, er halte mit Rücksicht auf den Allgemeinzustand der Versicherten (Arteriosklerose) eine Operation für kontraindiziert.

3. Über die Frage, ob ein Hörapparat oder eine Hörbrille abzugeben sei, hat auf Gesuch der Versicherten hin die IV-Kommission zu befinden.

Urteil des EVG vom 6. November 1962 i. Sa. L. K.

Art. 17, Abs. 1, IVG. Der Anspruch auf Umschulung setzt nicht voraus, daß der Versicherte bereits eine eigentliche Berufslehre bestanden hat. Die Umschulung muß jedoch infolge Invalidität notwendig sein. Ist ein Versicherter als Hilfsbuchhalter schon zureichend eingegliedert, so liegt keine invaliditätsbedingte Notwendigkeit für eine Umschulung zum Lochkartenoperateur vor.

Der 38jährige Versicherte hat keinen Beruf erlernt. Zunächst war er vorwiegend im Hotelfach tätig. Alsdann arbeitete er während mehrerer Jahre als angelernter Magaziner, zuletzt zu einem Stundenlohn von 3,07 Franken. Im Juli 1959 mußte er diese Stelle wegen einer Knietuberkulose aufgeben. Im Sommer 1961 wurde der Versicherte als geheilt aus dem Sanatorium entlassen. Da nach Ansicht der Ärzte bei Ausübung einer anstrengenden körperlichen Tätigkeit die Gefahr eines Rückfalles bestand, vermittelte ihm die IV-Regionalstelle auf den 1. September 1961 eine Stelle als Hilfsbuchhalter, die er heute noch innehat. Der Anfangslohn von 650 Franken wurde bereits nach zwei Monaten auf 700 Franken erhöht.

Durch Verfügung vom 20. Dezember 1961 brachte die Ausgleichskasse dem Versicherten zur Kenntnis, die IV-Kommission habe beschlossen, ihm für die Zeit vom 1. Juli 1960 bis 31. August 1961 eine ganze Invalidenrente zu gewähren; seinem Gesuch auf Umschulung zum Lochkartenoperateur habe die Kommission dagegen nicht entsprochen. Der Versicherte beschwerte sich und beantragte, es sei ihm auf Kosten der IV entweder die gewünschte Umschulung oder aber der Besuch von Buchhaltungskursen zu bewilligen. Die kantonale Rekurskommission wies die Beschwerde ab.

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

Ein Versicherter hat gemäß Art. 17, Abs. 1, IVG, Anspruch auf Umschulung auf eine neue Tätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder wesentlich verbessert werden kann. Der Anspruch auf diese Eingliederungsmaßnahme setzt nicht unbedingt voraus, daß der Versicherte bereits eine eigentliche Berufslehre bestanden habe (Urteil des EVG i. Sa. A. H. vom 30. April 1962, ZAK 1962, S. 397). Wenn die Vorinstanz ihren abweisenden Entscheid mit der fehlenden beruflichen Ausbildung des Beschwerdeführers begründet hat, so kann ihr hierin nicht uneingeschränkt beigeprpflichtet werden. Im Ergebnis ist aber der kantonale Entscheid dennoch zu bestätigen, aus folgenden Gründen:

Ein Anspruch auf Umschulung besteht nur dann, wenn diese infolge Invalidität notwendig ist. Diese Voraussetzung ist im vorliegenden Fall ganz offensichtlich nicht erfüllt. Der Versicherte konnte am 1. September 1961 eine Stelle als Hilfsbuchhalter antreten. Die neue Tätigkeit trägt seiner Invalidität angemessenen Rechnung und entspricht sowohl seinen Kenntnissen und Fähigkeiten als auch seinem Wunsche, sich in diesem Gebiete betätigen zu können. Die Arbeit als Hilfsbuchhalter ist dem Versicherten umso mehr zumutbar, als er durch sie ein höheres Einkommen als je zuvor erzielt. Ist er aber zureichend eingegliedert, so besteht für ihn keine invaliditätsbedingte

Notwendigkeit, sich auf den Lochkartenoperator-Beruf umschulen zu lassen, für welchen übrigens nach Ansicht der Eingliederungsstätte seine Eignung keineswegs feststeht. Zur Übernahme der Kosten für den Besuch von Buchhaltungskursen besteht ebensowenig Anlaß. ...

Urteil des EVG vom 6. November 1962 i. Sa. M. M.

Art. 19, Abs. 1, IVG; Art. 11 IVV. Der Besuch einer sogenannten Vorstufenklasse zur Vorbereitung auf die Volksschule gilt nicht als Sonderschulung, wenn es sich bei diesem Unterricht um eine Schulung auf der Stufe der Hilfs- und Förderklassen handelt.

Art. 11 IVV. Ein Kind, das lediglich an Agrammatismus (Sprachstörungen) leidet, hat für die Bewältigung des Schulweges keinen Anspruch auf Übernahme der Transportkosten durch die IV.

Die im Jahre 1952 geborene Versicherte leidet an Agrammatismus (Sprechweise ohne grammatikalische Gliederung) bei geistiger und sprachlicher Rückständigkeit. Vom September 1958 bis März 1959 befand sie sich in einem Sprachheilheim. Hierauf war sie Schülerin einer Normalklasse der Volksschule am Wohnort ihrer Eltern. Da sie jedoch dem Unterricht nicht folgen konnte, mußte sie schon nach wenigen Monaten in den dortigen Kindergarten wechseln, in welchem sie bis im Frühjahr 1960 verblieb. Seit 26. April 1960 besucht die Versicherte die Vorstufenklasse zur Volksschule in der benachbarten Stadt. Im Mai 1960 erhob der Vater der Minderjährigen gegenüber der IV Anspruch auf Gewährung von Beiträgen an die Sonderschulung gemäß Art. 19 IVG. Die IV-Kommission beschloß, dem Gesuch nicht stattzugeben, da die Vorstufenklasse zur Volksschule gehöre und deshalb nicht unter den Begriff der Sonderschulung falle.

Der gesetzliche Vertreter der Versicherten beschwerte sich gegen die Kassenverfügung und beantragte, es seien die durch die täglichen Fahrten nach der Stadt entstandenen bzw. entstehenden Kosten in der Höhe von 195 Franken jährlich durch die IV zu übernehmen. Anfänglich habe die Versicherte zudem einer Begleitperson bedurft. Die IV-Kommission sprach sich in ihrer Vernehmlassung nunmehr für die Gutheißung dieses Antrages aus. Die Beschwerde wurde von der AHV-Rekurskommission gutgeheißen.

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

1. Gemäß Art. 19, Abs. 1, IVG werden Beiträge an die Sonderschulung bildungsfähiger Minderjähriger gewährt, denen infolge Invalidität der Besuch der Volksschule nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Als Volksschule gilt nach dem vom EVG (EVGE 1962, S. 62, ZAK 1962, S. 382) für gesetzmäßig anerkannten Art. 8, Abs. 2, IVV, der im Rahmen der Schulpflicht vermittelte Unterricht mit Einschluß des Unterrichtes in Hilfs- oder Förderklassen. — In der von der Versicherten aus Invaliditätsgründen besuchten Vorstufenklasse werden die Schüler auf die ordentliche Volksschule vorbereitet. Der Lehrstoff ist derselbe wie in der Volksschule, aber er wird langsamer durchgegangen. Die Vorstufenklasse ist somit — wie die von der Berufungsantwort nicht bestrittenen Ausführungen des BSV zutreffend festhalten — ihrem Zweck nach nichts anderes als eine Spezialklasse der Volksschule im Sinne einer Hilfs-

klasse. Die Berufungsbeklagte ist demnach, wie sich aus Art. 8, Abs. 2, IVV und der Praxis der EVG (EVGE 1962, S. 63, ZAK 1962, S. 382); EVGE 1961, S. 328, ZAK 1962, S. 44) ergibt, nicht infolge Invalidität volksschuluntauglich. Sie kann daher nach Maßgabe von Art. 19, Abs. 1, IVG keine Beiträge an die Sonderschulung beanspruchen.

2. Aus Art. 8, Abs. 1, Buchst. b, IVV, geht hervor, daß auch volksschuluntaugliche invalide Minderjährige Anspruch auf besondere Maßnahmen haben, die es ihnen ermöglichen, die Schule zu besuchen. Zu diesen Maßnahmen gehört — nach Art. 11 IVV — die Übernahme der invaliditätsbedingten Transportkosten von und zur Schule bis zum Betrage von 50 Franken monatlich. Im vorliegenden Falle sind die Transportkosten jedoch nicht auf die Invalidität der Berufungsbeklagten zurückzuführen: Die Versicherte leidet an Agrammatismus, also an einem Gebrechen, das für sich allein keine besonderen Maßnahmen zur Bewältigung des Schulweges notwendig macht. Sie kann sich normal fortbewegen, und es wird auch nicht behauptet, daß sie ungenügend sehe oder höre. Wird aber die Überwindung des Schulweges vom Wohnort des Versicherten in die Stadt und zurück durch die Invalidität der Versicherten in keiner Weise beeinträchtigt, so sind Art. 8, Abs. 1, Buchst. b, und Art. 11 IVV auf den vorliegenden Sachverhalt nicht anwendbar (EVGE 1962, S. 62 ff., ZAK 1962, S. 382). Der Anspruch auf Übernahme der Transportkosten muß deshalb verneint und die Berufung des BSV gutgeheißen werden.

Urteil des EVG vom 6. September 1962 i. Sa. W. J.¹

Art. 21 IVG; Art. 15, Abs. 2, IVV. Für einen Reisevertreter mit Oberschenkelprothese, der ohne Invalidität für den Besuch der Kundschaft kein Automobil benötigen würde, stellt ein Motorfahrzeug ein notwendiges Hilfsmittel zur Zurücklegung des Arbeitsweges dar.

Der 1916 geborene Versicherte erlitt 1954 einen Unfall, dessen Folgen die Amputation seines rechten Beines am Oberschenkel nötig machten. Nach der klinischen Heilung arbeitete er einige Jahre in einer Kunstseidenfabrik. Seit Januar 1960 ist er Vertreter einer Lebensversicherungsgesellschaft für ein ziemlich eng begrenztes Gebiet. Im Jahre 1961 tauschte er sein 1955 angeschafftes und nicht mehr fahrtüchtiges Automobil gegen ein neues ein, das er mit einer automatischen Kupplung ausrüsten ließ. Für den neuen Wagen hatte er einen Aufpreis von 5475 Franken zu bezahlen, zuzüglich 1100 Franken für die automatische Kupplung. Im April 1961 ersuchte der Versicherte die IV-Kommission, ihm «bei der Finanzierung des Ersatzfahrzeuges behilflich zu sein». Die IV-Kommission kam zum Schluß, daß der Versicherte auch ohne Invalidität zur Ausübung seines Berufes ein Automobil benötigen würde, was die Ausrichtung eines Beitrages an die Anschaffungskosten des Fahrzeuges ausschließe; dagegen könnten die Kosten von 1100 Franken für die invaliditätsbedingten Änderungen am Wagen zu Lasten der IV übernommen werden. Auf die Beschwerde des Versicherten hin entschied die kantonale Rekurskommission, daß die IV außer den Umbaukosten von 1100 Franken

¹ Ergänzende Ausführungen hiezu in einer der nächsten Nummern

auch ein Drittel der Anschaffungskosten des neuen Automobils von 1 825 Franken zu tragen habe.

Das EVG wies die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingelegte Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG, hat der invalide Versicherte im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. Art. 14, Abs. 1, IVV enthält die Liste der Hilfsmittel; Buchst. g zählt zu den Hilfsmitteln die «Fahrzeuge mit den jeweils notwendigen Anpassungen an das Gebrechen» und erwähnt in diesem Zusammenhang auch die «Kleinautomobile». In Art. 15, Abs. 2, IVV, wird ergänzend bestimmt, daß Motorfahrzeuge nur abgegeben werden, «wenn dauernd eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit ausgeübt werden kann und der Versicherte wegen wesentlicher Gehbehinderung den Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug nicht bewältigen kann».

2. Das BSV macht geltend, ein Automobil stelle unter den gegebenen Umständen kein notwendiges Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG dar, da auch ein unversehrter Vertreter ohne ein solches Fahrzeug seinen Beruf im heutigen Arbeitsgebiet des Versicherten nicht erfolgreich ausüben könnte. Diese Behauptung wird durch die im Berufungsverfahren aufgelegten Bescheinigungen widerlegt; aus ihnen geht klar hervor, daß der Versicherte für seine Tätigkeit ohne Invalidität kein Automobil benötigen würde. Die aufgelegte Landkarte zeigt übrigens, daß im Arbeitsgebiet des Versicherten mit Hilfe der Bahn oder eines Fahrrades jede Siedlung ziemlich rasch und ohne übermäßige Anstrengungen erreicht werden kann. Auf jeden Fall würde für einen unversehrten Vertreter ein Motorroller vollauf genügen. Zweirädrige Fahrzeuge zu benutzen, kann aber dem Versicherten nicht zugemutet werden, seit er eine Oberschenkelprothese tragen muß. Für ihn ist also das Automobil in seinem gegenwärtigen Aufgabenkreis primär ein notwendiges Hilfsmittel; ohne dieses Fahrzeug könnte er nicht voll erwerbsfähig sein. Es ist in diesem Zusammenhang auch festzuhalten, daß der Versicherte kaum die Möglichkeit hätte, in einem sitzenden Beruf das heutige (für den Unterhalt seiner 12-köpfigen Familie notwendige) Einkommen zu erzielen; abgesehen davon benutzte er schon vor der Aufnahme seiner Tätigkeit als Versicherungsvertreter ein Automobil, um seinen Arbeitsplatz in einer Kunstseidenfabrik zu erreichen.

Nach den Akten hat sich der Versicherte als Versicherungsvertreter eine dauernde, existenzsichernde Position geschaffen. Zu prüfen bleibt, ob er das Fahrzeug zur Zurücklegung des «Arbeitsweges» im Sinne von Art. 15, Abs. 2, IVV, benötigt. Üblicherweise ist unter Arbeitsweg die Wegstrecke von der Wohnung zum Arbeitsplatz und zurück zu verstehen. In EVGE 1962, S. 39, ZAK 1962, S. 229, hat aber das EVG die Frage aufgeworfen, ob bei Reisevertretern unter Arbeitsweg nicht auch der Weg zum Besuch der Kundschaft verstanden werden könnte, weil das Motorfahrzeug in diesem Falle eben notwendig wäre zur Eingliederung im Sinne der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten. Auf jeden Fall ist diese Frage unter den gegebenen Umständen zu bejahen, so daß auch insoweit die Voraussetzungen für Leistungen der IV an das Motorfahrzeug des Versicherten erfüllt sind. . .

Renten

Urteil des EVG vom 5. November 1962 i. Sa. S. F.

Art. 4 und 29, Abs. 1, IVG. Der kranke Versicherte hat nach 360-tägiger voller Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf eine Rente, auch wenn die mindestens hälftige Erwerbsunfähigkeit nur noch kurze Zeit weiterdauert.

Der 1923 geborene Versicherte ist gelernter Maler. Eine schwere Lungen-erkrankung zwang ihn im Juni 1959 zur Aufgabe seines Berufes. In der Folge betätigte er sich noch einige Zeit als Hilfsarbeiter und als Reisender. Laut Arztzeugnis war er vom 15. Oktober 1959 an vollständig arbeitsunfähig. In der Zeit vom 5. Dezember 1959 bis zum 4. Juli 1960 befand er sich wegen seines Leidens in einem Sanatorium; anschließend folgte eine Nachkur bis Ende November 1960. Am 1. Dezember 1960 konnte der Versicherte eine Stelle als Hilfsarbeiter für leichte Montagearbeiten antreten. Mit dieser Tätigkeit erzielte er ein Monatseinkommen von 550 Franken.

Das im März 1960 gestellte Begehren des Versicherten auf Umschulung auf eine andere Tätigkeit sowie auf Ausrichtung einer Rente wurde von der Ausgleichskasse gemäß Beschluß der IV-Kommission abgelehnt. Auf die Beschwerde des Versicherten hin wies auch die Rekurskommission das Begehren um Ausrichtung einer Rente ab; dagegen verhielt sie die IV, die Kosten einer Umschulung zu übernehmen und während dieser Zeit ein Taggeld auszurichten. Der Versicherte erklärte hierauf Berufung mit dem Antrag, es sei ihm vom 1. Januar 1960 hinweg eine Invalidenrente zu gewähren.

Das EVG hat in teilweiser Gutheißung der Berufung dem Versicherten für die Monate Oktober und November 1960 eine ganze Rente nebst einer Zusatzrente für die Ehefrau zugesprochen, und zwar mit folgender Begründung:

1. Laut Art. 28, Abs. 1, IVG besteht ein Anspruch auf Rente, wenn der Versicherte mindestens zur Hälfte (50 Prozent) invalid ist; in Härtefällen kann die Rente auch bei einer Invalidität von mindestens zwei Fünfteln (40 Prozent) ausgerichtet werden. Für die Bemessung der Invalidität wird das Einkommen, das der Versicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre (Art. 28, Abs. 2, IVG).

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 (Art. 29, Abs. 1, IVG).

2. Wie das EVG im Urteil vom 22. September 1962 i. Sa. M. S. (ZAK 1962, S. 88) ausgeführt hat, liegt eine voraussichtlich bleibende Erwerbsunfähigkeit dann vor, wenn wegen der Stabilität des Zustandes zu erwarten ist, daß sie während der nach der Lebenserwartung normalen Aktivitätsperiode des Versicherten bestehe (daß also auch Eingliederungsmaßnahmen

keine Besserung der Erwerbsfähigkeit mehr erwarten lassen). Ein derartiger Sachverhalt ist hier nicht gegeben; im Jahre 1960 war die Erwerbsunfähigkeit des Versicherten durch ein labiles pathologisches Geschehen bedingt und hatte nicht voraussichtlich bleibenden Charakter. Demzufolge konnte, wie das BSV zutreffend festhält, ein Rentenanspruch erst nach 360tägiger voller Arbeitsunfähigkeit im Sinne der zweiten Variante des Art. 29, Abs. 1, IVG entstehen. Nach ärztlicher Feststellung war der Versicherte vom 15. Oktober 1959 an vollständig arbeitsunfähig. Da die vor das Inkrafttreten des IVG am 1. Januar 1960 fallende Arbeitsunfähigkeit mitzuzählen ist (Urteil vom 28. März 1962 i. Sa. B. F.; ZAK 1962, S. 385), lief die 360tägige Frist in der ersten Hälfte des Monats Oktober 1960 ab. Zu dieser Zeit war der Versicherte immer noch vollständig erwerbsunfähig, weshalb vom 1. Oktober 1960 hinweg die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer ganzen Rente mit einer Zusatzrente für die Ehefrau erfüllt sind. (Für den Monat, in dem der Rentenanspruch entsteht, wird die Rente gemäß Art. 29, Abs. 1, IVG voll ausgerichtet.) Der Umstand, daß bereits vom 1. Dezember 1960 an keine mindestens hälftige Erwerbsunfähigkeit mehr bestand (was noch darzutun sein wird), ändert hieran nichts. Ist die 360tägige volle Arbeitsunfähigkeit abgelaufen, so vermag auch eine kurze Zeit weiterdauernde, mindestens hälftige Beeinträchtigung in der Erwerbsfähigkeit einen Rentenanspruch zu verschaffen; auf jeden Fall muß es genügen, wenn diese Beeinträchtigung während rund 1½ Monaten andauert, wie das hier zutraf. Nach Ablauf der 360tägigen vollen Arbeitsunfähigkeit ist nämlich eine längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 4 IVG bereits gegeben, weshalb es nicht mehr darauf ankommt, wie lange die an jene Arbeitsunfähigkeit anschließende Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit noch besteht.

3. Am 1. Dezember 1960 war der Versicherte imstande, eine Stelle als Hilfsarbeiter mit einem Monatslohn von 550 Franken anzutreten. Wenn er auch bis zum Juni 1961 seiner Arbeit nicht immer voll nachgehen konnte, so läßt sich doch nicht sagen, daß er vom 1. Dezember 1960 an durch die ihm zumutbare Tätigkeit im Durchschnitt nicht wenigstens die Hälfte des Einkommens eines voll leistungsfähigen Malers zu erzielen vermochte. Demzufolge liegt die Invalidität seit dem 1. Dezember 1960 offensichtlich unter 50 Prozent, was die weitere Ausrichtung einer Rente verbietet. Für einen Härtefall, der die Gewährung der Rente bei einer Invalidität von mindestens 40 Prozent erlauben würde, liegen keine Anhaltspunkte vor, ganz abgesehen davon, daß es fraglich erscheint, ob die Invalidität vom 1. Dezember 1960 an noch 40 Prozent erreichte. Auf die abweichende ärztliche Invaliditätsschätzung (60 Prozent) kann es nicht ankommen; versichert ist nicht der Gesundheitsschaden an sich, sondern dessen wirtschaftliche Auswirkung, d. h. die Einbuße an Erwerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt.

Mit dem Beginn der Umschulung auf eine neue Tätigkeit (die Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen ist im Berufungsverfahren nicht mehr streitig) entsteht kein neuer Rentenanspruch. Dagegen wird dem Versicherten während der Umschulung ein Taggeld ausgerichtet werden. Ob eine zu Beginn der Eingliederungsmaßnahmen noch laufende Rente weitergewährt werden könnte, braucht nicht geprüft zu werden, da kein derartiger Sachverhalt gegeben ist.

4.

Art. 28, Abs. 1, IVG. Begnügt sich eine teilinvalidе Versicherte mit Rücksicht auf das Leben in der Familiengemeinschaft mit einer wesentlich geringer entlöhnten Arbeit, als ihr angesichts ihrer verbliebenen Fähigkeiten und Kräfte zumutbar wäre, so liegt aus diesem Grund noch kein Härtefall vor.

Die 1917 geborene Versicherte trägt seit einer in jüngeren Jahren erfolgten Amputation des rechten Unterschenkels eine Prothese. Nach Abschluß einer Lehre für Handarbeiten half sie vorerst zu Hause in der Landwirtschaft und stickte nebenbei. Seit 19 Jahren lebt sie in der Familie eines Schwagers, der einen kleinen Landwirtschaftsbetrieb führt. Dort hilft sie in Haus und Feld mit und erhielt von Anfang an einen Monatslohn von 100 Franken nebst Verpflegung und Unterkunft.

Gemäß Beschluß der IV-Kommission verfügte die Ausgleichskasse die Kostenübernahme für eine neue Prothese sowie für eine Reparatur der alten, lehnte hingegen die Ausrichtung einer Rente ab. Das hierauf im Beschwerdeverfahren gestellte Rentenbegehren wurde von der Rekurskommission gutgeheißen. Auf Berufung des BSV hat jedoch das EVG unter Verneinung eines Härtefalles die Kassenverfügung mit folgender Begründung wieder hergestellt:

1. Gemäß Art. 28, Abs. 1, IVG besteht ein Anspruch auf Rente, wenn der Versicherte mindestens zur Hälfte (50 Prozent) invalid ist; in Härtefällen kann die Rente auch bei einer Invalidität von zwei Fünfteln (40 Prozent) ausgerichtet werden. Das IVG versteht unter Invalidität eine voraussichtlich bleibende oder länger dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 IVG). Das Maß der Erwerbsunfähigkeit wird nach Art. 28, Abs. 2, IVG in der Weise bestimmt, daß das Erwerbseinkommen, das der Versicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen «durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte», in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, «das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre».

2. Unbestritten ist, daß eine Bauernmagd ohne Invalidität im Kanton Zürich ein durchschnittliches Einkommen von 435 Franken monatlich erzielt. Die Versicherte arbeitet seit 19 Jahren als Bauernmagd auf dem Hofe ihres Schwagers und empfing seither unverändert monatlich 100 Franken in bar sowie 135 Franken als Naturallohn (für Kost und Logis). Die Vorinstanz hat sie daher als eingegliedert betrachtet und bei der Bestimmung des Einkommens, das durch eine zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielbar wäre, auf den tatsächlich erzielten Verdienst abgestellt. Sie errechnete aus dem Vergleich dieser beiden Einkommen eine monatliche Erwerbseinbuße von 200 Franken oder 46 Prozent. Dieses Ergebnis wird vom BSV mit dem Hinweis, daß die Versicherte in eine Arbeit eingegliedert werden könnte, die ihrer Invalidität besser entsprechen würde (z. B. als reine Haushalthilfe), so daß sie eine Invalidität von weniger als 40 Prozent aufweisen würde, bestritten. Dieser Einwand kann indessen dahin gestellt bleiben, weil auch nach der Berechnungsart der Vorinstanz eine Rente nur bezahlt werden könnte, wenn ein Härtefall gegeben wäre.

3. Ein Härtefall ist nach EVGE 1962, S. 78 (ZAK 1962, S. 317, Erw. 4) dann anzunehmen, wenn es einem Versicherten infolge besonderer Verhältnisse trotz einem unter 50 Prozent liegenden Invaliditätsgrad nicht möglich ist, für seinen Unterhalt aufzukommen. Im Vordergrund stehen wirtschaftliche und soziale Momente. Mithin ist von einem Härtefall vor allem dann zu sprechen, wenn ein zwischen 40 und 50 Prozent Invaliden das notwendige Existenzminimum zu seinem und dem Unterhalt seiner Angehörigen wegen wirtschaftlicher oder besonderer sozialer Gründe (wie schwere Familienlasten oder notwendige und außerordentlich hohe Arztkosten) nicht erreicht.

Ob der Härtefall noch näher umschrieben werden könnte, wie es die Vorinstanz versucht hat, braucht im vorliegenden Fall nicht untersucht zu werden; denn hier ist er jedenfalls, so wie die Dinge heute noch liegen, nicht gegeben. Wenn die Versicherte es schon vorgezogen hat, ihren ursprünglichen Beruf oder eine sonstige körperlich nicht anspruchsvolle Tätigkeit, wo sie nicht wesentlich behindert wäre, zugunsten des Lebens in Familiengemeinschaft sein zu lassen, dann stehen ihre heutigen Verdienstverhältnisse in keinem entscheidenden Zusammenhang mit ihrer Invalidität. Und gerade wegen des bevorzugten Lebens in der Familiengemeinschaft ist auch der Härtefall zu verneinen. Übrigens ist es nach ihren Angaben auch fraglich, ob ihr Lohn aus familiären Rücksichten nicht unter dem angemessenen Leistungslohn liegt, wenigstens nach Verabreichung der neuen Prothese.

4. Nach den Akten kann angenommen werden, daß die Versicherte mit der Stelle auf dem Hof des Schwagers die zumutbare Erwerbsfähigkeit — selbst im Hinblick auf ihre psychische Gesundheit — nicht voll ausschöpft. Die Voraussetzungen der Art. 8 ff. IVG für die Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen dürften erfüllt sein. Auf entsprechendes Gesuch der Versicherten hätte daher die Verwaltung zu prüfen, ob die Versicherte nicht einer einträglicheren Erwerbstätigkeit zugeführt werden könnte.

VON MONAT ZU MONAT

Der aus der Mitte der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung bestellte 18gliedrige *Sonderausschuß für die sechste AHV-Revision* tagte am 15. März sowie am 2. und 3. April unter dem Vorsitz seines Präsidenten, Dr. Saxer, sowie im Beisein von Direktor Frauenfelder und von Dr. Kaiser, Berater für mathematische Fragen, vom Bundesamt für Sozialversicherung. Anhand einer umfassenden Dokumentation ließ sich der Ausschuß eingehend über die Probleme der sechsten AHV-Revision orientieren und pflog eine vorläufige Aussprache über den Ausbau der AHV-Leistungen und der ergänzenden Fürsorge. Der Sonderausschuß wird seine Arbeiten voraussichtlich im Mai abschließen.

Die Invalidenversicherung im Jahre 1962

Aus dem einleitenden Referat von Dr. A. Granacher, Chef der Unterabteilung AHV/IV/EO, an der Jahreskonferenz der IV-Kommissionen vom 28. Februar 1963¹

Die IV hat ihr *drittes Jahr* hinter sich. Ob es arbeitsmäßig und finanziell bereits ein Normaljahr war, muß offen bleiben. Die differenzierte Organisation und die Vielfalt der Versicherungsleistungen erfordern mehr Zeit um sich einzuspielen, als es die Freunde der Versicherung gelegentlich wahr haben möchten. Das Fazit für 1962 lautet: die starke Belastung der IV-Organen dauert an, die finanziellen Leistungen haben zugenommen.

Bei den *IV-Kommissionen* der Kantone und des Bundes sind rund 42 000 Anmeldungen eingegangen, so daß der monatliche Zuwachs im Durchschnitt 3 500 betrug. Die überraschend hohen Zahlen liegen nur wenig unter den entsprechenden Werten von 1961, die immerhin noch zahlreiche Versicherte der Eintrittsgeneration miteinbezogen hatten. Allerdings darf man aus diesen Angaben nicht allzuviel herauslesen. Einerseits entfallen auf viele Versicherte schon mehrere Anmeldungen, anderseits mußten sich die IV-Kommissionen mit ein und demselben Versicherten auch ohne neue Anmeldung oft zum zweiten oder dritten Mal oder noch häufiger befassen. Daher lassen solche Zahlen keine endgültigen Rückschlüsse über das Ausmaß der Invalidität in unserm Lande

¹ Vgl. ZAK 1963, S. 98. Die übrigen Referate werden ebenfalls in der ZAK veröffentlicht.

zu. Hier wird erst die statistische Auswertung der IV-Leistungen über einen längeren Zeitraum Klarheit verschaffen. Eines steht jedoch fest: Die IV-Kommissionen werden im allgemeinen eher stärker beansprucht, als bei ihrer Errichtung anzunehmen war. Die Pendenzen konnten langsam, aber stetig abgetragen werden. Sie beliefen sich Ende 1962 auf 10 Prozent der gesamten Anmeldungen. Ganz werden sie sich nie vermeiden lassen; denn ein Fall wird umso besser erledigt, desto gründlicher er abgeklärt ist.

An den Abklärungen waren 1962 in vermehrtem Maße auch die *IV-Regionalstellen* und die *Spezialstellen* beteiligt. Die erstern haben 9 000 Aufträge oder 1 000 mehr als im Vorjahre erhalten und 8 300 Fälle erledigt, was nur durch einen organisatorischen Ausbau möglich war. Die Spezialstellen haben im Berichtsjahr mehr als 4 000 Aufträge ausgeführt, d. h. die ungefähr gleiche Zahl wie in den Jahren 1960 und 1961 zusammen. Die Mithilfe der Spezialstellen und ihr sachkundiger Einsatz erleichterten die Durchführung der IV spürbar. Ferner wurden stärker als bisher auch Sachverständige und Gutachter beigezogen.

Der Arbeitsaufwand der *Ausgleichskassen* zeigt sich am besten in den erlassenen IV-Verfügungen. Im abgelaufenen Jahr betrafen 22 000 Verfügungen die Zuspreehung von Renten, 900 die Ausrichtung von Hilfslosenentschädigungen und 39 000 die Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen. Ein und derselbe Behinderte kann mehrere Verfügungen erhalten. Die Zahl der Verfügungen übersteigt deshalb den Bestand der Leistungsbezüger. Abweisende Verfügungen sind nicht mitgerechnet. Die Rentenverfügungen und jene für Hilfslosenentschädigungen sind zurückgegangen; die Eingliederungsverfügungen haben beachtlich zugenommen und übersteigen insgesamt die Zahl der seit Inkrafttreten der IV gewährten Renten. Diese Entwicklung entspricht dem eigentlichen Gedanken des Sozialwerkes, die Eingliederungsmaßnahmen in den Vordergrund zu stellen und erst sekundär Geldleistungen zu gewähren.

Der *Zentralen Ausgleichsstelle* obliegt die Prüfung und Auszahlung der Rechnungen für Abklärungskosten und für die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen. Die Zahl dieser Rechnungen wird immer größer. Waren 1960 erst deren 89 000 zu verarbeiten, so ist die Zahl im Jahre 1961 auf 138 000 und 1962 auf 142 000 gestiegen. Die Zunahme wäre noch ausgeprägter, wenn sich die Zählperioden in den Jahren 1961 und 1962 zeitlich nicht verschoben hätten. Es sind Bestrebungen im Gange, das Rechnungswesen durch eine noch wirksamere Zusammenarbeit der an der Vorprüfung und Weiterbildung beteiligten Stellen noch speditiver zu gestalten.

Wie wichtig die *Gerichtspraxis* für die einheitliche Rechtsanwendung ist, braucht hier nicht begründet zu werden. Hingegen ist ein Hinweis auf die wachsende Belastung der kantonalen und eidgenössischen Rechtspflegebehörden durch die IV am Platze. Die beim Bundesamt für Sozialversicherung 1962 eingegangenen erstinstanzlichen Entscheide sind seit 1961 um rund 800 auf 2 439 gestiegen. Die Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes haben sich im gleichen Zeitraum zahlenmäßig nahezu verdoppelt und betrugen im Berichtsjahr 372. Das Bundesamt für Sozialversicherung selbst hat 1962 in 103 Fällen Berufung an die oberste Instanz ergriffen. Bis Jahresende waren 77 Fälle entschieden. 68 Gutheißungen stehen 5 Abweisungen gegenüber. In 4 Fällen konnte das Bundesamt für Sozialversicherung die Berufung zurückziehen.

Die *Beiträge zur Förderung der Invalidenhilfe* hatten wegen ihrer Besonderheiten zwangsläufig mit längeren Anlaufzeiten zu rechnen als die eigentlichen Versicherungsleistungen, doch sind die Schwierigkeiten im wesentlichen überwunden. So haben die Bausubventionen 1962 nachhaltig eingesetzt, und die Betriebsbeiträge nahmen verglichen mit 1961 sogar um das Neunfache zu. Erheblich gestiegen sind ebenfalls die Beiträge an Fürsorgestellen, Dachorganisationen und Ausbildungsstätten für Fachpersonal. Schließlich konnten im Berichtsjahr insgesamt 222 Kurse zur Ertüchtigung Invaliden und zur Beratung der Angehörigen, Sportkurse, Ausbildungskurse für Fachpersonal und Sportleiterkurse finanziell wirksam unterstützt werden. 1960 hatte es keine solchen Subventionen gegeben, 1961 deren 116.

Abschließend sei auf das *Rechnungsergebnis 1962* hingewiesen. In der umstehenden Tabelle sind die wichtigsten Posten dargestellt. Der Einnahmenüberschuß von 17,3 Mio Franken läßt das bisherige IV-Vermögen auf 79,2 Mio Franken ansteigen. Die Betriebsrechnungen 1962 von AHV, IV und EO werden in einer späteren Nummer der ZAK noch näher betrachtet und zu den früheren Rechnungen in Beziehung gesetzt. Deshalb soll es bei den obigen Hinweisen sein Bewenden haben.

*

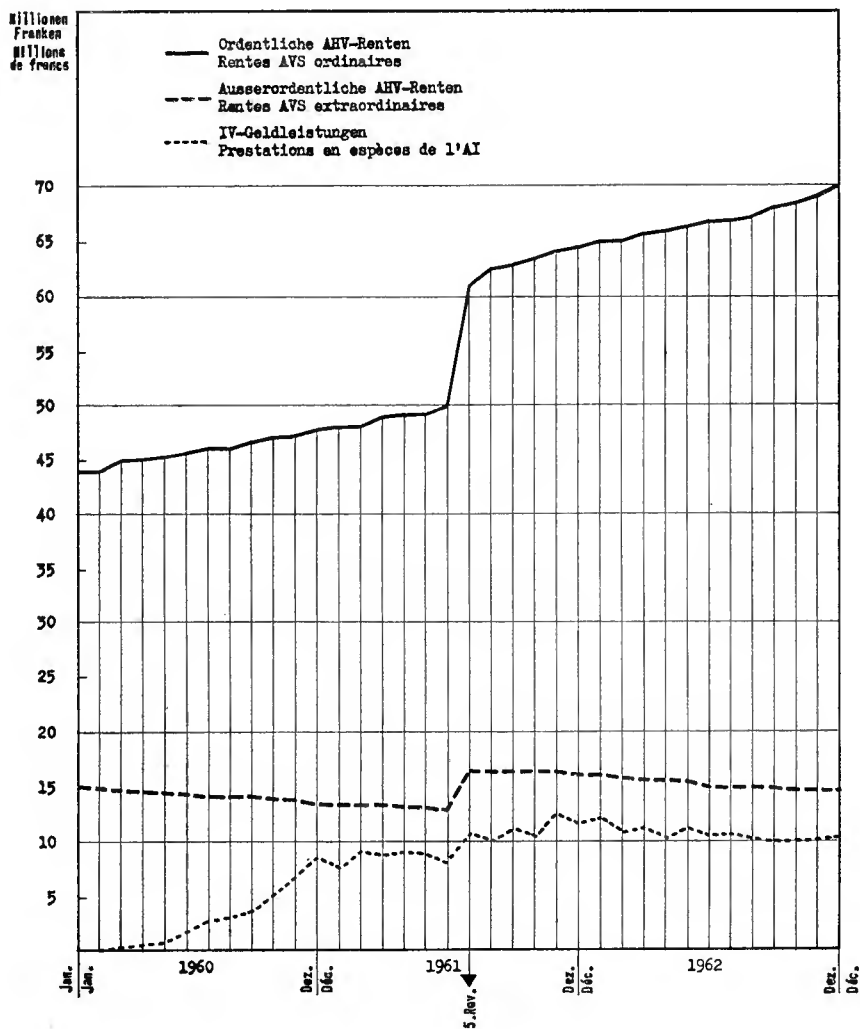
Die IV bleibt, wie die vorstehenden Ausführungen einmal mehr dar- tun, ein besonders arbeitsintensiver Zweig der Sozialversicherung. Sie ist dies umso mehr, als der Einzelfall sehr verschiedenartig sein kann und sich die Behandlung nicht in der Verwaltungsroutine erschöpfen darf,

Die Betriebsrechnung der Invalidenversicherung im Jahre 1962

Einnahmen- bzw. Ausgabenarten	Beträge in Mio. Franken
EINNAHMEN	
Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber	100,5
Beiträge der öffentlichen Hand	84,2
Zinsen	0,9
Total Einnahmen	185,6
AUSGABEN	
1. Geldleistungen	
Renten	114,6
Hilflosenentschädigungen	3,8
Taggelder	3,6
Fürsorgeleistungen an Schweizer im Ausland	0,2
	122,2
2. Sachleistungen	
Medizinische Maßnahmen	18,4
Maßnahmen beruflicher Art	3,9
Beiträge an Sonderschulung bildungsfähiger Minderjähriger	8,2
Hilfsmittel	4,1
	34,6
3. Beiträge an Institutionen und Organisationen	
Arbeitsämter, Berufsberatungs- und Spezialstellen	0,1
Baubeiträge	2,3
Betriebsbeiträge	1,4
Fürsorgestellen, Kurse, Ausbildung von Fachpersonal	1,2
	5,0
4. Durchführungs- und Verwaltungskosten	
einschließlich Reisekosten der Invaliden	6,5
Total Ausgaben	168,3
ERGEBNIS	
Einnahmenüberschuß	17,3

sondern den behinderten Mitmenschen in den Mittelpunkt stellen muß. Die versicherungseigenen Organe, die Spezialstellen, die Eingliederungsstätten, Sonderschulen, Anstalten und Heime sowie die weiteren Durchführungsstellen haben 1962 wiederum ein großes Pensum erfüllt. Dafür gebührt ihnen Dank.

Die Entwicklung der monatlichen Geldleistungen von AHV und IV



In verschiedenen früheren Publikationen wurde die Entwicklung der monatlichen Rentenzahlungen in der AHV anhand graphischer Darstel-

lungen bis 1958 verfolgt (vgl. ZAK 1954, S. 161, ZAK 1955, S. 334, ZAK 1957, S. 52 und ZAK 1959, S. 45). Diese Entwicklung wird nun für die Zeitspanne vom Januar 1960 bis Dezember 1962 fortgesetzt, wobei vergleichshalber auch die IV-Geldleistungen mitberücksichtigt werden.

Die anlässlich der fünften AHV-Revision vom 1. Juli 1961 in Kraft getretene Rentenerhöhung geht aus dem Kurvenverlauf der AHV-Renten deutlich hervor, wogegen sie bei den IV-Geldleistungen weniger ausgeprägt zum Ausdruck kommt. Innerhalb der AHV-Renten blieb aber die Tendenz nach dem plötzlichen Ansteigen der Kurve erhalten. Bei den ordentlichen Renten steigen die monatlich ausbezahlten Summen stetig an, was einerseits auf die gleichzeitige Nettozunahme der Zahl der Rentenbezüger (Neuzugang minus Abgang) zurückzuführen ist, anderseits aber auch darauf, daß die neuankommenden Renten im Durchschnitt höher bemessen sind als die wegfallenden. Bei den außerordentlichen Renten nehmen die Monatsbeträge ab, weil dem ständigen Abgang des Rentnerbestandes praktisch kein Zuwachs gegenübersteht. Diese Entwicklung hat zur Folge, daß die Differenz zwischen ordentlichen und außerordentlichen AHV-Rentensummen von Monat zu Monat größer wird, was durch die sich immer mehr voneinander entfernenden Kurven deutlich zum Ausdruck kommt.

Die pro Monat ausbezahlten ordentlichen AHV-Renten nahmen vom Januar 1960 (43,8 Mio Franken) bis Dezember 1962 (69,6 Mio Franken) um mehr als die Hälfte, nämlich um 25,8 Mio Franken zu. Dagegen ergab sich bei den außerordentlichen AHV-Renten praktisch keine Veränderung zwischen Anfangswert (15,0 Mio Franken) und Endwert (14,4 Mio Franken), weil hier die stetige Abnahme durch die Rentenerhöhung vom 1. Juli 1961 mehr oder weniger aufgefangen wurde.

Um eine Gegenüberstellung mit den AHV-Ergebnissen überhaupt zu ermöglichen, wurden in der IV die ordentlichen und außerordentlichen Renten, die Taggelder, die Hilflosenentschädigungen sowie die Fürsorgeleistungen für Schweizer im Ausland zusammengefaßt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß diese Geldleistungen nicht die einzigen Leistungen der IV darstellen. Zudem ist in den Anfangsjahren der IV die Entwicklung der monatlichen Auszahlungen noch nicht einheitlich und abgeschlossen, so daß der wiedergegebene Kurvenverlauf keineswegs als repräsentativ angesehen werden darf. Man erkennt, daß die Auszahlungen erst in der zweiten Hälfte 1960 richtig einsetzen, alsdann Schwankungen unterworfen waren und gegen Ende 1962 Werte in der Größenordnung von 10 Mio Franken erreichten.

Schweizerische Landesausstellung 1964

«In ihren Landesausstellungen zieht die Schweiz regelmäßig die Bilanz ihrer Leistungen und stellt gleichzeitig die Frage nach ihrer Zukunft. Alle 25 Jahre wird auf diese Weise dem Schweizervolk Gelegenheit zur Selbstbesinnung geboten.» (Aus der Deklaration der Großen Ausstellungskommission vom 8. März 1960)

Die bisherigen Landesausstellungen fanden 1857 in Bern, 1883 in Zürich, 1896 in Genf, 1914 in Bern und 1939 in Zürich statt. Die «Landi» 1939 hinterließ bei allen Besuchern einen tiefen Eindruck und hat in schwerer Zeit die Haltung des Volkes bestimmt beeinflusst. Nach einem weiteren Vierteljahrhundert ist die welsche Schweiz am Zug. Die neue Landesausstellung ist an Lausanne vergeben und auf 1964 angesetzt worden. Sie soll vom 30. April bis zum 25. Oktober dauern.

*

Die EXPO 64 steht unter dem Leitwort: Für die Schweiz von morgen: Erkennen und schaffen. Ihr Ziel ist «eine Besinnung des Schweizervolkes vor dem schon Geleisteten, dem noch nicht Geleisteten und dem noch zu Leistenden».

Was trägt nun die Sozialversicherung zu dieser hochgemuten Absicht bei? Vor allem wesentlich mehr als zur Zürcher Landi. Damals befand sich die Sozialversicherung in einer wenig glücklichen Lage. Die Krankenversicherung, die obligatorische Unfallversicherung und die Militärversicherung hatten sich zwar schon jahrzehntelang eingelebt. AHV und IV standen indessen noch in weiter Ferne. Die Familienzulagen waren noch beinahe unbekannt. Die Lohn- und Verdienstersatzordnung wurde eben erst vorbereitet. Die Arbeitslosenversicherung erholte sich nur langsam von den außergewöhnlichen Anforderungen der Krisenjahre. Daher mußten sich die Bundesämter für Sozialversicherung und für Industrie, Gewerbe und Arbeit 1939 damit begnügen, eine knappe Broschüre über den nicht besonders eindrucklichen Stand der Dinge aufzulegen.

Heute hat sich die Lage grundlegend geändert. Die Sozialversicherung ist insbesondere durch die AHV, IV und EO gefördert und ausgebaut worden. Diesen gebührt zusammen mit den übrigen Sozialwerken an der EXPO 64 der entsprechende Platz.

Die Ausstellung gliedert sich in einen allgemeinen und einen besonderen Teil. Der besondere Teil besteht aus mehreren Sektoren, und die Sektoren umfassen ihrerseits Abteilungen und Gruppen. In diesem Rahmen bildet die Sozialversicherung (nebst einer summarischen Darstellung im allgemeinen Teil) zusammen mit der Privatversicherung eine besondere Abteilung im Sektor *«Waren und Werte»*. Private und soziale Versicherung sollen, zusammen mit der staatlichen und betrieblichen Personalfürsorge, nicht nebeneinander, sondern miteinander zum Worte kommen. Zur Sozialversicherung zählen die AHV, IV und EO sowie die Kranken- und Unfallversicherung, die Arbeitslosenversicherung, die Militärversicherung und die Gebäudeversicherung. Die Ausstellung beschränkt sich auf das wirklich Wesentliche. Dabei werden die modernsten ausstellungstechnischen Mittel eingesetzt. Für besondere Details ist ein Informationsblatt zuhanden der Besucher vorgesehen. Privatversicherung, Sozialversicherung und Personalfürsorge bearbeiten ihre Fragen in einem Arbeitsausschuß, der nach Bedarf zusammentritt.

Das Ausstellungsprogramm ist in großen Zügen festgelegt. Die AHV, IV und EO wollen vor allem den Solidaritätsgedanken und das Zusammengehörigkeitsgefühl der Beteiligten zum Ausdruck bringen. Als organisatorische Träger der modernen Sozialversicherung hatten die Ausgleichskassen Gelegenheit, in einer kleinen Arbeitsgruppe zum Ausstellungsgut Stellung zu nehmen. Wo Querverbindungen zu anderen Sektoren bestehen, wie beispielsweise in den Fragen der beruflichen Eingliederung oder der Sonderschulung, sind die nötigen Kontakte hergestellt. Die großzügig geplante EXPO 64 wird fast ein Übermaß von Eindrücken vermitteln. Die Bedeutung der Sozialversicherung gebietet es, in diesem Wettbewerb der ihr zukommenden Rolle gerecht zu werden.

Schweizerische Sozialversicherung 1955-1961

Die schweizerische Sozialversicherung hat sich in den letzten Jahren gewaltig entwickelt. Hierüber orientiert die nachstehende Tabelle aus der im Verlag Stämpfli & Co., Bern, erscheinenden *«Schweizerischen Zeitschrift für Sozialversicherung»* (1962, S. 283). Es handelt sich dabei um Zahlen, die jeweils im Statistischen Jahrbuch der Schweiz veröffentlicht werden.

Versicherungszweige	Beiträge in 1000 Fr. (inkl. öff. Hand)				
	1955	1958	1959	1960	1961
Unfallversicherung (SUVA)	214 436	258 778	273 131	303 312	338 217
Krankenversicherung	332 217	437 984	464 213	500 285	570 789
Eidg. Militärversicherung	40 715	45 700	48 990	48 151	47 499
Arbeitslosenversicherung	31 923	32 673	30 904	27 769	25 497
Erwerbsersatzordnung für Wehrpflichtige ¹	46 993	52 634	52 718	74 959	88 734
Eidg. Alters- und Hinterlassenenversicherung	760 393	841 940	904 325	958 225	1 066 508
Eidg. Invalidenversicherung ²	•	•	•	102 039	167 735
Kantonale Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherungen	12 844	12 892	14 168	15 416	16 047
Familienzulagenordnung für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Bergbauern, kantonale Familienausgleichskassen ³	19 162	30 149	38 086	44 488	48 299
Pensionskassen ⁴	949 186	1 235 130	1 372 800	1 484 930	1 563 160
Total	2 407 869	2 947 880	3 199 335	3 559 574	3 932 485
Auszahlungen in 1000 Fr.					
Unfallversicherung (SUVA)	153 551	190 812	199 940	214 936	242 144
Krankenversicherung	282 276	356 983	384 623	415 164	439 635
Eidg. Militärversicherung	38 285	42 761	45 849	44 993	44 284
Arbeitslosenversicherung	13 755	19 337	15 888	8 564	4 767
Erwerbsersatzordnung für Wehrpflichtige ¹	46 993	52 634	52 718	63 591	71 529
Eidg. Alters- und Hinterlassenenversicherung	372 014	652 868	687 314	721 065	848 426
Eidg. Invalidenversicherung ²	•	•	•	48 985	149 646
Kantonale Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherungen	8 682	10 880	12 518	12 122	13 610
Familienzulagenordnung für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Bergbauern, kantonale Familienausgleichskassen ³	17 749	28 141	32 719	36 756	39 683
Pensionskassen ⁴	492 935	631 400	679 290	730 870	805 540
Total	1 426 240	1 985 816	2 110 859	2 297 046	2 659 264

¹ Seit 1. Januar 1960 auf neuer Grundlage.

² Seit 1. Januar 1960 in Kraft.

³ Ohne private Familienausgleichskassen.

⁴ Inbegriffen Spareinlegerkassen, Gruppenversicherungen und Wohlfahrtsfonds.

Operationen als medizinische Eingliederungsmaßnahmen der Invalidenversicherung

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in zwei Entscheiden den Begriff der medizinischen Eingliederungsmaßnahmen grundsätzlich umschrieben. Im Falle eines 44jährigen Zahnarztes stellte das Gericht fest¹, daß allein eine (nicht zur eigentlichen Leidensbehandlung gehörende) Staroperation geeignet sei, die berufliche Existenz des Versicherten zu retten. Sie diene also vorwiegend der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit im Sinne von Artikel 12, Absatz 1, IVG. In seiner Begründung vertrat das Eidgenössische Versicherungsgericht u. a. den Standpunkt, der Zahnarzt befinde sich noch in der ersten Hälfte der normalen Aktivitätsperiode eines freierwerbenden Akademikers; der größere und fruchtbarere Teil der beruflichen Laufbahn stehe noch bevor. Nur vom Ergebnis dieser Operation hänge es ab, ob der Versicherte weiterhin als Zahnarzt erwerbsfähig oder ob er sehr weitgehend invalid sein werde.

Wertete das Eidgenössische Versicherungsgericht bei diesem Zahnarzt die durchgeführte Staroperation als medizinische Eingliederungsmaßnahme der IV, so verneinte es am gleichen Tag die Leistungspflicht der IV bei einer 55jährigen, ebenfalls eine Staroperation begehrenden Hausfrau². Hier war nach Ansicht des Gerichts die voraussichtliche Dauer der Erwerbsfähigkeit eine sehr beschränkte, weshalb der Operation nicht vorwiegend der Charakter einer Eingliederungsmaßnahme zugesprochen werden konnte. Zudem diene die Operation vor allem dem allgemeinen Wohlbefinden der Versicherten. Es war somit keine medizinische Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Artikel 12, Absatz 1, IVG gegeben. Daher konnte auch keine Starbrille als Hilfsmittel zu Lasten der IV abgegeben werden.

Wie diese beiden, in bezug auf die Art des Leidens, wie auch der vorgesehenen Maßnahmen gleichen, im Ergebnis der Beurteilung jedoch ganz verschieden lautenden Urteile zeigen, ist in jedem Einzelfalle gründlich abzuwägen, ob die von der höchsten richterlichen Instanz aufgezeigten Kriterien für eine Übernahme der Vorkehren zu Lasten der IV erfüllt sind oder nicht. Eine bedeutende Rolle spielt dabei zunächst einmal das Alter des Versicherten. Mit 55 Jahren (Fall H. F.) stand die Versicherte nahe am Ende ihrer versicherungsrechtlich beachtlichen Aktivitätsperiode. IV-rechtlich geht nämlich die Aktivitätsperiode eines

¹ Urteil des EVG vom 17. September 1962 i. Sa. B. B., ZAK 1963, S. 126

² Urteil des EVG vom 17. September 1962 i. Sa. H. F., ZAK 1963, S. 78

Versicherten mit dem Erreichen des AHV-Rentenalters (Männer 65 Jahre, Frauen 63 Jahre) zu Ende, da für die Folgezeit die Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen ausgeschlossen ist (Art. 10, Abs. 1, IVG). Anders waren die Verhältnisse im Falle B. B., der mit 44 Jahren noch eine sehr lange Aktivitätsperiode vor sich hatte. Hat ein Versicherter den wesentlichen Teil seiner Aktivitätsperiode noch vor sich, so dienen medizinische Vorkehren, die nicht zur eigentlichen Leidensbehandlung gehören und bei denen der Eingliederungszweck nicht durch andere Ziele überschattet wird, in der Regel überwiegend der beruflichen Eingliederung und sind daher als Eingliederungsmaßnahmen zu Lasten der IV zu nehmen.

Mit dem Alter und der Dauer der rechtserheblichen Aktivitätsperiode eng zusammenhängend ist das Kriterium der Auswirkungen einer Operation auf die Erwerbsfähigkeit. Entscheidend ist nämlich, ob eine bestimmt umschriebene Maßnahme eine dauernde und wesentliche Verbesserung oder Bewahrung der Erwerbsfähigkeit im Sinne von Artikel 12, Absatz 1, IVG zu gewährleisten vermag.

Im Einzelfall ist eine sorgfältige und gewissenhafte Abklärung und Abwägung der Verhältnisse erforderlich. Nur sie zeigt, ob in dem zur Beurteilung stehenden Falle Eingliederungsmaßnahmen im Sinne der IV gegeben sind oder nicht.

Medizinische Vorkehren bei Jugendlichen im Berufsbildungsalter

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat sich in einem Urteil vom 12. Oktober 1962 i. Sa. H. V., ZAK 1963, S. 130, mit dem Charakter medizinischer Vorkehren bei nichterwerbstätigen, an der Schwelle des Berufsbildungsalters stehenden Minderjährigen beschäftigt. Dabei stellte das Gericht seinen Ausführungen einige wesentliche Erwägungen zur Abgrenzung der Leidensbehandlung von den medizinischen Eingliederungsmaßnahmen im Sinne von Artikel 12, Absatz 1, IVG und Artikel 2, Absatz 1, IVV voran. Trägt eine medizinische Vorkehr sowohl Merkmale der Heilbehandlung als auch solche der beruflichen Eingliederung und stellt sie nicht eine eigentliche Leidensbehandlung (z. B. Vorkehren bei Infektionskrankheiten) dar, so ist nach der jüngsten Rechtsprechung (in Ergänzung der bisherigen, sich auf das Urteil vom 28. März 1961 i. Sa. A. Sch., ZAK 1961, S. 224, stützenden Praxis) zu prüfen, ob die Heilbehandlung oder die berufliche Eingliederung überwiegt. Dabei ist ins-

besondere auf die Erwerbsverhältnisse mit und ohne Durchführung der medizinischen Vorkehr abzustellen. Was nun medizinische Maßnahmen bei Minderjährigen vor dem Berufsbildungsalter anbelangt, so darf schon dann der Eingliederungscharakter als überwiegend angenommen werden, wenn ohne deren Durchführung in absehbarer Zeit eine Defektheilung oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt würde.

Gestützt auf Artikel 5, Absatz 2, IVG, wonach nichterwerbstätige Minderjährige mit einem körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als invalid gelten, wenn der Gesundheitsschaden wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird, führte das Eidgenössische Versicherungsgericht aus, daß man sich bei der Beurteilung der Frage, ob die Invalidität Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen gebe, in den Zeitpunkt versetzen müsse, in dem diese Jugendlichen in das Erwerbsleben eintreten werden; es seien somit auch die Verhältnisse im Berufsbildungsalter zu berücksichtigen. Die Erwerbsunfähigkeit muß also nicht unmittelbar gegeben sein. Solange das Berufsbildungsalter noch in beträchtlicher Ferne liegt, dürften bei evolutiven Leiden Leistungen der IV gemäß Artikel 12 IVG selten in Betracht fallen. Anders dagegen, wenn das Berufsbildungsalter unmittelbar bevorsteht. Würde man hier mit Eingliederungsmaßnahmen zuwarten, so würden die Berufsbildung erschwert, der Eintritt ins Erwerbsleben verzögert und die Erfolgsaussichten von später ohnehin notwendigen Eingliederungsmaßnahmen erheblich verringert.

In Anwendung dieser Grundsätze sprach das Eidgenössische Versicherungsgericht einer Operation zur Beseitigung von erworbenen Crura vara (O-Beinen) bei einem 16jährigen Mädchen den Charakter einer Eingliederungsmaßnahme zu. Keine wegweisende Bedeutung dürfte indessen der weitergehenden Erwägung zukommen, wonach auch die gleichzeitige Behandlung einer Scheuermannschen Kyphose «attraktionsweise zum Komplex der getroffenen Eingliederungsmaßnahmen gehöre» und ebenfalls zu Lasten der IV zu erfolgen habe.

Die Praxis des Bundesamtes für Sozialversicherung in Kassenzugehörigkeitsfragen

Im Jahre 1959 (S. 367 ff.) hat die ZAK letztmals über die Tätigkeit des Bundesamtes für Sozialversicherung als entscheidende Instanz bei Streitigkeiten in Kassenzugehörigkeitsfragen berichtet, und zwar über die in der Zeit vom 1. Juli 1956 bis 30. Juni 1959 gefällten Entscheide, soweit sie von allgemeinem Interesse waren.

Während im Jahre 1959 nur ein einziger Entscheid zu fällen war (besprochen in ZAK 1959, S. 368), wurde das Bundesamt für Sozialversicherung in den Jahren 1960 und 1961 in je sechs, und 1962 in drei Fällen angerufen. Die wenigen Entscheide (total 16 in vier Jahren) sind ein erneuter Beweis dafür, daß sich die Praxis der Kassenzugehörigkeitsfragen konsolidiert hat.

In der Berichtsperiode vom 1. Juli 1959 bis 31. Dezember 1962 standen folgende Streitgegenstände zur Beurteilung:

Zugehörigkeit zu einem Gründerverband (Art. 64, Abs. 1, AHVG)

Gemäß Artikel 64, Absatz 1, AHVG zieht die Zugehörigkeit zu einem Gründerverband den Anschluß an dessen Verbandsausgleichskasse nach sich. Dabei genügt auch die Zugehörigkeit zu einer kantonalen oder regionalen Sektion des Gründerverbandes, um dessen Mitgliedschaft und damit den Anschluß an die Verbandsausgleichskasse zu begründen. Das Gesetz bietet keine Handhabe, um allfälligen anderslautenden Wünschen der Abrechnungspflichtigen nachzukommen (vgl. ZAK 1959, S. 368).

Dagegen glaubte eine Verbandsausgleichskasse, den Anschluß einer Verkaufszentrale, die weder Mitglied ihres Gründerverbandes noch einer seiner Sektionen war, damit begründen zu können, daß sie die Zentrale als Organisation einer Produzentenvereinigung betrachte, die ihrerseits eine Sektion des Gründerverbandes bilde. Das Bundesamt für Sozialversicherung entschied auf Grund der tatsächlichen Verhältnisse, daß die Verkaufszentrale, die als im Handelsregister eingetragene Genossenschaft nicht nur Rechtspersönlichkeit besitzt, sondern auch wirtschaftlich und organisatorisch unabhängig ist, ihrem Wesen nach kein Berufsverband sei und daher AHV-rechtlich nicht als Unterverband des Gründerverbandes bzw. dessen Sektion betrachtet werden könne.

Mitgliedschaft bei mehreren Gründerverbänden (Art. 117, Abs. 1, AHVV; Abschnitt E I 3 b des Kreisschreibens Nr. 36 a)

Eine Firma, die im Jahre 1948 sowohl dem Gründerverband A als auch dem Gründerverband B angehörte, hatte sich damals für den Anschluß

an die Ausgleichskasse des Gründerverbandes A entschlossen. Ende 1955 erlosch die Mitgliedschaft beim Gründerverband B infolge Austritt. Auf den 1. Januar 1959 trat sie einem neugegründeten Verband bei, der seinerseits dem Gründerverband B angehört. Hierauf teilte sie am 27. September 1959 der bisherigen Ausgleichskasse mit, daß sie sich ab 1. Januar 1960 der Ausgleichskasse des Gründerverbandes B anschließen werde. Diesem Wechsel widersetzte sich die bisherige Ausgleichskasse unter Hinweis auf Artikel 117, Absatz 1, AHVV, wonach ein Kassenwechsel vor dem 1. Januar 1961 nicht möglich sei. Das Bundesamt für Sozialversicherung mußte darauf hinweisen, daß die in Artikel 117, Absatz 1, AHVV erwähnte drei- bzw. fünfjährige Wartefrist für die Wiederausübung des Wahlrechtes sinngemäß nur für solche Abrechnungspflichtige gilt, die unter gleichen Verhältnissen bereits einmal von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht haben. Artikel 117, Absatz 1, AHVV regelt dagegen nicht die Frist, innert welcher das Wahlrecht, wie es durch den später erfolgten Beitritt zum Gründerverband einer weiteren Ausgleichskasse begründet wird, auszuüben ist. Gemäß Kreisschreiben Nr. 36 a ist in diesem Falle der allgemeine Grundsatz des Kassenwechsels auf Jahresende anwendbar, d. h. die Beitragspflichtigen können auf den 1. Januar des dem Verbandsbeitritt folgenden Jahres zur neuen Ausgleichskasse übertreten, sofern sie bis zum vorangehenden 30. September von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen.

Das Bundesamt für Sozialversicherung sah sich auch veranlaßt festzustellen, daß bei Zugehörigkeit zu zwei Gründerverbänden die einmal gewählte Ausgleichskasse gemäß Artikel 117, Absatz 1, AHVV nur nach Ablauf der drei- bzw. fünfjährigen Frist gemäß Artikel 99 AHVV gewechselt werden kann, d. h. jeweils auf den 1. Januar der Jahre 1951, 1956, 1961, 1966 usw. Ein vorzeitiger Wechsel läßt sich nur erwirken, wenn der Austritt aus dem Gründerverband der bisherigen Ausgleichskasse erklärt wird und dadurch die Voraussetzungen für den Anschluß an diese dahinfallen.

Fiktive Zugehörigkeit zu einem Gründerverband
(Art. 121, Abs. 2, AHVV)

In zwei Fällen hatte das Bundesamt für Sozialversicherung zu entscheiden, ob der Erwerb der Mitgliedschaft eines Gründerverbandes ausschließlich zum Zwecke des Anschlusses an die Verbandsausgleichskasse erfolgt sei. In Bestätigung seiner bisherigen Praxis stellte es fest, daß Artikel 121, Absatz 2, AHVV nur angerufen werden kann, wenn objektiv kein anderes wesentliches Interesse an der Verbandsmitgliedschaft be-

steht als dasjenige am Anschluß an die Verbandsausgleichskasse (vgl. ZAK 1958, S. 313), was in beiden Fällen verneint wurde.

Nicht rechtzeitige Bekanntgabe des Beitrittes zu einem Gründerverband (Art. 121, Abs. 3, AHVV; Abschnitt E I 2 b aa des Kreisschreibens Nr. 36a)

Gemäß Artikel 121, Absatz 3, AHVV ist die neue Ausgleichskasse verpflichtet, der bisherigen den Erwerb der Mitgliedschaft eines Gründerverbandes zu melden, sofern dadurch ein Kassenwechsel ausgelöst wird. In Ausführung dieser Vorschrift bestimmt das Kreisschreiben Nr. 36 a, daß diese Meldung bis zum 30. September zu erfolgen hat. Unterläßt es die neue Ausgleichskasse, der bisherigen rechtzeitig vom Beitritt zum Gründerverband Meldung zu erstatten, so darf eine solche Unterlassung nicht dem Abrechnungspflichtigen zur Last gelegt werden; denn, wie im Falle einer nicht rechtzeitigen Bekanntgabe des Erlöschens der Verbandsmitgliedschaft dem Abrechnungspflichtigen nicht zugemutet werden darf, ein weiteres Jahr mit der bisherigen Ausgleichskasse abzurechnen, wäre es zweifellos unbillig, im Falle eines Erwerbes der Mitgliedschaft den Abrechnungspflichtigen die Folgen der Säumnis seines Verbandes oder dessen Ausgleichskasse entgelten zu lassen und aus diesem Grunde den gewünschten Kassenwechsel nicht zu gestatten.

Zugehörigkeit zu mehreren Ausgleichskassen (Art. 119, Abs. 2, AHVV; Abschnitt E I 3 a des Kreisschreibens Nr. 36 a)

Nach Artikel 117, Absatz 4, AHVV können Arbeitgeber und Selbständigerwerbende unter Vorbehalt der Artikel 119, Absatz 2 und Artikel 120, Absatz 1, AHVV nur *einer* Ausgleichskasse angehören. Die gesetzlichen Ausnahmen beziehen sich u. a. auf das Hausdienstpersonal, für das auch bei Zugehörigkeit zu einer Verbandsausgleichskasse mit der kantonalen Kasse abgerechnet werden kann. Aus Artikel 119, Absatz 2, AHVV geht eindeutig hervor, daß ein der Verbandsausgleichskasse angeschlossener Arbeitgeber nicht automatisch auch für sein Hausdienstpersonal mit dieser Kasse abzurechnen hat. Vielmehr ist die kantonale Ausgleichskasse für die Erfassung des Hausdienstpersonals zuständig, solange der Arbeitgeber nicht durch eine ausdrückliche Willenserklärung zu erkennen gibt, daß er über die Beiträge seines Hausdienstpersonals mit der Verbandsausgleichskasse abrechnen will. Es handelt sich hier um ein Wahlrecht ähnlich demjenigen des Artikels 117, Absatz 1, AHVV in Fällen der Zugehörigkeit zu mehreren Gründerverbänden, wobei für den Zeitpunkt der Ausübung des Wahlrechtes mangels beson-

derer Vorschrift die Bestimmung des erwähnten Artikels sinngemäß heranzuziehen ist.

Kassenzugehörigkeit neu eröffneter Betriebe (Abschnitt A des Kreisschreibens Nr. 36 a)

Das Kreisschreiben Nr. 36 a enthält unter Abschnitt A (Betriebseröffnung) die folgende grundsätzliche Bestimmung: Die kantonalen Ausgleichskassen, die bei der Kontrolle über die Erfassung der Beitragspflichtigen auf neu eröffnete Betriebe stoßen, die noch keiner Ausgleichskasse angehören, haben den Betriebsinhabern schriftlich mitzuteilen, daß sie der kantonalen Ausgleichskasse angeschlossen werden, sofern sie nicht einer Verbandsausgleichskasse beitreten und innert 2 Monaten eine schriftliche Erklärung der betreffenden Verbandsausgleichskasse beibringen oder beibringen lassen. Entgegen dieser Bestimmung hatte eine kantonale Ausgleichskasse einen neu eröffneten Betrieb ohne vorherige Mitteilung noch vor Aufnahme der Tätigkeit mittels einer Unterstellungsverfügung bei ihr angeschlossen. Das Bundesamt für Sozialversicherung hielt in seinem Entscheid hiezu fest: Hat die kontrollführende Ausgleichskasse den Betriebsinhaber nicht schriftlich aufgefordert, eine entsprechende Bestätigung der Verbandsausgleichskasse beizubringen, so fehlt ihr auf Grund der oben erwähnten Weisung die Grundlage für den Erlaß einer Unterstellungsverfügung. Selbst wenn mehr als zwei Monate seit der Betriebseröffnung verstrichen sind, könnte aus diesem Grunde die kantonale Kasse nicht geltend machen, die Frist zur Beibringung der erforderlichen Bestätigung über die Zugehörigkeit zu einer Verbandsausgleichskasse sei nicht eingehalten worden. Es ist auch nicht Pflicht der Verbandsausgleichskassen, ohne Ersuchen der Betriebsinhaber eine solche Bestätigung von sich aus der kantonalen Kasse zuzustellen.

Kassenzugehörigkeit bei Umwandlung einer Einzelfirma in eine Kollektivgesellschaft

Eine Einzelfirma, die Mitglied eines Gründerverbandes war, ging infolge Todesfall an die Erbgemeinschaft über. Ein Jahr später vereinigten sich die Erben zu einer Kollektivgesellschaft. Durch die Umwandlung in eine Kollektivgesellschaft wurde rechtlich ein neues Gebilde geschaffen, das sich wesentlich von der früheren Einzelfirma und der Erbgemeinschaft unterscheidet. Entgegen der von der Verbandsausgleichskasse vertretenen Auffassung, wonach auch die Kollektivgesellschaft weiterhin als Mitglied des Gründerverbandes zu betrachten sei, entschied das Bundesamt für Sozialversicherung, daß eine Mitgliedschaft, die für die Ein-

zelfirma und die Erbengemeinschaft begründet worden war, nicht ohne weiteres auf die Kollektivgesellschaft übergehe. Diese hätte vielmehr anlässlich einer Mitgliederversammlung auf mündliche oder schriftliche Anmeldung hin formell in den Gründerverband aufgenommen werden müssen.

Wahlerklärung an eine unzuständige Stelle (Abschnitt E I 3 b des Kreisschreibens Nr. 36 a)

Gemäß Kreisschreiben Nr. 36 a braucht die statt der bisherigen Ausgleichskasse irgendeiner andern Ausgleichskasse abgegebene Wahlerklärung nicht beachtet zu werden. Das Bundesamt für Sozialversicherung führte in einem Entscheid hiezu aus, daß diese allgemeine Regel jedoch nicht ausschließt, daß im Einzelfall die Gründe der Fehlleitung und das Verschulden des Abrechnungspflichtigen abzuklären sind. Jede andere Lösung müßte — da es sich bei der Ausübung des Wahlrechtes um einen Rechtsakt handelt, der vom Versicherten nur alle fünf Jahre vorgenommen werden kann und dem neben der formellen auch materielle Bedeutung (Verwaltungskosten) zukommen kann — als formalistisch und den Grundsätzen des Verwaltungsrechtes zuwiderlaufend bezeichnet werden.

Durchführungsfragen der IV ¹

Umschulung: Wochenendfahrten

Versicherten, die sich zur Vornahme von Umschulungsmaßnahmen auswärts in einer Eingliederungsstätte aufhalten müssen, werden die Kosten für eine Wochenendfahrt nach ihrem Wohnort nur nach je zwei Wochen Ausbildungszeit erstattet (Rz 24 des Kreisschreibens vom 1. September 1961 über die Vergütung der Reisekosten). Diese Regelung gilt sowohl für alleinstehende als auch für verheiratete Versicherte.

Die Kostenübernahme für wöchentliche Urlaubsfahrten ist lediglich dann möglich, wenn Verpflegung und Unterkunft von der Eingliederungsstätte nicht selber abgegeben werden oder wenn diese über das Wochenende geschlossen ist. Dabei genügt indessen die bloße Einstellung des Schulbetriebes nicht. Voraussetzung ist vielmehr die Schließung der ganzen Heimstätte.

¹ Aus «IV-Mitteilungen» Nr. 43.

Kapitalhilfe: Selbständige Erwerbstätigkeit

Eine Kapitalhilfe wird nur zur Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit gewährt. Ein im Betrieb seiner Ehefrau mitarbeitender invalider Ehemann gilt als Arbeitnehmer und kann daher keinen Anspruch auf Kapitalhilfe erheben.

Hilfsmittel: Berufsnotwendige Geräte (Webstuhl)

Eine IV-Kommission fragt an, ob ein Webstuhl einer invaliden Weberin als Hilfsmittel im Sinne von Artikel 21, Absatz 1, IVG und Artikel 14, Absatz 1, Buchstabe h, IVV betrachtet werden könne. Diese Frage ist zu verneinen. Der Webstuhl einer Weberin ist ein berufsnotwendiges Arbeitsgerät und kann somit nicht als Hilfsmittel zu Lasten der IV abgegeben werden. Die IV kann höchstens die allenfalls erforderlichen Aufwendungen für invaliditätsbedingte Anpassungen am Webstuhl übernehmen.

Umfang der Leistungen bei Abgabe von Motorfahrzeugen

Die IV gibt die Motorfahrzeuge mit dem gewöhnlichen, im Listenpreis inbegriffenen Zubehör ab (Werkzeug, Reserverad usw.). In jedem Falle können dazu übernommen werden: die Kosten einer allfälligen ärztlichen Untersuchung, der Führer- und Fahrzeugprüfung, des Fahrzeugausweises, des Nummernschildes, eines Pannendreiecks sowie einer Sicherheitsgurte.

Sofern der Versicherte zur Überwindung des Arbeitsweges ständig auf eine Begleitperson angewiesen ist, übernimmt die IV auch die Kosten einer zweiten Sicherheitsgurte. In der Regel genügt eine gewöhnliche Zweipunktsicherheitsgurte zum Preise von höchstens 75 Franken (einschließlich Montage). Wird in Ausnahmefällen (z. B. bei doppelter Oberschenkelamputation oder schwerer Schädigung der untern Extremitäten) von der zuständigen kantonalen Motorfahrzeugkontrolle eine Dreipunktgurte vorgeschrieben, so können auch die Kosten für diese Ausführung im Betrage von ungefähr 135 Franken (einschließlich Montage) zu Lasten der IV übernommen werden. Für die Begleitperson darf nur eine Zweipunktgurte bewilligt werden.

Die Kosten invaliditätsbedingter Änderungen und Ausrüstungsgegenstände (wie Handbetätigung der Bremse, Handgriff am Steuerrad, spezielle Sitzverstellung, Außenrückspiegel usw.) sind im Einzelfall auf Grund einer entsprechenden Abklärung zu bewilligen.

Im Beschluß der IV-Kommission wie der Verfügung der Ausgleichskasse sind alle nicht im Listenpreis enthaltenen Leistungen einzeln und unter Angabe des Betrages aufzuführen.

Wird ein Fahrzeug nicht leihweise abgegeben, sondern ein Amortisationsbeitrag zugesprochen, so ist nur über die invaliditätsbedingten Änderungen und Ausrüstungsgegenstände zu beschließen bzw. zu verfügen; die übrigen oben erwähnten Kosten sind im Amortisationsbeitrag eingeschlossen.

Beiträge an Taxikosten nach erfolgter Eingliederung

Ist ein Invalid bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit nach erfolgter Eingliederung auf die Benützung eines Motorfahrzeuges für die Fahrt zur Arbeitsstätte angewiesen, so kann die IV nach Abklärung der Anspruchsberechtigung auf Abgabe eines Motorfahrzeuges zeitweise oder dauernd Beiträge an die Taxikosten gewähren, wenn

- der Versicherte dringend auf ein Motorfahrzeug angewiesen ist, bevor ihm die IV ein solches abgeben kann (z. B. bei sofortigem Stellenantritt);
- dem Versicherten ein Motorfahrzeug zugesprochen worden ist, er aber noch nicht im Besitze des Führerausweises ist;
- infolge Reparatur das persönliche durch die IV zugesprochene Motorfahrzeug vorübergehend nicht zur Verfügung steht;
- der Versicherte ein Motorfahrzeug, das ihm von der IV zugesprochen werden könnte, z. B. infolge schwerer Invalidität nicht selber zu bedienen vermöchte.

Bei erstmaliger beruflicher Ausbildung oder Umschulung gilt diese Regelung nicht.

Die Übernahme der Fahrkosten kann bis zur Höhe des Betrages erfolgen, den die IV bei Abgabe eines Motorfahrzeuges ausgelegt hätte. Dieser Betrag darf 200 Franken im Quartal nicht überschreiten. Beschlüsse der IV-Kommission über die Gewährung von Taxikosten bedürfen bis auf weiteres der Zustimmung des Bundesamtes für Sozialversicherung. Die Höhe des Beitrages an die Taxikosten ist dem Versicherten mit Verfügung zu eröffnen.

Einholung von Kostenvoranschlägen für Eingliederungsmaßnahmen

Bestehen mit einer Durchführungsstelle keine Tarifabmachungen über die Kosten von Eingliederungsmaßnahmen und sind diese auch nicht anderweitig bestimmbar (z. B. fester Marktpreis bei Motorfahrzeugen),

so hat die IV-Kommission vor der Zusprechung einer derartigen Leistung einen Kostenvoranschlag einzuholen. Übersteigt die dabei geltend gemachte Vergütung den Rahmen der von der IV für vergleichbare Leistungen (z. B. Heilgymnastik/Prothesenschulung) aufgestellten Ansätze, so ist der Vergütungsansatz beim Bundesamt für Sozialversicherung unter Beilage der Akten zu erfragen.

Bei Spitalbehandlung bleiben die Ausführungen in ZAK 1961, S. 116, vorbehalten.

Beschwerdeverfahren; Stellungnahme des Bundesamtes für Sozialversicherung

Es ist in letzter Zeit verschiedentlich vorgekommen, daß das Bundesamt für Sozialversicherung von Ausgleichskassen oder IV-Kommissionen um Stellungnahme zu einem bei den Rekursinstanzen anhängig gemachten Begehren ersucht wurde. Von solchen Anfragen ist abzusehen, da das Bundesamt für Sozialversicherung mit Rücksicht auf die Trennung zwischen Verwaltung und Rechtsprechung nicht in hängige Beschwerdeverfahren eingreifen darf. Dies gilt auch für Sachfragen, in denen sich das Bundesamt für Sozialversicherung seine ausdrückliche Zustimmung vorbehalten hat (z. B. bei Abgabe von Motorfahrzeugen, Zusprechung von Kapitalhilfen).

Vorbehalten bleibt eine direkte Stellungnahme des Bundesamtes zu Hand einer Rekursbehörde auf deren Aufforderung hin.

LITERATURHINWEIS

Schultheß, G. von: **Die Behandlung der Schwerhörigkeit.** In: Monatsblatt des Bundes schweizerischer Schwerhörigenvereine, Schill Luzern, 1962, Heft 12, S. 371—376.

KLEINE MITTEILUNGEN

Behandelte parlamentarische Vorstöße

Postulat Roggo

vom 5. Dezember 1962

In der Sitzung des Ständerates vom 5. März 1963 begründete Ständerat Roggo sein Postulat betreffend Erhöhung der Bundeszuschüsse an die Kantone und an die Stiftungen «Für das Alter» und «Für die Jugend» zugunsten der Alters- und Hinterlassenenfürsorge (siehe ZAK 1963, S. 16). Bundesrat Tschudi nahm das Postulat entgegen, wies aber auf die schwindenden Mittel des Fonds hin. Die Beschaffung neuer Mittel werde geprüft.

Postulat Landolt
vom 26. Sept. 1962

Postulat Allemann
vom 19. Dez. 1962

In der Sitzung des Nationalrates vom 13. März 1963 wurden zwei Postulate betreffend die IV behandelt. Nationalrat Landolt begründete sein Postulat über die Verbesserung der Leistungen der IV auf verschiedenen Gebieten (ZAK 1962, S. 468), während Nationalrat Allemann eine Erhöhung der Baubeiträge anregte (ZAK 1963, S. 69). Bundesrat Tschudi nahm beide Postulate entgegen. Er erklärte dabei, daß eine Revision der IV erst in Frage komme, wenn sich die Verhältnisse nach Ablauf der Einführungsperiode stabilisiert haben. Der Rat stimmte der Überweisung stillschweigend zu.

Familienzulagen im Kanton Genf

Der Große Rat des Kantons Genf hat am 12. Januar 1963 einer Änderung des Gesetzes über Familienzulagen für Arbeitnehmer zugestimmt, die sich auf den Ansatz der Kinderzulage sowie auf die Anspruchsberechtigung der ausländischen Arbeitnehmer bezieht und auf den 1. Januar 1963 in Kraft getreten ist.

Ansatz der Kinder- zulage

Der Ansatz der Kinderzulage für Arbeitnehmer wurde von 25 auf 30 Franken im Monat für Kinder bis zum zurückgelegten 5. Altersjahr erhöht. Die Kinderzulage beträgt nunmehr 30 Franken für alle Kinder bis zum 10. Altersjahr. Die übrigen Ansätze der Familienzulagen bleiben unverändert.

Durch ein Gesetz vom 12. Januar 1963 wurde mit Wirkung ab 1. Januar 1963 auch die Kinderzulage für selbstständigerwerbende Landwirte in gleicher Weise erhöht.

Ausländische Arbeitnehmer

a. Arbeitnehmer mit Kindern in der Schweiz

Auf Grund der Gesetzesnovelle vom 12. Januar 1963 hat jeder ausländische Arbeitnehmer, der eine Aufenthaltsbewilligung besitzt und in der Schweiz wohnt, Anspruch auf Familienzulagen, sofern er mit seiner Familie in der Schweiz einen gemeinsamen Haushalt führt. Bisher bestand eine Karenzfrist von einem Jahr. Es werden nicht nur Kinderzulagen, sondern auch Berufsbildungs- und Geburtszulagen gewährt.

b. Arbeitnehmer mit Kindern im Ausland

Durch die erwähnte Gesetzesnovelle wurde der Regierungsrat ermächtigt, vorzuschreiben, daß ausländischen Arbeitnehmern, die im Kanton Genf wohnen und arbeiten, auch für ihre im Ausland lebenden Kinder Familienzulagen auszurichten sind. Er kann nähere Vorschriften über den Geltungsbereich, das Verfahren, die Höhe und den Kreis der zulageberechtigten Kinder erlassen. Der Grundsatz der Gegenseitigkeit und staatsvertragliche Bestimmungen bleiben vorbehalten.

Auf Grund des Regierungsratsbeschlusses vom 22. Februar 1963 haben ausländische Arbeitnehmer mit Wirkung ab 1. Januar 1963 für ihre im Ausland lebenden ehelichen und Adoptivkinder unter 15 Jahren Anspruch auf eine Kinderzulage von 25 Franken im Monat. Bezugsberechtigt sind nur Angehörige europäischer Staaten. Ehefrauen können die Zulagen beziehen, wenn sie gerichtlich getrennt sind und wenn die Obhut des Kindes ihnen anvertraut ist. Es besteht kein Anspruch auf die Berufsbildungszulage und die Geburtszulage. Der Arbeitnehmer hat neben der Aufenthaltsbewilligung die notwendigen Ausweise vorzulegen, die in seinem Heimatstaat gültig sind.

Familienzulagen im Kanton Waadt

Durch die Gesetzesnovelle vom 26. Februar 1963 wurde der Mindestansatz der Kinderzulage für Arbeitnehmer mit Wirkung ab 1. April 1963 von 15 auf 20 je Kind im Monat erhöht. Die Caisse générale d'allocations familiales richtet für die in der Schweiz wohnenden Kinder seit dem 1. Januar 1963 eine Kinderzulage von 25 Franken im Monat aus (bisher 20 Franken).

Das erwähnte Gesetz ermächtigt den Regierungsrat, die Ausrichtung von Kinderzulagen auch für Kinder im Ausland vorzuschreiben.

Familienzulagen im Kanton Obwalden

Durch Kantonsratsbeschluß vom 16. März 1963 wurde die Kinderzulage mit Wirkung ab 1. Januar 1963 neu festgesetzt auf 15 Franken im Monat für jedes Kind der Familien mit zwei oder mehr Kindern. Bisher betrug die Zulage je 12 Franken für das zweite bis vierte und je 15 Franken für das fünfte und jedes folgende Kind.

Familienzulagen im Kanton Zürich

In der Volksabstimmung vom 24. März 1963 wurde mit 102 430 Ja gegen 24 421 Nein eine Änderung des Gesetzes über Kinderzulagen für Arbeitnehmer angenommen. Danach wird die Kinderzulage ab 1. Juli 1963 von 15 auf 20 Franken pro Kind und Monat erhöht. Des weitern wurde der Regierungsrat ermächtigt, den Anspruch ausländischer Arbeitnehmer ohne Niederlassungsbewilligung neu zu ordnen. Die entsprechenden Bestimmungen werden zur Zeit vorbereitet.

Schließlich bestimmt die Gesetzesnovelle, daß die anerkannten Familienausgleichskassen ihre Statuten sowie Reglemente, auf Grund derer die Anerkennung erfolgte, der Fürsorgedirektion bis spätestens am 31. Mai 1963 zur Überprüfung einzureichen haben. Auf den gleichen Zeitpunkt haben auch die von der Unterstellung unter das Gesetz befreiten Arbeitgeber die Unterlagen, auf Grund derer die Befreiung ausgesprochen wurde, zur

Überprüfung einzureichen. Vorgängig sind die allenfalls erforderlichen Anpassungen an die geänderten Gesetzesvorschriften vorzunehmen. Die Fürsorgedirektion stellt fest, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung bzw. Befreiung weiterhin gegeben sind. Sie unterbreitet dem Regierungsrat nötigenfalls Antrag auf Entzug der Anerkennung bzw. Widerruf der Befreiung.

**Familienzulagen
im Kanton St. Gallen**

Der Regierungsrat hat mit Wirkung ab 1. Januar 1963 den Arbeitgeberbeitrag an die kantonale Familienausgleichskasse von 1,5 auf 1,25 Prozent der Lohnsumme herabgesetzt.

† Emile Giroud

Nationalrat Emile Giroud, Vizepräsident und Zentralsekretär des Schweizerischen Uhren- und Metall-Arbeiterverbandes, ist am 16. März 1963 während einer Sitzung in Moutier unerwartet gestorben. Der Verstorbene war seit 1948 als Vertreter der Arbeitnehmer Mitglied der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung und ihres Ausschusses für Verwaltungskostenfragen.

GERICHTSENTSCHEIDE

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 10. Dezember 1962 i. Sa. A. D.

Art. 10, Abs. 2, IVG. Widersetzt sich ein Versicherter ohne zureichende Gründe einer für die Beurteilung des Leistungsanspruches notwendigen ärztlichen Untersuchung, so stehen ihm wegen Vereitelung einer allfälligen Eingliederung keine Leistungen zu.

Die 1908 geborene Versicherte ließ sich im Februar 1960 durch ihren Ehemann zum Leistungsbezug bei der IV anmelden. In der Anmeldung wurde erwähnt, die Versicherte sei wiederholt am Unterleib operiert worden und habe sich in verschiedenen Spitälern, u.a. auch in einem ausländischen, aufgehalten. Der Arzt teilte der IV-Kommission auf Anfrage hin mit, daß die Versicherte seit November 1958 wegen wechselnder Bauchbeschwerden in seiner Behandlung stehe. Nach Eingang dieses Berichtes überwies die IV-Kommission die Akten der IV-Regionalstelle zur weiteren Abklärung. Diese schickte die Akten im Juni 1960 an die IV-Kommission zurück mit dem Bemerkten, die Versicherte sei dreimal erfolglos aufgefordert worden, zur Abklärung ihrer Ansprüche vorzusprechen. In einer Verfügung brachte die Ausgleichskasse der Versicherten zur Kenntnis, die IV-Kommission habe die Gewährung von Versicherungsleistungen verweigert: Durch ihr Verhalten sei die Abklärung der Eingliederungsfrage vereitelt worden, was die Zusprechung von Leistungen ausschließe.

Gegen diese Verfügung beschwerte sich der Ehemann der Versicherten bei der kantonalen Rekurskommission. Er führte aus, die Ehefrau habe sich von Ende Mai bis anfangs Juli 1960 einer Operation unterzogen, weshalb die IV-Regionalstelle ersucht worden sei, den Fall später zu behandeln. Die Kanzlei der Rekurskommission zog zunächst die die Versicherte betreffenden Akten der lokalen Invalidenhilfe bei. Laut diesen Akten wurde die Versicherte im Dezember 1957 von einem Arzt untersucht, der zum Schlusse kam, eine genaue Abklärung des Unterleibsleidens könne nur in einem Spital erfolgen. Nach einer Befragung der Versicherten ordnete der Präsident der Rekurskommission am 10. Januar 1962 eine ärztliche Untersuchung in einem Stadtspital an; gleichzeitig machte er die Versicherte darauf aufmerksam, daß bei einer Weigerung, sich der Untersuchung zu unterziehen, keine Versicherungsleistungen gewährt würden. Die Versicherte leistete dieser Anordnung keine Folge. Durch Entscheid vom 18. April 1962 wies die kantonale Rekurskommission die Beschwerde ab mit folgender Begründung: Beim Verhalten der

Versicherten müsse auf Grund der Akten entschieden werden. Da aus den Akten die Art der Gebrechen und der Invaliditätsgrad nicht hinreichend hervorgingen, sei das Begehren der Versicherten um Gewährung von Versicherungsleistungen abzuweisen.

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

1. Gemäß Art. 10, Abs. 2, IVG ist der Anspruchsberechtigte verpflichtet, die Durchführung aller Maßnahmen, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben getroffen werden, zu erleichtern; die IV kann ihre Leistungen einstellen, wenn der Anspruchsberechtigte die Eingliederung erschwert oder verunmöglichlicht. Art. 72, Abs. 3, IVV bestimmt überdies, daß auf Grund der Akten entschieden werden kann, wenn die Begutachtung des Versicherten dessen Einweisung in eine Krankenanstalt notwendig macht und der Versicherte dieser Einweisung ohne genügende Entschuldigung keine Folge leistet.

2. Ob die IV-Kommission Leistungen verweigern durfte, weil die Versicherte der dreimaligen Aufforderung, im Büro der IV-Regionalstelle zu erscheinen, keine Folge leistete, kann dahingestellt bleiben. Auf jeden Fall mußte das Gesuch um Ausrichtung von Versicherungsleistungen wegen des Verhaltens der Versicherten im Beschwerdeverfahren abgewiesen werden. Die Versicherte hat sich in den letzten Jahren mehreren Unterleibsoperationen unterzogen. Um die Frage beurteilen zu können, ob Eingliederungsmaßnahmen notwendig seien (die Ausrichtung einer Rente fällt von vorneherein nur dann in Betracht, wenn die Eingliederungsfrage abgeklärt ist: EVGE 1960, S. 255, ZAK 1961, S. 84), war eine ärztliche Untersuchung in einem Spital unbedingt notwendig. Der Arztbericht gibt über den Zustand der Versicherten keine genügende Auskunft; außerdem besitzt die Versicherte nach den unbestrittenen Feststellungen der Vorinstanz keine Arztzeugnisse, aus denen Art und Behandlung ihrer Krankheit ersichtlich wären. Ein Bericht eines Spitals aus dem Jahre 1955, der nach den Vorbringen in der Berufung beigezogen werden könnte, vermöchte zur Abklärung niemals zu genügen, da die Versicherte seither wiederholt operiert wurde. Übrigens hat ein Arzt bereits im Jahre 1957 festgestellt, daß eine genaue Abklärung des Unterleibsleidens in einem Spital erfolgen müßte. Nachdem sich die Versicherte ohne hinreichende Gründe der vom Präsidenten der Vorinstanz angeordneten Untersuchung widersetzt hat, stehen ihr, gestützt auf Art. 10, Abs. 2, IVG, wegen Vereitelung einer allfällig in Frage kommenden Eingliederung keine Versicherungsleistungen zu. Daß ihr Ehemann Beiträge an die IV bezahlt, vermag entweder den Berufungsvorbringen am Ausgang des Verfahrens nichts zu ändern; damit Versicherungsleistungen gewährt werden können, müssen nicht nur Beiträge bezahlt, sondern auch die im IVG umschriebenen Voraussetzungen erfüllt sein.

Im übrigen wäre dem Berufungsbegehren selbst dann kein Erfolg beschieden, wenn gemäß Art. 72, Abs. 3, IVV auf Grund der Akten entschieden werden wollte. Wie die Vorinstanz zutreffend festhält, lassen die Akten den Schluß nicht zu, daß die Versicherte Anspruch auf Leistungen der IV habe.

Die Berufung erweist sich daher als unbegründet. Immerhin wird damit nicht ausgeschlossen, der Versicherten — auf erneutes Gesuch hin — für eine spätere Zeit Leistungen zu gewähren, sofern sie sich eines Besseren besinnt und zur Durchführung der notwendigen Abklärungen Hand bietet.

Urteil des EVG vom 15. Januar 1963 i. Sa. M. M.

Art. 10, Abs. 1, und Art. 42, Abs. 1, IVG. Eine über 60jährige Versicherte, die am Anspruch ihres Ehemannes auf die Ehepaar-Altersrente teilhat, kann weder einen Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen noch auf Hilflosenentschädigung geltend machen.

Mit Eingaben vom 24. März und 12. April 1961 ersuchte die 1899 geborene Versicherte, deren Ehemann seit Juli 1959 die Ehepaar-Altersrente bezieht, die IV-Kommission um Gewährung von Hilfsmitteln und einer Hilflosenentschädigung. Zur Begründung bemerkte sie, wegen der Folgen eines im Jahre 1958 erlittenen Unfalles trage sie einen Beinapparat, gehe an Krücken und werde vom Spezialarzt behandelt. Da sie keiner Krankenkasse angehöre, müsse ihr Mann ihre sämtlichen Spital- und Arztkosten auf sich nehmen. Gestützt auf den Beschluß der IV-Kommission verfügte die Ausgleichskasse, die IV hafte nicht, weil die Versicherte «AHV-Rentenbezügerin» sei.

Die Geschwisterin beschwerte sich und erneuerte ihre Begehren. Die kantonale Rekursbehörde schützte die Beschwerde und entschied, die IV-Kommission habe der Beschwerdeführerin «die ihr zustehenden Leistungen der IV zuzusprechen».

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

Streitig ist, ob die IV für den Oberschenkelapparat, die Maßschuhe sowie die Krückstöcke, welche die Berufungsbeklagte benötigt, aufzukommen und ihr außerdem eine Hilflosenentschädigung zu gewähren habe. Es handelt sich hier um orthopädische Hilfsmittel, die (gestützt auf Art. 21 IVG) in Art. 14, Abs. 1, Buchst. b und f, IVV aufgezählt und Eingliederungsmaßnahmen im Sinne des Art. 8, Buchst. d, IVG sind, sowie um die wiederkehrende Geldleistung, die in Art. 42 IVG für hilflose und gleichzeitig bedürftige Invalide vorgesehen ist.

Nach Art. 10, Abs. 1, IVG erlischt der Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen der IV spätestens mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der AHV; allenfalls schon eingeleitete Eingliederungsmaßnahmen sind zu Ende zu führen. Ähnlich bestimmt Art. 42, Abs. 1, IVG, eine bereits zugesprochene Hilflosenentschädigung werde dem Invaliden auch nach der Entstehung des Anspruchs auf eine AHV-rechtliche Altersrente weitergeführt.

Kraft des Art. 85, Abs. 1, IVG ist bei der Versicherten die Invalidität rechtlich nicht schon im Unfalljahr 1958, sondern erst am 1. Januar 1960 (Tag des Inkrafttretens des IVG) eingetreten. In jenem Zeitpunkt hatte die Berufungsbeklagte schon seit Monaten ihr 60. Lebensjahr, d. h. ihre AHV-rechtliche Altersgrenze gemäß Art. 22, Abs. 1, AHVG überschritten und an dem Anspruch ihres Mannes auf die Ehepaar-Altersrente der AHV teilgehabt (EVGE 1948, S. 97, ZAK 1948, S. 487, EVGE 1960, S. 325, ZAK 1960, S. 474, EVGE 1961, S. 57 unten, ZAK 1961, S. 320). Deswegen darf ihr die IV — nach dem Wortlaut der Art. 10, Abs. 1, und 42, Abs. 1, IVG — weder Eingliederungsmaßnahmen gewähren noch eine Hilflosenentschädigung ausrichten. So wie die Art. 10, Abs. 1, 30, Abs. 1, 34, Abs. 1, 35, Abs. 1 und 42, Abs. 1, IVG den sachlichen Geltungsbereich der IV von demjenigen der AHV abgrenzen, vermag eine Invalidität, welche erst im AHV-rechtlichen Rentenalter eingetreten ist, keine

Ansprüche gegenüber der IV zu begründen. Das EVG verweist hier auf seine Urteile i. Sa. J.R. vom 20. Oktober 1960, Erwägungen 2 und 3 (EVGE 1960, S. 340, ZAK 1961, S. 45), i. Sa. I. B. vom 20. Oktober 1960, Erw. 2 (EVGE 1960, S. 346, ZAK 1961, S. 43) und i. Sa. R. B. vom 1. März 1961, Erw. 1 und 2 (EVGE 1961, S. 53, ZAK 1961, S. 318). In diesem Sinne muß die in EVGE 1961, S. 58, Erw. 3 (ZAK 1961, S. 318) noch offen gelassene, heute aber zu beurteilende Frage verneint und festgestellt werden, daß die Verfügung der Ausgleichskasse zu Recht besteht.

Urteil des EVG vom 7. November 1962 i. Sa. K. W.

Art. 12 IVG. Bei einer chronisch eiternden Hüftgelenkentzündung stellt ein chirurgischer Eingriff zur Entfernung der chronischen Infektionsherde und Eiterquellen keine medizinische Eingliederungsmaßnahme im Sinne der IV dar. Hingegen übernimmt die IV die Kosten einer anschließenden Korrektur-Osteotomie und des entsprechenden Spitalaufenthaltes.

Der 1914 geborene Schreinermeister litt seit 1955 im Anschluß an eine Furunkulose an einer chronisch eiternden, unspezifischen Coxitis (Hüftgelenkentzündung) links, die ihn zur Stilllegung seines Betriebes zwang. Vom 4. Januar bis 16. Juni 1960 befand er sich in einer Klinik, wo durch zwei chirurgische Eingriffe die chronischen Infektionsherde und Eiterquellen in der Gegend des linken Hüftgelenks entfernt wurden. Der behandelnde Arzt hielt dafür, daß im Anschluß an diese Eingriffe eine Korrektur-Osteotomie für die Eingliederung des Versicherten ins Erwerbsleben notwendig sei.

Gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission lehnte es die Ausgleichskasse ab, dem Versicherten eine Rente zuzusprechen (Verfügung vom 27. Oktober 1960). Durch Entscheid vom 17. Juli 1961 verhielt die kantonale Rekurskommission die IV, dem Versicherten «ab 1. Januar 1960 bis zum Zeitpunkt der Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen eine volle Invalidenrente auszurichten». Dieser Entscheid ist in Rechtskraft erwachsen.

In einer weiteren Verfügung vom 8. Dezember 1961 brachte die Ausgleichskasse dem Versicherten zur Kenntnis, daß die IV, gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission, die in Aussicht genommene Osteotomie und den damit verbundenen Klinikaufenthalt übernehme und während dieses Klinikaufenthaltes ein Taggeld von 7 Franken mit einem Eingliederungszuschlag bezahle; dagegen gingen die Kosten der operativen Sanierung der Coxitis septica und der damit verbundene Klinikaufenthalt nicht zu Lasten der IV, weil eine Behandlung des Leidens an sich stattgefunden habe.

Eine Beschwerde des Versicherten wurde von der kantonalen Rekurskommission gutgeheißen. Der Rekursentscheid verpflichtete die IV in Ergänzung und teilweiser Abänderung der angefochtenen Verfügung,

- «a. die Kosten der in der Zeit vom 4. bis 18. Juni 1960 in einer Klinik durchgeführten medizinischen Maßnahmen zu übernehmen,
- b. ein Taggeld von 14,20 Franken nebst entsprechendem Eingliederungszuschlag gemäß Art. 25 IVG während der Dauer der Eingliederung zu bezahlen.»

Das EVG hieß die vom BSV eingereichte Berufung aus folgenden Gründen gut:

1. Es ist heute unbestritten, daß die in Aussicht genommene Korrektur-Osteotomie samt dem damit verbundenen Klinikaufenthalt als Eingliederungsmaßnahme zu Lasten der IV geht und daß dem Versicherten während der Dauer der Eingliederung ein Taggeld von 14,20 Franken mit einem Eingliederungszuschlag zusteht. Gegenstand des Berufungsverfahrens bildet lediglich die Frage, ob die in der Zeit vom 4. Januar bis 16. Juni 1960 in der Klinik vorgenommenen Eingriffe zu den medizinischen Eingliederungsmaßnahmen des Art. 12 IVG zu zählen sind, die die IV zu übernehmen hat.

2. 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 Erfahrung zeigt, daß eine und dieselbe Vorkehr sehr oft sowohl Merkmale der Behandlung des Leidens an sich als auch solche der Eingliederung aufweist. Eine Eingliederungsmaßnahme liegt grundsätzlich vor, sofern nicht von einer eigentlichen Leidensbehandlung gesprochen werden kann und sofern die Maßnahme geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Bei medizinischen Vorkehrungen, deren Charakter nicht von vorneherein feststeht, muß also geprüft werden, ob eine eigentliche Behandlung des Leidens an sich gegeben sei, die den — möglicherweise ebenfalls vorhandenen — Eingliederungszweck überschattet; dies trifft in der Regel dann zu, wenn die Vorkehrungen überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dienen. Gehören die Vorkehrungen dagegen nicht eindeutig zur eigentlichen Leidensbehandlung, so ist abzuwägen, ob sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung im erwähnten Umfang oder andern Zwecken dienen (vgl. Urteil vom 5. Oktober 1962 i. Sa. H. H., ZAK 1963, S. 128).

3. Die im Jahre 1960 in einer Klinik durchgeführten Vorkehrungen dienten dazu, Infektionsherde und Eiterquellen in der Gegend des linken Hüftgelenkes zu entfernen; sie waren überwiegend auf die Heilung der chronisch eiternden Coxitis, d. h. eines labilen pathologischen Geschehens, gerichtet. Demzufolge sind sie zur eigentlichen Leidensbehandlung zu zählen, die den — ebenfalls vorhandenen — Eingliederungszweck überschattet. Daß die im Anschluß an diese Vorkehrungen in Aussicht genommene Korrektur-Osteotomie eine Eingliederungsmaßnahme darstellt, vermag hieran nichts zu ändern. Wohl wurde in EVGE 1961, S. 311 (ZAK 1962, S. 274) gesagt, daß dann, wenn verschiedene Vorkehrungen zueinander in engem Zusammenhang stehen, auf die gesamthafte Zweckbestimmung abzustellen sei: Stehe eine Vorkehr in einem engen Zusammenhang mit andern, so seien grundsätzlich Art und Ziel aller Vorkehrungen ausschlaggebend, besonders wenn die betreffende Vorkehr nicht von der Gesamtheit der übrigen getrennt werden könne, ohne die Erfolgsaussichten in Frage zu stellen, und sie allein nicht von derartiger Bedeutung sei, daß sie die andern Vorkehrungen in den Hintergrund treten lasse. Ein derartiger Sachverhalt ist aber hier nicht gegeben; die operativen Eingriffe des Jahres 1960 waren zur Heilung der eiternden Coxitis notwendig und angezeigt unabhängig

davon, ob später nach der Defektheilung eine Korrektur-Osteotomie durchgeführt werde oder nicht. Daß während der Behandlung evolutiven pathologischen Geschehens bereits eine Defektheilung in Sicht ist — möge nun der Defekt bevorstehen oder schon eingetreten sein —, genügt an sich nicht, um dieser Therapie Eingliederungscharakter zu verleihen; solcher Charakter kommt ihr jedenfalls nicht zu, wenn für einen späteren Zeitpunkt eigentliche Eingliederungsvorkehren vorgesehen sind, die vor Abschluß der Leidensbehandlung noch gar nicht vorgenommen werden können. Stellen aber die medizinischen Vorkehren des Jahres 1960 keine Eingliederungsmaßnahme dar, so kann während ihrer Durchführung auch kein Taggeld ausgerichtet werden.

Urteil des EVG vom 30. November 1962 i. Sa. R. J.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Die bei Herzkrämpfen und Kranzgefäß-Durchblutungsstörungen durchgeführten medizinischen Vorkehren stellen eine Behandlung des Leidens an sich dar. (Erwägung 1)

Art. 18, Abs. 2, IVG; Art. 7, Abs. 1, IVV. Eine Kapitalhilfe der IV an einen selbständigen Fotografen ist ausgeschlossen, wenn ärztlich feststeht, daß der Versicherte eine Erwerbstätigkeit nur sitzend ausüben kann und sich sein Leiden (Herzkrämpfe und Kranzgefäß-Durchblutungsstörungen) eher weiter verschlimmern wird. (Erwägung 2)

Der Versicherte, von Beruf Fotograf, leidet seit 1955 an Herzkrämpfen und ungenügender Herzmuskeldurchblutung (Koronarinsuffizienz). Am 8. Februar 1960 stellte er bei der IV das Begehren um Leistung einer Kapitalhilfe, die ihm den Kauf von Fotoapparaten zur selbständigen Ausübung des Fotografenberufes ermöglichen sollte. Um sich ein Bild über die persönlichen und beruflichen Eigenschaften des Gesuchstellers zu machen, zogen die IV-Organen verschiedene Auskünfte ein. Am 9. Oktober 1961 lehnte die IV-Kommission das Kapitalhilfegesuch ab.

Der Versicherte legte gegen die entsprechende Kassenverfügung Beschwerde ein. Auch die kantonale Rekursbehörde kam zu einer ablehnenden Stellungnahme, indem sie im wesentlichen ausführte, der Versicherte erfülle im Hinblick auf gegen ihn ergangene Strafurteile nicht die in Art. 7 IVV geforderten Voraussetzungen zur Gewährung einer Kapitalhilfe. Die kantonale Behörde wies daher die Sache an die IV-Kommission zurück mit dem Auftrag, die notwendigen Schritte einzuleiten, damit der Versicherte eine seinen Möglichkeiten angepaßte Erwerbstätigkeit ausüben könne.

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

1. Wie bereits vor den kantonalen Instanzen stellt der Versicherte auch im Berufungsverfahren den Antrag auf Gewährung medizinischer Maßnahmen zu Lasten der IV. Da die Folge, die diesem Antrag gegeben werden muß, auf der Hand liegt, kann das EVG auf diese Frage eintreten, selbst wenn sich die kantonalen Instanzen hiezu nicht ausgesprochen haben. Aus der Natur

der Leiden des Versicherten ist zu schließen, daß die angebehrten medizinischen Vorkehren offensichtlich auf die Behandlung dieser Leiden an sich gerichtet sind, weshalb sie gestützt auf Art. 12 IVG und die Rechtsprechung des EVG nicht zu Lasten der IV gehen.

2. Die Gewährung der in Art. 18, Abs. 2, IVG vorgesehenen Kapitalhilfe ist eine der in Art. 8, Buchst. b, IVG aufgeführten beruflichen Maßnahmen. Diese Leistung kann nur dann gewährt werden, wenn sie notwendig und geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern (Art. 9, Abs. 1, IVG). Zudem muß sich der Versicherte in fachlicher und charakterlicher Hinsicht für eine selbständige Erwerbstätigkeit eignen (Art. 7, Abs. 1, IVV).

In Übereinstimmung mit der Vorinstanz ist das EVG der Ansicht, daß dem Kapitalhilfegesuch des Versicherten nicht entsprochen werden kann. Zu dieser Schlußfolgerung gelangt das Gericht indessen hauptsächlich deshalb, weil es die Tätigkeit eines selbständigen Reportage- und Landschaftsfotografen, welche der Versicherte gegenwärtig ausübt, nicht seinem körperlichen Zustand angepaßt erachtet. In der Tat sind die fortwährenden von einem solchen Fotografen verlangten häufigen Reisen dem Zustand der Herzkranzgefäße des Versicherten nicht zuträglich. Im ärztlichen Bericht, der als Diagnose eine Koronarinsuffizienz aufzeigt, wird betont, daß der Versicherte beim Treppensteigen und beim Lastentragen Schwierigkeiten hat. Nachdrücklich verlangte der Arzt: «Der Versicherte muß eine vollständig ortsgebundene Tätigkeit ausüben, auf keinen Fall eine anstrengende Arbeit, selbst wenn diese nur von kurzer Dauer wäre. Muß sitzen.»

Auch die neue ärztliche Untersuchung und das Arztzeugnis vom 27. Juli 1962 (ausgestellt auf Verlangen des Versicherten von einem Arzt einer medizinischen Universitätspoliklinik) vermögen das bereits Gesagte nicht zu entkräften und erlauben auf keinen Fall die Folgerung, daß sich beim Versicherten eine Besserung eingestellt hat und er nunmehr in der Lage sei, eine anstrengendere Tätigkeit auszuüben, ohne seiner Gesundheit zu schaden. Die ärztlichen Feststellungen führen eher zum Gegenteil: Es heißt darin, daß bei diesem fettleibigen Patienten eine Atemnot bei körperlichen Anstrengungen, ein ödematöses Anschwellen der Knöchelgegend und eine reponierbare rechtsseitige Leistenhernie, welche operiert worden war, jedoch wieder aufgetreten ist, bestehen. Endlich hebt der Arzt hervor, daß «die früher festgestellte Störung der Herzmuskeldurchblutung immer noch besteht, und zwar eher mit Neigung zur Verschlimmerung».

Daraus folgt, daß der Versicherte schon aus körperlichen Gründen nicht die in Art. 7, Abs. 1, IVV aufgeführten «persönlichen Voraussetzungen» erfüllt und daß er daher keinen Anspruch auf eine Kapitalhilfe zur Ausübung der Tätigkeit eines Reisefotografen hat, selbst wenn ihm diese Tätigkeit zuspricht und er für deren Ausübung geeignet erscheint.

Bei diesem körperlich stark behinderten Versicherten kommt eine Eingliederung ins Erwerbsleben nur in Form einer Beschäftigung in Frage, welche viel weniger Reisen, Anstrengungen und auch keine stehende Haltung erfordert. Die in einem Ende 1959 erstellten psychotechnischen Bericht aufgeführten Vorschläge behalten nach wie vor ihre Gültigkeit. Der vom Versicherten beigezogene Arzt der medizinischen Universitätspoliklinik bezieht sich übrigens ausdrücklich auf diese Vorschläge und weist darauf hin, daß

die Eingliederung des Versicherten in dieser Richtung ins Auge gefaßt werden sollte. Die Vorinstanz hat daher zu Recht die Sache an die IV-Kommission zurückgewiesen, damit sie versuche, diesem Versicherten eine seinen Möglichkeiten angepaßte Beschäftigung zu verschaffen.

Urteil des EVG vom 18. Dezember 1962 i. Sa. R. B.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Die bei einem nicht vollständig gefestigten Oberschenkelbruch durchgeführte ambulante physikalische Therapie und eine Badekur gehören zur eigentlichen Leidensbehandlung, weshalb eine Leistungspflicht der IV entfällt. Physiotherapeutische Vorgehen gehen erst dann zu Lasten der IV, wenn ein stabiler Endzustand erreicht ist.

Der 1920 geborene Versicherte erlitt 1960 einen Oberschenkelbruch und befand sich während sieben Monaten in einem Spital. Im Zeitpunkt der Spitalentlassung war der Bruch nicht vollständig gefestigt. Bis Mitte Juni 1961 unterzog sich der Versicherte ambulant einer physikalischen Therapie. Anfangs März 1961 konnte er seine Tätigkeit als Heimarbeiter zu 50 Prozent wieder aufnehmen. Die Heilung machte aber nur langsame Fortschritte, weshalb er auf ärztliche Anordnung hin vom 26. Juni bis 15. Juli 1961 eine Badekur absolvierte. In der Folge zeigte sich, daß der Bruch nicht richtig verheilt war und eine Verbiegung auftrat. Der Versicherte mußte sich daher einer Operation unterziehen (Küntscher-Marknagelung) und befand sich vom 4. bis 18. August 1961 erneut im Spital. Vom 6. November 1961 an arbeitete er wieder zu 50 Prozent und vom 22. November 1961 an zu 75 Prozent. Im Oktober 1961 erklärte er, eine physikalische Therapie komme vorderhand nicht in Frage, da er das rechte Bein nicht belasten könne.

Am 17. April 1961 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. Gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission teilte die Ausgleichskasse dem Versicherten mit, daß die Kosten der physikalischen Therapie und die damit verbundenen Reisekosten in der Zeit vom 17. April bis 31. Dezember 1961 übernommen würden. Auf Beschwerde des Versicherten änderte die kantonale Rekursinstanz die Verfügung dahin ab, daß sie die IV verhielt, die Kosten der physikalischen Therapie über den 31. Dezember 1961 hinaus ohne zeitliche Beschränkung zu übernehmen. Außerdem belastete die Rekursinstanz der IV die Kosten der vom 26. Juni bis 15. Juli 1961 durchgeführten Badekur.

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

1. Gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG hat ein Versicherter 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 das EVG im Urteil vom 5. Oktober 1962 i. Sa. H. H., ZAK 1963, S. 128, näher dargetan hat, liegt eine Eingliederungsmaßnahme vor, sofern nicht von einer eigentlichen Leidensbehandlung gesprochen werden kann und sofern die Maßnahme geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beein-

trächtigung zu bewahren. Bei medizinischen Vorkehren, deren Charakter nicht von vorneherein feststeht, muß also geprüft werden, ob eine eigentliche Leidensbehandlung an sich gegeben sei, die den — möglicherweise ebenfalls vorhandenen — Eingliederungszweck überschattet; dies trifft in der Regel dann zu, wenn die Vorkehren überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dienen. Gehören medizinische Vorkehren im Einzelfall nicht eindeutig zur eigentlichen Leidensbehandlung, so ist abzuwägen, ob sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung im erwähnten zeitlichen und maßlichen Umfang oder andern Zwecken dienen.

2. Die nach der Spitalentlassung von Ende November 1960 bis Mitte Juni 1961 durchgeführte physikalische Therapie und die anschließende Badekur waren überwiegend auf die Heilung labilen pathologischen Geschehens gerichtet. Als der Versicherte Ende November 1960 das Spital verließ, war die Fraktur laut ärztlichem Zeugnis noch nicht vollständig konsolidiert. Im Mai 1961 bezeichnete der behandelnde Arzt den Gesundheitszustand als besserungsfähig und rechnete mit einer Heilungsdauer von noch zirka 6 Monaten. Schließlich stellte sich heraus, daß die Fraktur überhaupt nicht richtig verheilte, weshalb eine Verbiegung auftrat, die im August 1961 eine Nagelung mit Spitalaufenthalt notwendig machte. Vor dem Abschluß dieser Spitalbehandlung lag kein stabiler Endzustand vor, der die Durchführung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen gestattet hätte. Demzufolge sind die bis Mitte Juni 1961 durchgeführte physikalische Therapie und die anschließende Badekur zur eigentlichen Leidensbehandlung zu zählen, die den — ebenfalls vorhandenen — Eingliederungszweck überschattet. Die Kosten dieser Vorkehren können somit nicht der IV belastet werden.

Ob seit Mitte Juni 1961 weitere physiotherapeutische Maßnahmen durchgeführt wurden, läßt sich den Akten nicht entnehmen. Auf jeden Fall gehören die medizinischen Vorkehren in der Zeit vor Abschluß der Nagelung aus den oben dargelegten Gründen zur eigentlichen Leidensbehandlung. Hinsichtlich der seit der Nagelung allfällig erfolgten oder der noch in Aussicht stehenden physiotherapeutischen Vorkehren wird die IV-Kommission nach Durchführung der notwendigen Abklärungen neu beschließen müssen; die Übernahme derartiger Vorkehren durch die IV fällt aber von vorneherein erst dann in Betracht, wenn ein stabiler Endzustand gegeben ist. Außerdem wird die IV-Kommission über die Frage zu befinden haben, ob in Ergänzung medizinischer Maßnahmen die vom Versicherten geltend gemachten Kosten für Schuh-erhöhungen zu Lasten der IV gehen (vgl. Urteil vom 7. Dezember 1961, i. Sa. O. S., ZAK 1962, S. 131). Im übrigen bleibt dem Versicherten das Recht gewahrt, von der IV-Kommission die Prüfung des Anspruches auf eine Rente zu verlangen.

Art. 12, Abs. 1, IVG; Art. 2, Abs. 1, IVV. Ob eine während «begrenzter Zeit» wiederholte medizinische Vorkehr eine dauernde und wesentliche Verbesserung oder Bewahrung der Erwerbsfähigkeit gewährleistet, ist auf Grund einer Abwägung der Verhältnisse im Einzelfall zu bestimmen. Der Begriff der «begrenzten Zeit» ist gegenüber Jugendlichen und in jenen Fällen, in denen große Aussicht auf eine Wiederherstellung der Körperfunktionen besteht und der Versicherte den wesentlichen Teil seiner Aktivitätsperiode noch vor sich hat, nicht eng auszulegen.

Der 1930 geborene, im elterlichen Landwirtschaftsbetrieb tätige Versicherte leidet wegen einer im Jahre 1957 durchgemachten Poliomyelitis an einer Lähmung des rechten Beines und der Rückenmuskulatur. Er war nach Abschluß des akuten Stadiums während rund eines Jahres dauernd in physiotherapeutischer Behandlung. Seither begibt er sich jedes Jahr zur Kur in ein Bad. Im Dezember 1961 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. Durch Verfügung vom 10. April 1962 teilte ihm die Ausgleichskasse mit, die IV-Kommission habe beschlossen, im Jahre 1962 eine einmalige Badekur von 3 Wochen zu übernehmen; dagegen könnten keine weiteren medizinischen Maßnahmen und Badekuren gewährt werden, da sie die Behandlung des Leidens an sich beträfen. Eine vom Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekursbehörde abgewiesen.

Das EVG hieß die Berufung des Versicherten aus nachfolgenden Erwägungen gut:

1. Gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG hat ein Versicherter 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 das EVG im Urteil vom 5. Oktober 1962 i. Sa. H. H., ZAK 1963, S. 128, näher dargetan hat, zählt eine medizinische Maßnahme dann zur Eingliederung, wenn sie nicht der eigentlichen Leidensbehandlung angehört und wenn sie geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Eine eigentliche Leidensbehandlung ist in der Regel dann gegeben, wenn die Vorkehrungen überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dienen.

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 Vorkehrungen» gewährt werden. Diese Umschreibung hält sich nach den Darlegungen in EVGE 1961, S. 318, im Rahmen des allgemeinen Begriffes von Art. 12 IVG.

2. Im vorliegenden Falle gehören die Badekuren nicht zur eigentlichen Leidensbehandlung, die einen allfälligen Eingliederungszweck stets überschattet; denn es läßt sich nicht sagen, sie dienen der Linderung oder Heilung labilen pathologischen Geschehens. Dagegen erhebt sich die Frage, ob die Badekuren während begrenzter Zeit wiederholte Vorkehrungen im Sinne von Art. 2, Abs. 1, IVV darstellen.

Ob eine Vorkehr nur während «begrenzter Zeit» wiederholt wird, läßt sich einzig auf Grund einer Abwägung der Verhältnisse im Einzelfall bestimmen. Wie das EVG in seiner Rechtsprechung bereits mehrfach ausgeführt hat, ist der Begriff der begrenzten Zeit Jugendlichen gegenüber nicht eng auszulegen. Gleich verhält es sich in Fällen, wo eine große Aussicht für eine — wenigstens teilweise — Wiederherstellung der Körperfunktionen besteht und der Versicherte den wesentlichen Teil seiner Aktivitätsperiode (die IV-rechtlich mit der Erreichung des AHV-rechtlichen Rentenalters zu Ende geht; Urteil vom 5. Dezember 1962 i. Sa. G. W., ZAK 1963, S. 135) erwartungsgemäß noch vor sich hat. Entscheidend bleibt aber, ob eine bestimmt umschriebene Maßnahme eine dauernde und wesentliche Verbesserung oder Bewahrung der Erwerbsfähigkeit im Sinne von Art. 12, Abs. 1, IVG zu gewährleisten vermag.

Hieraus ergibt sich, daß die einmalige Kur des Jahres 1962 gar nicht hätte bewilligt werden dürfen, wenn sie nicht ein Element dauernder und wesentlicher Verbesserung oder Bewahrung der Erwerbsfähigkeit wäre. Nachdem aber die IV-Kommission die Kur übernommen hat, erscheint es nicht von vorneherein als ausgeschlossen, daß mit der Fortsetzung der Badekuren während einer bestimmten Zeit eine dauernde und wesentliche Funktionsertüchtigung der gelähmten Körperteile für die bevorstehende lange Aktivitätsperiode erreicht werden kann. Demzufolge hat die IV-Kommission auf Gesuch des Versicherten hin über die Gewährung weiterer Badekuren erneut zu befinden. Vor dem Beschluß wird aber eine Expertise über die Frage anzuordnen sein, ob die Durchführung weiterer Badekuren einen wesentlichen Dauererfolg erwarten läßt und wieviele Badekuren zur Erreichung eines solchen Erfolges notwendig sind. Diese Angaben werden es dann der IV-Kommission erlauben, im Sinne einer Abwägung gemäß den gemachten Ausführungen zu beurteilen, ob während begrenzter Zeit zu wiederholende Vorkehrungen in Frage stehen oder nicht. Soweit dem Versicherten medizinische Maßnahmen für die auf die Badekur des Jahres 1962 folgende Zeit verweigert wurden, ist daher die Kassenverfügung vom 10. April 1962 aufzuheben.

Urteil des EVG vom 21. Dezember 1962 i. Sa. X. P.

Art. 13 IVG; Art. 2, Ziff. 165, GgV. Unter schweren Stellungsanomalien der Ohren sind nur extreme kosmetische Fehler zu verstehen, die die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu beeinflussen vermögen. Abstehende Ohrmuscheln stellen weder schwere Stellungsanomalien noch Mißbildungen dar und können deshalb nicht zu Lasten der IV operiert werden.

Der 1954 geborene Versicherte hat seit Geburt beidseits abstehende Ohrmuscheln, die beim Schlafen angeblich Schmerzen verursachen. Am 23. Januar 1962 wurde er bei der IV mit dem Begehren angemeldet, es seien wegen des Geburtsgebrechens medizinische Maßnahmen zu gewähren. Durch Verfügung vom 5. März 1962 brachte die Ausgleichskasse dem Vater des Versicherten zur Kenntnis, die IV-Kommission habe sein Begehren abgelehnt. Gegen diese Verfügung beschwerte sich der Vater 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. Gemäß Art. 13 IVG haben minderjährige Versicherte Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen, sofern diese Gebrechen ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können; der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Maßnahmen gewährt werden. Gestützt auf diese Ermächtigung hat der Bundesrat die Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) mit einer Liste erlassen. Gemäß Art. 1, Abs. 2, GgV werden für die in der Liste mit einem Stern bezeichneten Gebrechen medizinische Maßnahmen nicht gewährt, wenn im Einzelfall das Gebrechen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten offensichtlich nicht zu beeinflussen vermag.

Im vorliegenden Fall stellt sich die Frage, ob der Versicherte, gestützt auf die mit einem Stern versehene Ziffer 165 von Art. 2 GgV, Leistungen der IV beanspruchen kann. Darnach gehören zu den Geburtsgebrechen «Mißbildungen (einschließlich schwere Stellungsanomalien) der Ohrmuschel». Ob gestützt hierauf die Korrektur schwerer Stellungsanomalien nur übernommen werden kann, wenn zugleich eine andere Mißbildung vorliegt (was die Verwaltung annimmt) oder ob gegebenenfalls auch schwere Stellungsanomalien allein zu beheben sind, braucht heute nicht abschließend beurteilt zu werden. Wenn eine eigentliche Mißbildung notwendig wäre, ließe sich allerdings nicht ohne weiteres erklären, warum im Zuge der plastischen Operation nur schwere Stellungsanomalien korrigiert werden sollen. Das läßt eher darauf schließen, daß eine schwere Stellungsanomalie allein der Mißbildung gleichzusetzen ist. Unter schweren Stellungsanomalien können aber nur extreme kosmetische Fehler verstanden werden, die die Erwerbsfähigkeit zu beeinflussen vermögen. Abstehende Ohrmuscheln sind, wie bereits im Urteil vom 8. Januar 1962 i. Sa. J. S. (ZAK 1962, S. 277) gesagt wurde, noch keine schwere Stellungsanomalien. Ebensowenig handelt es sich hiebei um Mißbildungen im Sinne der Ziffer 165 von Art. 2, GgV. Entspricht aber der Zustand der Ohren an sich nicht dem bezeichneten Geburtsgebrechen, dann ist es ausgeschlossen, daß die damit zusammenhängenden Unzukömmlichkeiten beim Schlafen, die übrigens kaum unabwendbar sein dürften, einen Anspruch begründen. Verwaltung und Vorinstanz haben es daher mit Recht abgelehnt, für die Kosten der Ohrenoperation aufzukommen.

Urteil des EVG vom 12. November 1962 i. Sa. E. M.

Art. 16 IVG. Ist ein Minderjähriger invalid im Sinne der IV, so gehen die Mehrkosten der besonderen erstmaligen beruflichen Ausbildung zulasten der IV, wenn die Unterlassung dieser Ausbildung die künftige Erwerbsfähigkeit voraussichtlich in rechtserheblichem Maße beeinträchtigen würde. Unerheblich ist, ob die besondere Ausbildung vorwiegend auf die Invalidität oder auf charakterliche oder soziale Gründe zurückzuführen ist.

Die 1945 geborene Versicherte leidet an Schwachsinn auf der Stufe der Imbezillität (Intelligenzquotient 60 nach Biäsch). Sie ist bildungsfähig, verfügt

aber über ein sehr rudimentäres Schulwissen. Auch ist sie charakterlich unausgereift, unstet und wegen sexueller Triebhaftigkeit sozial gefährdet. Von 1954 bis zum Frühjahr 1961 wurde sie in einem Erziehungsheim geschult. Anschließend trat sie in eine Haushaltungsschule ein, um dort eine zweijährige hauswirtschaftliche Lehre zu absolvieren. Die IV-Kommission beschloß, vom 1. Januar 1960 an Beiträge an die Sonderschulung im Erziehungsheim auszurichten; dagegen verweigerte sie Leistungen für die erstmalige berufliche Ausbildung in der Haushaltungsschule. Gegen die Verweigerung von Leistungen für die erstmalige berufliche Ausbildung beschwerte sich der Vormund der Versicherten bei der kantonalen Rekurskommission. Diese wies die Beschwerde ab.

Das EVG hieß die vom Vormund gegen den kantonalen Rekursentscheid erhobene Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Gemäß Art. 16 IVG haben Versicherte, die noch nicht erwerbstätig waren und denen infolge Invalidität bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung im wesentlichen Umfang zusätzliche Kosten entstehen, Anspruch auf Ersatz dieser Kosten, sofern die Ausbildung den Fähigkeiten des Versicherten entspricht. Nichterwerbstätige Minderjährige mit einem körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden gelten als invalid, wenn der Gesundheitsschaden wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 5, Abs. 2, IVG).

2. Die Versicherte leidet an Schwachsinn auf der Stufe der Imbezillität. Dieser Gesundheitsschaden wird wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben, weshalb die Versicherte invalid im Sinne von Art. 5, Abs. 2, IVG ist. Ferner ist unbestritten, daß die hauswirtschaftliche Ausbildung ihren Fähigkeiten entspricht. In dem von der IV-Kommission eingeholten psychiatrischen Gutachten wird außerdem überzeugend dargetan, daß diese Ausbildung der imbezillen, charakterlich infantilen, erethischen (reizbaren) und triebhaften Versicherten nur in einem Internat erfolgversprechend durchgeführt werden kann. Zu prüfen bleibt, ob die Mehrkosten, die durch die Ausbildung in einem Heim — statt in einem Privathaushalt — entstehen, im Sinne von Art. 16 IVG auf die Invalidität zurückgehen. Die Vorinstanz verneint dies mit der Begründung, die Mehrkosten der Heimausbildung würden nicht durch die Deбилität, sondern durch charakterliche und soziale Gründe verursacht.

Ist die Notwendigkeit besonderer erstmaliger Berufsausbildung gegeben, so erlaubt Art. 5, Abs. 2, IVG, eine Ausscheidung zwischen Gebrechensfolgen und charakterlichen Abnormitäten, die keine Invalidität darstellen, nur im Hinblick auf die mutmaßlichen Verhältnisse beim künftigen Eintritt der jetzt noch minderjährigen und nichterwerbstätigen Versicherten ins Erwerbsleben; mangels Spezialbestimmungen (wie sie z. B. Art. 9 IVV hinsichtlich der Sonderschulung aufstellt) kann es nicht auf die gegenwärtigen Verhältnisse ankommen. Nachdem die Versicherte invalid im Sinne von Art. 5, Abs. 2, IVG ist (d. h. ihr Schwachsinn wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird), gehen die Mehrkosten der besonderen beruflichen Ausbildung zulasten der IV, wenn die Unterlassung dieser bereits begonnenen Ausbildung die künftige Erwerbsfähigkeit in rechtserheblichem Maße beeinträchtigen würde. Es kommt also nicht darauf an, ob die Unterbringung der invaliden

Versicherten in das Internat einer Haushaltungsschule mehr wegen der gegenwärtigen Auswirkungen ihres Gebrechens oder eher aus charakterlichen oder sozialen Gründen notwendig war. Vielmehr muß es genügen, daß die künftige Erwerbsfähigkeit der Versicherten voraussichtlich nachhaltig beeinträchtigt würde, wenn die Ausbildung nicht in wesentlich anderer Form und Umgebung erfolgte als bei ihren nicht invaliden Altersgenossinnen.

Wie bereits gesagt, kann die Versicherte nur in einem Internat erfolgversprechend ausgebildet werden, weshalb der Verzicht auf diese Internatsausbildung praktisch dem Verzicht auf jegliche Berufsausbildung überhaupt gleichkäme. Es hängt also im wesentlichen von der jetzigen, besonderen Berufsbildung ab, ob die invalide Versicherte als gelernte oder aber bloß als ungelernte — und daher erheblich weniger wertvolle — Arbeitskraft ins Erwerbsleben wird eintreten können. Demzufolge muß die IV für die Mehrkosten der besonderen Ausbildung aufkommen, unabhängig davon, ob die heutigen Verhaltensstörungen vorwiegend auf die Imbezillität oder eher auf andere Ursachen zurückgehen.

3. Die Ermittlung der Mehrkosten ist Sache der IV-Kommission, an die die Akten zurückgewiesen werden. Zu diesem Punkte führt das BSV aus, daß nicht von den Kosten einer gewerblichen Lehre, sondern von den Kosten einer gleichartigen Ausbildung (Haushaltlehre in der Familie) auszugehen sei, daß nur die notwendigen Aufwendungen miteinander verglichen werden dürften und daß der «entgangene» Lehrlingslohn keine Berücksichtigung finden könne. Diese beachtlichen Ausführungen darf die IV-Kommission bei der Ermittlung der Mehrkosten nicht außer acht lassen.

Urteil des EVG vom 22. Januar 1963 i. Sa. H. G.

Art. 19, Abs. 1, IVG; Art. 10, Abs. 1, IVV. Die IV vergütet nicht die gesamten Mehrkosten einer notwendigen Sonderschulung, sondern leistet nur fest normierte Beiträge. (Erwägung 1)

Art. 13 und 19 IVG; Art. 10, Abs. 2, IVV. Ist die Gesamtheit der einem Versicherten in einem Heim gewährten Maßnahmen als Sonderschulung zu betrachten, so können für den Aufenthalt im Heim keine Ansprüche aus Art. 13 IVG abgeleitet werden. Daneben erteilter Zusatzunterricht für Sehbehinderte bildet einen Bestandteil der Sonderschulung und gibt kein Anrecht auf besondere Beiträge. (Erwägung 2)

Art. 51, Abs. 1, IVG. Die IV übernimmt die Kosten für Reisen des Versicherten vom Wohn- zum Schulort, dagegen nicht Reisekosten einer Lehrperson, die sich zum Schüler begibt. (Erwägung 3)

Der 1950 geborene Versicherte leidet an psychischen Entwicklungsstörungen (Neuropathie mit Bettnässen, erethisches Wesen, Infantilismus). Daneben besteht eine hochgradige, fortschreitende Kurzsichtigkeit und ein Rucknystagmus (Zittern des Augapfels) beidseits. Vom Frühjahr 1961 an befand sich der Versicherte in einem Kinderbeobachtungsheim, wo er den Normalunterricht für Schwererziehbare erhielt. Der von Blindheit bedrohte Versicherte benö-

tigte aber zusätzlich Unterricht in der Blindenschrift, den die Lehrkräfte des Kinderbeobachtungsheimes nicht erteilen konnten. Aus diesem Grunde reiste die Fürsorgerin einer Beratungsstelle für Sehbehinderte jede Woche einmal ins Kinderbeobachtungsheim, um den Versicherten in der Blindenschrift zu unterrichten.

Die IV-Kommission anerkannte den Unterricht im Kinderbeobachtungsheim als Sonderschulung. Sie sprach dem Versicherten ein Schulgeld von 2 Franken und ein Kostgeld von 3 Franken im Tag zu. Ferner stellte sie ihm leihweise eine Schreibmaschine und eine Punktstift-Bogenmaschine zur Verfügung. Dagegen lehnte sie es auf Weisung des BSV ab, zusätzlich für den Unterricht und die Reisespesen der Blindenfürsorgerin aufzukommen. Der Beschluß über die Verweigerung dieser Leistungen wurde dem Vater des Versicherten durch die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 16. Februar 1962 eröffnet.

Die kantonale Rekurskommission hieß eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde gut. Sie wies die IV-Kommission an, dafür zu sorgen, daß der Versicherte «weiterhin geeigneten Unterricht in Punktstift und Maschinenschreiben erhält».

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

1. Gemäß Art. 19, Abs. 1, IVG gewährt die IV Beiträge an die Sonderschulung bildungsfähiger Minderjähriger, denen infolge Invalidität der Besuch der Volksschule nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Die Beiträge umfassen ein Schulgeld und ein Kostgeld (Art. 19, Abs. 2, IVG). In dem gestützt auf die Ermächtigung des Art. 19, Abs. 3, IVG erlassenen Art. 10, Abs. 1, IVV wird der Schulgeldbeitrag auf 2 Franken im Tag und der Kostgeldbeitrag — wenn die Sonderschulung auswärtige Verpflegung und Unterkunft bedingt — auf 3 Franken im Tag festgesetzt. Aus dieser Regelung geht hervor, daß die IV dem Versicherten nicht die gesamten Mehrkosten einer notwendigen Sonderschulung vergütet, sondern nur fest normierte Beiträge leistet.

2. Im vorliegenden Falle ist unbestritten, daß der Versicherte im Kinderbeobachtungsheim Sonderschulunterricht genießt; die IV-Kommission hat ihm einen Schulgeldbeitrag von 2 Franken im Tag (und einen Kostgeldbeitrag von 3 Franken im Tag) zugesprochen. Eine weitere Beitragsleistung an den Versicherten wegen der Sonderschulung ist nicht möglich; hieran vermag der Umstand nichts zu ändern, daß die Sonderschulung des Versicherten wegen seiner Gebrechen eine zusätzliche auswärtige Lehrkraft erfordert. Der Schulgeldbeitrag von 2 Franken im Tag bezieht sich auf den gesamten im Einzelfall erforderlichen Sonderschulunterricht. Nachdem der Versicherte im Kinderbeobachtungsheim dem Normalunterricht für Schwererziehbare folgt, erscheint es als zutreffend, daß IV-Kommission und Vorinstanz den Heimaufenthalt zur Sonderschulung und nicht zu den medizinischen Eingliederungsmaßnahmen gerechnet haben; auf jeden Fall liegt kein genügender Grund für eine andere Betrachtungsweise vor. (Wäre eine medizinische Maßnahme gegeben, so gingen die Kosten des Heimaufenthaltes gemäß Art. 13 oder 14 IVG voll zu Lasten der IV; zur Sonderschulung würde einzig der Unterricht in der Blindenschrift gehören, was gemäß EVGE 1962, S. 226, ZAK ,

die Ausrichtung eines Schulgeldbeitrages von 2 Franken für jeden Unterrichtstag erlauben würde). Die Gesamtheit der Vorkehren ist daher als Sonderschulung zu betrachten, so daß nur ein Anspruch auf den Schulgeldbeitrag von 2 Franken im Tag (nebst dem Kostgeldbeitrag von 3 Franken im Tag) besteht. Aus dem von der Vorinstanz angerufenen Art. 10, Abs. 2, IVV, wonach Beiträge an den Ableseunterricht für Schwerhörige und an den Sprachheilunterricht für schwer Sprachgebrechliche in Ergänzung zum Volksschulunterricht gewährt werden, kann der Versicherte nichts zu seinen Gunsten ableiten. Im Urteil vom 29. März 1962 i. Sa. P. K. (ZAK 1962, S. 313) hat das EVG erklärt, daß Art. 10, Abs. 2, IVV eine Ausnahmebestimmung darstelle und kein den Rahmen des Art. 19, Abs. 1, IVG sprengendes Prinzip enthalte. Die Beiträge gemäß Art. 10, Abs. 2, IVV, die übrigens auf monatlich 30 Franken begrenzt sind, werden anstelle der, nicht neben den eigentlichen Sonderschulungsbeiträgen gewährt. Sie setzen im Gegensatz zu den eigentlichen Sonderschulungsbeiträgen keine Volksschuluntauglichkeit, sondern vielmehr den Besuch der Volksschule voraus. Tatsächlich ist der zusätzliche Unterricht, den der Versicherte von der Fürsorgerin der Beratungsstelle für Sehbehinderte erhält, keine Ergänzung zu einem Volksschulunterricht, sondern Bestandteil der Sonderschulung.

3. Nach dem Gesagten ist es der IV verwehrt, dem Versicherten neben dem Schulgeldbeitrag von 2 Franken einen Beitrag an die Kosten des Unterrichts in Blindenschrift durch eine Fürsorgerin zu gewähren. Es fehlt auch an der gesetzlichen Grundlage, die Reisekosten dieser Fürsorgerin der IV zu überbinden. Wie bereits in EVGE 1962, S. 228; ZAK 1962, S. 514, dargetan wurde, übernimmt die IV nur Kosten für Reisen des Versicherten (und einer allfällig notwendigen Begleitperson) vom Wohnort zum Schulort, nicht dagegen Reisekosten einer Lehrperson, die sich zum Schüler begibt.

Urteil des EVG vom 14. November 1962 i. Sa. H. K.

Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 16, Abs. 2, IVV. Einer Invaliden, die das von ihr selbst angeschaffte Motorfahrzeug neben der Fahrt zur Arbeit vorwiegend für andere Zwecke benützt, sind die Reparaturkosten nur im Verhältnis der erwerbsbedingten Fahrten zur gesamten Fahrleistung des Autos zu vergüten. Ein Anteil von 8,10 Franken im Monatsdurchschnitt gilt als ganz geringfügig und ist somit von der Versicherten selbst zu tragen.

Die ledige Versicherte hat als Kleinkind eine Poliomyelitis durchgemacht und bei einem im Jahre 1954 erlittenen Unfall einen bleibenden Nachteil davongetragen. Laut einem medizinischen Gutachten bestehen die Poliomyelitfolgen in einer schweren Lähmung des linken Beines, einer starken Skoliose (Verkrümmung der Wirbelsäule) sowie einer Subluxation (nicht vollständige Verrenkung) des linken Hüftgelenkes, während der Unfall zu Schenkelfrakturen links, einer Pfannenfraktur links und einer schweren Zirkulationsstörung im linken Bein geführt hat. Am 18. April 1960 meldete sich die Patientin bei der IV-Kommission und gab folgendes an: Seit dem Unfall gehe sie an Krücken und fahre im eigenen Kleinauto zur Fabrik, wo sie — wegen

invaliditätsbedingter schneller Ermüdung — nur während der Vormittage arbeite. Mit dem Lohn und einer SUVA-Rente bestreite sie ihren Unterhalt. In der Folge übergab die Versicherte, die von jeher bei den Eltern wohnt, der IV-Kommission fünf (offenbar bezahlte) Autoreparaturrechnungen aus dem Jahre 1960 im Gesamtbetrag von 997,55 Franken und ersuchte die IV, diese Kosten zu übernehmen. Der Arzt berichtete der IV-Kommission, die an beiden Beinen gelähmte Versicherte arbeite «praktisch voll als Sekretärin». Der Arbeitgeber erklärte, die seit 1952 bei ihm beschäftigte Gesuchstellerin beziehe einen Stundenlohn von 2,70 Franken. Ferner bekam die IV-Kommission die Auskunft, die Versicherte wirke «ehrenamtlich» als Sektionssekretärin eines Invalidenverbandes.

Am 16. Januar 1961 verfügte die Ausgleichskasse, das Gesuch um Übernahme der Reparaturkosten werde abgewiesen, weil «das Fahrzeug nicht durch die IV abgegeben worden sei». Als die Versicherte rekurierte, legte die IV-Kommission einen Bericht der Pro Infirmis ins Recht. Danach entfielen von den im Jahre 1960 gefahrenen 12 000 km bloß 900 auf den Weg zur Fabrik und zurück. Mit Urteil vom 4. Dezember 1961 wies die Rekursbehörde die Beschwerde ab.

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

Ist ein beim Gehen wesentlich behinderter Invalid, der eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit ausübt, für den Weg zum und vom Arbeitsort auf ein Kleinautomobil angewiesen, so muß ihm die IV ein solches als Hilfsmittel abgeben und ihm die Reparatur- und Erneuerungskosten ersetzen, die bei der erwerbsbedingten Benützung des Fahrzeuges entstehen und nicht nur von ganz geringfügigem Ausmaße sind. Ebenso verhält es sich mit den Reparatur- bzw. Erneuerungskosten, falls ein (darauf angewiesener) Versicherter schon vor dem Inkrafttreten des IVG aus eigenen Mitteln ein Kleinautomobil erworben hat. Zu seinen eigenen Lasten gehende ganz geringfügige Kosten (menus frais à la charge de l'assuré; spese minute a carico dell'assicurato) liegen nach der Rechtsprechung in der Regel dann vor, wenn für Reparatur-, bzw. Erneuerungsarbeiten durchschnittlich bloß ein paar Franken im Monat aufgewendet werden müssen. (Art. 8, Buchst. d, 9, Abs. 1, und Art. 21, Abs. 1, IVG in Verbindung mit den Art. 14, Abs. 1, Buchst. g, Art. 15, Abs. 2, und 16, Abs. 2, IVV; Urteile des EVG i. Sa. M. B. vom 4. September 1961, Erwägung 1 [EVGE 1961, S. 253, ZAK 1961, S. 458] und D. C. vom 10. Juli 1962, ZAK 1963, S. 84, Erwägung 4).

Wie die Fürsorgestelle der Pro Infirmis nach Rücksprache mit der Versicherten und dem Arbeitgeber ermittelt hat, legt die Versicherte nicht bloß die auf ihren Weg zur Fabrik und zurück entfallenden 75—100 km, sondern — hauptsächlich als tatkräftige Invalidenfürsorgerin — rund 1000 km monatlich mit ihrem Kleinautomobil zurück. Insofern gehen von den 970 Franken Reparaturspesen des Jahres 1960 (Fr. 998.— abzüglich 28 Franken für Benzin und für Aufziehen von Schneepneus = 970 Franken) höchstens 10 Prozent oder 97 Franken jährlich bzw. 8,10 Franken monatlich auf die Fabrikarbeit zurück und muß dieser geringe Betrag von der Versicherten selber getragen werden (Art. 16, Abs. 2, IVV). Völlig zu Unrecht behauptet der Vertreter der Berufungsklägerin, auf die Anzahl der (im Jahre 1960) gefahrenen Kilometer komme es im vorliegenden Fall überhaupt nicht an.

Anscheinend erhält die Versicherte die Automobilspesen, die mit ihrer — unentgeltlich ausgeübten — Fürsorgetätigkeit verbunden sind, vom Invalidenverband nicht ersetzt. Allein es ist unerfindlich, wieso die IV für diese nicht erwerbsbedingten Betriebsauslagen aufkommen sollte.

Urteil des EVG vom 14. Dezember 1962 i. Sa. P. C.

Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 15, Abs. 2, IVV. Einem Versicherten, der grundsätzlich Anspruch auf Abgabe eines Kleinautomobils besitzt, aber vor Inkrafttreten des IVG selbst ein solches erworben hat, sind die durch erwerbsbedingte Fahrten entstandenen Kosten für Reparaturen zu ersetzen, sofern sie im Monatsdurchschnitt mehr als nur wenige Franken ausmachen. (Erwägung 2)

Art. 16, Abs. 3, IVV. Berechnung der Einkommensgrenze und des anrechenbaren Einkommens für die Zuspreehung eines Beitrages an die Autobetriebskosten unter Berücksichtigung des Erwerbseinkommens der Ehefrau. (Erwägung 3)

Der Versicherte ist seit vielen Jahren als Postbeamter tätig, seit 1952 verheiratet und hat zwei Kinder (geb. 1953 und 1955). Er wurde im Sommer 1954 von einer schweren Poliomyelitis befallen und war jahrelang Spitalpatient. Am 11. Februar 1960 forderte er von der IV Eingliederungsmaßnahmen, insbesondere eine Autospesenvergütung. Von der IV-Kommission um Bericht ersucht, bescheinigte ein Spezialarzt am 14. Mai 1960 folgendes: Die Beine und die Gesäßmuskeln seien völlig gelähmt. Mit seinen zwei Beinapparaten und Armkrücken könne der Versicherte höchstens 20 m weit gehen. Er benötige neue Apparate, eventuell auch einen neuen Rollstuhl und bedürfe einer Gehschulung.

Mit Verfügung vom 11. Februar 1961 gewährte die IV zwei neue Oberschenkel-Stützapparate, einen neuen Zimmerfahrstuhl sowie Gehunterricht, jedoch keinen Beitrag an die Betriebskosten des für den Arbeitsweg benützten Kleinautomobils, weil kein Härtefall vorliege. Der Versicherte beschwerte sich und schrieb, die IV möge die Betriebskosten seines im Jahre 1957 angeschafften Wagens übernehmen und ihm die Reparaturkosten ersetzen; die Betriebskosten machten monatlich 150—200 Franken aus. Die Rekurskommission entschied folgendermaßen:

a. Die IV übernehme ab 1. Januar 1960 die Autoreparaturkosten, soweit sie auf erwerbsbedingte Fahrten entfielen und nicht ganz geringfügig seien. Alles Nähere habe die IV-Kommission zu bestimmen.

b. An seine Betriebskosten erhalte der Beschwerdeführer für die Zeit von Januar 1960 bis Juni 1961 einen Jahresbeitrag von 400 Franken und für die Folgezeit einen solchen von 600 Franken. Auf Ende 1962 werde die IV-Kommission ein Revisionsverfahren durchzuführen haben.

Auf Berufung des Versicherten hin hob das EVG das vorinstanzliche Urteil auf und wies die Sache zur neuen Beurteilung im Sinne nachfolgender Erwägungen an die IV-Kommission zurück:

1. Als technische Hilfsmittel für die Eingliederung Invaliden ins Erwerbsleben dienen unter anderem entsprechend angepaßte Kleinautomobile

(Art. 21 IVG in Verbindung mit Art. 14, Abs. 1, Buchst. g, IVV). Laut Art. 15, Abs. 2, IVV wird ein solches abgegeben, falls der Versicherte dauernd eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit ausüben kann und wegen wesentlicher Gehbehinderung für den Weg zum und vom Arbeitsort auf ein persönliches Motorfahrzeug angewiesen ist. Wann immer die IV für jenen Weg einen Kleinwagen abgegeben hat oder doch abgeben müßte, wenn der Invalide noch kein solches Fahrzeug besäße, gehen die entsprechenden Reparaturkosten, sofern sie vom Fahrer belegt werden und nicht ganz geringfügig sind, zu ihren Lasten (Art. 16, Abs. 2, IVV; EVGE 1961, S. 233, ZAK 1961, S. 448, Erwägung 1).

Dagegen sind die Betriebskosten grundsätzlich vom Invaliden selber zu tragen. An ihnen darf sich die IV einzig in Härtefällen — und nur mit höchstens 50 Franken monatlich — beteiligen. Ein Härtefall liegt in der Regel vor, wenn zwei Drittel der anrechenbaren Einkünfte des Versicherten (und gegebenenfalls seiner Ehefrau) zusammen mit dem Betriebskostenbeitrag die in Art. 42 AHVG festgelegte Einkommensgrenze unterschreiten. Maßgebende Berechnungsregeln sind die Art. 56—61 AHVV und 35, Abs. 1, IVV. Als Gewinnungskosten gemäß Art. 57, Buchst. a, AHVV zähle dabei auch die auf den Arbeitsweg entfallenen Autobetriebskosten sowie in den Fällen, wo das Motorfahrzeug vor dem Jahre 1960 angeschafft worden ist, eine entsprechende Amortisationsquote (Art. 16, Abs. 3, IVV in Verbindung mit EVGE 1961, S. 254, ZAK 1961, S. 458, Erwägung 2).

2. Besäße der Versicherte noch kein Kleinautomobil, so könnte er von der IV ein solches verlangen. Laut fachärztlichem Zeugnis ist er an beiden Beinen völlig gelähmt und kann — mit Hilfe von Apparaten und Krücken — keine 50 m weit zu Fuß gehen. Da er seit Jahren als Postbeamter arbeitet, ist er für den Weg zu und von der Arbeit auf seinen im Jahre 1957 erworbenen Kleinwagen angewiesen. Darum muß ihm die IV die durch erwerbsbedingte Fahrten entstandenen Reparaturkosten ersetzen, sofern sie im Monatsdurchschnitt nicht bloß wenige Franken ausmachen (Urteil des EVG vom 14. November 1962 i. Sa. H. K., ZAK 1963, S. 181).

Nachdem der kantonale Richter die IV-Kommission eingeladen hatte, zur Reparaturkostenfrage näher Stellung zu nehmen, hat der Versicherte im Berufungsverfahren 15 bezahlte Originalrechnungen eingereicht. Die IV-Kommission wird nunmehr zu prüfen haben, welcher Teil der von ihm bezahlten Beträge auf Reparaturen bzw. Erneuerungen entfallen und im Sinne des Art. 16, Abs. 2, IVV zu übernehmen ist.

3. Der Versicherte hatte von Januar bis Juni 1960 7,5 km vom Arbeitsplatz entfernt gewohnt und wohnt seither 25 km vom Arbeitsplatz entfernt. Außerdem erzielt seit Juli 1960 auch seine Ehefrau Erwerbseinkünfte, indem sie einen Spezialeiladen führt. Endlich beträgt die in Art. 42 AHVG normierte Einkommensgrenze seit Juli 1961 4 800 Franken, nachdem sie früher bloß 4 000 Franken betragen hatte. Aus alledem ergibt sich für die Frage des Betriebskostenbeitrages folgendes:

Für das Beitragsjahr 1960 ist vom Bruttolohn auszugehen, welchen der Versicherte im Jahre 1959 bezogen hatte (Art. 57, Ingreß, AHVV; Art. 59, Abs. 1, AHVV). Laut Art. 57 AHVV als Gewinnungskosten abzuziehen sind u. a. die auf einen Arbeitsweg von 15 km entfallenden Betriebskosten ein-

schließlich einer angemessenen Amortisationsquote (12×54 Franken = 648 Franken, ferner 900 Franken für Versicherungsprämien und Steuern sowie 1800 Franken für zwei Kinder. — Die Vorinstanz hat mit dem Nettolohn des zweiten Halbjahres 1960 gerechnet. Ferner hat sie bei den Gewinnungskosten unter anderem 375 Franken Reparaturkosten eingesetzt, was unzulässig ist, weil diese Kosten ja gesondert ersetzt werden (EVGE 1961, S. 255, ZAK 1961, S. 458), — Für das zweite Halbjahr 1960 wird kaum zu revidieren sein, obwohl ab Juli 1960 der — offenbar bescheidene — gewerbliche Verdienst der Ehefrau hinzugekommen ist (Art. 59, Abs. 3, AHVV in Verbindung mit EVGE 1949, S. 119, ZAK 1949, S. 215).

Analog wird für die Beitragsjahre 1961 und 1962 je mit dem vorjährigen Manneslohn und Frauenverdienst zu rechnen sein, ferner für den Zeitraum von Januar bis Juni 1961 auf die alte Einkommensgrenze 4 000 Franken und für die Folgezeit auf die neue Einkommensgrenze 4 800 Franken abzustellen sein. Überhaupt wird sich die IV-Kommission an die grundsätzlichen Ausführungen in EVGE 1961, S. 255, Buchst. b, ZAK 1961, S. 458) halten müssen.

Renten² und Hilfslosenentschädigung

Urteil des EVG vom 16. November 1962 i. Sa. J. G.

Art. 4, Art. 28, Art. 29, Abs. 1, und Art. 41 IVG. Ein Versicherter, der an einer chronischen Geisteskrankheit mit sehr ungünstiger Prognose leidet, die eine bleibende durchschnittlich mindestens häftige Erwerbsunfähigkeit während seiner ganzen Aktivitätsperiode erwarten läßt, ist rentenberechtigt. Es ist ihm eine ganze Rente zuzusprechen, wenn die Erwerbsunfähigkeit auf Grund dieses Gesundheitsschadens von wenigstens zwei Dritteln längere Zeit dauert, d. h. ihre Dauer gegenwärtig gar nicht abschätzbar ist. Vorbehalten bleibt eine spätere Revision der Rente.

Der 1921 geborene Versicherte leidet an schizophrenem Verfolgungswahn. Er mußte sich in den Jahren 1951 bis 1957, abgesehen von einem kurzen Unterbruch, zur Behandlung und Betreuung in einer Heilanstalt aufhalten. Nach der Entlassung arbeitete er als kaufmännischer Angestellter, zuletzt vom 16. Mai 1958 bis zum 3. Juni 1960, zu einem Monatsgehalt von 830 Franken. Da sich das Leiden verschlimmerte und eine weitere Beschäftigung verunmöglichte, mußte er seine Stelle aufgeben. In der Folge befand er sich mit einem kurzen Unterbruch wieder in Heilanstalten und wurde im Januar 1962 ungebessert entlassen.

Die Ausgleichskasse lehnte gemäß Beschluß der IV-Kommission mit Verfügung vom 19. Juni 1961 das Begehren um Ausrichtung einer Rente ab. Die hiegegen eingereichte Beschwerde wurde vom Präsidenten der kantonalen Rekurskommission abgewiesen. Hierauf erhob der Vormund des Versicherten Berufung mit dem Antrag, es sei spätestens mit Wirkung ab 1. August 1961 eine ganze Rente auszurichten und die Dauerinvalidität des Versicherten sei

anzuerkennen. Das EVG hat dem Versicherten vom 1. März 1961 hinweg eine ganze Rente zugesprochen, indem es die Berufung mit folgenden Erwägungen guthieß:

1. Gemäß Art. 29, Abs. 1, IVG entsteht der Rentenanspruch, 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. Wie im Urteil vom 22. September 1962 i. Sa. M. S. (ZAK 1963, S. 88) dargetan wurde, liegt eine voraussichtlich bleibende Erwerbsunfähigkeit vor, wenn wegen der Stabilität des Zustandes zu erwarten ist, daß sie während der nach der Lebenserwartung normalen Aktivitätsperiode bestehe. Liegt labiles pathologisches Geschehen vor, wie es bei akuten Krankheiten zutrifft, so kann in der Regel nicht von einer voraussichtlich bleibenden Erwerbsunfähigkeit gesprochen werden.

Der Versicherte leidet schon seit Jahren an schizophrenem Verfolgungswahn; er befand sich aus diesem Grunde bereits in den Jahren 1951 bis 1957 fast dauernd in einer Heilanstalt. Im Juni 1960 mußte er wegen Verschlimmerung des Leidens seine Arbeit einstellen und erneut in eine Heilanstalt eintreten. Nach der Entlassung, die mit ungünstiger Prognose erfolgte, war er zwar vom 7. November 1960 bis 28. Februar 1961 nochmals erwerbstätig, vermochte aber die ihm übertragenen Aufgaben nicht mehr richtig zu erfüllen. Er kam dann wiederum in eine Heilanstalt und wurde dort nach 10 Monaten ungebessert entlassen. Der Anstaltsarzt stellte fest, daß der Versicherte selbst dann, wenn er vorübergehend wieder erwerbsfähig sein sollte, über kurz oder lang ganz sicher versagen werde.

Wenn auch im entscheidenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses (Juni 1961) dieser Sachverhalt noch nicht genügend überblickt werden konnte, so hat doch die seitherige Entwicklung den ausreichenden Beweis erbracht, daß seit 1. März 1961 (Aufgabe der letzten Erwerbstätigkeit) eine mindestens hälftige, bleibende Erwerbsunfähigkeit vorliegt. Der Versicherte leidet nicht an einer Krankheit mit akutem Beginn oder ausgesprochen akutem Schub; vielmehr handelt es sich um eine chronische Krankheit mit sehr ungünstiger Prognose, die eine bleibende, durchschnittlich mindestens 50prozentige Erwerbsunfähigkeit während der ganzen Aktivitätsperiode des Versicherten erwarten läßt, mag er auch vorübergehend wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen können. Die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer Rente vom 1. März 1961 hinweg sind daher erfüllt. Die Beweisergänzung infolge der Entwicklung seit Erlaß der Verfügung wirkt sich auf die Zeit vor Erlaß der Verfügung aus, weshalb nicht von einer Änderung der Verhältnisse gesprochen werden kann, die mit einem neuen Rentengesuch gemäß Art. 41 IVG geltend gemacht werden müßte.

2. Zu prüfen bleibt, ob der Versicherte vom 1. März 1961 an Anspruch auf eine halbe oder eine ganze Rente hat. Laut Art. 28, Abs. 1, IVG wird bei einer Invalidität von mindestens zwei Dritteln die ganze und bei einer mindestens hälftigen Invalidität die halbe Rente ausgerichtet (in Härtefällen gibt schon eine Invalidität von zwei Fünfteln Anspruch auf die halbe Rente). Unter Invalidität ist gemäß Art. 4 IVG eine voraussichtlich bleibende oder länger dauernde Erwerbsunfähigkeit zu verstehen.

Nachdem ein Rentenanspruch entsteht, wenn der Versicherte bleibend wenigstens zur Hälfte erwerbsunfähig ist, muß bei der Bemessung immer wenigstens die halbe Rente gewährt werden. Für die Ausrichtung der ganzen Rente bedarf es dagegen nicht der bleibenden Erwerbsunfähigkeit von mindestens zwei Dritteln, soweit der gleiche Gesundheitsschaden in Frage steht, der die mindestens hälftige bleibende Erwerbsunfähigkeit verursacht hat. Es genügt, wenn die Erwerbsunfähigkeit auf Grund dieses Gesundheitsschadens von wenigstens zwei Dritteln im Sinne von Art. 4 IVG längere Zeit dauert, d. h. ihre Dauer zur Zeit gar nicht abschätzbar ist. Das trifft hier zu. Der Versicherte war vom März 1961 bis Januar 1962 in einer Heilanstalt, aus der er unge bessert entlassen wurde; und nach den Ausführungen des Vor mundes in der Berufung stand im März 1962 ein erneuter Anstaltseintritt unmittelbar bevor.

Demzufolge kann vom 1. März 1961 an die ganze Rente ausgerichtet werden. Sollte der Versicherte später wider Erwarten in die Lage kommen, ein im Sinne von Art. 28, Abs. 2, IVG maßgebendes Einkommen zu erzielen, so wäre eine Revision der Rente gemäß Art. 41 IVG durchzuführen. Im übrigen dürfte es angezeigt sein, wenn die IV-Kommission von Amtes wegen durch einen Mediziner und gegebenenfalls durch die IV-Regionalstelle überprüfen läßt, ob eine anderweitige Eingliederung — statt im kaufmännischen Berufe — gangbar wäre. Hierüber geben die Akten keine Auskunft.

Urteil des EVG vom 20. September 1962 i. Sa. M. N.

Art. 42, Abs. 1, IVG. Hilflös im Sinne des Gesetzes ist eine Versicherte in der Regel nur, wenn ein voraussichtlich bleibender Zustand der Hilflösigkeit vorliegt.

Die 60jährige Versicherte ist herzkrank und leidet überdies an allerschwerster Adipositas (Fettsucht) mit schwerer Arthritis deformans (Gelenkentzündung) und Coxarthrose (Leiden des Hüftgelenks). In einem ersten Urteil vom 13. April 1961 hatte das EVG das Bestehen eines Anspruchs auf Hilflö s enentschädigung vorläufig noch verneint mit dem Bemerk en, daß bei geringfügiger Verschlimmerung der Verhältnisse hinsichtlich der Wartung der Versicherten eine rechtserhebliche Hilflösigkeit bejaht werden müßte. In der Folge ist der Versicherten gestützt auf ein neues Gesuch durch Verfügung der Ausgleichskasse mit Wirkung ab 1. Januar 1962 eine Hilflö s enentschädigung von 360 Franken im Jahr zugesprochen worden, wobei eine Hilflösigkeit leichteren Grades angenommen wurde.

Im Beschwerdeverfahren lehnte die Rekurskommission die von der Versicherten angebehrte höhere Hilflö s enentschädigung ab. Hier auf erklärte die Versicherte Berufung. Diese wurde vom EVG mit folgender Begründung teilweise gutgeheißen:

1. Gemäß Art. 42, Abs. 1, IVG haben bedürftige Versicherte, die derart hilflös sind, daß sie besondere Pflege oder Wartung benötigen, Anspruch auf eine Hilflö s enentschädigung. Die Bemessung des Grades der Hilflösigkeit bleibt den IV-Kommissionen überlassen (Art. 42, Abs. 3, IVG). Die IVV legt bloß drei Grade der Hilflösigkeit fest, ohne sie durch begriffliche Merkmale

zu umschreiben: Gemäß Art. 39, Abs. 2, IVV entspricht die jährliche Hilflosenentschädigung bei Hilflosigkeit schweren Grades dem Mindestbetrag der ordentlichen einfachen Altersrente (Vollrente), bei Hilflosigkeit mittleren Grades zwei Dritteln und bei Hilflosigkeit leichteren Grades einem Drittel dieses Betrages. Auf Grund der getroffenen Ordnung steht dem Ermessen ein weiter Spielraum zu, soweit es sich um die Bestimmung der Hilflosigkeit im Einzelfalle handelt (EVGE 1961, S. 61; ZAK 1962, S. 47 f.).

2. Die Bedürftigkeit der Versicherten ist unbestritten. Im übrigen geht aus den Erhebungen der Fürsorgerin vom November 1961 hervor, daß sich der Sachverhalt, der dem Urteil des EVG vom 13. April 1961 zugrunde lag, verändert hat, indem nun die Versicherte vermehrter Wartung bedarf. Im Hinblick auf diese Verschlimmerung ist entsprechend den Ausführungen im zitierten Urteil des EVG eine rechtserhebliche Hilflosigkeit zu bejahen. Die Annahme der Verwaltung und der Vorinstanz, es liege eine Hilflosigkeit leichteren Grades vor, hält sich im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, daß die persönlichen, etwas ungeordneten Verhältnisse der Versicherten, die möglicherweise eine vermehrte Wartung notwendig machen, den Grad der Hilflosigkeit nicht zu beeinflussen vermögen. Auch die Bettlägerigkeit vom Januar bis Oktober 1961 ist unbeachtlich, da es sich um eine vorübergehende Erscheinung handelte. Als Hilflosigkeit im Sinne des Gesetzes kann in der Regel nur ein voraussichtlich bleibender Zustand bezeichnet werden. Die in der Berufung geforderte Einholung eines ärztlichen Gutachtens über den Zustand der Versicherten erscheint nicht als notwendig, da der Bericht der erfahrenen Fürsorgerin über alle Punkte Aufschluß gibt, die den Grad der Hilflosigkeit zu beeinflussen vermögen.

Das BSV hält aber mit Recht fest, daß die dauernde Hilflosigkeit leichteren Grades, die Anspruch auf eine Entschädigung gibt, schon im November 1961 vorlag, zu welchem Zeitpunkt die Fürsorgerin die für die Zuspreehung der Entschädigung maßgebenden Erhebungen durchführte. Dagegen ist nicht dargetan, daß schon vorher — während der vorübergehenden Bettlägerigkeit — eine dauernde rechtserhebliche Hilflosigkeit bestand. Die Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichteren Grades ist somit — entsprechend dem Antrag des BSV — vom November 1961 an auszurichten.

Urteil des EVG vom 27. November 1962 i. Sa. M. H.

Art. 48, Abs. 2, IVG; Art. 85, Abs. 1, IVV. Meldet sich ein hilfloser Versicherter mehr als sechs Monate nach Entstehen des Anspruchs auf Hilflosenentschädigung an, so wird die Entschädigung nur vom Monat der Anmeldung an gewährt.

Die 1905 geborene Versicherte leidet an schwerer Polyarthrits mit Gelenkversteifung. Mit Verfügung vom 6. Juli 1960 wurde ihr eine ganze IV-Rente zugesprochen. Am 27. November 1961 stellte die Versicherte das Gesuch um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung. In einem gleichzeitig eingereichten Arztzeugnis wurde unter anderem festgehalten, daß die Hilflosigkeit seit September 1960 bestehe. Mit Verfügung vom 9. Januar 1962 gewährte die Ausgleichskasse vom 1. November 1961 an eine nach einer Hilflosigkeit mittleren Grades bemessene Hilflosenentschädigung.

Auf Beschwerde hin sprach die kantonale Rekursbehörde die Hilflosenentschädigung schon ab 1. Januar 1961 zu, mit der Begründung, Art. 48, Abs. 2, IVG gelte nur für Renten und nicht auch für Hilflosenentschädigungen. Diesen Entscheid hat das BSV mit Berufung an das EVG weitergezogen. Es beantragte die Wiederherstellung der Verfügung vom 9. Januar 1962 mit der Begründung, daß Art. 48, Abs. 2, IVG sinngemäß auch auf die Hilflosenentschädigung Anwendung finde.

Das EVG hat die Berufung mit folgender Begründung geschützt:

1. Gemäß Art. 48, Abs. 1, IVG erlischt der Anspruch auf Nachzahlung von Taggeldern und Renten mit dem Ablauf von fünf Jahren seit dem Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war. In Art. 48, Abs. 2, IVG wird sodann bestimmt, daß die Rente nur vom Monat der Anmeldung an ausbezahlt wird, wenn sich ein Versicherter mehr als sechs Monate nach Entstehung des Rentenanspruches anmeldet. Dem Wortlaut nach bezieht sich Art. 48, Abs. 1, IVG auf Taggelder und Renten und Art. 48, Abs. 2, IVG nur auf Renten; für die Hilflosenentschädigung fehlen entsprechende Vorschriften. Hieraus darf aber noch nicht geschlossen werden, die Nachzahlung der Hilflosenentschädigung könnte zeitlich unbeschränkt erfolgen. Die Hilflosenentschädigung wurde als eigentliche Versicherungsleistung erst in der parlamentarischen Beratung eingeführt, wobei eine entsprechende Ergänzung des Art. 48 IVG unterblieb. Das BSV erklärt, diese Unterlassung sei unbeabsichtigt, weshalb eine Gesetzeslücke vorliege, die der Ausfüllung bedürfe.

2. Die Hilflosenentschädigung ist in der Regel eine die Rente erweiternde Versicherungsleistung, sofern zur Invalidität die Bedürftigkeit und besondere Pflege und Wartung des Versicherten hinzukommen (Art. 42, Abs. 1, IVG). Nicht zu untersuchen ist hier die Möglichkeit, ob die Entschädigung ausnahmsweise selbständig ohne gleichzeitige Rente gewährt werden könnte; denn selbst eine solche Ausnahme würde den allgemeinen Charakter der Entschädigung als Rentenerweiterung nicht verändern. Abgesehen von den Sondervoraussetzungen und Sondervorschriften muß daher für die Hilflosenentschädigung die Rentenordnung maßgebend sein.

Wann der Rentenanspruch grundsätzlich entsteht, bestimmt Art. 29 IVG, wann der Anspruch auf Hilflosenentschädigung, Art. 38, Abs. 1, IVV in Ergänzung des Art. 42, Abs. 1, IVG. Die grundsätzliche Entstehung des Anspruches sagt aber noch nichts über die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit sich der Anspruch in Bezügen verwirklicht. Da die Leistungen nicht von Amtes wegen zu laufen beginnen, sondern vom dispositionsbefugten Anspruchsberechtigten geltend gemacht werden müssen (Art. 46 IVG, Art. 65 ff., IVV), entstehen mit der Anmeldung besondere Rechte und Pflichten; insbesondere wird es nötig, die Rechtslage für den Fall zu ordnen, daß die Geltendmachung später erfolgt, als der Anspruch entstanden ist. Sozialversicherungsrechtlich ist es nicht selbstverständlich, daß ein Anspruch auf Nachzahlung von Leistungen besteht. In der AHV wird dem Rentner ein Anspruch auf Nachzahlung eingeräumt, dieser aber auf fünf Jahre beschränkt (Art. 46 AHVG). Gemäß Art. 77 AHVG ist die Ausgleichskasse zudem verpflichtet, die Nachzahlung in diesem Umfang von Amtes wegen vorzunehmen. Wenn sich Art. 48, Abs. 1, IVG darauf beschränkt, lediglich die Verwirkungsfrist von fünf Jahren für den Anspruch auf Nachzahlung von Taggeldern und Renten

in Übereinstimmung mit dem AHVG zu normieren, dann wird die Lage IV-rechtlich nicht anders, zumal Art. 85, Abs. 1, IVV den Art. 77 AHVV als sinngemäß anwendbar erklärt. Für die IV gilt also der Grundsatz der fünfjährigen Verwirkung zurückliegender Rentenansprüche. Da die Hilflosenentschädigung die Rente ergänzt und deren Charakter als typische, wiederkehrende Versicherungsleistung in Geldform teilt, muß für beide die gleiche zeitliche Begrenzung des Nachforderungsrechts gelten. Zu Gunsten des bedürftigsten Hilflosen besteht demnach trotz fehlender Norm ein Nachforderungsrecht für die ergänzende Entschädigung gleich wie für die Rente, wozu die erwähnte zeitliche Beschränkung gehört. Diese Beschränkung zieht für die Hilflosenentschädigung auch die Anwendung des für die Invalidenrente geltenden Abs. 2 des Art. 48 IVG nach sich. Anders als bei der Nachforderung der AHV-Rente kann sich nämlich bei der Invalidenrente die fünfjährige Frist nur dann auswirken, wenn der Versicherte innert sechs Monaten seit Entstehung des Anspruches die Anmeldung gemäß Art. 46 IVG eingereicht hat.

Abgesehen von dieser zwingenden Gleichstellung von Rente und Hilflosenentschädigung aus der Systematik des Gesetzes ist noch zu beachten, daß Art. 42, Abs. 4, IVG den Bundesrat ermächtigt, in bezug auf die Hilflosenentschädigung ergänzende Vorschriften zu erlassen. Art. 85, Abs. 1, IVV bestimmt, daß für die Nachzahlung von Taggeldern, von Renten und von Hilflosenentschädigungen Art. 77 AHVV sinngemäß anwendbar sei (was bereits gesagt wurde), mit der Beifügung, die Verjährung und Verwirkung des Nachzahlungsanspruches gemäß Art. 48 IVG bleibe vorbehalten. Dieser Vorbehalt darf sinngemäß dahin ausgelegt werden, daß er über den in Art. 48, Abs. 2, IVG einzig genannten Rentenanspruch hinaus auch für den Anspruch auf Hilflosenentschädigung gelte. Schließlich werden die Renten und die Hilflosenentschädigungen in Art. 82 und 83 IVV noch hinsichtlich der Auszahlung und der sichernden Maßnahmen gleichgestellt.

3. Die Versicherte, die sich im November 1961 zum Bezug der Hilflosenentschädigung anmeldete, war unbestrittenermaßen schon im September 1960 in rechtserheblichem Ausmaß hilflos. Die Anmeldung erfolgte somit mehr als sechs Monate nach Entstehung des Anspruches. Demzufolge kann die Hilflosenentschädigung in sinngemäßer Anwendung von Art. 48, Abs. 2, IVG erst vom November 1961 an (Monat der Anmeldung) ausbezahlt werden, was zur Wiederherstellung der Kassenverfügung vom 9. Januar 1962 führt.

VON MONAT ZU MONAT

Am 3. April wurde zwischen der Verbindung der Schweizer Ärzte und dem Bundesamt für Sozialversicherung ein *Interimstarif für medizinische Leistungen in der IV* vereinbart. Er bezieht sich auf Konsultationen und Besuche sowie auf orthopädische und kinderchirurgische Maßnahmen. Die ZAK wird in einer der nächsten Nummern darauf zurückkommen.

*

Am 20. April ist die Vernehmlassungsfrist zum *Vorentwurf eines Bundesgesetzes über die Änderung des EOG* abgelaufen. Es sind rund 50 Stellungnahmen eingegangen.

*

Die *Subkommission für formulartechnische Fragen der IV* tagte am 25. April unter dem Vorsitz von O. Büchi vom Bundesamt für Sozialversicherung. Sie behandelte die technische Gestaltung der neu aufzulegenden Anmeldeformulare und die Schaffung einer Formulargarnitur für den Arztbericht mit Rechnung.

Drei Jahre Invalidenversicherung und Pro Infirmis

Nach einem Referat an der Jahreskonferenz der IV-Kommissionen vom 28. Februar 1963, gehalten von Fräulein Dr. h. c. M. Meyer, Zentralsekretärin Pro Infirmis.

Namens des Präsidenten Pro Infirmis, Herrn Bundesrichter Dr. K. Schoch, der leider verhindert war, das Referat zu übernehmen, dankt die Vortragende für das Pro Infirmis geschenkte Vertrauen.

Die Gruppen, derer sich Pro Infirmis und ihre Fachverbände annehmen, machen lediglich einen Bruchteil der IV-Rentner und der übrigen IV-Anwärter aus: Es sind die Körperbehinderten, die Taubstummen, Schwerhörigen, Sprachgebrechlichen, Blinden, Geistesschwachen und Epileptischen. Nur bei der Sonderschulung stellen diese Behinderten das Hauptkontingent.

Es ist keineswegs leicht, sich ein Urteil zu bilden über die heutige Situation der Invalidenhilfe und einen Vergleich zu ziehen mit der Lage

vor 1960. Drei Jahre sind eine sehr kurze Zeit für das außerordentlich komplexe Gebiet der IV. Die Auswirkungen auf die Arbeit von Pro Infirmis können heute noch nicht endgültig abgeschätzt werden. Sogar im Einzelfall zeigen sich die Resultate vieler Bemühungen oft erst nach zehn und mehr Jahren. Eines aber ist sicher: Die IV hat in der breiten Bevölkerung ganz gewaltige Impulse geweckt.

Die Leistungen der Versicherung

Die meisten Invaliden anerkennen in erster Linie die unschätzbare Erleichterung, welche die *Renten* für sehr viele von ihnen und für ihre Familien gebracht haben. Pro Infirmis empfindet dabei als besonders wertvoll, daß alle Erwerbsunfähigen und alle wesentlich Erwerbsbeschränkten vom ersten Tag an Leistungen erhielten, gleichgültig ob sie körperlich oder geistig behindert waren. Denn Pro Infirmis selbst war es nie möglich, Beiträge an den Lebensunterhalt zu gewähren. Sie mußte sich bei der großen Zahl der Hilfesuchenden und den beschränkten Mitteln auf gezielte Eingliederungsmaßnahmen beschränken. Die Bundessubvention für die gesamte Gebrechlichenhilfe war, namentlich bis 1952, sehr bescheiden. Sie erreichte 1959 mit 1,1 Mio Franken den Höchstbetrag. Näheres hierüber ist in der Februar-Nummer der ZAK zu finden. Man vergleiche damit die heute verfügbaren und aufgewendeten Mittel!

Mit großer Erleichterung wurden neben den Renten auch die *Pflegebeiträge für Bildungsunfähige*, nicht zuletzt bei Hauspflege, begrüßt. Erst recht träfe dies bei einem Fixum zu. Doch sei dankbar festgehalten, daß der gemäß Artikel 9 IVG bestehende Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen large interpretiert wird, so bei der Schulung schwer schwachsinniger Kinder, geistesschwacher Cerebralgelähmter und anderer.

Pro Infirmis und ihre Fachverbände wissen die großen finanziellen Erleichterungen auf dem Gebiet der *Sonderschulung* hoch zu schätzen. Die IV hat für die Eltern überall da, wo sie nur 1 Franken täglich an den Internatsaufenthalt beitragen müssen, eine wesentliche Entlastung gebracht. Die Pro Infirmis- und die anderen Spezialfürsorgestellen haben sich nicht mehr um die früher oft sehr mühsamen Finanzierungen zu kümmern — außer bei privatwirtschaftlichen Heimen. Wegen Platzmangel in gemeinnützigen Sonderschulen müssen diese allerdings häufig benützt werden. Auch Kindern, die regelmäßig Privatunterricht benötigen, hat die private Hilfe weiterhin beizustehen, ebenso einer Anzahl debiler Kinder mit einem Intelligenzquotienten über 75.

Die größte Hilfe brachte die IV unsern Stellen durch die *Eingliederung der Invaliden ins Erwerbsleben*. Heute sind Taggelder, teure Motorisierungen, Kapitalhilfen möglich. Zu schweigen von der spezialisierten Berufsberatung und Arbeitsvermittlung! Diese kommen nun einem viel größeren Kreis zugut. Es war zwar für die Pro Infirmis-Stellen früher immer eine besonders dankbare Aufgabe, z. B. für einen körperbehinderten jungen Menschen, den sie vielleicht durch zehn und mehr Jahre kannten, mit dem Freud und Leid geteilt wurde, für den sie alle medizinischen Maßnahmen ermöglicht und besondere Lösungen für die Schulfrage usw. getroffen hatten, nun mit Hilfe des Berufsberaters auch die angepaßte Lehre zu finden. Es war beglückend, ihn zu begleiten bis zur vollen Selbstständigkeit. Aber dies war lediglich für einen Teil der Einzugliedernden möglich. Im ganzen gesehen kamen besonders die durch Unfall und Krankheit invalid gewordenen Erwachsenen zu kurz. Nur ein bescheidener Prozentsatz von ihnen wandte sich an Pro Infirmis oder wurde ihr gemeldet. Heute arbeitet die IV auf dem Gebiet der beruflichen Eingliederung intensiv und großzügig. Wir hoffen, daß sie mit der zunehmenden Erfahrung demnächst auch die Arbeitsvermittlung für Teilrentner sowie die Heimarbeitsvermittlung ausbaue, damit gerade diese schwierigsten Fälle nicht wie früher zur Aufgabe der Sozialarbeiter werden. Diese verfügen wohl über spezielle Kenntnisse in der Sozialarbeit; sie haben aber nicht genügend Überblick über das Wirtschaftsleben.

Da Pro Infirmis als Dachorganisation und enger Zusammenschluß von 12 Fachverbänden auch viel mit den Anstalten, Sonderschulen, Werkstätten, Fürsorgestellen, Vereinen und Verbänden zu tun hat, weiß sie, wie sehr diese die *Tarifvereinbarungen, die Betriebs-, Bau- und Kursbeiträge* zu schätzen wissen.

Der drückenden Finanzsorgen sind vor allem diejenigen *Sonderschulen* enthoben, die keinen sehr kostspieligen Betrieb haben. Wohl sämtliche Anstalten mit Ordens- und Diakoniepersonal stellen sich heute bedeutend besser als vor 1960. Nun können sie Pflegegelder von 8 Franken im Tag verlangen. In einer der letzten Nummern brachte die ZAK sprechende Beispiele über die vermehrten Pflegegeldeinnahmen. Etwas anders ist die Lage bei differenzierten Sonderschulen mit weltlichem Personal, z. B. bei Heimen für Sprachgebrechliche, für cerebralgelähmte und andere schwer körperbehinderte Kinder. Schon in den Jahren 1956—58 betrugen die reinen Betriebsausgaben z. T. bis gegen 18 Franken täglich. Wer sich näher dafür interessiert, findet im Heft 10 der Zeitschrift Pro Infirmis 1962 «Aktuelle Anstaltsfragen» eine Orientierung. Seit 1958 haben sich die Lebenskosten, besonders die Personalkosten, gewaltig er-

höht. Ohne die durch die IV ermöglichten bessern Arbeitsbedingungen wären die Finanzsorgen und der Personalmangel noch größer. Die Betriebsbeiträge decken aber keineswegs allorts die Rückschläge. Die IV erlaubte jedoch einigen Institutionen die Verwirklichung neuer Einsichten; Physiotherapie, Beschäftigungstherapie usw. konnten ausgebaut werden.

Auf den *baulichen Nachholbedarf* wurde bereits in der Expertenkommission für die IV von mehr als einer Seite hingewiesen. Sehr viele Heime konnten nicht Schritt halten mit den Anforderungen der Zeit. Dank äußerer Verbesserungen war es nun an einen und andern Ort möglich, die Atmosphäre für die Kinder heimeliger zu gestalten. Manche Bauvorhaben werden zudem mit Hilfe der IV rascher verwirklicht. Die Baubeiträge helfen auch, die vielen noch fehlenden Einrichtungen zu beschaffen. An die Gründung beruflicher Eingliederungsstätten wagt man sich heute eher heran, weil der Betrieb praktisch gesichert ist. Sie kennen das Arbeitszentrum für Behinderte in Strengelbach (AG) und die neue Haushaltungsschule für geistesschwache Mädchen Auboden in Brunnadern (SG): zwei solche Beispiele!

Anhand entsprechender Zahlen können die Pro Infirmis-Stellen oft die Notwendigkeit von *Neugründungen* dartun und dadurch auch Kantone und Gemeinden für eine tatkräftige Hilfe gewinnen. Leider fehlen aber u. a. noch viele Plätze für Sonderschulung. Wohl bemühen sich unsere Fürsorgestellen um die Schaffung von Externaten für alle Kinder, die daheim bleiben können. Aber das genügt nicht. Mögen die IV-Kommissionen und ihre Sekretariate daher ihre Beziehungen zu Behörden und Privaten auswerten und unsere Stellen unterstützen, damit das Fehlende zustande kommt! Es sollte immer wieder bekannt gegeben werden, wieviele berechnete Ansprüche mangels Schulungsmöglichkeiten nicht in die Praxis umgesetzt werden können.

Bei allen Erleichterungen für die Institutionen seien einige *Gefahren* nicht übersehen:

Bei den teilweise recht hohen Tarifvereinbarungen muß die IV scharfe Grenzen setzen. Dies schränkt manchmal die Bewegungsfreiheit im Einzelfall ein, hat eventuell unliebsame Unterbrechungen zur Folge.

Auch besteht das Risiko, daß einzelne Arbeitsheime sich nun vorab für Eingliederungsfälle interessieren; dadurch fehlt es noch mehr als bisher an Dauerplätzen für Schwerstgebrechliche und für Geistesschwache.

Etwas anderes: Die administrative Seite ist viel komplizierter geworden. Müssen wirklich, damit höhere Vergütungen erhältlich sind, alle möglichen Leistungen und Hilfsmittel wie Beschäftigungstherapie,

Übungsgeräte u. dgl. individuell beantragt und verfügt werden, obwohl sie in einem entsprechenden Spezialheim allen Insassen zur Verfügung stehen sollten?

Weiter: Weil die IV überall Beiträge gewähren kann, besteht die Gefahr, daß bei zu großer Dezentralisation zu viele kleine und dann fachlich ungenügende Institutionen und Abteilungen entstehen. Eine allseitige Zusammenarbeit und eine sachliche Überprüfung der verschiedenen Bedürfnisse werden in erster Linie die Schließung der dringendsten Lücken erlauben.

Zusammenarbeit der Versicherung mit den Pro Infirmis-Stellen

Je mehr gezielte Maßnahmen rechtzeitig und konsequent bei voller Mitarbeit des Invaliden durchgeführt werden, desto befriedigender ist bekanntlich auch die Eingliederung. Es war und bleibt das Ziel von Pro Infirmis, vorzubeugen und — wo dies nicht möglich ist — dem Invaliden — jetzt zusammen mit der IV — rechtzeitig die heute bestmögliche *medizinische, pädagogische, berufliche, soziale und menschliche Hilfe* zu vermitteln. Dabei möchten wir keineswegs einer Eingliederung um jeden Preis das Wort reden. Wir wissen, daß es unerlässlich ist, real zu denken. Es ist schlimm, wenn unerfahrene oder wirklichkeitsfremde Helfer Hoffnungen bei Invaliden nähren, die das Leben einfach nicht zuläßt. Aus durchaus guten Motiven wird dann mangels Wissen und Erfahrung mehr geschadet als genützt. Nicht nur für den Behinderten selbst, sondern auch für seine Helfer gilt es, Grenzen zu akzeptieren. Erkundigungen in den Heimen oder bei den Fürsorgestellten könnten oft wertvolle Aufschlüsse geben über die Möglichkeiten beruflich einzugliedernder Invaliden.

Eingliederungsmaßnahmen erfordern vom Behinderten und allen Beteiligten bedeutende Anstrengungen. Sie sind nicht nur ein Geschenk. Um ihrer Vielseitigkeit Rechnung zu tragen, wurden die IV-Kommissionen aus fünf verschiedenen Fachleuten zusammengesetzt. Dies erlaubt eine Prüfung der Lage von verschiedenen Gesichtspunkten aus. Aber ist das — wegen der in der Regel nur schriftlichen Unterlagen — nicht häufig lediglich bedingt möglich? Eingliederung ist eine typisch individuelle Angelegenheit, und *individuelle Hilfe* ist weitgehend eine Sache der Sozialarbeit. Die Fürsorgerinnen hatten vor Inkrafttreten der IV in allen Fällen in Verbindung mit den Fachleuten den Hilfsplan aufzustellen und bei seiner Durchführung mitzuwirken. Sie sind gewöhnt, im Einzelfall die Situation gründlich zu klären. Sie kennen die verschiedenen An-

stalten und andere in Betracht fallende Institutionen. Dazu kommt die psychologisch vertiefte Einzelhilfe: Denn im Zentrum bleibt für den Behinderten die Auseinandersetzung mit seinem Gebrechen. Bei bestimmten Invaliden ist zudem eine eigentliche Betreuung, die nachgehende Fürsorge unerlässlich.

Bleiben wir aber beim Äußeren und nehmen wir *als Beispiele drei Abklärungsfälle*:

Oft gilt es, die Art der Sonderschulung festzulegen. Beim sehgeschwachen, beim gehörgeschädigten Kinde kommt es nicht nur auf die ärztliche Prognose an. Die Intelligenz des Kindes, die Erziehungstüchtigkeit der Familie, die örtlichen Schulverhältnisse, die Kenntnis der in Betracht fallenden Externate und Internate spielen mit. Alles ist zu überlegen, damit die zweckmäßigste Lösung getroffen wird. Oft braucht es auch eine lange innere Vorbereitung der Eltern, ihr Kind wegzugeben. Der gegenwärtige chronische Platzmangel in den Heimen wurde bereits erwähnt.

Ein anderes Mal wird Hilfe verlangt für ein bettlägeriges, bildungsunfähiges Kind. Die nähere Abklärung durch eine erfahrene Sozialarbeiterin an Ort und Stelle ergibt, daß das Kind trotz geistiger Rückständigkeit durch einen vorübergehenden Heimaufenthalt soweit gefördert werden kann, daß es gehen und sich selbst besorgen lernt.

Dann wieder geht es um die Arbeitsfähigkeit einer invaliden Hausfrau. Unseres Erachtens braucht es neben der Kenntnis der Haushaltsführung auch die Kenntnis aller Kompensationsmöglichkeiten, um die bestmögliche Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Eine Frau, die durch Unfall den Arm verloren hat, kann z. B. weitgehend ihren Haushalt besorgen lernen, wenn ihr Hilfsgegenstände für das tägliche Leben vermittelt werden und eine Beschäftigungstherapeutin — oder jemand anders nach entsprechender Instruktion — sie anlehrt.

So kann hier und anderswo bei guter Abklärung noch manches zur Verselbständigung Invaliden beigetragen werden. Viele IV-Kommissionen nehmen denn auch die Dienste der Pro Infirmis und anderer Spezialfürsorgestellen für Abklärungen in Anspruch.

Bei den meisten Eingliederungen stellen sich aber auch soziale und psychologische Fragen. Die IV hat die soziale Seite bei der Eingliederung bewußt aus ihrem Aufgabenkreis ausgeklammert; die IV-Organen sollen gegebenenfalls die Invaliden an die bestehende private und öffentliche Invalidenhilfe verweisen, nämlich die Tuberkulösen an die Tuberkulosefürsorge und das «Band», die Rheumakranken an die Rheumaligen, die Taubstummen und Blinden an die Taubstummen- bzw. Blindenfürsorge,

wo eine solche besteht, die Pro Infirmis-Fälle an die Pro Infirmis-Stellen, kurz an die fachlich zuständige Stelle.

Auch bei der beruflichen *Eingliederung* sind in sehr vielen Fällen zwei Seiten zu berücksichtigen: die berufliche und die sozial-menschliche Seite (die Beachtung der medizinischen Seite sei als selbstverständlich vorausgesetzt).

Die *berufliche Seite*: Die Berufsberatung, die Arbeitsvermittlung, besondere Arbeitsplatzgestaltung, dann die Überwachung und der Beistand bei der Angewöhnung am Arbeitsplatz, sind Sache der IV-Regionalstellen, soweit nicht die Werkmeister, Personalchefs usw. dafür besorgt sind.

Die *sozial-menschliche Seite*: Für das Finden eines Daheims, die Gestaltung der Freizeit, die Lösung der Fragen wegen der neuen Umgebung usw. sowie in bestimmten Fällen — z. B. bei Geistesschwäche — die systematische nachgehende Fürsorge, dafür sollten noch mehr als bisher die entsprechenden Fürsorge- und Beratungsstellen beigezogen werden. Sogar bei vielen Körperbehinderten darf man es nicht dem Zufall überlassen, ob sie ihren Weg finden. Man soll sie nicht erst dann der Behindertenfürsorge melden, wenn sie in Schwierigkeiten stecken, die vermeidbar gewesen wären. Die vielen Schwerbehinderten, die heute eingegliedert werden, haben immer wieder neue Probleme zu lösen. Oft braucht es Jahre, bis sie so weit sind, sie allein zu meistern. Die Erreichung der Selbständigkeit darf bei dieser Hilfe freilich vom Sozialarbeiter nie aus dem Auge gelassen werden.

Die Zusammenarbeit, die Überbindung der sozialen Seite an die Beratungs- und Fürsorgestellen durch die IV-Regionalstellen ist gegenwärtig noch recht unterschiedlich. Ähnliches gilt von den bereits erwähnten Abklärungsaufträgen sowohl der IV-Kommissionen als der IV-Regionalstellen.

Auswirkungen der IV auf die bisherige Arbeit von Pro Infirmis

Das Aprilheft der Zeitschrift «Pro Infirmis» enthält den Jahresbericht 1962 des Hilfswerkes und seiner Fachverbände. Die dort veröffentlichte Statistik zeigt u. a., wie unterschiedlich die Pro Infirmis-Stellen — ähnliches dürfte für die Taubstummen-, Blinden- und andere Spezialfürsorgestellen zutreffen — in den einzelnen Kantonen durch die IV beansprucht werden. In 7 Kantonen ist z. B. die Zahl der IV-Aufträge höher als die Zahl der Infirmen, die sich unabhängig von der IV im Jahre 1962 zum ersten Mal an Pro Infirmis wandten. In 2 andern Kantonen dagegen machen die IV-Aufträge nur $\frac{1}{7}$ bzw. $\frac{1}{8}$ der Neumeldungen aus.

Die Zahl der von den Pro Infirmis-Stellen *total behandelten Fälle* betrug 1959 15 484. Sie ist in den ersten beiden IV-Jahren gegen jede Erwartung auf 16 181 und 16 522 gestiegen. Erst 1962 sank sie erstmals und zwar auf 15 550, d. h. auf den Stand vor Einführung der IV. Auch die Neumeldungen zeigen gesamtschweizerisch mit 2 731, 2 771, 2 803 ebenfalls erst im Jahre 1962 einen Rückgang, und zwar auf 2 378, dies ungeachtet erhöhter Neumeldungen in einzelnen Kantonen. In der Totalzahl der beratenen Infirmen, bei den Neumeldungen und auch bei den Maßnahmen (siehe unten) sind keine IV-Aufträge und keine entsprechenden Maßnahmen inbegriffen, außer wenn sich über den IV-Auftrag hinaus fürsorgergische Aufgaben stellten.

Die *durchgeführten Hilfsmaßnahmen* unserer Stellen haben sich seit Einführung der IV deutlich verlagert. Die Pro Infirmis-Stellen veranlaßten z. B. im Jahre 1959 noch 4 865 Spezialuntersuchungen, 1962 waren es 3 069. Die Spezialuntersuchungen haben, gleich wie die ambulanten Behandlungen und die vermittelten Hilfsmittel, in den drei Jahren um rund $\frac{1}{3}$ abgenommen. Trotz der Großzügigkeit der IV sind diese Leistungen nicht in größerem Maße zurückgegangen. Es sei aber an medizinische Maßnahmen bei Wachstumsstörungen usw. oder bei vielen Erwachsenen erinnert. Auch bedeutet die IV oft nur *ein* Glied in einer ganzen Kette von Hilfsmaßnahmen. Pro Infirmis verbleiben heute vor allem die sehr schweren, die mehrfach gebrechlichen, sowie die geistig behinderten Ratsuchenden. Heute machen die Geistesschwachen bereits 30 Prozent aller Neuaufgenommenen aus; früher waren es 20 Prozent. Vor allem ist die Zahl der Körperbehinderten, der Schwerhörigen und Sprachgebrechlichen merklich zurückgegangen. Dagegen hat sich das Verhältnis der Minderjährigen zu den Volljährigen mit knapp $\frac{2}{3}$ zu gut $\frac{1}{3}$ praktisch nicht geändert.

Die Pro Infirmis-Stellen haben in den Jahren 1960—62 bei der IV insgesamt über 13 000 *Anmeldungen und Anträge* eingereicht oder waren Invaliden dabei behilflich. Auch kommen immer wieder zahlreiche Behinderte und ihre Angehörigen, um Rat und Auskunft in IV-Fragen einzuholen, sich die Verfügungen erklären zu lassen usw. Diese vermittelnde Arbeit dürfte sowohl im Interesse der Behinderten als der IV liegen.

Rein finanziell ist Pro Infirmis *in der Einzelhilfe durch die IV sehr entlastet* worden. Wenn 1959 dafür noch 3,74 Mio Franken und 1960 rund 2,45 Mio Franken zusammenzutragen waren, so waren es 1961 nur 2,05 Mio Franken und 1962 1,82 Mio Franken. Der Rückgang wäre noch größer, wenn sich Pro Infirmis nicht bemüht hätte, die gesetzlichen

Härten und Lücken bei Epilepsiekranken, bei Wachstumsstörungen, bei Bildungsunfähigen, bei Hilfsmitteln, die nicht dem Erwerb dienen, usf. zu mildern. Gestiegen sind im übrigen gegenüber der Zeit vor 1930 die Leistungen von Pro Infirmis an Hilfswerke für Neubauten und andere außerordentliche Aufwendungen.

Neben der Einzelhilfe ist die *generelle Arbeit und die Aufklärungstätigkeit* von Pro Infirmis und ihren Fachverbänden nicht zu unterschätzen. Die Aufklärung in der breiten Öffentlichkeit erstreckt sich über das ganze Gebiet der hier zusammengeschlossenen Gruppen: regelmäßige Pressedienste, Fachzeitschriften, Merkblätter, Vorträge, Hinweise am Radio usw. Pro Infirmis und ihre Fachverbände sind dankbar, wenn ihr Material, ihre Vorschläge und Anregungen benützt und geprüft werden. Denn im Vorstand Pro Infirmis, im Rahmen der Fachverbände, treffen sich die verschiedensten Fachleute: Ärzte, Pädagogen, Pfarrer, Fürsorger, Berufsleute, Techniker. Erfahrungen können ausgetauscht und neue Ideen geprüft werden. In den Fachverbänden, im Zentralsekretariat und den Pro Infirmis-Stellen kennt man die einzelnen Werke und die Persönlichkeiten. Man weiß um die Lücken und um die Mängel. Man kann Erfahrungen bei Neugründungen zur Verfügung stellen. Dies alles ist möglich, obwohl die Fachverbände sehr verschieden sind nach Tradition, nach personellen und finanziellen Möglichkeiten.

Zum Schluß noch einige *Anliegen an die IV*, die sich aus der Praxis unserer Fürsorgestellen ergeben:

1. Häufige, regelmäßige Hinweise für die breite Bevölkerung in Presse und Radio, besonders über Formalitäten und Fristen der IV.
2. Immer wieder von Zeit zu Zeit Publikationen in der «Schweizerischen Ärztezeitung», in «Médecine et Hygiène» und in der «Veska», die an die wichtigsten Punkte von Artikel 12 und 13 IVG sowie an die Termine erinnern.
3. Ergänzung der in Betracht fallenden Formulare durch eine Frage bzw. einen Vermerk betreffend ärztliche Kontrolltermine und Kontrollierung dieser Termine durch die IVK-Sekretariate, insbesondere bei orthopädischen Leiden Minderjähriger.
4. Beizug der zuständigen Spezialfürsorgestellen — soweit dies nicht bereits der Fall ist — für genaue Abklärung überall, wo Unklarheiten nicht beruflicher Art vorliegen, ferner Meldungen seitens der IV und der IV-Regionalstellen, wenn soziale Beratung und nachgehende Fürsorge angezeigt sind.

5. Leicht verständliche Formulierung der IV-Verfügungen und deren Zustellung durch eingeschriebenen Brief.
6. Überprüfung der Einkommensgrenze und der Abzüge von Arzt- und Arzneikosten, des Lohns der Ehefrau usw. bei der Hilfslosenentschädigung.
7. Gerechtere Leistungen für die invaliden Witwen, für geburts- und frühinvalide Frauen sowie z. T. für invalide Hausfrauen.
8. Aufnahme zumindest der vor dem 4. Altersjahr auftretenden Epilepsien sowie aller frühkindlichen Schwachsinnformen in die Liste der Geburtsgebrechen.
9. Ausfüllen der Leistungslücke zwischen Sonderschule und Rentenbezug bei nichteingliederungsfähigen Minderjährigen.
10. Leistungen für die Sonderschulung debiler Kinder aus abgelegenen Land- und Berggegenden.

Die Liste enthält bereits einige Revisionswünsche. Doch überhöre man ob der Wünsche den Dank nicht! Immer wieder neu erfahren wir, mit wieviel Verständnis, mit welchem Einsatz die Organe der IV ihre schwierige Aufgabe bewältigen. Es sei ihnen daher der Dank des Vorstandes Pro Infirmis, aller Fachverbände, der Sonderschulen, der Dauerwerkstätten, der Beratungs- und Fürsorgestellen übermittelt.

Nicht zuletzt möchte ich—hier muß ich mich freilich auf das Zentralsekretariat und die Pro Infirmis-Stellen beschränken — bitten, uns gegenüber jederzeit direkte offene Kritik zu üben. Helfer sind verpflichtet, sich über persönliche Gefühle Rechenschaft zu geben und sachlich zu sein. Schenken Sie auch uns Frauen dieses Vertrauen! Nur so können wir die gemeinsame Aufgabe immer besser lösen. Man kann gelegentlich verschiedener Auffassung sein, doch schließt dies eine fruchtbare Zusammenarbeit nicht aus. Möge diese Zusammenarbeit sich für beide Teile und vor allem für die Behinderten immer besser auswirken!

Die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts auf dem Gebiet der Invalidenversicherung im Jahre 1962

Erster Abschnitt

Eingliederungsmaßnahmen¹

1. Allgemeines

Der nachfolgende Überblick über die im Vorjahre ergangene Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und verzichtet auch auf eine kritische Würdigung einzelner Urteile. Sie berücksichtigt sowohl die publizierten wie auch die nichtveröffentlichten Urteile.

Es liegen ungefähr 130 Urteile vor, die sich eingehend mit materiellen Fragen der Eingliederung befassen. Die Durchsicht dieser an sich recht ansehnlichen Judikatur zeigt, daß nur wenige Fragen ihre grundsätzliche Lösung fanden oder einer Lösung näher geführt wurden. Im Vordergrund stand vielmehr die Erledigung des Einzelfalles. In vielen Fällen konnte sich das Gericht damit begnügen, früher erarbeitete Grundsätze wiederzugeben und wegen der Einfachheit der maßgebenden tatsächlichen Verhältnisse ohne eingehende, auf den Einzelfall bezügliche Erörterungen kurz feststellen, daß die Voraussetzungen zum Leistungsbezug nicht erfüllt seien. Dies gilt insbesondere auf dem Gebiete der medizinischen Maßnahmen, wo ein Großteil der vor allem von den Versicherten erhobenen Berufungen unter Hinweis darauf, daß es sich um keine medizinische Maßnahme im Sinne von Artikel 12 IVG, um kein Geburtsgebrechen im Sinne von Artikel 13 IVG oder um eine zeitlich nicht befristete Maßnahme im Sinne von Artikel 2 IVV handle, erledigt werden konnte.

Daneben steht eine doch immerhin ansehnliche Zahl von Urteilen, in denen das Gericht versuchte, ausgehend vom Einzelfall über den konkreten vorliegenden Sachverhalt hinaus gültige allgemeine Grundsätze aufzustellen. Aber auch hier wird man sich immer wieder hüten müssen, ohne sorgfältige Analyse des Urteils allzuweitgehende Schlußfolgerungen genereller Art zu ziehen.

¹ Aus dem Referat von Dr. Kuratle, Sektionschef im Bundesamt für Sozialversicherung, an der Jahreskonferenz der IV-Kommissionen vom 28. Februar 1963.

Durchgeht man alle Urteile, so findet man keine für das weitschichtige Gebiet gemeinsam geltende Grundsätze, die sich nicht schon aus dem gesetzlich umschriebenen Invaliditätsbegriff (Art. 4 und 5 IVG) oder den allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen von Artikel 9 IVG ableiten ließen.

So wird mehrfach darauf hingewiesen, daß Eingliederungsmaßnahmen notwendig und geeignet sein müssen, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern (ZAK 1962, S. 229; 1963, S. 137). Dies gilt nicht nur für die erstmalige Eingliederung; denn ein Anspruch steht auch bereits Eingegliederten zu (ZAK 1962, S. 472).

In einzelnen Urteilen lassen sich Ansätze zum Grundsatz der Proportionalität zwischen Umfang der zu leistenden Eingliederungsmaßnahmen und dem davon zu erwartenden Erfolg erkennen. So wurde die Abgabe eines Blindenführhundes an einen zu 85 Prozent invaliden 63jährigen Versicherten verweigert, dessen Gesundheitszustand sich zunehmend verschlechterte und der nur noch 100 Franken monatlich durch Hausier-tätigkeit verdienen konnte (ZAK 1963, S. 33).

Von besonderer Bedeutung dürfte noch ein Urteil zur Frage des Endes der Anspruchsberechtigung auf Eingliederungsmaßnahmen für eine Ehefrau sein, das in Fortführung der hinsichtlich der Anspruchsberechtigung auf Zusatzrenten und Hilfenentschädigungen aufgestellten Grundsätze bestimmte, daß bei Ehefrauen der Anspruch erlösche, wenn sie das 60. Altersjahr erreichen und am Anspruch ihres Ehemannes auf Ehepaar-Altersrenten teilhaben (ZAK 1963, S. 170).

Hinsichtlich der Tragung des Eingliederungsrisikos (Art. 11 IVG) wurde festgestellt, daß die Kausalhaftung der IV nur dann Platz greife, wenn die Maßnahme von der IV angeordnet worden sei, was für die vor dem Jahre 1960 durchgeführten Vorkehren nicht zutreffe.

Was schließlich die Durchführung von Maßnahmen im Ausland anbelangt, so wurde festgehalten, daß diese nur zulässig sei, wenn die Maßnahme in Ermangelung von Spezialisten oder entsprechender Einrichtungen in der Schweiz nicht oder noch nicht erbracht werden könne oder wenn es sich um eine ganz besondere, seltene Leistung handle (ZAK 1963, S. 91). Immerhin wurde im Einzelfalle gewürdigt, daß die Eltern in gutem Glauben waren, die Maßnahme könne in der Schweiz nicht durchgeführt werden, bzw. daß ein ziemlich kompliziertes Hilfsmittel schon bisher aus dem Ausland bezogen worden sei, so daß sich im Sinne eines Grenzfalles eine Ausnahme rechtfertigte, allerdings mit der Ein-

schränkung, daß die IV nur im Rahmen der schweizerischen Tarife zu leisten habe.

Auslandsschweizerkinder haben nur Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen, wenn sie sich in der Schweiz aufhalten (ZAK 1962, S. 508).

2. Medizinische Maßnahmen

a. Allgemeine Vorkehren

Man darf wohl sagen, daß auf dem Sektor der Eingliederungsmaßnahmen im Jahre 1962 die Bemühungen des EVG, wie übrigens auch der IV-Kommissionen, vor allem der Auslegung von Artikel 12 IVG galten.

Es ist wohl nicht nötig, die Rechtsprechung bis zu den vieldiskutierten Urteilen i. Sa. H. F., B. B. und H. H. zu erörtern (ZAK 1963, S. 78, 126 und 128). Immerhin sei darauf hingewiesen, daß das EVG mit diesen Urteilen keine neue Praxis geschaffen, sondern vielmehr bloß die seiner Ansicht nach wesentlichen Kriterien zur Beurteilung von Ansprüchen auf medizinische Maßnahmen zusammengefaßt hat.

Das Gericht geht in seiner Begründung davon aus, daß es medizinische Vorkehren gibt, deren Zweck entweder eindeutig der Heilung (wie bei infektiösen Leiden) oder aber ebenso eindeutig als Eingliederungsmaßnahmen zu werten sind (Sehnentransplantation zur Funktionsverbesserung einer verstümmelten Hand). Dazwischen liegt aber die große Masse von Vorkehren, die ihrem Zweck nach nicht klar voneinander abgegrenzt werden können und auch nicht unbedingt im Gegensatz zueinander stehen. Dient eine Maßnahme überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens, so wird damit in der Regel ein vielleicht ebenfalls vorhandener Eingliederungszweck in den Hintergrund gedrängt, und die Maßnahme ist als eigentliche Heilbehandlung zu betrachten. Trifft dies nicht zu, ist die Maßnahme vielmehr auf die Behebung eines infolge einer abgeklungenen Krankheit, eines Unfalles oder eines Geburtsgeschehens entstandenen bleibenden stabilen Defektes gerichtet, so kann aber noch nicht ohne weiteres von einer Vorkehr im Sinne von Artikel 12 IVG gesprochen werden. Vielmehr gilt es, zuerst noch abzuklären, ob die in Aussicht genommene Maßnahme unmittelbar auf die berufliche Ausbildung gerichtet und geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.

Bei dieser Abwägung ist vor allem auf die erwerblichen Verhältnisse oder auf die Arbeitsfähigkeit im sonstigen Aufgabenbereich abzustellen. Dabei ist hinsichtlich der Dauer darauf Rücksicht zu nehmen, in welchem

Zeitpunkt der Anspruch auf AHV-Altersrenten entsteht und damit die «rechtserhebliche Aktivitätsperiode» ihr Ende nimmt, wobei (analog dem Ende des Anspruchs auf Eingliederungsmaßnahmen) bei verheirateten Frauen dieser Zeitpunkt schon bei Erreichung des 60. Altersjahres erreicht wird.

Was an den genannten Urteilen vor allem Beachtung gefunden hat, ist die Tatsache, daß die gleiche Vorgehensweise beim gleichen Leiden (Operation des grauen Stars) verschieden beurteilt wurde. Das EVG hat somit nicht allein auf die medizinische Beurteilung, d. h. den Charakter des Leidens bzw. der vorgeschlagenen Maßnahmen, abgestellt. Somit wird die Beurteilung des Einzelfalles inskünftig viel subtiler erfolgen müssen, und es werden neben medizinischen Kriterien auch solche wirtschaftlicher Art zu beachten sein. Es ist aber doch nicht zu übersehen, daß diese Lösung der bekannten Zweckbestimmung der IV gerecht wird (vgl. hiezu die erläuternden Ausführungen in ZAK 1963, S. 154). Obschon dem Ermessen der IV-Kommissionen ein weiter Spielraum offen steht, wird sich eine starke Belastung der Rechtspflegebehörden nicht vermeiden lassen, was allerdings seinerseits mit der Zeit zu einer Festigung der Praxis führen wird.

Als Beispiele eigentlicher Leidensbehandlung seien erwähnt: Vorgehen bei Diabetes, Schizophrenie, Epilepsie Osteomyelitis, Spondylolisthesis, Diskushernien. Andererseits können Operationen des grauen Stars und bei Otosklerose Eingliederungsmaßnahmen darstellen (ZAK 1963, S. 135).

Auf ähnlichen Überlegungen beruht der Entscheid i. Sa. H. V. (ZAK 1963, S. 130), der unter Berufung auf Artikel 5 IVG bei minderjährigen Versicherten schon dann den Eingliederungscharakter einer medizinischen Maßnahme als überwiegend ansieht, wenn ohne deren Durchführung eine Defektheilung oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einträte, der die Berufsausbildung oder die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen würde, und wenn deshalb die Durchführung der Maßnahme schon im gegenwärtigen Zeitpunkt beruflich als angezeigt erscheint. Dabei wird nicht ausgeschlossen, daß auch bei evolutiven Leiden medizinische Maßnahmen gewährt werden können (vgl. hiezu die erläuternden Ausführungen in ZAK 1963, S. 155).

An seiner Rechtsprechung zu Artikel 2 IVV, der medizinische Maßnahmen auf einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte Vorgehen beschränkt, hat das IVG wiederholt festgehalten. Immerhin muß der Begriff der zeitlich begrenzten Maßnahmen unter Berücksichtigung

der gesamten Verhältnisse ausgelegt werden, wobei auch dem Ausmaß der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und deren möglichen Dauer angemessen Rechnung getragen werden soll. Der Begriff ist insbesondere bei Jugendlichen nicht eng anzulegen (ZAK 1963, S. 177).

Bemerkenswert ist das Urteil i. Sa. L. W. (ZAK 1963, S. 74), wonach die Sprachheilbehandlung bei Erwachsenen im Hinblick auf die berufliche Behinderung als medizinische Maßnahme angesprochen werden könne. Es stellt sich allerdings die Frage des Verhältnisses zur Sprachheilbehandlung als Sonderschulmaßnahme.

b. Vorkehren bei Geburtsgebrechen

Die Rechtsprechung zu *Artikel 13 IVG* förderte nur wenig neue Gesichtspunkte zutage.

Von Bedeutung ist der Entscheid, die Frischzellentherapie nach Niehans oder die Siccazellbehandlung bei Oligophrenie stelle keine nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigte medizinische Maßnahme dar und sei daher auch keine notwendige Maßnahme im Sinne von Artikel 13 IVG (ZAK 1962, S. 426).

Was den Nachweis des kongenitalen Charakters eines Gebrechens betrifft, stellte das EVG fest, daß eine praktisch überwiegende Wahrscheinlichkeit genüge.

Von gewisser Bedeutung ist die Rechtsprechung hinsichtlich der Übernahme von Behandlungskosten für Leiden, die infolge von Geburtsgebrechen aufgetreten sind (ZAK 1962, S. 374; 1963, S. 81). Dabei wurde anerkannt, daß unmittelbare Folgen von Geburtsgebrechen (die somit die alleinige Ursache darstellen) zum angeborenen Krankheitskomplex gehören und daß somit die IV für die Behandlung aufzukommen hat. Im beurteilten Fall handelte es sich um eine Aspirationspneumonie bei einem durch Koordinationsstörungen der Schluckmuskulatur behinderten und häufigen Krämpfen unterworfenen epileptischen Idioten.

Bei mittelbaren Folgen, bei Folgen somit, wo ein Geburtsgebrechen nur eine von verschiedenen Ursachen darstellt, ist mindestens ein adäquater Kausalzusammenhang erforderlich, d. h. das Geburtsgebrechen muß geeignet sein, nach dem normalen Lauf der Dinge und der allgemeinen Erfahrung ein weiteres Leiden zu bewirken (siehe hiezu die erläuternden Ausführungen in ZAK 1963, S. 110).

3. Berufliche Maßnahmen

Die Leistungen bei beruflichen Maßnahmen bildeten nur selten Gegenstand von Urteilen des EVG.

Abgrenzungskriterium der *erstmaligen beruflichen Ausbildung* von der Umschulung bildet der Umstand, daß ein Versicherter bereits eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, wobei nur gelegentliche Arbeiten wie Mitarbeit im elterlichen Haushalt, Vorbereitungen auf einen Beruf u. ä. in der Regel nicht als Erwerbstätigkeit gelten (ZAK 1962, S. 379; 1963, S. 137). Umschulung setzt jedoch keine bestandene Berufslehre voraus. Es sei noch hingewiesen auf ein Urteil (ZAK 1963, S. 179), in welchem festgestellt wurde, daß nicht zu untersuchen sei, ob die Form einer invaliditätsbedingten erstmaligen beruflichen Ausbildung (Ausbildung in einem Heim) mehr durch die Invalidität oder aus charakterlichen oder sozialen Gründen notwendig sei. Es müsse die Annahme genügen, daß ohne diesen Aufenthalt die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt werde. In diesem Zusammenhang führte das EVG hinsichtlich der Kostenberechnung aus, daß der Lehre in einer Haushaltungsschule in der Regel eine Haushaltlehre in einer Familie gegenüberzustellen sei, und daß nur notwendige Aufwendungen, nicht aber entgangene Löhne zu berücksichtigen seien.

Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, besteht ein Rechtsanspruch auf *Kapitalhilfe* (ZAK 1962, S. 135 und S. 473). Es muß jedoch die Zweckmäßigkeit dieser Eingliederung gegeben sein, und in diesem Rahmen muß sich die Kapitalhilfe als notwendig erweisen. Kein Grund zur Abweisung bildet die Annahme, dem Versicherten wäre auch eine unselbständige Tätigkeit möglich und zumutbar. Selbstverständlich darf der Gesundheitszustand der Berufsausübung nicht entgegenstehen (ZAK 1963, S. 173).

Ein Versicherter, der sich um Kapitalhilfe bewirbt, hat Anspruch auf Abklärung der maßgebenden Verhältnisse; ob er jedoch die Eignung zum Unternehmer besitzt, muß weitgehend nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt werden (ZAK 1962, S. 512), wobei immerhin eine gewisse Zurückhaltung möglich ist (ZAK 1962, S. 473).

4. Sonderschulung und Maßnahmen für bildungsfähige Minderjährige

Ein Versicherter, der im Rahmen einer Hilfs- oder Förderklasse volksschultauglich ist oder eine sogenannte Vorstufenklasse zur Vorbereitung auf die Volksschule besucht (ZAK 1963, S. 138), hat keinen Anspruch auf Beiträge, selbst wenn an seinem Wohnort keine entsprechenden Schulungsmöglichkeiten bestehen (ZAK 1962, S. 137).

Beiträge für Sonderschulung *neben* dem Volksschulunterricht können nur bei Ableseunterricht für Schwerhörige oder bei Sprachheilunterricht gewährt werden (ZAK 1962, S. 313). In diesem Zusammenhang stellte das Gericht fest, daß ein hochgradig Sehschwacher nur in einer Sonderschule für Blinde und Sehschwache einen dem Gebrechen angepaßten Unterricht erhalten könne.

Keinen Anspruch auf Schulgeldbeiträge hat ein Versicherter, dem durch einen täglichen Transport zur Schule oder durch die Unterbringung am Schulort der Volksschulbesuch ermöglicht werden kann. In diesem Falle sind nur die Leistungen gemäß Artikel 11 IVV (Beitrag an das Kostgeld bzw. an die Transportkosten zu gewähren) (ZAK 1963, S. 209). Die Transportkosten müssen jedoch invaliditätsbedingt sein (ZAK 1963, S. 138), d. h. der Versicherte muß in seiner Fortbewegung behindert sein.

Als Sonderschulung gilt nicht nur eine dem Gebrechen angepaßte Schulung, sondern auch eine während oder nach der Schulpflicht notwendige besondere Schulung, wenn durch einen Schulunterbruch von längerer Dauer auch nur während eines Teils eines Schuljahres die Ausbildung dermaßen gelitten hat und solche Lücken aufweist, daß die künftige Ausbildung und damit die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt würde (ZAK 1962, S. 382). Muß jedoch lediglich eine Klasse wiederholt werden, besteht kein Anspruch auf Beiträge (ZAK 1962, S. 433).

Die Gewährung eines Kostgeldbeitrages neben dem Schulgeldbeitrag setzt voraus, daß die auswärtige Verpflegung und Unterkunft durch die Sonderschulung, nicht aber beispielsweise durch gleichzeitig durchgeführte medizinische Maßnahmen bedingt ist (ZAK 1962, S. 377; 1963, S. 82).

Beitragsberechtigt ist nur der durch besonders ausgebildete Lehrpersonen erteilte Unterricht. Die Mitarbeit der Mutter ist in der Elternpflicht begründet und daher nicht zu entschädigen (ZAK 1962, S. 514; Art. 275, Abs. 2, ZGB).

Ob ein minderjähriger Versicherter bildungsfähig oder bildungsunfähig ist und Anspruch auf Beiträge gemäß Artikel 19 oder 20 IVG besitzt, ist nach der Rechtsprechung wie folgt zu entscheiden: Der Begriff der Bildungsfähigkeit oder Schulungsfähigkeit muß sehr weit gefaßt werden. Eine solche liegt schon dann vor, wenn auch eine nur sehr beschränkte Förderungsmöglichkeit besteht, die eine minimale Aufnahmefähigkeit voraussetzt (ZAK 1963, S. 30). Steht die Bildungsunfähigkeit nicht eindeutig fest, ist vorerst ein Sonderschulversuch zu unternehmen (ZAK 1963, S. 27 und 54).

Verschiedene Urteile betrafen die Höhe des Beitrages an Bildungsfähige in Hauspflege, wobei auf die von der bisherigen Praxis erarbeiteten Grundsätze abgestellt wurde. Die Kosten für Arzt und Arznei sind nicht zu berücksichtigen (ZAK 1962, S. 516).

5. Abgabe von Hilfsmitteln

Auch die Abgabe von Hilfsmitteln ist auf Grund von Artikel 9 IVG an die Voraussetzung geknüpft, daß das Leiden einen wesentlichen, ins Gewicht fallenden Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit hat. Am verhältnismäßig zahlreichsten waren die Urteile, die die Abgabe von Motorfahrzeugen zum Gegenstand hatten.

Als existenzsichernd im Sinne von Artikel 15 IVV kann eine Tätigkeit in der Regel nur dann bezeichnet werden, wenn der Erwerb zur Deckung der Betriebskosten ausreicht.

Bei einem Versicherungsvertreter wurde als Arbeitsweg als Voraussetzung zur Abgabe eines Autos auch die Strecke zum Aufsuchen der Kundschaft bezeichnet, wenn anzunehmen ist, er würde für die gleiche Tätigkeit ohne Invalidität kein Motorfahrzeug benötigen (ZAK 1963, S. 139 und 229). Für einen Unselbständigerwerbenden kann ein Auto nicht auf dem Weg über die Kapitalhilfe finanziert werden (ZAK 1962, S. 229).

Das EVG erklärte es als zulässig, daß einem Versicherten nicht das Automobil selbst, sondern ein Kostenbeitrag an die Anschaffungskosten, berechnet auf Grund der Anschaffungskosten eines Kleinwagens in einfacher oder zweckmäßiger Ausführung, wie er von der IV abgegeben worden wäre, ausgerichtet wird.

Die Reparaturkosten gehen nur in dem Maße zu Lasten der IV, als sie auf erwerbsbedingte Fahrten zurückzuführen sind, und sofern diese Kosten im Monatsdurchschnitt mehr als nur wenige Franken ausmachen. Kosten von durchschnittlich 8 Franken im Monat sind als geringfügig bezeichnet worden.

Einem Versicherten, der am einen Auge blind und am anderen hochgradig sehschwach ist und der eine öffentliche Handelsschule besucht, wurde zu Lasten der IV eine Schreibmaschine abgegeben, damit er dem Unterricht besser folgen könne. Dieser Versicherte kann keine handschriftlichen Aufzeichnungen, jedoch Druckschrift mit Mühe noch selbst entziffern (ZAK 1962, S. 231).

Als akzessorische Leistung zu einem Hilfsmittel im Sinne von Anpassungsmaßnahmen bezeichnete das EVG in besonders gelagerten Fäl-

len die für die Ausübung der Erwerbstätigkeit notwendige Pflege des Beinstumpfes (ZAK 1963, S. 84). In ähnlicher Weise betrachtete es die durch das Tragen einer Armprothese notwendige Anpassung von Kleidern, damit diese den im Einzelfall erforderlichen ästhetischen Anforderungen genüge, als zweckmäßige Ausführung der Prothese, die zu Lasten der IV gehe (ZAK 1963, S. 31 und 111).

Zweiter Abschnitt

Die Geldleistungen²

Das Jahr 1962 ist wiederum gekennzeichnet durch eine reichhaltige Rechtsprechung auf dem Gebiet der Geldleistungen. Während viele Urteile die vom Eidgenössischen Versicherungsgericht (EVG) in seinen ersten Entscheiden aufgestellten Grundsätze — insbesondere was die Begriffe Invalidität und Hilflosigkeit sowie die jeweiligen Bemessungsvorschriften anbetrifft — bestätigten, brachten andere die nötige Aufklärung für bisher unabgeklärt gebliebene Fragen. Dies gilt vor allem für die Unterscheidung zwischen den Begriffen Dauerinvalidität und langdauernde Krankheit, für das Problem der Verweigerung oder Kürzung von Leistungen und ferner für den Begriff des Härtefalles.

Die meisten Entscheide aus dem Gebiet der Geldleistungen befassen sich mit Rentenfragen und insbesondere mit den Regeln über die Invaliditätsbemessung. Mit diesen Problemen wird sich daher auch die vorliegende Studie im wesentlichen beschäftigen. Überdies soll gleich zu Beginn die Rechtsprechung auf dem Gebiet der Taggelder und am Schlusse diejenige über die Hilflosenentschädigung betrachtet werden.

A. DIE TAGGELDER

I. Der Anspruch auf Taggelder

Im Zusammenhang mit dem Taggeldanspruch sei auf das Urteil vom 27. August 1962 i. Sa. E. K. (ZAK 1963, S. 36) verwiesen. Darin hat das EVG zur Frage Stellung genommen, ob ein Versicherter Anspruch auf ein Taggeld habe, während er wartet, bis sein Gesundheitszustand sich derart verbessert hat, daß Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt werden können. Das Gericht hat dazu ausgeführt:

² Übersetzung aus dem in französischer Sprache gehaltenen Referat von Maître Antille, Bundesamt für Sozialversicherung, an der Jahreskonferenz der IV-Kommissionen vom 28. Februar 1963.

- Grundsätzlich wird das Taggeld ausgerichtet, wenn der Versicherte wegen der Eingliederung verhindert ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen;
- Dieses Kausalzusammenhanges bedarf es dann nicht, wenn der Versicherte eine mindestens 50prozentige Erwerbsunfähigkeit aufweist; in einem Falle besteht der Anspruch auf Taggelder indessen nur während der Zeit, in der Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt werden oder während der Zeit, in der der Versicherte auf die Durchführung der Maßnahmen wartet.

Die Wartezeit darf jedoch nicht durch den Gesundheitszustand des Versicherten bedingt sein; vielmehr ist erforderlich, daß der Versicherte aus äußeren Gründen zuwarten muß (z. B. Platzmangel in der Eingliederungsstätte). Im ersten Fall würde sonst das Taggeld ohne Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen zugesprochen (was dem akzessorischen Charakter des Taggeldes widerspräche), während im zweiten Fall die Ausrichtung eines Taggeldes dadurch gerechtfertigt ist, daß der Versicherte die Folgen einer verspäteten Durchführung von bereits angeordneten Eingliederungsmaßnahmen grundsätzlich nicht zu tragen hat, wenn dieser Aufschub von seinem Willen oder von seinem Gesundheitszustand vollständig unabhängig ist.

Ein Versicherter, der die Heilung seines Amputationsstumpfes abwartet, um eine von der IV zugesprochene Prothese anpassen lassen zu können, hat daher keinen Anspruch auf Ausrichtung eines Taggeldes.

II. Das Verhältnis des Taggeldes zu andern Leistungen der IV

Das EVG hat das Problem des Zusammenfallens von Taggeldern mit Leistungen für Verpflegung und Unterkunft, auf die ein umzuschulender Versicherter gemäß Artikel 6, Absatz 2, IVV Anspruch hat, geprüft. In einem ersten Urteil vom 7. April 1962 i. Sa. G. R. (ZAK 1962, S. 430) hat das Gericht ausgeführt, daß der Anspruch auf Kostenvergütung für Verpflegung und Unterkunft von der doppelten Voraussetzung abhängig ist, daß diese Kosten durch eine *auswärtige* Verpflegung bedingt sind und daß sie nicht aus dem Lohn und aus dem zugesprochenen Taggeld gedeckt werden können. Da im genannten Falle der Versicherte neben seinem Monatslohn von 400 Franken Taggelder im Betrag von 192 Franken und nach seiner Verheiratung im Betrag von 324 Franken im Monat bezog und somit über genügend finanzielle Mittel verfügte, verneinte das EVG den Anspruch auf eine zusätzliche Leistung im Sinne von Artikel 6 IVV.

In einem neueren Entscheid vom 26. November 1962 i. Sa. C. A. (ZAK 1963, S. 234) hat das EVG dieselbe Frage nochmals geprüft und eine Divergenz zwischen dem deutschen und dem französischen Wortlaut des Artikels 6, Absatz 2, IVV festgestellt. Es formulierte die Voraussetzungen für die Zusprechung einer Kostenvergütung für Verpflegung und Unterkunft an einen außerhalb der Eingliederungsstätte wohnenden Versicherten folgendermaßen:

- Der Versicherte muß gezwungen sein, außerhalb seines Heimes zu essen bzw. zu wohnen.
- Die auswärtige Verpflegung und Unterkunft muß durch die Ausbildung bedingt sein.
- Die durch auswärtige Verpflegung und Unterkunft entstehenden Kosten dürfen nicht durch den Lohn und die Taggelder gedeckt werden können.

Die Tatsache, daß ein lediger Versicherter seinen Eltern einen monatlichen Beitrag an die Verpflegungs- und Unterhaltskosten leistet, rechtfertigt die Ausrichtung einer zusätzlichen Leistung im Sinne von Artikel 6, Absatz 2, IVV nicht.

B. DIE RENTEN

I. Der Invaliditätsbegriff

1. Dauerinvalidität und langdauernde Erwerbsunfähigkeit

In verschiedenen grundsätzlichen Entscheiden hat das EVG die Begriffe der bleibenden Erwerbsunfähigkeit und der langdauernden Erwerbsunfähigkeit näher umschrieben. Obwohl diese Begriffsunterscheidung in erster Linie für die Bestimmung des Beginns des Rentenanspruchs maßgebend ist, soll sie dennoch in diesem Kapitel erörtert werden, da sie auch den Invaliditätsbegriff selbst berührt.

Die Schwierigkeit, die bleibende Erwerbsunfähigkeit von der langdauernden Erwerbsunfähigkeit (oder Arbeitsunfähigkeit, bedingt durch eine langdauernde Krankheit) zu unterscheiden, hat sich bei Versicherten gezeigt, welche von einer bösartigen Krankheit befallen wurden, die mehr oder weniger kurzfristig zum Tode führte. In den vom EVG beurteilten Fällen hatten die IV-Kommissionen grundsätzlich alle die Ansicht vertreten, daß eine bleibende Erwerbsunfähigkeit bereits dann vorliege, wenn die Krankheit in das Endstadium getreten sei und den Versicherten endgültig zur Aufgabe einer Erwerbstätigkeit gezwungen habe.

Von diesem Zeitpunkt an sei eine Rente auszurichten. Das erste Urteil in dieser Sache (ZAK 1963, S. 88) betraf einen Versicherten, der im Sommer 1960 an Krebs erkrankte, im September desselben Jahres seine Erwerbstätigkeit aufgeben mußte und im Februar 1961 starb. Das EVG entschied, daß eine Erwerbsunfähigkeit dann als voraussichtlich bleibend angesehen werden kann, wenn der physische oder geistige Gesundheitszustand des Versicherten so stabil ist, daß anzunehmen ist, die Erwerbsunfähigkeit bestehe während der ganzen nach der Lebenserwartung normalen Aktivitätsperiode des Versicherten, und daß also auch Eingliederungsmaßnahmen keine Besserung der Erwerbsfähigkeit mehr erwarten lassen. Ausgehend von dieser Definition führte das EVG weiter aus, daß dann, wenn ein labiles pathologisches Geschehen vorliegt, wie das bei einer akuten Krankheit (vor allem bösartigen Krankheit) der Fall ist, in der Regel nicht von einer voraussichtlich bleibenden Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Artikel 29, Absatz 1, IVG gesprochen werden könne und daß eine solche Invalidität in Fällen von rasch fortschreitenden Krankheiten, wie zum Beispiel bei Krebs, verneint werden müsse.

Der Versicherte, der nicht eine bleibende Erwerbsunfähigkeit aufweist, kann gleichwohl eine Rente beanspruchen, wenn er die Voraussetzungen einer *langdauernden Erwerbsunfähigkeit* erfüllt, wie sie Artikel 29, Absatz 1, IVG vorsieht. Eine solche Erwerbsunfähigkeit liegt unter folgenden Voraussetzungen vor:

a. *Der Versicherte muß während 360 Tagen voll arbeitsunfähig sein.* Das Vorhandensein einer vollen Arbeitsunfähigkeit darf nicht leichtthin angenommen werden; an deren Nachweis sind strenge Anforderungen zu stellen. Das EVG erachtet einen solchen Nachweis als erbracht, wenn sich der Versicherte infolge Krankheit oder Unfalls in Spitalpflege befindet oder bettlägerig ist.

Nach Artikel 29 IVV gilt die 360 Tage dauernde volle Arbeitsunfähigkeit durch Arbeitsaufnahme an insgesamt nicht mehr als 30 Tagen nicht als unterbrochen. Das EVG hat die Gesetzmäßigkeit dieser Vollzugsbestimmung bestätigt (ZAK 1963, S. 248). Es hält immerhin dafür, daß diese 30 Tage eine höchstzulässige Toleranzmarge darstellen und daß somit eine teilweise (50prozentige) Wiederaufnahme der Arbeit während zweier Monate die Periode von 360 Tagen unterbrochen hatte.

b. *Der Versicherte muß noch eine mindestens hälftige Erwerbsunfähigkeit aufweisen.* Es ist in dieser Hinsicht unwichtig, ob die anhaltende Erwerbsunfähigkeit von kurzer Dauer ist. So hat das EVG entschieden, daß eine anderthalb Monate dauernde Erwerbsunfähigkeit

genüge, um einen Rentenanspruch zu begründen (ZAK 1963, S. 141). Das EVG führt aus: «Nach Ablauf der 360tägigen vollen Arbeitsunfähigkeit ist nämlich eine längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Artikel 4 IVG bereits gegeben, weshalb es nicht mehr darauf ankommt, wie lange die an jene Arbeitsunfähigkeit anschließende Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit noch besteht.»

Im übrigen ist bei der Beurteilung, ob eine mindestens hälftige Erwerbsunfähigkeit vorliege, jede Tätigkeit, die man vernünftigerweise vom Versicherten nicht verlangen kann, außer acht zu lassen. So sind Gelegenheitsarbeiten, die ein tuberkulöser Versicherter während einer gewissen Zeit entgegen den Weisungen des behandelnden Arztes verrichtet hat, nicht in Betracht zu ziehen (ZAK 1963, S. 243).

2. Geistige Gesundheitsschäden

Das EVG hat eine Reihe von Psychopathen- und Neurotikerfällen entschieden. Es hat im allgemeinen die früher (ZAK 1961, S. 415, und 1962, S. 218) aufgestellten Grundsätze bestätigt. Es seien immerhin die folgenden Feststellungen hervorgehoben:

Es muß unterschieden werden zwischen *Psychopathie* und kriminellen oder deliktischen Neigungen. Solche Neigungen sind nicht einem geistigen Gesundheitsschaden gleichzustellen, und die durch die Verwahrung eines Kriminellen in einer Besserungsanstalt verursachte Arbeitsunfähigkeit stellt keine Invalidität im Sinne von Artikel 4 IVG dar. Das EVG hat denn auch entschieden, daß es im Falle eines Psychopathen, der dazu noch eine Neigung zur Kriminalität aufweist, wichtig sei festzustellen, ob nicht sein kriminelles oder deliktisches Verhalten die Versorgung notwendig machte; in diesem Fall ist das Vorhandensein einer Invalidität zu verneinen.

Was die *Neurotiker* betrifft, beharrt das EVG in mehreren Urteilen auf der Notwendigkeit, die typischen Neurosefälle von den einfachen Charakterfehlern oder einer Geistesschwäche zu unterscheiden. So hat das EVG festgehalten, daß «ein in seiner physischen Gesundheit Beeinträchtigter sich auf keine höhere als die durch diese Beeinträchtigung hervorgerufene Invalidität berufen kann, in Anbetracht wirtschaftlicher Schwierigkeiten, denen zu begegnen sein Charakter oder seine Geistesfähigkeiten ihn hindern würden». In einem anderen Urteil hat das EVG außerdem entschieden, daß bei einem Versicherten, der infolge eines Unfalles an einer Dauerinvalidität von höchstens 10 Prozent leidet, der aber aus Mangel an Mut, aus Trägheit oder wegen anderer gleichartiger

Schwierigkeiten die Wiederaufnahme einer Tätigkeit verweigert, das Vorhandensein einer wenigstens hälftigen Dauerinvalidität verneint werden muß, ohne zu untersuchen, ob eine Neurose vorliege.

II. Rente und Eingliederung

Es gehört sich, hier die durch die konstante Rechtsprechung des EVG erhärteten beiden Hauptgrundsätze in Erinnerung zu rufen, nämlich:

- den Vorrang der Eingliederungsmaßnahmen vor den Renten;
- die von Amtes wegen vorzunehmende Überprüfung der Eingliederungsmöglichkeiten ohne Berücksichtigung der Anträge des Versicherten.

Die Anwendung dieser Grundsätze auf Einzelfälle wird durch Artikel 31 IVG erleichtert. Eine in dieser Bestimmung vorgesehene Sanktion kann jedoch nach der Rechtsprechung des EVG nur unter folgenden Bedingungen angewandt werden:

- Der Versicherte muß die Anwendung von Maßnahmen, denen sich zu unterziehen ihm zugemutet werden kann, verweigern. Von einem vierzigjährigen Versicherten kann verlangt werden, daß er seinen Familienkreis, in dem er kleine Landwirtschaftsarbeiten verrichtet, die seiner verminderten Arbeitsfähigkeit nicht entsprechen, vorübergehend verläßt, um sich einer Eingliederung zu unterziehen, die geeignet ist, ihm eine angemessene Erwerbstätigkeit zu verschaffen (ZAK 1962, S. 436). Mit anderen Worten: rein subjektive Beweggründe genügen nicht, um die Eingliederungsmaßnahmen unzumutbar zu machen;
- Der Versicherte muß auf die Folgen seiner Weigerung aufmerksam gemacht worden sein (ZAK 1962, S. 519).
- Seine Weigerung darf nicht auf eine traumatische Neurose, die ihn am Vollzug des notwendigen Willensaktes hindert, zurückzuführen sein. Im Urteil i.Sa. L. V. vom 1. März 1962 (ZAK 1963, S. 37) befaßte sich das EVG mit einem an fortschreitender Sehschwäche leidenden Versicherten, der sich den auf seine Eingliederung gerichteten, offensichtlich angezeigten Maßnahmen widersetzte. Das EVG hat entschieden, daß der Versicherte die Folgen seiner Weigerung zu tragen habe, wenn diese auf einen — durch die Umwelt entwickelten und geförderten — Charakterfehler zurückzuführen seien. Wenn hingegen die Weigerung ausschließlich oder überwiegend auf einer als Folge der Erblindung aufgetretenen Neurose beruhe, sei die Zumutbarkeit von Eingliederungsmaßnahmen fraglich. Sie muß verneint werden, sobald

anzunehmen ist, daß die Neurose den Versicherten daran hindert, den notwendigen Willensakt zu vollziehen.

III. Die Invaliditätsbemessung

1. Begriff des Härtefalles

Das EVG ist erstmals im Urteil i. Sa. B. R. vom 26. Februar 1962 (ZAK 1962, S. 317) an die Frage herangetreten, was unter Härtefall im Sinne von Artikel 28, Absatz 1, IVG zu verstehen sei. Indem es im wesentlichen von dem aus der Verwaltungspraxis entwickelten Begriff ausging, legte es fest, daß ein Härtefall vorliege, wenn der Invalide trotz seiner über 50prozentigen Erwerbsfähigkeit das notwendige Existenzminimum zu seinem Unterhalt und demjenigen seiner Angehörigen, für die er zu sorgen hat, wegen wirtschaftlicher oder besonderer sozialer Gründe (schwere Familienlasten oder unvermeidliche und außerordentlich hohe Arzneikosten) nicht erreicht. Dabei sind alle Einkünfte der unterhalts- oder unterstützungspflichtigen Personen, die mit ihm in Familiengemeinschaft leben, zu berücksichtigen. Ferner wird vorausgesetzt, daß er die verbliebene Erwerbsfähigkeit voll ausschöpft.

Von dieser Definition ausgehend hat das EVG entschieden, daß die Lage eines Vaters von drei minderjährigen Kindern, der 500 Franken im Monat verdient, eine SUVA-Rente von monatlich 200 Franken bezieht und über ein bewegliches Vermögen von 40 000 Franken verfügt, keinen Härtefall darstellt. Ebenso wenig stellt die schwierige Lage, in die sich eine Versicherte freiwillig begibt, indem sie auf den erlernten Beruf (Stickerin) und auf die ihrer Invalidität (Amputation des Unterschenkels) durchaus angepaßte Tätigkeit verzichtet, um sich in den Dienst ihrer Familiengemeinschaft zu stellen, einen Härtefall dar (ZAK 1963, S. 143). Auch im folgenden Fall hat das EVG das Vorliegen eines Härtefalles verneint: Die Versicherte muß für verhältnismäßig hohe Arztkosten aufkommen. Sie verdient 3 500 Franken im Jahr und kann einen Teil ihrer Wohnungsmiete mit dem Einkommen aus Untermiete decken. Dazu verfügt sie noch über ein Wertschriftenvermögen von 9 000 Franken und zieht es vor, sich von ihrem Wohnort Lausanne zur Behandlung durch einen Chiropraktiker nach Genf zu begeben.

2. Bestimmung des maßgebenden Einkommens

In den großen Zügen hat das EVG die in seiner früheren Rechtsprechung festgelegten Grundsätze bestätigt. Es genügt, hier die wenigen beachtenswerten Besonderheiten zu erwähnen:

a. *Das Einkommen, das der Versicherte ohne Invalidität erzielen könnte.* Im allgemeinen «sind die berufliche Ausbildung und Fähigkeiten des Versicherten sowie die Tätigkeit, die er vor der Invalidierung ausübte, in Betracht zu ziehen». Der also ermittelte Verdienst soll im allgemeinen das *durchschnittliche*, im gleichen Beruf oder in der gleichen Industrie erzielte Einkommen nicht überschreiten. So wird man bei der Bemessung der Invalidität einer Versicherten, die ihren Beruf als Verkäuferin infolge schizophrener Anfälle aufgeben mußte, das mittlere Einkommen einer qualifizierten Verkäuferin und nicht den Höchstlohn von gewissen Verkäuferinnen oder von Buchhaltern in Betracht ziehen. Desgleichen ist bei der Ermittlung des hypothetischen Einkommens eines Versicherten, der in einer ländlichen Gegend eine kleine Schusterei betreibt, nicht von einem theoretischen Einkommen von 10 000 Franken im Jahr auszugehen; in Anbetracht der geographischen Lage des Betriebes und seines prekären Zustandes ist anzunehmen, daß das Einkommen keine 8 000 Franken erreicht hätte.

Es ist bekannt, daß bei der Berechnung des hypothetischen Einkommens von Versicherten, die in ihrer Kindheit invalid geworden sind, der Verdienst gelernter oder angelernter Arbeiter, wie er aus den vom Bundesamt für Sozialversicherung publizierten Tabellen hervorgeht, zu berücksichtigen ist. Diese Regel ist vom EVG in mehreren Urteilen bestätigt worden (ZAK 1962, S. 317, und 1963, S. 238). Immerhin sind folgende Einschränkungen zu beachten:

- Diese Regel ist nur auf Versicherte anwendbar, die *wegen ihrer Invalidität* verhindert waren, sich genügend Berufskennntnisse anzueignen. Wenn dieser Kausalzusammenhang fehlt, ist die Regel nicht anwendbar.
- Die Regel bezieht sich auf Fälle von Versicherten, die eine *entlohnte Tätigkeit* ausgeübt hätten, wenn sie nicht invalid gewesen wären. Wenn es sich hingegen darum handelt, die Invalidität einer Person zu bestimmen, die eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübt, kann man den von gelernten Arbeitern erzielten durchschnittlichen Lohn nicht mit dem Einkommen vergleichen, das ein selbständigerwerbender Versicherter aus seiner Berufsausübung erzielt.
- Schließlich ist diese Regel nicht allgemeingültig. *Abweichungen sind zulässig*, wenn es wahrscheinlich ist, daß der Versicherte einer festgelegten Berufslaufbahn gefolgt wäre, die geeignet gewesen wäre, ihm ein vom Durchschnittslohn eines gelernten oder angelernten Arbeiters abweichendes Einkommen zu verschaffen. Immerhin müssen ernsthafte Anzeichen in dieser Richtung bestehen. So hat das

EVG auf Grund von Auskünften durch einen Arbeitgeber, der den Versicherten seit langer Zeit kannte, angenommen, daß dieser den Beruf eines Maurers oder Bauzeichners hätte erlernen können, wenn er nicht invalid geworden wäre, und hat als Vergleichsbasis den durchschnittlichen Lohn eines Maurers im Wohnsitzkanton herangezogen (Urteil F. M. vom 12. Oktober 1962, ZAK 1963, S. 238).

b. *Das Einkommen, das der Versicherte nach der Invalidierung noch erzielen kann.* Das Gesetz sieht als zweites Vergleichsmerkmal das Erwerbseinkommen vor, das der invalide Versicherte durch eine ihm zumutbare Tätigkeit erzielen könnte. Die Rechtsprechung des EVG zeigt, daß man sich hier in den meisten Fällen an das tatsächliche Einkommen, das der Invalide erzielt, halten kann. Was ursprünglich als Ausnahme gedacht war, ist somit zur Regel geworden, wenigstens in den Fällen, in denen der Versicherte als ins Erwerbsleben eingegliedert zu betrachten ist (vgl. Urteil i. Sa. B. R. vom 26. Februar 1962; ZAK 1962, S. 317).

Vom tatsächlichen Einkommen müssen die Gestehungskosten abgezogen werden. Ein solcher Abzug ist jedoch nur zulässig, wenn die betreffenden Kosten notwendig und durch die Invalidität bedingt sind. So können bei einem Blinden, der sich im Autobus zum Arbeitsort begeben muß, wo er auch das Mittagessen einnimmt, nur die diesbezüglichen Kosten, nicht hingegen die angeblichen Kosten der Ehefrau für die Begleitung bis zum Autobus abgezogen werden.

Die Berücksichtigung eines andern als des tatsächlichen Einkommens bildet die Regel in folgenden Fällen:

- Wenn der Versicherte eine Tätigkeit ausübt, die bei weitem nicht der ihm verbliebenen Arbeitsfähigkeit entspricht. So wird man bei einem an Lungentuberkulose, chronischer Ohrenentzündung und an den Folgen einer chronischen Hornhautgewebeentzündung leidenden Versicherten das Einkommen in Betracht ziehen, das er in einer geschützten Werkstätte erzielen könnte, selbst wenn er tatsächlich keine Erwerbstätigkeit ausübt.
- Umgekehrt ist der «Soziallohn», der nicht den Gegenwert einer Arbeitsleistung darstellt, nicht zu berücksichtigen. Immerhin wird man davon ausgehen, daß die Entlöhnung eines Arbeiters nur dann eine solche Sozialleistung enthält, *wenn sich der freiwillige Charakter der Leistung eindeutig aus dem Arbeitsverhältnis ergibt*. So liegt z. B. kein Soziallohn vor, wenn ein Versicherter einen um 1.50 Franken niedrigeren Stundenlohn als ein normaler Arbeiter desselben Unternehmens bezieht.

3. Sonderfälle

a. *Landwirte.* Die Invaliditätsbemessung bei Landwirten hat Anlaß zu einer umfangreichen Rechtsprechung gegeben. Im allgemeinen hat man sich an die für die Invaliditätsschätzung von Betriebsinhabern festgesetzten Regeln zu halten. So wird für die Festsetzung des Verdienstes, den der Versicherte seit seiner Invalidierung noch erzielen kann, der tatsächliche Verdienst oft eine entscheidende Rolle spielen, sofern nicht anzunehmen ist, daß dieser Verdienst aus persönlichen Gründen wesentlich kleiner ist als der vom Versicherten erreichbare. Bei der Ermittlung des hypothetischen Einkommens ist in jedem Fall auf die besonderen Umstände (wie berufliche Fähigkeiten, Art der Tätigkeit, Entwicklung des Betriebes vor und seit der Entstehung der Invalidität) Rücksicht zu nehmen. Die Verhältnisse in ähnlichen Betrieben können oft nützliche Hinweise verschaffen.

Bei Familienbetrieben ist vom Einkommen laut Steuerveranlagung der Eigenkapitalzins abzuziehen und die Mitarbeit der Familienangehörigen vor und seit der Entstehung der Invalidität zu berücksichtigen (ZAK 1962, S. 521). Ferner muß die Lage des Betriebs (Flachland oder Berggebiet), der Grad der Motorisierung sowie die vorherrschende Produktionsart (Ackerbau, Viehzucht) beachtet werden. So hat das EVG einem Landwirt, dessen Betrieb mit zahlreichen Maschinen ausgerüstet war, die Rente verweigert. Ebenfalls verweigert wurde sie einem andern Landwirt, der als Inhaber eines mittleren Betriebes trotz einem gelähmten Bein sein Vieh melken und einen Traktor führen konnte (ZAK 1963, S. 87).

Es kann allerdings vorkommen, daß es unmöglich ist, das zum Vergleich vorgesehene hypothetische Einkommen zuverlässig festzusetzen. In solchen Fällen kann die Invalidität nach der Auswirkung des körperlichen Gebrechens auf die Fähigkeit zur Ausübung der üblichen Bewirtschaftungsarbeiten bemessen werden (ZAK 1962, S. 481). So hat das EVG bei der Bemessung der Invalidität eines kleinen Bergbauern den Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Bewegungsfähigkeit und den daraus sich ergebenden Folgen Rechnung getragen. Es hat einem Versicherten, der laut den Ausführungen des behandelnden Arztes vom Viehmelken nicht ohne Hilfe aufstehen konnte und unfähig war, anhaltend Feldarbeiten zu verrichten, eine halbe Rente zugesprochen (ZAK 1962, S. 478).

b. *Hausfrauen.* Auf diesem Gebiet hat das EVG im wesentlichen die Grundsätze, die es in seinen ersten Urteilen aufgestellt hat, bestätigt.

Man beachte jedoch folgende Besonderheiten:

- Bei der Unterscheidung zwischen «Hausfrauen» und «erwerbstätigen Frauen» trägt das EVG nicht nur den wirtschaftlichen Merkmalen (finanzielle Lage des Ehepaares), sondern auch der Größe der Familie Rechnung. So wurde denn entschieden, daß eine Mutter, die sich der Erziehung von vier kleinen Kindern widmen muß, wahrscheinlich keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hätte, wenn sie nicht invalid wäre.
- Die Bedeutung der Hausfrauentätigkeit einer Ehefrau geht im allgemeinen derjenigen ihrer Mithilfe im Betrieb des Ehemannes vor. So hat das EVG entschieden, daß diese zweite Tätigkeit bei einer Versicherten, welche die Haushaltung für drei erwachsene Personen besorgt, als minder wichtig zu betrachten sei (ZAK 1963, S. 241).

IV. Die Revision der Rente

Diese Frage, die an sich keine besonders wichtigen Probleme aufweist, hat doch das EVG zu einigen Bemerkungen veranlaßt:

- a. Eine Revision der Rente ist insbesondere vorzunehmen,
 - wenn eine erhebliche Veränderung der Invalidität eingetreten ist, welche den Anspruch auf die Rente beeinflussen kann. Dies ist der Fall, wenn nach der beruflichen Eingliederung eines Versicherten, dessen Invalidität erstmals auf 40 Prozent bemessen worden war (mit Ausrichtung einer Rente im Härtefall), die Invalidität auf 28 Prozent zurückgegangen ist (ZAK 1963, S. 240),
 - wenn sich der Modus der Invaliditätsbemessung verändert. Dies kann der Fall sein, wenn sich eine Tochter, die für die Bemessung der Invalidität als erwerbstätig angesehen wurde, verheiratet und nunmehr als Hausfrau zu gelten hat (ZAK 1962, S. 524).

b. Die Veränderung der Invalidität muß *unvorhersehbar* gewesen sein. In einem Urteil hat das EVG denn auch deutlich ausgedrückt, daß die IV-Kommissionen die Invalidität so bemessen müssen, daß sie in einem vernünftigen Maß jeder voraussichtlichen und bevorstehenden Entwicklung Rechnung tragen; die Revision bleibt grundsätzlich für Einzelfälle von Veränderungen, die nicht vorhergesehen werden konnten, oder deren Eintritt in zu ferner Zukunft liegen, vorbehalten. Es folgt daraus, daß die Veränderung der Invalidität nach der erstmaligen Bemessung eingetreten sein muß (diese Frage wird hiernach bei den Ausführungen über die Hilfflosenentschädigung untersucht werden).

c. Hinsichtlich der Wirkung der Revision hat das EVG den Grundsatz bestätigt, daß die Revision schon von der entscheidenden Invaliditätsveränderung an gelten soll, wenn der Versicherte seiner Meldepflicht nicht nachgekommen ist.

V. Verschiedenes

1. Verweigerung und Kürzung der Leistungen

Artikel 7 IVG, der besagt, daß einem Versicherten, der die Invalidität vorsätzlich oder grobfahrlässig herbeigeführt oder verschlimmert hat, die Geldleistungen dauernd oder vorübergehend verweigert, gekürzt oder entzogen werden können, bildete Gegenstand zweier grundsätzlicher Urteile.

a. Das Urteil i. Sa. J. B. vom 21. Mai 1962 (ZAK 1962, S. 438) befaßte sich mit einem infolge chronischer Trunksucht invalid gewordenen Versicherten. In Bestätigung seiner Rechtsprechung zur obligatorischen Unfallversicherung und zur Militärversicherung hat das EVG entschieden, daß der chronische Alkoholismus eine grobe Fahrlässigkeit darstelle, die eine Sanktion rechtfertige. Diese Sanktion besteht im allgemeinen in der Rentenkürzung, deren Ausmaß je nach den Umständen des Einzelfalles zu erwägen ist. Im vorliegenden Fall hat das EVG eine Kürzung von 50 Prozent beschlossen, und zwar trotz gewissen mildernenden Umständen.

Indessen schließt das EVG auf dem Gebiete der IV die Möglichkeit eines gänzlichen Entzuges der Geldleistungen — allerdings als Ausnahmefall — nicht aus, wenn:

- der Versicherte die Invalidität in *kraß* grobfahrlässiger Weise herbeigeführt hat und wenn
- mit Rücksicht auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten eine solche Sanktion nicht als zu hart erscheint.

Wie die Art und das Maß der dem «schuldigen» Versicherten gegenüber verhängte Sanktion auch seien, so haben sie keinen Einfluß auf die seinen schuldlosen Familienangehörigen zustehenden Zusatzleistungen.

b. Im Urteil i. Sa. A. D. vom 8. November 1962 (ZAK 1963, S. 243) hat das EVG die Frage der Rentenkürzung bei einem tuberkulösen Versicherten geprüft, der das Sanatorium vorzeitig verließ, um eine vom Arzt verbotene, den Gesundheitszustand möglicherweise verschlimmernde Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Wie auf den andern Gebieten der Sozial-

versicherung, ging das EVG auch hier vom Begriff der Grobfahrlässigkeit aus, die in der Verletzung der elementarsten Vorsichtsgebote besteht, die jeder verständige Mensch in der gleichen Lage beachtet hätte, um die voraussichtlich nachteiligen Folgen im natürlichen Sachverlauf zu vermeiden. Das EVG fand, daß die beiden Elemente (das objektive und das subjektive), die diese Definition umfaßt, im vorliegenden Fall erfüllt waren, so daß sich die Anwendung einer Sanktion rechtfertigte. In Berücksichtigung aller Umstände des Falles, insbesondere der Tatsache, daß der Versicherte sich schließlich wieder in Sanatoriumspflege begab, kürzte das EVG die Rente des Versicherten (aber nicht die seiner Angehörigen) um 30 Prozent bis zum Ende des Monats, der seiner Rückkehr ins Sanatorium voranging.

2. Folgen der verspäteten Einreichung der Anmeldung

Im Urteil i. Sa. F. L. vom 15. Dezember 1962 (ZAK 1963, S. 252) hat das EVG den für die Einreichung der Anmeldung festgesetzten sechsmonatigen Termin als endgültige Verwirkungsfrist bezeichnet. Es hat jedoch die Möglichkeit einer Wiederherstellung dieser Frist, insbesondere für den Fall, daß der Versicherte wegen höherer Gewalt (wie z. B. schwerer Krankheit) in seinem Handeln gehindert war, nicht ausgeschlossen. Demgegenüber bildet die bloße Unkenntnis des Gesetzes keinen hinreichenden Wiederherstellungsgrund.

C. DIE HILFLOSENENTSCHÄDIGUNG

1. Begriff

Das EVG hat die Art der Hilflosigkeit und der Entschädigung näher umschrieben:

a. Unter Hilflosigkeit ist grundsätzlich ein mutmaßlicher Dauerzustand anzunehmen (vgl. ZAK 1963, S. 189). Dies bedeutet, daß ein Versicherter, der infolge einer vorübergehenden Krankheit momentan hilflos (z. B. bettlägerig) ist, nicht in den Genuß einer Hilflosenentschädigung gelangen kann. Mit andern Worten: die in Artikel 29, Absatz 1, IVG enthaltene Regel betreffend die 360 Tage ist auf das Gebiet der Hilflosenentschädigung nicht sinngemäß anwendbar.

b. Die Hilflosenentschädigung ist eine Ergänzungsleistung zur Rente, die gewährt wird, wenn gewisse spezifische Bedingungen erfüllt sind. Es folgt daraus, daß grundsätzlich — und mit der obengenannten Aus-

nahme — die auf die Renten anwendbare Regelung auch für das Gebiet der Hilflosenentschädigung gilt. Somit ist die Bestimmung von Artikel 48, Absatz 2, IVG über die Anmeldefrist auch anwendbar auf die Hilflosenentschädigungen (ZAK 1963, S. 190).

2. Grad der Hilflosigkeit

Die Rechtsprechung zeigt, daß das EVG in bezug auf die Annahme einer Hilflosigkeit mittleren und selbst leichteren Grades im allgemeinen ziemlich zurückhaltend ist. Als Beispiele seien die Fälle von erblindeten Personen hervorgehoben. Die Erfahrung zeigt, daß sich ein Erblindeter nach kurzer oder längerer Zeit seinem Zustand anpaßt und die meisten seiner gewöhnlichen Lebensverrichtungen besorgen kann. Gestützt auf die Rechtsprechung auf dem Gebiete der obligatorischen Unfallversicherung und der Militärversicherung hat das EVG entschieden, daß die Blindheit nicht unbedingt eine Hilflosigkeit einschließt. Es hat zwar einem Versicherten, der das Augenlicht eingebüßt hat, eine Drittelsrente zugesprochen, weil sein Privatleben infolge der Ehescheidung etwas durcheinander geraten war. Zugleich hat das EVG jedoch die IV-Kommission verpflichtet, den Fall einer Revision zu unterziehen, sobald sich die neuen Lebensbedingungen gefestigt haben.

3. Revision der Hilflosenentschädigung

Im Urteil i. Sa. A. P. vom 30. November 1962 (ZAK 1963, S. 250) hat sich das EVG mit einer wichtigen grundsätzlichen Frage betreffend den Zeitpunkt der Revision befaßt. Während die IV-Kommission angenommen hatte, die Hilflosigkeit des Versicherten sei nicht so groß, daß sie die Zusprechung einer Rente rechtfertigte, hatte ihm die Rekurskommission eine Hilflosenentschädigung zugesprochen vom Zeitpunkt der mutmaßlichen Verschlimmerung seines Zustandes hinweg. Dabei stützte sie sich auf ein Arztzeugnis, das nach dem Beschluß der IV-Kommission erstellt worden war, aber eine Verschlimmerung der Hilflosigkeit des Versicherten vor diesem Zeitpunkt geltend gemacht hatte. Das EVG stellte fest, daß die Richtigkeit des Beschlusses der IV-Kommission auf Grund der Verhältnisse zur Zeit der Beschlußfassung zu überprüfen sei. Allein der in diesem Zeitpunkt vorliegende Sachverhalt und die damalige Rechtslage seien in Betracht zu ziehen. Da nun in diesem Zeitpunkt aus dem durch die IV-Kommission erstellten Dossier eine genügende Hilflosigkeit des Versicherten nicht hervorging, war der Entscheid der genannten Kommission gerechtfertigt. Hingegen war es angebracht, den Fall für die Zeit nach dem Beschluß neu aufzugreifen.

Dritter Abschnitt

Das Verfahren³

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich sowohl auf das eigentliche Verwaltungsverfahren vor den Organen der IV als auch auf den gegebenenfalls daran anschließenden Versicherungsprozeß vor den kantonalen Rekursbehörden und dem Eidgenössischen Versicherungsgericht (EVG). Dabei wurde die Frage der Wiedererwägung von Kassenverfügungen ausgeklammert, da sie Gegenstand einer besonderen Betrachtung bildet, die in einer der nächsten ZAK-Nummer erscheinen wird.

1. Legitimation zur Anmeldung (Art. 46 IVG; Art. 66 IVV)

Gemäß dieser Bestimmung ist der Ehegatte befugt, für den Versicherten Ansprüche gegenüber der IV geltend zu machen. Wie das EVG hiezu ausführte, kann er dies in eigenem Namen neben dem Versicherten oder an dessen Stelle tun, jedoch immer nur in dem Umfang, als dieser nicht bereits verbindlich über seinen Anspruch verfügt hat. Deshalb wurde das Begehren eines Ehemannes abgelehnt, der entgegen dem erklärten Willen seiner invaliden Ehefrau verlangte, daß deren IV-Rente an sie statt an das Fürsorgeamt ausbezahlt werde. In diesem Zusammenhang räumte das EVG dem Ehegatten des versicherten Invaliden in Analogie zum Rentenanspruchsverfahren im Prozeß ein Vertretungsrecht ein. Danach kann der Ehegatte den Prozeß in eigenem Namen führen, muß sich aber materiell darauf beschränken, die Rechte des invaliden Versicherten zu vertreten (ZAK 62, S. 526).

2. Anmeldung bei bereits durchgeführten Eingliederungsmaßnahmen (Art. 78, Abs. 2, IVV)

Die erstmals in einem Entscheid vom 4. September 1962 (ZAK 62, 479) aufgestellten Grundsätze für die Kostenübernahme bei bereits durchgeführten Eingliederungsmaßnahmen wurden bis Jahresende in rund 20 weiteren Fällen weiterentwickelt. Dabei bestätigte sich, daß das Gericht den Auslegungsregeln des Bundesamtes für Sozialversicherung, wie sie im Kreisschreiben vom 28. Mai 1962 festgelegt sind, nur teilweise gefolgt

³ Aus dem Referat von Fürsprecher Gfeller, Bundesamt für Sozialversicherung, an der Jahreskonferenz der IV-Kommission vom 28. Februar 1963.

ist. So lehnte es ab, bei gewissen Kategorien von Eingliederungsmaßnahmen, wie z. B. bei Geburtsgebrechen, eine Vermutung für das Vorliegen eines Interesses an der Durchführung vor Anordnung durch die IV-Organen zuzulassen. Das Gericht verlangt, daß im Einzelfall abgeklärt wird, ob diese Voraussetzung erfüllt ist oder nicht. Ein solches Interesse wird ganz allgemein dann als gegeben betrachtet, wenn die Natur des Leidens oder der Gesundheitszustand des Patienten die möglichst rasche Durchführung erfordert.

Dem Versicherten kann mangelndes Interesse an der Durchführung vor der Anordnung dann nicht entgegengehalten werden, wenn die Durchführung erst nach Erlass einer die entsprechenden Leistungsbegehren abweisenden Kassenverfügung erfolgte. Der Versicherte, der gegen die abweisende Verfügung rekurriert, braucht daher für die Durchführung nicht etwa den Prozeßausgang abzuwarten, sondern kann mit der Durchführung unbeschadet allfälliger Ansprüche gegenüber der IV beginnen, auch wenn keine eigentliche Dringlichkeit vorliegt; denn im Prozeß ist darüber zu befinden, ob im Zeitpunkt der *Verfügung* Leistungen hätten gewährt werden müssen oder nicht. Kommt der Richter zu einer Bejahung dieser Frage, so steht einer Kostenübernahme nichts entgegen (ZAK 1963, S. 130).

Die Frist von drei Monaten, die dem Versicherten seit Beginn der Durchführung der Maßnahme zur nachträglichen Anmeldung offen steht, wird als Verwirkungsfrist bezeichnet. Da weder Gesetz noch Verordnung die Fälle von Fristversäumnis regeln, ist die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Wiedereinsetzung in die verpaßte Frist möglich ist, nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen — unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Sozialversicherungsrechts — zu entscheiden. Danach kann eine Fristrestitution nur gewährt werden, wenn der Versicherte ohne eigenes Verschulden, d. h. aus außerordentlichen, von seinem Willen unabhängigen Gründen daran gehindert war, rechtzeitig zu handeln. Insbesondere kann die Unkenntnis der Anspruchsberechtigung bei der IV nicht als Hinderungsgrund betrachtet werden; denn gemäß einem allgemeinen Rechtsgrundsatz werden die in Kraft stehenden gesetzlichen Bestimmungen als bekannt vorausgesetzt, weshalb sich niemand bei Fristversäumnis auf Rechtsunkenntnis berufen kann (ZAK 1963, S. 93).

Ist die Frist nicht eingehalten worden und liegen keine Wiederherstellungsgründe vor, so ist eine Kostenübernahme erst vom Datum der Anordnung an möglich (ZAK 1963, S. 39). Umgekehrt wird mit der rechtzeitigen Anmeldung grundsätzlich die Frist für alle weiteren An-

sprüche, die im Zeitpunkt der Anmeldung bestehen konnten, gewahrt, auch wenn diese erst später geltend gemacht werden (ZAK 1963, S. 253).

3. Gegenstand der Beschwerde (Art. 69 IVG; Art. 84 AHVG)

Beschwerden können nur gegen Verfügungen der Ausgleichskassen erhoben werden; diese bilden somit Prozeßvoraussetzung. Gegenstand der Beschwerde kann daher grundsätzlich nur sein, was die Verfügung tatbeständlich umfaßt.

Das EVG hat entschieden, daß dieser Forderung Artikel 85, Absatz 2, Buchstabe c und d, AHVG nicht entgegensteht. Das dort verankerte Officialprinzip gilt nur innerhalb der Grenzen, die durch die Verfügung gezogen sind. Die «erheblichen Tatsachen» des Buchstabens c sind diejenigen, die zur Verfügung gehören, und nach Buchstabe d kann eine Rekursbehörde lediglich eine Verfügung ändern, also nicht eine neue Verfügung auf Grund eines Tatbestandes, der außerhalb der ergangenen Verfügung liegt, treffen. Aus rein prozeßökonomischen Gründen läßt das Gericht den Einbezug eines außerhalb der angefochtenen Verfügung liegenden Anspruchs ausnahmsweise dann zu, wenn entweder

a. der weitere Rechtsanspruch mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, daß von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und der Gegenpartei Gelegenheit zur Vernehmung geboten wurde, oder

b. die Verwaltung wenigstens in Form einer Prozeßerklärung über den weiteren Rechtsanspruch verfügt hat.

Im betreffenden Falle war lediglich eine Verfügung über die nachgesuchte Umschulung ergangen. Eine Beurteilung des erst im Beschwerdeverfahren in Abänderung des bisherigen Begehrens geltend gemachten Rentenanspruchs durfte daher nur unter den genannten Voraussetzungen erfolgen. Da das EVG in den Begehren des Beschwerdeführers keine Tatbestandsgesamtheit erblicken konnte und auch eine Prozeßklärung der Verwaltung nicht vorlag, mußte der Rentenentscheid der Vorinstanz aufgehoben werden (ZAK 1962, S. 389).

4. Stellung der Verwaltung im Berufungsverfahren (Art. 69 IVG; Art. 86 AHVG)

In einer Vernehmung vertrat eine IV-Kommission den Standpunkt, daß ihr die beim EVG eingereichten Berufungen direkt zur Kenntnis zu bringen seien, damit sie dem Gericht ihre Stellungnahme auch dann

unterbreiten könne, wenn sie von der Ausgleichskasse nicht darum ersucht werde. Das EVG wies darauf hin, daß die IV-Kommissionen nach den geltenden Vorschriften nicht zur Berufung legitimiert sind und daher im Berufungsverfahren keine Parteistellung einnehmen (vgl. auch ZAK 1962, S. 79). Ist aber eine Behörde oder eine Person nicht Partei, so hat sie auch keinen Anspruch darauf, von den Eingaben der Parteien in Kenntnis gesetzt zu werden und ihren Standpunkt im Berufungsverfahren zu vertreten. Die Frage, ob und gegebenenfalls wie die IV-Kommissionen ihre Bemerkungen im Berufungsverfahren vorzubringen haben, ist rein administrativer Natur. Sie gehört in das Gebiet der Verwaltungsorganisation, in das sich der Richter nicht einzumischen hat (vgl. hiezu das Rundschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 2. Februar 1962). Nur wenn er in einem ihm unterbreiteten Fall weitere Erhebungen als notwendig erachtet, kann er die IV-Kommission direkt um die entsprechenden Auskünfte ersuchen (ZAK 1963, S. 42).

5. Revision kantonaler Entscheide

(Art. 69 IVG; Art. 85, Abs. 2, Buchst. h, AHVG)

Das EVG bestätigte seine bisherige Praxis, wonach es einen die Revision ablehnenden kantonalen Beschluß nur dann aufhebt bzw. abändert, wenn ihm eine schlechterdings unhaltbare Rechtsanwendung zugrundeliegt (vgl. ZAK 1962, S. 272). Das prozessuale Revisionsgesuch ist ein außerordentliches Rechtsmittel und kein Ersatz für ein versäumtes ordentliches Rechtsmittel. Hat der Versicherte ein ergangenes Urteil nicht rechtzeitig durch Berufung an das EVG weitergezogen, so darf das unterbliebene Berufungsverfahren nicht auf dem Revisionswege nachgeholt werden. Insofern ergeben sich gewisse Parallelen zu dem die Wiedererhebung einer formell rechtskräftigen Verfügung ablehnenden Beschluß der Ausgleichskasse.

Das EVG entschied, daß die vom Berufungskläger verlangte medizinische Expertise kein neues Beweismittel im Sinne der bundesrechtlichen Vorschriften darstelle, da der bereits im früheren Beschwerdeverfahren gestellte Antrag auf spezialärztliche Begutachtung im ordentlichen Berufungsverfahren hätte erneuert werden können (ZAK 1962, S. 484).

Zum Begriff des Arbeitsweges bei der Abgabe von Motorfahrzeugen durch die Invalidenversicherung

Invalide oder von Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte haben nach Maßgabe der Artikel 9 bis 27 IVG Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern. Der Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen ist demnach nicht nur für die erste Eingliederung gegeben, sondern steht auch den bereits Eingegliederten zu, wenn Maßnahmen notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern oder zu erhalten (Urteile des EVG vom 14. Februar 1962 i. Sa. E. Sch., ZAK 1962, S. 229, und vom 5. Juni 1962 i. Sa F. L., ZAK 1962, S. 472). Diese Regel gilt auch für die Abgabe von Motorfahrzeugen.

In Artikel 21 IVG wird bestimmt, daß der Versicherte im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel habe, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. In Ausführung des ihm erteilten Auftrages hat der Bundesrat in Artikel 14, Absatz 1, IVV die Liste der Hilfsmittel aufgestellt, die in Buchstabe g auch die Kleinautomobile nennt. Artikel 15, Absatz 2, IVV führt ergänzend aus, daß Motorfahrzeuge nur abgegeben werden, «wenn dauernd eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit ausgeübt werden kann und der Versicherte wegen wesentlicher Gehbehinderung den Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug nicht bewältigen kann».

Gestützt auf diese Bestimmungen können nur die für die Eingliederung ins Erwerbsleben notwendigen Hilfsmittel abgegeben werden, was bei Motorfahrzeugen voraussetzt, daß der Versicherte das Fahrzeug infolge seiner Invalidität benötigt, um seinen Beruf ausüben zu können. Ohne Belang ist dagegen z. B. die Nützlichkeit eines Autos für andere persönliche (und nicht invaliditätsbedingte) Zwecke, wie z. B. regelmäßige Fahrten für Kuraufenthalte. Es kommt einzig darauf an, ob der Arbeitsweg ohne Fahrzeug bewältigt werden kann oder nicht.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob als Arbeitsweg nur die Wegstrecke zwischen Wohnstätte und festem Arbeitsplatz zu verstehen ist oder auch die bei wechselnden Arbeitsplätzen notwendigen Dislokationen (z. B. Weg des invaliden Architekten zum Besuch verschiedener Bauplätze). Ferner ist zu prüfen, ob die vom Reisevertreter zu überwindende Wegstrecke ebenfalls als Arbeitsweg zu werten ist.

Weder im Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Einführung der IV noch in der Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum IVG ist der Begriff «Arbeitsweg» näher umschrieben. Hingegen hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 6. September 1962 i. Sa. W. J. (ZAK 1963, S. 139) zur Frage, was unter «Arbeitsweg» bei Reisevertretern zu verstehen sei, Stellung genommen. In diesem Urteil definierte das Gericht als Arbeitsweg die Wegstrecke von der Wohnung bis zum Arbeitsplatz und zurück, ließ jedoch die Möglichkeit offen, ob bei invaliden Reisevertretern unter besonderen Voraussetzungen unter Arbeitsweg auch der Weg zum Besuch der Kundschaft zu verstehen sei.

Diese Auffassung hat das Eidgenössische Versicherungsgericht am 8. Oktober 1962 in einem nicht publizierten Urteil bestätigt und dahin präzisiert, daß bei Reisevertretern unter Arbeitsweg wenigstens dann auch der Weg zum Besuch der Kundschaft zu verstehen sei, wenn der Vertreter als Nichtinvalidler kein Automobil benützen müßte.

Als Schlußfolgerung ergibt sich, daß als Arbeitsweg im Sinne des Artikels 15, Absatz 2, IVV nicht nur die Wegstrecke zwischen der Wohnstätte und einem festen Arbeitsplatz zu verstehen ist, sondern unter Umständen auch der Weg, der bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit überwunden werden muß. Motorfahrzeuge dürfen jedoch nur dann zu Lasten der IV abgegeben werden, wenn das Fahrzeug infolge Invalidität notwendig ist. Handelt es sich dagegen um Berufe, zu deren Ausübung ohnehin ein Motorfahrzeug benötigt würde oder üblicherweise verwendet wird, so ist das Motorfahrzeug kein invaliditätsbedingtes Hilfsmittel und kann von der IV nicht abgegeben werden. Ferner ist zu beachten, daß die Erwerbstätigkeit eine dauernde und existenzsichernde sein muß. In Fällen, in denen ein Motorfahrzeug nicht oder nur teilweise zur Überwindung des Weges zwischen Wohnstätte und Arbeitsplatz, sondern auch zur Berufsausübung verwendet wird, ist daher eine eingehende Überprüfung der Verhältnisse durch die IV-Kommission unerlässlich.

LITERATURHINWEISE

Baumgartner, Lilli: Die Rehabilitation Behinderter im Lochkartenwesen. Diplomarbeit der Schule für soziale Arbeit Zürich, hg. durch Schweiz. Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft (SAEB). 32 S., illustriert (mit Bibliographie). Zürich, 1962/63.

Bloch, Charlotte: Invalidenversicherung und private Fürsorgeorganisationen. In: Zeitschrift für Präventivmedizin, Orell Füßli Zürich, 7/1962, Nr. 3, S. 243 bis 247.

Chapuis, R.: La réhabilitation des handicapés dans le cadre d'une commission cantonale AI. In: Zeitschrift für Präventivmedizin, Orell Füßli Zürich, 7/1962, No. 3, S. 229—238.

Descombaz, Bernadette: Retour à domicile des poliomyelitiques. 49 S. vervielfältigt. Diplomarbeit der Ecole d'assistantes sociales et d'éducatrices Lausanne, 1962.

Frauenfelder, Max: Medizinische Maßnahmen im Rahmen der Eidgenössischen Invalidenversicherung. In: Zeitschrift für Präventivmedizin, Orell Füßli Zürich, 7/1962, Nr. 3, S. 248—253.

Sandmeier, Francis: Berufliche Eingliederungsmaßnahmen in der Invalidenversicherung. In: Zeitschrift für Präventivmedizin, Orell Füßli Zürich, 7/1962, Nr. 3, S. 239—242.

Schilling, A. und Schmidt-Thimme, D.: Hilfen bei verzögerter Sprachentwicklung des geistig behinderten Kindes. In: «Lebenshilfe», hg. durch die Bundesvereinigung «Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e. V.», Bonn, Verlag Lebenshilfe Marburg/Lahn 1962, H. 4, S. 11—15.

Zur Methodik und Praxis der Bildungsarbeit in Tageseinrichtungen für geistig behinderte Kinder. Hg. durch die Bundesvereinigung «Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind» e. V. Bonn. 83 S., illustriert, Marburg/Lahn, 1962. (Handbücherei der Bundesvereinigung «Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind», Bd. 1.)

KLEINE MITTEILUNGEN

Neue parlamentarische Vorstöße

Dringliche Kleine Anfrage Dellberg vom 6. März 1963

Nationalrat Dellberg hat am 6. März 1963 folgende Dringliche Kleine Anfrage eingereicht:

«In der Herbstsession 1962 des Nationalrates hat der Bundesrat die sieben Vorstöße für eine baldige sechste Revision des Alters- und Hinterlassenenversicherungsgesetzes entgegengenommen. Der Bundesrat stellte in Aussicht, daß, zusammen mit diesen Vorstößen, auch die beiden Volks-Initiativen auf Erhöhung der Alters- und Hinterlassenenversicherungs- und der Invalidenversicherungs-Renten beförderlichst geprüft werden.

Inzwischen ist der Index der Lebenskosten erneut gestiegen. Die Zahl der Übergangsrentner und der ordentlichen Minimalrentner mit ihrer Monatsrente von 90 Franken verminderten sich um jährlich 20 000. Die Betriebsrechnung der Alters- und Hinterlassenenversicherung erzeugt auch für das Jahr 1962 einen Überschuß von über 350 Millionen Franken.

Eine rasche und wirksame Erhöhung insbesondere der Minimalrenten ist das Gebot der Stunde.

Der Bundesrat wird gebeten, Auskunft zu geben über den Zeitpunkt, auf den er den eidgenössischen Räten

seine Vorschläge für die sechste Alters- und Hinterlassenenversicherungs-Revision zu unterbreiten gedenkt. Die über 330 000 Unterzeichner der beiden Volks-Initiativen und mit ihnen weite, andere Volkskreise erwarten mit Spannung die baldige sechste Revision des Alters- und Hinterlassenenversicherungsgesetzes.»

Kleine Anfrage
Geißbühler-Zollbrück
vom 8. März 1963

Am 8. März hat Nationalrat Geißbühler-Zollbrück folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«1. Wie weit sind die Arbeiten zur sechsten AHV-Revision fortgeschritten?

2. Kann der Bundesrat schon heute sagen, auf welchen Zeitpunkt die Revisionsvorlage den eidgenössischen Räten unterbreitet werden kann?»

Postulat Vontobel
vom 15. März 1963

Nationalrat Vontobel hat am 15. März 1963 folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird eingeladen, anlässlich der sechsten Revision der AHV für die Auszahlung der Ehepaarrenten die heute bestehenden Vorschriften bezüglich der Altersunterschiede bei Ehegatten wesentlich zu mildern, eventuell aufzuheben.»

Kleine Anfrage
Bächtold
vom 18. März 1963

Nationalrat Bächtold hat am 18. März 1963 folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«In der Jahresrechnung 1961 der Swissair figuriert unter den Passiven ein Darlehen der Alters- und Hinterlassenenversicherung von 20 Millionen Franken. Die Darlehensbedingungen sind aber nicht ersichtlich. Die Öffentlichkeit wird alljährlich über den Stand des AHV-Vermögens orientiert. Sie würde sich aber auch dafür interessieren, wer über diese Gelder befindet und vor allem nach welchen Grundsätzen sie angelegt werden.

Ist der Bundesrat bereit, hierüber Auskunft zu geben?»

Erledigte parlamentarische Vorstöße

Dringliche Kleine
Anfrage Dellberg
vom 6. März 1963

Am 29. März hat der Bundesrat die beiden vorstehenden Kleinen Anfragen Dellberg und Geißbühler-Zollbrück wie folgt beantwortet:

«Die Vorarbeiten für die sechste AHV-Revision sind in vollem Gange. Nachdem eine neue technische Bilanz erstellt worden ist, prüft nun die Eidgenössische AHV/IV-Kommission die Möglichkeiten einer Verbesserung der AHV-Leistungen. Die Kommission dürfte bis zur Jahresmitte ihre Arbeiten abschließen und dem Bundesrat Bericht erstatten. Der Bundesrat hofft, auf die Herbstsession 1963 den eidgenössischen Räten Botschaft und Gesetzesentwurf zur sechsten AHV-Revision unterbreiten zu können.»

Kleine Anfrage
Geißbühler-Zollbrück
vom 8. März 1963

Kleine Anfrage
Bächtold
vom 18. März 1963

Am 19. April 1963 hat der Bundesrat die Kleine Anfrage Bächtold vom 18. April 1963 (S. 232) wie folgt beantwortet:

«Über die Anlage der AHV-Gelder befindet nach Art. 109 des AHV-Gesetzes der Verwaltungsrat des AHV-Fonds. Die dabei zu befolgenden Grundsätze sind im Regulativ des Verwaltungsrates (Bundesblatt 1953/I/85 und 1960/II/8) niedergelegt. Die Berichte des Verwaltungsrates des AHV-Fonds, die dem Bundesrat alljährlich vorgelegt werden, geben über den Vollzug dieser Vorschriften erschöpfend Auskunft. Diese gedruckten Berichte werden jeweilen allen Mitgliedern der eidgenössischen Räte zugestellt und sie stehen auch der Bundeshauspresse zur Verfügung.»

Vor 50 Jahren

In ZAK 1962, S. 492, wurde darauf hingewiesen, daß am 19. Dezember 1912 im Nationalrat der erste parlamentarische Vorstoß zugunsten einer eidgenössischen AHV zur Sprache kam. Der damalige Motionär, Nationalrat Otto Weber (St. Gallen), mußte lange warten, bis er seine Idee verwirklicht sah, nämlich bis zum 1. Januar 1948. Ein aufmerksamer Leser macht nun darauf aufmerksam, daß Herr Weber immerhin noch während vieler Jahre eine Rente der eidgenössischen AHV beziehen konnte. Er starb erst am 26. Februar 1962 in seinem 90. Lebensjahr.

Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds der AHV

Am 19. April 1963 hat der Bundesrat anstelle des zurückgetretenen Herrn A. Oulevay, Morges, für den Rest der laufenden Amtsperiode als Mitglied des Verwaltungsrates des Ausgleichsfonds der AHV gewählt: Herrn E. Debétaz, Regierungsrat, Lausanne.

Eidgenössische AHV/IV-Kommission

Als Nachfolger des verstorbenen Nationalrates E. Giroud hat der Bundesrat am 3. Mai 1963 zum Mitglied der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung für den Rest der laufenden Amtsperiode gewählt: Herrn A. Ghelfi, Zentralsekretär des SMUV, Bern.

Adressenverzeichnis AHV/IV/EO

Seite 15, Ausgleichskasse 70, Migros
Neue Adresse: Langstraße 213, Zürich 5
Postfach 179, Zürich 31
Neue Tel. Nr.: (051) 42 32 17

Seite 18, Ausgleichskasse 91, Filialunternehmen
Neue Adresse: Bederstraße 4, Zürich 2
Telefonnummer und Postfachadresse bleiben gleich.

GERICHTSENTSCHEIDE

Invalidenversicherung Eingliederung

Urteil des EVG vom 26. November 1962 i. Sa. C. A.

Art. 6, Abs. 2, IVV. Erhält eine Versicherte auch während der Umschulung weiterhin Verpflegung und Unterkunft bei den Eltern, so können neben dem Taggeld keine Beiträge an diese Kosten gewährt werden, auch wenn die Versicherte den Eltern monatlich 150 Franken zu bezahlen hat.

Die im Jahre 1931 geborene Versicherte leidet an den Folgen einer Kinderlähmung, von der sie 1947 betroffen worden war. Gleichwohl ist sie heute voll arbeitsfähig. Seit ihrer Krankheit hat sie verschiedene manuelle Tätigkeiten ausgeübt, die jedoch ihrem körperlichen Zustand nur wenig entsprachen. Die IV-Regionalstelle schlug vor, ihr eine berufliche Umschulung zu gewähren, was in der Folge von der IV bewilligt wurde. Zudem sprach ihr die zuständige Ausgleichskasse ein Taggeld für die Dauer ihrer Umschulung zu. Auf Rekurs der Versicherten hin, gewährte ihr der erstinstanzliche Richter zusätzlich zum Taggeld mit Eingliederungszuschlag noch einen Beitrag von 3 Franken im Tag für Verpflegung und Unterkunft während der beruflichen Eingliederung.

Auf Berufung des BSV hin hob das EVG das kantonale Urteil mit folgender Begründung auf:

Um die berufliche Eingliederung der Invaliden zu erleichtern und vor allem um bei erwerbstätigen Versicherten den Verdienstausfall zu mildern, der durch die Aufgabe ihrer Tätigkeit während der Eingliederungszeit entsteht, hat ihnen der Gesetzgeber einen Anspruch auf verschiedene Leistungen zuerkannt: Die Auszahlung eines Taggeldes (Art. 22 bis 24 IVG) und die Gewährung eines besonderen Eingliederungszuschlages von 10, 20 oder 30 Prozent des Taggeldes (Art. 25, Buchst. a bis c, IVG). Ungeachtet der Tatsache, daß die in Art. 25 IVG getroffene Regelung vollständig zu sein scheint, sehen die Ausführungsbestimmungen im Art. 6 IVV die Gewährung von weiteren Leistungen zu Gunsten der Versicherten vor. Der erste Absatz dieses Artikels bezieht sich auf die Versicherten, die ihre Eingliederung intern in einer besonderen Eingliederungsstätte absolvieren. Er bestimmt, daß bei diesen Versicherten die Kosten der Ausbildung wie auch die Kosten für Verpflegung und Unterkunft in der Eingliederungsstätte von der Versicherung übernommen werden. Der zweite Absatz des Artikels bezieht sich auf die Versicherten, die nicht intern untergebracht sind. Diesen bezahlt die Versicherung «Beiträge an eine andere durch die Ausbildung bedingte auswärtige Verpflegung und Unterkunft, sofern deren Kosten nicht aus dem für den persönlichen Unterhalt des Versicherten verfügbaren Taggeld und Lohn der Umschulungszeit gedeckt werden können».

Im vorliegenden Fall ist die erste Voraussetzung von Art. 6, Abs. 2, IVV erfüllt, da die Beschwerdeführerin in der Schule für Sozialfürsorgerinnen nicht intern wohnt. Der kantonale Richter hat ferner entschieden, daß auch

die zweite Bedingung betreffend die Kosten erfüllt sei, da die Beschwerdeführerin ihren Eltern einen monatlichen Beitrag von 150 Franken für Kost und Logis bezahle und dieser Betrag demjenigen entspreche, den sie in einer von Drittpersonen geführten Pension auslegen müßte. Er ist davon ausgegangen, daß ihre Lage derjenigen eines Versicherten vergleichbar sei, der eine «auswärtige» Verpflegung und Unterkunft habe.

Der französische Text des Art. 6, Abs. 2, IVV erlaubt dem kantonalen Richter vielleicht, durch eine großzügige Auslegung zu diesem Ergebnis zu gelangen. Wenn man jedoch den deutschen Text mit dem französischen vergleicht, stellt man fest, daß dieser um einen sehr wesentlichen Teil verkürzt ist, und daß dem deutschen Text der Vorzug gegeben werden muß. Gemäß diesem Text ist die Zusprechung eines Beitrages an die Kosten von Verpflegung und Unterkunft davon abhängig, daß der «externe» Invalide gezwungen ist, Verpflegung und Wohnung anderswo als zu Hause zu beziehen, und daß diese Kosten durch die Umschulung verursacht sind. («Die Versicherung gewährt Beiträge an eine andere, durch die Ausbildung bedingte, auswärtige Verpflegung und Unterkunft . . .»)

Diese Bestimmung will denjenigen Versicherten, die während der Zeit ihrer beruflichen Ausbildung nicht nach Hause gehen können, um dort die Mahlzeiten einzunehmen und zu schlafen, und die aus diesem Grunde höhere Kosten haben als andere Versicherte, die die Möglichkeit haben, zu Hause zu leben, eine besondere Leistung zugestehen. Die Lage der letztgenannten Versicherten ist unbestreitbar günstiger als jener, die ihr Heim verlassen müssen, um sich an einen vielleicht weit entfernten Ort zu begeben, wo sich die Ausbildungsstätte befindet, und die gezwungen sind, bei Dritten zu essen und zu wohnen. Ihre Lage ist auch besser als die jener Versicherten, die wegen ihrer Gebrechlichkeit und wegen der Schwierigkeiten, die sie bei jeder Ortsveränderung überwinden müssen, nicht regelmäßig nach Hause gehen können, selbst wenn sich die Ausbildungsstätte am gleichen Ort, aber in großer Entfernung von ihrer Wohnung befindet. Die zusätzliche Leistung, die Art. 6, Abs. 2, IVV für diese Versicherten vorsieht, dient — sofern die anderen Voraussetzungen erfüllt sind — dazu, sie für die über die eigentliche Ausbildung hinausgehenden Kosten zu entschädigen.

Die Tatsache, daß ein lediger Versicherter seinen Eltern einen Beitrag an die Kosten für Verpflegung und Unterkunft bezahlt, rechtfertigt die Zusprechung des besonderen Beitrages gemäß Art. 6, Abs. 2, IVV nicht. Wenn der Invalide die Möglichkeit hat, während der Dauer der Eingliederung bei seinen Eltern zu leben, und er es vorzieht, bei seinen Eltern die Mahlzeiten einzunehmen und zu wohnen, so tut er dies, weil diese Lösung bei weitem die günstigste und in den meisten Fällen auch die am wenigsten beschwerliche ist. Schließlich erfährt der bei seinen Eltern wohnende Ledige meistens eine bevorzugte Behandlung hinsichtlich des Pensionspreises und genießt außerdem noch größere Vorteile, als wenn er in einer von Dritten geführten Pension leben würde.

Daraus folgt, daß die Versicherte die zweite Voraussetzung von Art. 6, Abs. 2, IVV nicht erfüllt, da sie nicht als eine Versicherte angesehen werden kann, der wegen ihrer beruflichen Ausbildung Kosten für auswärtige Verpflegung und Unterkunft entstehen. Da die Zusprechung des besonderen Beitrags schon aus diesem Grunde abgewiesen werden muß, ist es nicht mehr

notwendig zu prüfen, ob die dritte Voraussetzung dieser Vorschrift (die Frage, ob die Kosten für Verpflegung und Unterkunft durch das Taggeld und den Lohn, über die sie für ihren eigenen Unterhalt verfügte, gedeckt waren oder nicht) erfüllt ist.

Renten und Hilflosenentschädigung

Urteil des EVG vom 7. Dezember 1962 i. Sa J. B.

Art. 19, Abs. 1, IVG. Volksschuluntaugliche invalide Minderjährige, denen infolge ihres Gebrechens der Besuch der Volksschule durch besondere Maßnahmen (täglicher Transport zur Schule, Unterbringung am Schulort) ermöglicht werden kann, haben Anspruch auf Leistungen gemäß Art. 11 IVV, nicht aber auf Schulgeldbeiträge.

Die im Jahre 1946 geborene Versicherte leidet seit ihrer frühesten Kindheit an einer schweren Coxa vara (Hüftleiden) rechts, von der der behandelnde Arzt offen läßt, ob sie im Zusammenhang stehe mit der Geburt als Zwillinge in Steißlage. Eine 1951 vorgenommene Operation (Schenkelhalsaufrichtung) vermochte die Zunahme des Leidens nicht aufzuhalten. Nach ärztlicher Ansicht könnte der heutige «Endzustand» durch eine neue Operation erheblich verbessert werden. Doch konnten sich die Eltern der Versicherten bisher nicht dazu entschließen, einer solchen Operation zuzustimmen. Nachdem das geistig gesunde Mädchen im Frühjahr 1959 sechs Jahre Primarschule absolviert hatte, trat es als Interne zur Weiterbildung in die Realschule eines Instituts ein. Der Besuch der am nächsten gelegenen Sekundarschule war unbestrittenmaßen einzig wegen der Gehbehinderung nicht möglich oder wenigstens nicht zumutbar.

Durch Verfügung vom 17. Mai 1961 brachte die Ausgleichskasse den Eltern des Mädchens zur Kenntnis, die IV-Kommission habe beschlossen, diesem folgende Eingliederungsmaßnahmen zu gewähren:

- «a. Beitrag an die Invaliditätsbedingten Mehrkosten der Schulung gemäß Art. 11 IVV (Kostgeldbeitrag 3 Franken pro Aufenthaltstag im Institut);
- b. Kostenübernahme der regelmäßigen ärztlichen Kontrollen;
- c. Übernahme der Kosten für den Ersatz und die Anschaffung von Hilfsmitteln (orthopädisches Schuhwerk);
- d. Übernahme der Reisekosten, die im Zusammenhange mit den vorerwähnten Maßnahmen entstehen.»

Die Eltern der Versicherten reichten gegen die Kassenverfügung Beschwerde ein mit dem Antrag, es sei nebst den bewilligten Leistungen gestützt auf Art. 10, Abs. 1, Buchst. a, IVV noch ein Schulgeldbeitrag von 2 Franken im Tag zu gewähren.

Die kantonale Rekursbehörde wies die Beschwerde ab, da die Voraussetzungen für die Zusprechung eines solchen Beitrages nicht erfüllt seien.

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

1. Daß sich das Mädchen weiterhin mit der Primarschule hätte begnügen sollen, ist mit Recht von niemandem geltend gemacht worden: bei seinem Leiden ist eine gute Schulbildung als Voraussetzung zur Erlernung eines körperlich nicht anstrengenden Berufes sicher angezeigt. Mit dieser Feststellung ist aber die Frage nach der Begründetheit des umstrittenen Anspruches

auf einen Schulgeldbeitrag nicht beantwortet. Ein solcher Beitrag kann nur bei Vorliegen bestimmter gesetzlicher Voraussetzungen gewährt werden.

Art. 19, Abs. 1, IVG enthält den Grundsatz, daß an die Sonderschulung bildungsfähiger Minderjähriger, denen infolge Invalidität der Besuch der Volksschule nicht möglich oder nicht zumutbar ist, Beiträge gewährt werden. Diese Beiträge umfassen ein Schulgeld und — wenn der Minderjährige wegen der Sonderschulung nicht zu Hause verpflegt werden kann oder auswärts untergebracht werden muß — ein Kostgeld (Abs. 2). Gemäß Abs. 3 hat der Bundesrat die erforderlichen Voraussetzungen für die Gewährung der Beiträge im einzelnen zu umschreiben.

In Erfüllung dieses Auftrages hat der Bundesrat in Art. 8, Abs. 1, IVV zwei Gruppen bildungsfähiger Minderjähriger unterschieden:

- solche, die infolge ihrer Invalidität den Anforderungen der Volksschule nicht zu genügen vermögen (Buchst. a), und
- solche, die diesen Anforderungen zwar zu genügen vermöchten, wegen ihrer Invalidität aber die Volksschule nicht aufsuchen können (Buchst. b).

Zur ersten Gruppe gehören die in Art. 9, Abs. 1, Buchst. a bis f, IVV aufgezählten Invaliden; ihnen kommen nach Art. 10 IVV Beiträge an das Schul- und an das Kostgeld zu. Die Invaliden im Sinne von Art. 9, Abs. 1, Buchst. g, IVV (diejenigen also, deren Invalidität auf ein anderes als auf eines der in den Buchst. a bis f bezeichneten Gebrechen zurückgeht) werden nach dem bloßen Wortlaut zwar gleich behandelt; indessen ist nach dem offenbaren Sinn- und Zweckzusammenhang der geltenden Ordnung bei diesen Invaliden zu unterscheiden: ist ihr Gebrechen derart, daß ihnen durch besondere Maßnahmen der Besuch der Volksschule ermöglicht werden kann, so gehören sie zur zweiten, d. h. zu der in Art. 8, Abs. 1, Buchst. b, IVV umschriebenen Gruppe und haben einzig Anspruch auf diese besonderen Maßnahmen. Letztere sind im Art. 11 IVV abschließend aufgezählt und umfassen einen Beitrag an die Transportkosten sowie an das Kostgeld. Einzig wenn diese Maßnahmen nicht gangbar sind, werden die in Art. 9, Abs. 1, Buchst. g, IVV genannten Invaliden denjenigen gleichgestellt, die nach der von Art. 8, Abs. 1 IVV getroffenen Ausscheidung in die erste Gruppe (Buchst. a) einzureihen sind.

2. Die Versicherte ist nicht dieser ersten Gruppe zuzurechnen; denn sie hätte ohne weiteres die Sekundarschule in der Nachbargemeinde besuchen können, wenn sie in dieser Ortschaft untergebracht worden wäre. Gegebenenfalls wäre auch ein täglicher Transport vom Haus zur Haltestelle des Postautos denkbar gewesen. Die Berufungsklägerin kann mithin nur die in Art. 11 IVV vorgesehenen Leistungen (Beitrag an das Kostgeld und an die Transportkosten), nicht aber einen Schulgeldbeitrag beanspruchen.

Die Eltern der Versicherten haben sich allerdings schon im Frühjahr 1959, also vor Einführung der IV, für das Internat in M. entschlossen. Aus dieser Sachlage können indessen nicht mehr Rechte abgeleitet werden, als wenn der elterliche Entschluß erst nach Inkrafttreten des IVG gefaßt worden wäre. Daß es hierbei nur auf die objektiven Umstände und nicht auf eine subjektiv noch so begreifliche Wahl ankommen kann, unterliegt keinem Zweifel.

3. Ob die Berufungsklägerin außer den bereits gewährten medizinischen Maßnahmen (regelmäßige ärztliche Kontrolle, orthopädisches Schuhwerk) noch weitere Vorkehrungen dieser Art beanspruchen kann, ist nicht Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreites. Allfällige weitergehende Rechte bleiben ihr

jedenfalls gewahrt, wobei die IV-Kommission nach Eingang der Anmeldung zu prüfen hätte, ob die Osteotomie oder eine andere medizinische Vorgehensweise angezeigt und an sich medizinische Maßnahme wäre, sofern nicht überhaupt ein Geburtsgebrechen (Art. 2, Ziff. 42 und 206, GgV) vorhanden ist, was noch abgeklärt werden müßte.

Urteil des EVG vom 12. Oktober 1962 i. Sa. F. M.

Art. 28, Abs. 2, IVG; Art. 26, Abs. 1, IVV. Ist auf Grund ganz bestimmter Anhaltspunkte anzunehmen, daß der Invalide ohne Invalidität einen bestimmten Beruf erlernt hätte, so kann zur Berechnung des Einkommens ohne Invalidität auf diesen Beruf abgestellt werden. Theoretisch vorhandene Aufstiegsmöglichkeiten sind indes nicht zu berücksichtigen.

Der 1929 geborene Versicherte leidet infolge einer im Alter von acht Jahren durchgemachten Kinderlähmung an verschiedenen Lähmungen und Atrophien sowie an Hör- und vegetativen Störungen. Zudem scheint auch eine z. Z. klinisch nicht nachweisbare lumbale Diskushernie links zu bestehen. Der Versicherte besuchte die Primar- und zwei Klassen der Realschule. Eine Berufslehre hat er nicht absolviert. Er arbeitet seit Jahren bei der gleichen Firma (in der Nachkalkulation), wo er im Jahre 1960 6 408 Franken verdiente. Sein Rentengesuch wurde auf Beschluß der IV-Kommission von der Ausgleichskasse abgewiesen.

Der Versicherte beschwerte sich gegen diese Verfügung mit dem Hinweis, daß er ohne Invalidität Architekt oder Baumeister geworden wäre. Jedenfalls hätte er den Beruf des Bauzeichners erlernen und sich nachher zum Bautechniker fortbilden können. Als solcher hätte er im väterlichen Baugeschäft bestimmt 1 500 Franken monatlich verdient. Auf Rückfrage der kantonalen Rekurskommission hin führte der Arbeitgeber des Versicherten aus, daß dieser intelligenzmäßig höchstens eine Lehre als Maurer oder Bauzeichner bewältigt hätte und charakterlich kaum fähig wäre, ein Baugeschäft zu führen. Gestützt auf diese Auskunft lehnte die Rekurskommission die Beschwerde ab.

Die vom Versicherten erhobene Berufung wurde vom EVG mit folgender Begründung abgewiesen:

1. ...

2. Ein Versicherter hat gemäß Art. 28, Abs. 1, IVG Anrecht auf eine Rente, wenn er mindestens zur Hälfte (50 Prozent) invalid ist; in Härtefällen kann die Rente schon bei einer Invalidität von zwei Fünfteln (40 Prozent) ausgerichtet werden. Das IVG versteht unter Invalidität eine voraussichtlich bleibende oder länger dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 IVG). Das Maß der Erwerbsunfähigkeit wird gemäß Art. 28, Abs. 2, IVG in der Weise bestimmt, daß das Erwerbseinkommen, das der Versicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen «durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte», in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, «das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre.»

3. Grundsätzlich sind also zwei hypothetische Einkommen, wie sie Art. 28, Abs. 2, IVG umschreibt, zu vergleichen.

a. Bei der Bestimmung des Einkommens, das durch eine zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielbar wäre, kommt dem in einer stabilen Stelle tatsächlich erzielten Verdienst — besondere Umstände vorbehalten — entscheidendes Gewicht zu. Solche besondere Umstände sind im vorliegenden Fall den Akten nicht zu entnehmen, so daß das erzielbare Invalideneinkommen mit 6 408 Franken jährlich angenommen werden kann.

b. Das ohne Invalidität erzielbare Einkommen hat der Versicherte auf 14 400 bis 16 800 Franken beziffert. Er setzt dabei voraus, er hätte ohne die Folgen der Kinderlähmung eine Bauzeichnerlehre und nachher das Studium als Architekt oder Bautechniker (an einem Technikum) bestanden. Schon der Polier komme durchschnittlich auf 15 000 Franken im Jahr und der Bauführer erziele ein Einkommen, welches zwischen 15 000 und 20 000 Franken schwanke. — Daß der Versicherte ohne Invalidität ein solches durchschnittliches Erwerbseinkommen erzielt hätte, wird durch die Akten nicht gestützt: er war ein mittelmäßiger Schüler. Im psychotechnischen Bericht vom 4. April 1945 wird bezweifelt, daß er die Voraussetzungen für den Bauzeichnerberuf besitze. Tatsächlich hat er nach Abschluß der Schule nie eine Bauzeichnerlehre angetreten, obwohl ihn sein Gebrechen daran nicht gehindert hätte. Vielmehr war er vom 3. Juni 1946 bis 10. August 1948 als Hilfsarbeiter tätig. Der jetzige Arbeitgeber hält es, gestützt auf eine 13jährige Erfahrung, für ausgeschlossen, daß der Versicherte intelligenzmäßig das Studium eines Architekten oder Bautechnikers bewältigt hätte. Aus diesen Gründen ist die Annahme, daß der Versicherte ohne Invalidität (im elterlichen Geschäft) eine qualifizierte Arbeit hätte ausüben können, nicht erhärtet. Daran vermag auch die Tatsache, daß die Brüder des Versicherten in gehobene Stellungen aufgestiegen sind, nichts zu ändern: die berufliche Entwicklung ist von derart vielen Umständen und Zufällen beeinflusst, daß ohne eindeutige Anhaltspunkte nicht auf bloße Möglichkeiten abgestellt werden kann.

Indessen sprechen gute Gründe dafür, daß der Versicherte die Lehre als Maurer erfolgreich bestanden hätte. Das psychotechnische Gutachten sieht seine Stärke eher in praktischen Belangen, und der Arbeitgeber traut ihm eine solche Ausbildung zu. In Art. 26 IVV wird bestimmt, daß in der Regel auf das durchschnittliche Erwerbseinkommen gelernter und angelernter Berufsarbeiter abzustellen ist, wenn der Versicherte wegen der Invalidität keine oder keine zureichenden Kenntnisse erwerben konnte. Art. 26 IVV schließt also nicht aus, daß im Einzelfall auf das Einkommen eines bestimmten Berufes abgestellt wird, wenn genügend Hinweise bestehen, daß die berufliche Laufbahn in dieser Richtung gegangen wäre. Diese Bedingung ist bezüglich des Maurerberufes im vorliegenden Fall erfüllt. Der durchschnittliche Jahreslohn eines Maurers beträgt im Kanton Zug nach den Angaben der IV-Kommission 9 300 Franken. In Beziehung gesetzt zum Invalidenerwerbseinkommen von 6 400 Franken, ergibt dies einen Invaliditätsgrad von 31 Prozent.

Der Versicherte macht ferner geltend, wenn er nicht an Kinderlähmung gelitten hätte, so wäre er heute Geschäftsinhaber oder mindestens Teilhaber des väterlichen Baugeschäftes. In dieser Eigenschaft könnte er mindestens 14 400 bis 16 800 Franken im Jahr verdienen. Abgesehen davon, daß ihm der Arbeitgeber die Fähigkeit, selbständig ein Baugeschäft zu führen, abspricht, ist folgendes zu berücksichtigen: Das EVG hat in einem Urteil vom Jahre 1961 festgestellt, daß bei der Bemessung hypothetischer Einkommen — klar

ausgewiesene Sonderfälle vorbehalten — auf die durchschnittlichen und nicht auf die maximalen Einkommenswerte abzustellen sei. Zwar hat der Bruder dieses Geschäft auf den 1. Juni 1957 übernommen, ist dann aber am 2. September 1960 gestorben. Nach den Steuerakten erzielte er ein Einkommen von 10 020 Franken im Jahre 1958 und von 15 568 Franken im Jahre 1959. Wenn die IV-Kommission bei dieser Sachlage das ohne Invalidität erzielbare durchschnittliche Erwerbseinkommen auf 12 000 Franken veranschlagt, so ist diese Schätzung im Ergebnis vertretbar. Selbst wenn der Versicherte das elterliche Geschäft zusammen mit einem älteren Bruder hätte übernehmen können, hätte sich der Umsatz dieses kleineren Baugeschäftes nach aller Wahrscheinlichkeit auch bei gemeinsamer Führung nicht merklich steigern lassen.

4. Da das ohne Invalidität erzielbare Erwerbseinkommen auf 12 000 Franken angesetzt werden darf (wobei es sich allerdings um einen Grenzfall handeln dürfte), geht aus dem Vergleich mit dem Invalideneinkommen von 6 400 Franken eine Erwerbseinbuße von 46 Prozent hervor. Der ledige Versicherte muß mit seinem Einkommen nur den eigenen Lebensunterhalt bestreiten, weshalb auch kein Härtefall vorliegt. Unter diesen Umständen fehlen zurzeit die Voraussetzungen zur Ausrichtung einer Invalidenrente; die Beschwerde muß daher abgewiesen werden. Vorbehalten bleibt die Möglichkeit der Revision bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit (Art. 41 IVG).

Urteil des EVG vom 28. November 1962 i. Sa. H. W.

Art. 28, Abs. 2, IVG. Lassen sich die beiden für die Invaliditätsbemessung maßgebenden Einkommen einwandfrei ermitteln, so kann die aus ihnen gewonnene Verhältniszahl nicht noch mit einer ärztlichen Schätzung des Invaliditätsgrades kombiniert werden.

Der 1918 geborene Versicherte, ursprünglich Magaziner, arbeitete bis 31. Januar 1959 als Chauffeur. Wegen Coxarthrose (Leiden des Hüftgelenks) links gab er diese Stelle auf und ist seit 1. Februar 1959 als Hilfskraft tätig. Der behandelnde Arzt schätzte seine Arbeitsunfähigkeit auf 50 Prozent. Die IV-Kommission stellte eine Invalidität von 40 Prozent fest. Da mit Rücksicht auf die Familienlasten (vier Kinder zwischen 11 und 16 Jahren, große Auslagen für ärztliche Behandlung) ein Härtefall angenommen wurde, sprach die Ausgleichskasse dem Versicherten eine halbe IV-Rente zu.

Ende 1961 überprüfte die IV-Kommission die Rentengrundlagen und stellte fest, daß der Versicherte ohne Invalidität 11 000 Franken verdienen könnte, während er als Invaliden ein Einkommen von 7 900 Franken erzielt, was auch seinen noch vorhandenen Einsatzmöglichkeiten entspreche. Gestützt auf diese Zahlen ergab sich ein Invaliditätsgrad von 28 Prozent, weshalb die Rente aufgehoben wurde. Auf Beschwerde hin sprach die kantonale Rekursbehörde eine halbe Rente zu mit der Begründung, daß neben der Berechnung auf Grund des Einkommens auch die Invaliditätsschätzung des Arztes, die auf 50 Prozent laute, berücksichtigt werden müsse, weshalb die Annahme eines Invaliditätsgrades von 40 Prozent angemessen sei. Das Vorliegen eines Härtefalles sei zu bejahen, weshalb Anspruch auf eine halbe IV-Rente bestehe.

Diesen Entscheid zog das BSV mit Berufung an das EVG weiter, da es nicht zulässig sei, den zutreffend berechneten Invaliditätsgrad mit einer ärzt-

lichen Schätzung in Beziehung zu setzen und so den Invaliditätsgrad ermessensweise zu bestimmen. Das EVG hat die Berufung mit folgender Begründung geschützt:

1. ...
2. ...

3. Der Versicherte bezog seit dem 1. Januar 1960 eine halbe einfache Invalidenrente nebst Zusatzrenten für seine Ehefrau und seine vier Kinder im Alter von 11—16 Jahren. Die IV-Kommission stellte damals einen Invaliditätsgrad von 40 Prozent fest und nahm unter Berücksichtigung der großen Familienlasten einen Härtefall an. Streiting ist die Frage, ob am 1. Januar 1962 die Voraussetzungen für eine Rentenrevision erfüllt waren. Eine Rentenrevision setzt gemäß Art. 41 IVG voraus, daß sich der Grad der Invalidität des Rentenbezügers in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

a. Zunächst ist festzustellen, daß der Versicherte bis 31. Januar 1959 Chauffeur war. Seit dem 1. Februar 1959 ist er in einem Eisenwerk in Stellung. Die IV-Kommission war daher im Jahre 1960 mit Rücksicht auf den noch wenig weit zurückliegenden Stellenwechsel befugt, das zumutbare Invalideneinkommen tiefer anzusetzen, als der tatsächliche Lohn damals betrug. Zur Zeit der Revisionsverfügung war der Versicherte indessen wieder eingegliedert. Sein tatsächliches Einkommen mußte in diesem Zeitpunkt als einer der beiden kraft Art. 28 IVG maßgeblichen Bemessungsfaktoren herangezogen werden.

b. Die Vorinstanz hat die Verhältniszahl zwischen den nach Art. 28, Abs. 2, IVG allein maßgeblichen Einkommensgrößen mit der ärztlichen Schätzung kombiniert. Dieses Vorgehen ist gesetzwidrig, sofern die beiden hypothetischen Einkommen gemäß Art. 28, Abs. 2, IVG einwandfrei ermittelt werden können, wie dies im vorliegenden Fall zutrifft. Die IV-Kommission, welche nur von den beiden hypothetischen Einkommen des Art. 28, Abs. 2, IVG ausgegangen ist, hat die Invalidität des Versicherten mit 28 Prozent richtig errechnet.

c. Da die Invalidität in der ersten Kassenverfügung (vom 19. August 1960) mit 40 Prozent angenommen wurde, hat sich der Invaliditätsgrad des Versicherten seither in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert. Der die Rentenrevision ablehnende Entscheid der Vorinstanz ist daher aufzuheben und die Kassenverfügung vom 5. Januar 1962 wieder herzustellen.

Urteil des EVG vom 11. Januar 1963 i. Sa. M. P.

Art. 5, Abs. 1, IVG und Art. 27 IVV. Die infolge Kinderlähmung gehbehinderte Ehefrau eines Landwirtes und Weinbauern, die den Haushalt praktisch allein besorgen kann und deren Mithilfe bei den Feldarbeiten untergeordnete Bedeutung zukommt, ist weniger als zur Hälfte invalid.

Die 1913 geborene Versicherte leidet an den Folgen einer Kinderlähmung und ist beim Gehen behindert. Außerdem leidet sie an einem Dekubitalgeschwür. Sie ist mit einem Landwirt und Weinbauern verheiratet; sie besorgt den Haushalt für drei Personen und hilft ihrem Ehemann bei den Feldarbeiten.

Die Ausgleichskasse sprach ihr zunächst eine ganze einfache Invalidenrente zu, verweigerte jedoch nach einer Revision jegliche Rentenleistung, da sich der Zustand der Versicherten gemäß den Aussagen des Arztes verbessert habe. In der Tat konnte die Versicherte ihrer Haushaltarbeit mit Ausnahme beschwerlicher Verrichtungen wieder nachkommen.

Auf die Beschwerde der Versicherten hin bestätigte die kantonale Rekursbehörde die Verfügung der Ausgleichskasse, da der Invaliditätsgrad der Versicherten wirtschaftlich betrachtet weniger als 50 Prozent betrage.

Gegen den kantonalen Rekursentscheid reichte die Versicherte Berufung ein; das EVG bestätigte das erstinstanzliche Urteil aus folgenden Erwägungen:

1. Die Berufungsklägerin beantragte sowohl in ihrer Beschwerde an die kantonale Rekurskommission wie auch in ihrer Berufung an das EVG die Ausrichtung einer halben Invalidenrente; damit anerkannte sie im Grundsatz die in ihrem Fall auf den 1. April 1962 vorgenommene Revision. In der Tat waren die IV-Organen in Anwendung von Art. 41 IVG zu Recht ermächtigt, ihre Rentenverfügung zu überprüfen und insbesondere die früher zugesprochene Renten aufzuheben.

2. Nach dem Wortlaut von Art. 28, Abs. 1, IVG kann ein Versicherter nur dann eine Rente beanspruchen, wenn er mindestens zur Hälfte (50 Prozent) invalid ist. In den sogenannten Härtefällen steht ihm allerdings eine Rente schon bei einer Invalidität von mindestens zwei Fünfteln (40 Prozent) zu. Art. 4 IVG umschreibt die Invalidität als «die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit». Im vorliegenden Fall bestehen keine Zweifel darüber, daß die Berufungsklägerin in ihrer Gesundheit beeinträchtigt ist und daß diese Beeinträchtigung die Folge einer Krankheit ist.

Erwachsene Versicherte, die vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben und denen die Ausübung einer solchen nicht zugemutet werden kann, werden gemäß Art. 5 IVG dann als invalid angesehen, wenn sie durch den Gesundheitsschaden darin behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenkreis zu betätigen. Diese Bestimmung wird in Art. 27 IVV präzisiert.

3. Die Bestimmungen, welche die nichterwerbstätigen Versicherten, insbesondere die Hausfrauen, betreffen, sind im vorliegenden Fall anzuwenden, wie das richtigerweise die IV-Kommission schon ausführte. Da die Versicherte, die den Beruf einer Büroangestellten erlernt hatte, seit ihrer Verheiratung im Jahre 1951 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachging und der erlernte Beruf mit ihrem Gesundheitsschaden nicht unvereinbar ist — sie hat ihn in der Tat nach Eintritt der Invalidität noch ausgeübt — und da sich ferner der Ehemann der Versicherten in einer für landwirtschaftliche Verhältnisse verhältnismäßig guten finanziellen Lage befindet, kann man begründeterweise annehmen, sie hätte aller Wahrscheinlichkeit nach weder unmittelbar vor dem 1. Januar 1960 noch vor dem Monat März 1962 eine Erwerbstätigkeit ausgeübt. Die Invalidität der Versicherten ist somit nach der Regel von Art. 27 IVV zu bestimmen.

4. Die IV-Kommission und die kantonale Rekurskommission scheinen lediglich die Hausfrauentätigkeit der Versicherten berücksichtigt zu haben.

Die Versicherte ist jedoch die Gattin eines Landwirtes und Weinbauern, und es ist daher Art. 27, Abs. 2, IVV anzuwenden, wonach als Aufgabenbereich der Hausfrau «die übliche Tätigkeit im Haushalt und allenfalls im Betrieb des Ehemannes sowie die Erziehung der Kinder» gilt. Im vorliegenden Fall beschränkt sich die Tätigkeit der Versicherten, die keine minderjährigen Kinder hat, auf die Führung des Haushaltes, sowie bis zu einem gewissen Grade auf die Mitarbeit im Betrieb des Ehemannes. Diese Mitarbeit ist unabhängig von der Größe des Landwirtschaftsbetriebes und von dem für die Bewirtschaftung eingesetzten Personalbestand; denn es ist offensichtlich, daß die Mitarbeit der Ehefrau in einem kleinen Landwirtschaftsbetrieb, wo die Anstellung von Hilfskräften nicht möglich ist, wichtiger ist als in einem großen mit entsprechendem Personalbestand.

Aus dem von der Berufungsklägerin zur Bestimmung des Invaliditätsgrades am 8. Januar 1962 ausgefüllten Fragebogen für Hausfrauen geht hervor, daß die Versicherte mit Ausnahme der Einkünfte praktisch sämtliche Hausarbeiten verrichten kann. Auf dem Lande sind Einkäufe seltener, und überdies kann die Berufungsklägerin ihre Bestellungen per Telephon, auf das die Eheleute P. abonniert sind, aufgeben. Ferner lassen die Tatsache, daß es sich um einen Haushalt von nur drei Personen handelt, sowie die Anwesenheit des Sohnes und die Größe des Hofes darauf schließen, daß die Mitarbeit der Versicherten im Betrieb des Ehemannes von durchaus zweitrangiger Bedeutung ist.

Unter diesen Umständen kann nicht behauptet werden, die kantonalen IV-Behörden hätten durch die Aufhebung der Rente ihre Ermessensbefugnisse überschritten.

5. ...

Urteil des EVG vom 8. November 1962 i. Sa. A. D.

Art. 29, Abs. 1, IVG. Übt der nach langer Krankheit rentenberechtigte Versicherte entgegen der medizinisch begründeten Anordnung des Arztes eine Erwerbstätigkeit aus, so gilt er weiterhin als erwerbsunfähig. (Erwägung 1)

Art. 7, Abs. 1, IVG. Grobfahrlässige Verschlimmerung der Invalidität liegt vor, wenn der Versicherte elementarste Vorsichtsgebote verletzt und das mißachtet, was jeder verständige Mensch in der gleichen Lage und unter gleichen Umständen beachtet hätte. Gibt er sein grobfahrlässiges Verhalten auf, so kann es sich rechtfertigen, die Renten Kürzung auf die Zeit des grobfahrlässigen Verhaltens zu beschränken. (Erwägung 2)

Der 1908 geborene Versicherte erkrankte im April 1960 an offener Lungentuberkulose. Am 29. April 1960 gab er seine bisherige Stelle auf und wurde am 9. Mai 1960 ins Sanatorium eingeliefert. Der Arzt rechnete mit einer Kur von 9 bis 12 Monaten. Gegen ärztlichen Rat verließ der Patient das Sanatorium bereits am 20. November 1960. In der Folge ließ er sich mehrmals von der ärztlichen Fürsorgestelle gegen die Tuberkulose untersuchen. Während des ganzen Jahres 1961 sträubte er sich, in das Sanatorium zurückzukehren. Trotz ärztlichen Verbotes trat er Ende August 1961 eine Stelle an, die er bis gegen Jahresende beibehielt. In der übrigen Zeit hielt sich der Ver-

sicherte zu Hause auf, wo er leichte Arbeiten im Haushalt und im Garten erledigte. Am 26. April 1962 trat er in das Kantonsspital ein, um eine längst empfohlene Lungenoperation vornehmen zu lassen. Die Operation mußte unterbleiben, da sie zu wenig Erfolg versprach.

Die Ausgleichskasse hat das Begehren des Versicherten um Ausrichtung einer Rente mit Verfügung vom 27. Oktober 1961 abgelehnt. Die Rekurskommission wies die hiegegen erhobene Beschwerde ab, indem sie feststellte, es werde für die Zeit vom 9. Mai bis 27. November 1961 keine Invalidenrente geschuldet. Der Versicherte erklärte hierauf Berufung und verlangte sinngemäß die Zuspreehung einer Invalidenrente. Das EVG hat die Berufung mit folgender Begründung teilweise geschützt:

1. ...

a. Der Versicherte hat sich am 9. April 1960 um Leistungen der IV beworben, indem er eine Ankylose (Gelenkversteifung) der rechten Hüfte, verbunden mit einer Beschränkung der Bewegungsfreiheit (seit 1938) geltend machte. Indessen genügten diese Hüftbeschwerden nicht, um einen Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen oder eine Invalidenrente zu begründen: der Versicherte, der keinen Beruf erlernt hat, war bis April 1960 als Fabrikarbeiter tätig — zuletzt zu einem Stundenlohn von Fr. 2.40. Diese Tätigkeit hat er erst wegen der Tuberkulose aufgegeben. Es ist daher lediglich zu prüfen, ob die Folgen der Tuberkulose Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen oder eine Invalidenrente geben.

b. Nach den überzeugenden ärztlichen Berichten scheidet die Annahme einer bleibenden Erwerbsunfähigkeit aus, da die Tuberkulose des Versicherten als weitgehend heilbar erscheint. Es fragt sich indessen nach Art. 29, Abs. 1, IVG, ob der Versicherte während 360 Tagen voll arbeitsunfähig war und danach weiter mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig blieb.

aa. Der Versicherte hat am 29. April 1960 auf ärztliche Anordnung seine Stelle aufgegeben und ist am 9. Mai 1960 in das Sanatorium eingetreten. Bis zum 20. November 1960 blieb er dort und kehrte dann zu seiner Familie zurück. Auch die Invalidenversicherungskommission bezweifelt nicht, daß er bis zu seiner Rückkehr voll arbeitsunfähig war. Sie hält aber dafür, daß er anschließend nicht mehr als voll arbeitsunfähig gelten könne, weil er im Haushalt und Garten mithalf. Mit Recht wendet der Versicherte ein, daß er — trotz ein paar unbezahlten Gelegenheits- und Gefälligkeitsarbeiten — wegen seines Gesundheitszustandes nach Verlassen des Sanatoriums im November 1960 weiterhin (und zwar während mehr als insgesamt 360 Tagen) voll arbeitsunfähig gewesen sei. Arbeit war in der Tat medizinisch nicht angängig und die kleinen Verrichtungen außerdem nicht Ausdruck von Arbeitsfähigkeit. Da der Versicherte am 29. April 1960 die Arbeit weisungsgemäß einstellte, war die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 360 Tagen voller Arbeitsunfähigkeit im April 1961 erfüllt. Gemäß Art. 29, Abs. 1, IVG wird die Rente für den Monat, in dem der Anspruch entsteht, voll ausgerichtet, weshalb als Stichtag — entgegen der Meinung der Vorinstanz — der 1. April 1961 gilt.

bb. Zu prüfen ist weiter, ob der Versicherte von diesem Zeitpunkt hinweg mehr oder weniger als zu zwei Dritteln erwerbsunfähig war. Die Tätigkeit in Haus und Garten kann — wie bereits erwähnt — unberücksichtigt bleiben. Die Erwerbstätigkeit während der zweiten Hälfte des Jahres 1961 war medi-

zinisch kontraindiziert. Mit dem BSV ist anzunehmen, daß sie dem Versicherten nicht zumutbar gewesen wäre. Daher war er seit dem 1. April 1961 mehr als zu 66 $\frac{2}{3}$ Prozent erwerbsunfähig, so daß ihm für diese Zeit eine ganze einfache Invalidenrente — nebst Zusatzrente für die Ehefrau — zusteht.

cc. Die Vorinstanz hat in ihrem Entscheid über den Rentenanspruch nur bis zum 27. November 1961 (Datum der Beschwerde) befunden. Die angefochtene Kassenverfügung enthält aber keine solche zeitliche Beschränkung, und es ist auch nicht ersichtlich, warum für die Zeit nach dem 27. November 1961 eine neue Stellungnahme der IV vorbehalten werden soll. Allerdings trifft es zu, daß die Krankheit des Versicherten nach ärztlicher Feststellung in absehbarer Zeit heilbar ist. Sollte sich seine Erwerbsfähigkeit tatsächlich bessern, dann wäre diesem Umstand durch eine Revision der Rente Rechnung zu tragen (Art. 41 IVG). Der vorliegende Fall ist daher, soweit es um den Endtermin des Anspruches auf eine Invalidenrente geht, ohne zeitliche Schranke zu behandeln.

2. Nach Art. 7 IVG können Geldleistungen dauernd oder vorübergehend verweigert, gekürzt oder entzogen werden, wenn ein Versicherter die Invalidität vorsätzlich oder grobfahrlässig oder bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert hat. Vorsatz entfällt im vorliegenden Fall zum vorneherein. Die Anwendung dieser Gesetzesbestimmung hängt daher nur davon ab, ob dem Versicherten grobe Fahrlässigkeit deshalb vorgeworfen werden kann, weil er durch den eigenmächtigen Austritt aus dem Sanatorium (am 20. November 1960) und sein seitheriges Verhalten die Invalidität verlängerte und damit verschlimmerte.

a. Grobfahrlässig handelt, wer unter Verletzung der elementarsten Vorsichtsgebote das außer acht läßt, was jedem verständigen Menschen in der gleichen Lage und unter den gleichen Umständen hätte einleuchten müssen. Diese Definition des Rechtsbegriffs der groben Fahrlässigkeit wird im Sozialversicherungsrecht allgemein angewendet, entsprechend der langjährigen Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zu Art. 7 MVG und Art. 98 KUVG (EVGE 1941 S. 29, 1949 S. 136, 1956 S. 209, 1957 S. 164 und 1959 S. 104). Sie ist daher auch ins Invalidenversicherungsrecht zu übertragen.

b. Danach besteht die grobe Fahrlässigkeit aus zwei Elementen:

- aus einem objektiven, nämlich der Verletzung elementarster Vorsichtsgebote, und
- aus einem vorwiegend subjektiven, nämlich Mißachtung dessen, was jeder verständige Mensch in der gleichen Lage und unter gleichen Umständen beachten hätte.

aa. Im vorliegenden Fall ist die Verletzung elementarster Vorsichtsgebote erstellt, so daß der Versicherte in objektiver Hinsicht ohne Zweifel grobfahrlässig gehandelt hat: Denn er hat eigenmächtig das Sanatorium verlassen und es entgegen dem Rat des Arztes bis im April 1962 abgelehnt, die erfolgreich begonnene Kur fortzusetzen. Zudem ließ er sich als Arbeiter einstellen, obwohl der Arzt und die Tuberkulose-Fürsorgestelle versuchten, ihn davon abzuhalten. Bis in den Winter 1961 begab er sich, immer noch an einer offenen Tuberkulose leidend, täglich von seinem Wohnort nach der benachbarten Stadt, wo er im Dienste einer Firma stand, die sich mit der Verwertung von Abfällen befaßt. Erst nachdem er gestützt auf ein Zeugnis

der Tuberkulose-Fürsorgestelle entlassen worden war, hat er die Arbeit eingestellt. Das Verhalten des Versicherten war für die Verzögerung seiner Heilung wahrscheinlich kausal, was nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts genügt.

bb. Diese Verletzung elementarster Vorsichtsgebote muß — nach der oben angeführten Definition der groben Fahrlässigkeit — davon herrühren, daß der Versicherte das außer acht gelassen hat, was einem verständigen Menschen in gleicher Lage und unter gleichen Umständen hätte einleuchten müssen.

Einem verständigen Arbeiter, noch so einfacher Natur, hätte es zweifellos eingeleuchtet, daß er das Sanatorium nach der begonnenen Kur nicht verlassen durfte: denn die Ärzte des Sanatoriums hatten sogar einen kurzen Urlaub verweigert. Der Arzt von der Tuberkulose-Fürsorgestelle erklärte dem Versicherten nachher bei den freiwilligen Kontrollen mehrmals, er sei anstaltsbedürftig und erwerbsunfähig, weil er immer noch an einer offenen Tuberkulose leide. Auch ein einfacher Arbeiter muß, wenn er nicht von starrem Eigensinn geblendet ist, einsehen, daß man sich nicht ohne gesundheitlichen Nachteil monatelang über einen wiederholt und von mehreren Ärzten übereinstimmend geäußerten Rat hinwegsetzt. Der Versicherte mußte auch wissen, daß offene Tuberkulosen regelmäßig im Sanatorium zu behandeln sind; denn kaum jemand seiner Generation hat nicht tuberkulöse Personen gekannt, die nur, wenn überhaupt, durch einen längeren Sanatoriumsaufenthalt geheilt werden konnten. Ebenso wußte er aus den Kontrollen bei der Tuberkulose-Fürsorgestelle, daß Arbeit seine Heilung verzögere; nicht ohne Grund versetzte er nämlich die Fürsorgerin in den Glauben, er werde keine Stelle antreten. Zudem muß auch einem einfachen Mann einleuchten, daß er mit einer offenen Tuberkulose die Umgebung gefährdet, weil er ansteckend wirkt.

Somit sind die objektiven und die subjektiven Voraussetzungen der Grobfahrlässigkeit erfüllt. Es ist demzufolge davon auszugehen, daß der Versicherte sich seit dem Austritt aus dem Sanatorium im November 1960 grobfahrlässig verhalten hat.

c. Art. 7, Abs. 1, IVG lehnt sich — wie aus der bundesrätlichen Botschaft zum IVG hervorgeht — an die Ausschluß- und Kürzungsbestimmungen der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 98 KUVG) und der Militärversicherung (Art. 7 MVG) an. In der obligatorischen Unfallversicherung ist gesetzlich vorgeschrieben, daß bei grobfahrlässigem Herbeiführen des Schadens die Leistungen gekürzt werden; der gänzliche Entzug wird ausdrücklich Fällen vorsätzlicher Verursachung des Schadens vorbehalten (Art. 98, Abs. 1, KUVG). Das hat die Rechtsprechung sinngemäß auch für die Belange der Militärversicherung zur Regel gemacht (EVGE 1936, S. 68).

Der Grundsatz, daß bei grobfahrlässiger Herbeiführung des Schadens die Leistungen nur gekürzt werden, hat sich in der Praxis bewährt. Er drängt sich als Regel auch auf dem Gebiete der IV auf, wobei es immerhin nicht als ausgeschlossen erscheint, in der IV eine kraß grobfahrlässige Herbeiführung der Invalidität doch durch gänzlichen Entzug der Geldleistungen zu ahnden (EVGE 1962, S. 104; ZAK 1962, S. 438 ff.).

Im vorliegenden Fall steht zwar ein langdauerndes grobfahrlässiges Verhalten in Frage, das die Invalidität mindestens verlängert hat. Hinreichende

Gründe für einen ausnahmsweisen gänzlichen Entzug der Geldleistungen liegen aber trotzdem nicht vor. Denn der Versicherte hat immerhin 6 Monate im Sanatorium ausgeharrt, verspürte keine Beschwerden und ließ sich nach dem Austritt aus dem Sanatorium durch die Tuberkulose-Fürsorgestelle kontrollieren.

d. Da im vorliegenden Fall die Geldleistungen zu kürzen sind, entsteht die Frage nach Objekt, Art und Maß der Kürzung.

aa. Objekt der Kürzung sind nach Art. 7, Abs. 1, IVG die Geldleistungen. Zu kürzen ist demnach ohne Zweifel die Rente, auf die der Versicherte persönlich Anspruch hat. Wie in EVGE 1962, S. 106, ausgeführt ist, wird davon eine allfällige Zusatzrente von Angehörigen, welche die Invalidität des Versicherten nicht verschuldet haben, nicht erfaßt. Dementsprechend ist die Zusatzrente der Ehefrau des Versicherten ungeschmälert auszurichten, da den Akten nichts zu entnehmen ist, was auf ein Verschulden ihrerseits deutete.

bb. Die Bestimmung des Maßes der Kürzung ist eine Ermessensfrage. Immerhin hat das Gericht in der obligatorischen Unfallversicherung und in der Militärversicherung eine gewisse maßliche Einheitlichkeit der Kürzungspraxis erreicht. Diese Praxis muß auch bei der Anwendung von Art. 7 IVG wegleitend sein. Geht die Invalidität auf ein einmaliges grobfahrlässiges Verhalten zurück, so werden meistens (vor allem bei Verkehrsunfällen) Kürzungen von 20—30 Prozent verfügt (EVGE 1962, S. 107). Zwar hat sich das grobfahrlässige Verhalten des Versicherten über mehr als ein Jahr ausgedehnt und wiegt schon aus diesem Grunde schwer. Allein es mag dem Versicherten zugute gehalten werden, daß er sich, menschlich begreiflich, nach Hause zurücksehnte und daß er durch seine Erwerbstätigkeit versuchte, etwas beizutragen, um die Familie vor finanzieller Bedrängnis zu bewahren. Im Hinblick auf die Umstände und die Person des Versicherten erscheint es als gerechtfertigt, die Leistungen nicht über 30 Prozent zu kürzen.

cc. Was sodann die Art der Kürzung betrifft, so sieht das Gesetz die dauernde und die vorübergehende Kürzung der Geldleistungen vor. In der obligatorischen Unfallversicherung und in der Militärversicherung werden die Leistungen nie vorübergehend, sondern immer dauernd gekürzt. Die dauernde Kürzung der Geldleistungen wird in der IV wenigstens die Regel darstellen, soweit Renten in Frage stehen (EVGE 1962, S. 106).

Im vorliegenden Fall ist es indessen gerechtfertigt, von dieser Regel abzuweichen: Art. 7, Abs. 1, IVG erwähnt ausdrücklich die Verschlimmerung der Invalidität. Die Invalidität verschlimmern heißt unter den gegebenen Umständen — so weit ersichtlich — die Genesung hindern oder verzögern. Wesentlich für die Hinderung oder Verzögerung der Heilung war nach ärztlicher Ansicht der Austritt aus dem Sanatorium im November 1960. Am 26. April 1962 trat der Versicherte indessen in das Kantonsspital ein; damit hörte sein Widerstand und sein fortgesetztes grobfahrlässiges Verhalten auf. Auch wenn dadurch die bereits verursachten Folgen nachträglich nicht ungeschehen gemacht werden, so rechtfertigt es sich doch, auch die Invalidenrente entsprechend zeitlich beschränkt zu kürzen.

An sich wäre der Kürzungstatbestand mit dem eigenmächtigen Verlassen des Sanatoriums (20. November 1960) erfüllt. Da die Rentenberechtigung aber erst am 1. April 1961 einsetzte, kann die Kürzung der Invalidenrente sich nicht vorher auswirken. Am 26. April 1962 ist der Versicherte in

das Spital eingetreten. Wie schon früher ausgeführt, wird die Rente für den Monat, in dem der Anspruch entsteht, voll ausgerichtet (Art. 29, Abs. 1, IVG). Dieser Grundsatz ist auch beim Ende der Kürzung einer Invalidenrente anzuwenden. Die Rente ist deshalb dem Versicherten vom 1. April 1962 an ungeschmälert auszurichten.

3. Nach dem Gesagten ist die Sache zur maßlichen Festsetzung der Invaliden- und Zusatzrenten im Sinne der Erwägungen an die Ausgleichskasse zurückzuweisen. Die Verwaltung wird abzuklären haben, ob der Versicherte seit dem Austritt aus dem Kantonsspital ärztliche Anordnungen mißachtete oder wiederum eine gesundheitsschädliche Arbeit übernommen hat, was allenfalls eine weitere Kürzung der Invalidenrente rechtfertigen würde. Vorbehalten bleibt die Möglichkeit der Revision bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (Art. 41 IVG).

Urteil des EVG vom 27. November 1962 i. Sa. N. G.

Art. 4 und 29, Abs. 1, IVG. Eine voraussichtlich bleibende Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn wegen der Stabilität des körperlichen und geistigen Gesundheitszustandes des Versicherten zu erwarten ist, daß sie während der nach der mittleren Lebenserwartung normalen Aktivitätsperiode des Versicherten bestehe. Dies trifft nicht zu, wenn ein labiles pathologisches Geschehen, z. B. eine akute Krankheit vorliegt.

Art. 29, Abs. 1, IVG und Art. 29 IVV. Bei einer Versicherten, die von einer rasch fortschreitenden Krankheit betroffen wurde und ihre Arbeit von Juni bis Mitte September 1960 unterbrechen mußte, aber von da an bis zur endgültigen Arbeitsaufgabe am 17. November 1960 teilweise wieder erwerbstätig war, beginnt die 360tägige Frist der vollen Arbeitsunfähigkeit am 18. November 1960 zu laufen.

Die 1903 geborene Versicherte wurde 1954 wegen eines Krebsleidens operiert. Seit Frühling 1960 aufgetretene Metastasen machten eine radiotherapeutische Behandlung notwendig und führten am 23. Juni zu einem Arbeitsunterbruch; die Versicherte nahm die Arbeit am 15. September wieder teilweise auf, mußte dann aber vom 17. November 1960 an jede Erwerbstätigkeit aufgeben. Sie starb im März 1962. Die IV-Kommission stellte fest, daß die Versicherte ihren Lohn bis Ende Januar 1961 bezogen hatte und erachtete den Anspruch auf eine Invalidenrente ab 1. Februar 1961 als gegeben. Nachdem die Versicherte gegen die von der Ausgleichskasse auf Grund des Beschlusses der IV-Kommission erlassene Verfügung Beschwerde erhoben hatte, legte die Rekurskommission den Beginn des Rentenanspruchs auf den 1. November 1960 fest, indem sie die Dauer der Lohnzahlung des Arbeitgebers nicht als ausschlaggebend für den Beginn der Invalidität erachtete.

Auf Berufung des BSV hob das EVG den erstinstanzlichen Entscheid auf und stellte fest, daß ein Rentenanspruch vom 1. November 1961 bis 31. März 1962 bestand, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Laut Art. 28, Abs. 1, IVG besteht ein Anspruch auf Rente, wenn der Versicherte mindestens zur Hälfte (50 Prozent) invalid geworden ist; in

Härtefällen kann die Rente schon bei einer Invalidität von mindestens zwei Fünfteln (40 Prozent) ausgerichtet werden. Nach Art. 4 IVG «gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit».

Zur Begründung eines Rentenanspruchs genügt es demnach nicht, daß ein Geburtsgebrechen, eine Krankheit oder ein Unfall vorliegt. Der dadurch verursachte körperliche oder geistige Gesundheitsschaden muß eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben, die entweder voraussichtlich bleibend ist oder längere Zeit dauert.

2. Art. 29, Abs. 1, IVG regelt, von der gesetzlichen Begriffsbestimmung der Invalidität und den beiden darin enthaltenen Voraussetzungen ausgehend, den Beginn des Rentenanspruches. Laut dieser Bestimmung beginnt somit der Rentenanspruch entweder «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».

Eine voraussichtlich bleibende Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn wegen der Stabilität des körperlichen oder geistigen Gesundheitszustandes zu erwarten ist, daß sie wahrscheinlich während der nach der mittleren Lebenserwartung seines Jahrganges normalen Aktivitätsperiode des Versicherten bestehe und daß auch Eingliederungsmaßnahmen keine vollständige oder doch erhebliche Besserung der Erwerbsfähigkeit mehr erwarten lassen. Nach der Rechtsprechung (vgl. z. B. Urteil i. Sa. M. S. vom 22. September 1962; ZAK 1963, S. 88) kann in der Regel nicht von einer voraussichtlich bleibenden Erwerbsunfähigkeit im Sinne der ersten Voraussetzung von Art. 29, Abs. 1, IVG gesprochen werden, wenn ein labiles pathologisches Geschehen vorliegt, wie es bei akuten Krankheiten zutrifft.

Der Begriff der längere Zeit dauernden Erwerbsunfähigkeit verlangt anderseits nicht, daß sie voraussichtlich bleibend ist. Art. 29, Abs. 1, IVG hält diese zweite Voraussetzung auf dem Gebiete der Renten für erfüllt, wenn der Versicherte während mindestens 360 Tagen ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig gewesen ist. So wird denn der Rentenanspruch im Falle einer akuten, eine volle Arbeitsunfähigkeit verursachenden Krankheit, die jedoch im allgemeinen nicht eine Dauerinvalidität im Sinne der ersten Voraussetzung anzunehmen erlaubt, erst dann entstehen, wenn eine Frist von 360 Tagen abgelaufen ist und der Versicherte noch wenigstens zur Hälfte erwerbsunfähig ist. Die künftige Dauer dieser Erwerbsunfähigkeit ist daher nicht maßgebend (vgl. z. B. Urteil i. Sa. S. F. vom 5. November 1962; ZAK 1963, S. 141).

3. Im vorliegenden Fall war keine voraussichtlich bleibende Invalidität der Versicherten anzunehmen. Bei der Aufgabe der Erwerbstätigkeit lag nämlich keine Stabilität im Gesundheitszustand vor, der auf eine auf die ganze normale Aktivitätsperiode ausgedehnte Erwerbsunfähigkeit schließen ließ; der bösartige und fortschreitende Charakter der Krankheit ließ vielmehr befürchten, daß früher oder später der Tod eintreten werde. Da die erste Voraussetzung von Art. 29, Abs. 1, IVG somit nicht erfüllt war, konnte der Rentenanspruch erst nach Ablauf der in der zweiten Voraussetzung aufgestellten 360tägigen Frist entstehen.

Das Gesetz verlangt für diese Frist eine volle Arbeitsunfähigkeit. Nun hatte aber die Versicherte nach einem ersten Unterbruch ihre Erwerbstätigkeit vom Juni bis Ende Sommer 1960 wieder aufgenommen. Obwohl es sich nur um eine teilweise Erwerbstätigkeit handelte, erlaubt es deren zweimonatige Dauer doch nicht, sie außer Betracht zu lassen (da sie die in Art. 29 IVV festgelegte Toleranzspanne für kurzfristige Arbeitsaufnahme überschreitet). Eine volle Arbeitsunfähigkeit kann nur von der im November 1960 erfolgten definitiven Arbeitsniederlegung an angenommen werden und der Rentenanspruch erst am 1. November 1961 entstehen. Dieser dauerte bis zum Ende des Todesmonats, also bis 31. März 1962.

Urteil des EVG vom 30. November 1962 i. Sa. A. P.

Art. 42 IVG und Art. 39 IVV. Der an linksseitiger Lähmung und Muskelatrophie leidende Versicherte, der lediglich beim Rasieren, Einknöpfen der Kleider, Schuhanziehen und bei der Zerkleinerung der Speisen Hilfe benötigt, ist nicht in rechtserheblicher Weise hilflos.

Art. 41 IVG. Macht der Versicherte im Beschwerdeverfahren geltend, seine Hilflosigkeit habe erheblich zugenommen, so hat zunächst die IV-Kommission ein Revisionsverfahren durchzuführen und Beschluß zu fassen.

Der seit 1956 an linksseitiger Lähmung und Muskelatrophie leidende Versicherte ist nicht mehr fähig, sich als Landarbeiter zu betätigen, und lebt bei seinem Bruder, der ihm Unterkunft gewährt, ohne Abgeltung durch Arbeit zu verlangen. Nachdem er auf eine erste Anmeldung hin als 100prozentig invalid erklärt worden und ab 1. Januar 1960 in den Genuß einer einfachen Invalidenrente gelangt war, reichte er am 13. Januar 1961 eine neue, auf den Bezug einer Hilflosenentschädigung gerichtete Anmeldung ein. Gestützt auf den Beschluß der IV-Kommission eröffnete ihm die Ausgleichskasse am 12. Oktober 1961 eine ablehnende Verfügung.

Der Versicherte beschwerte sich bei der kantonalen Rekursbehörde. Diese entschied gestützt auf ein ärztliches Gutachten, daß der Versicherte seit 1. Januar 1961 zu zwei Dritteln hilflos sei. Die gegen diesen Entscheid vom BSV eingereichte Berufung wurde vom EVG aus folgenden Gründen gutgeheißen:

Schon in mehreren Urteilen (besonders in EVGE 1961, S. 58 und 343; ZAK 1962, S. 47 und 190) hat das EVG den Begriff der Hilflosigkeit im Sinne von Art. 42 IVG dargelegt und die für den Grad der Hilflosigkeit nach Art. 39 IVV maßgebenden Kriterien umschrieben. Aus diesen Urteilen geht hervor, daß als hilflos zu betrachten ist, wer für die alltäglichsten und gewöhnlichsten Lebens- und Leibesverrichtungen, wie An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme und Verrichtung der Notdurft, auf fremde Handreichungen angewiesen ist. Da indessen der Begriff der Hilflosigkeit voraussetzt, daß der Versicherte die fremde Hilfe in einem wesentlichen Maße beanspruchen muß, kann eine Hilflosigkeit leichteren Grades nur dann angenommen werden, wenn die nötige Hilfe einen gewissen Umfang erreicht. Es liegt somit auf der Hand, eine Hilflosigkeit mittleren Grades nur dann anzunehmen, wenn der

Invalide für seine täglichen Verrichtungen größtenteils auf fremde Hilfe angewiesen ist, und eine Hilflosigkeit schweren Grades, wenn sich die Hilflosigkeit als so ausgeprägt erweist, daß der Invalide absolut nicht oder doch fast nicht in der Lage ist, allein irgend welche der üblichen Lebensverrichtungen vorzunehmen.

Als die IV-Kommission am 12. September 1961 ihren Beschluß faßte, erachtete sie die Hilflosigkeit des Versicherten als nicht so groß, daß die Zusprechung einer Hilflosenentschädigung gerechtfertigt gewesen wäre. Wie das EVG in den oben genannten Urteilen festhielt, muß den IV-Kommissionen bei der Beurteilung der Umstände im Einzelfall und bei der Bemessung des Hilflosigkeitsgrades ein weiter Spielraum gelassen werden. Nun bestehen im vorliegenden Fall keine Gründe, die nachweisen oder mindestens annehmen lassen könnten, daß die IV-Kommission im Zeitpunkt ihres Beschlusses den Gesamtumständen nicht gerecht geworden wäre und daß sie das Ausmaß der Behinderungen des Versicherten sowie deren Auswirkungen unrichtig beurteilt hätte.

In dem am 7. Juni 1961 ausgefüllten Fragebogen hat der Versicherte angegeben, daß er alle notwendigen Lebensverrichtungen ausführen könne, ausgenommen das Brotschneiden, das Baden und die mühselige Fortbewegung. Diese Angaben hat er im wesentlichen in seinem Beschwerdeschreiben vom 9. November 1961 bestätigt. Immerhin hebt er hervor, daß sich sein Gesundheitszustand anstatt zu verbessern verschlimmere, was ihn zwingt, mehr als früher fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen, hauptsächlich beim Rasieren, Kleiderknöpfen, Schuhebinden und Speisenzerkleinern. Nach diesen vom Versicherten selber gelieferten Auskünften waren die Hilfeleistungen also sowohl zeitlich als ihrer Art nach sehr begrenzt. Folglich konnte er in jenem Zeitpunkt nicht eine so erhebliche Hilflosigkeit aufweisen, daß er Anspruch auf eine Entschädigung gehabt hätte (vgl. Urteil i. Sa. M. N., ZAK 1961, S. 372, in dem das EVG entschieden hat, daß die Notwendigkeit der Inanspruchnahme fremder Hilfe zur Erledigung der zeitlich eng begrenzten täglichen Lebensverrichtungen, wie das An- und Auskleiden, das Aufstehen und Zubettegehen, noch keinen Anspruch auf Hilflosenentschädigung begründet).

Es scheint allerdings, daß sich der Zustand des Versicherten in der Folge verschlimmert hat. Jedenfalls erklärt dies der Arzt, der in seinem Bericht vom 18. Juni 1962 den Grad der damaligen Hilflosigkeit auf 50 Prozent schätzte; darin wird bestätigt, daß sich die Zunahme der Hilflosigkeit ungefähr seit Januar 1961 gezeigt hat. Die kantonale Rekursbehörde, die diesen Arzt als Experten beigezogen hatte, kam zum Schluß, daß auf Grund seiner Feststellungen und Schlußfolgerungen der Beschluß der IV-Kommission nicht geschützt werden könne und daß sich die Gewährung einer Hilflosenentschädigung ab 1. Januar 1961 rechtfertige.

Wie das BSV in seiner Berufungsschrift mit Recht hervorhebt, wäre es Sache des kantonalen Richters gewesen, die Angemessenheit des Beschlusses der IV-Kommission hinsichtlich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Beschlußfassung vorlag, und auf Grund der damaligen Rechtslage zu überprüfen. Nun steht — wie oben erwähnt — fest, daß im September 1961 die IV-Kommission zweifellos mit Grund das Vorhandensein einer Hilflosigkeit, die so gewichtig gewesen wäre, daß sie die Gewährung einer Hilflosenentschädigung gerechtfertigt hätte, verneinte. Der Arzt hat den Patienten erst

am 15. Juni 1962 untersucht. Er schätzte den Grad der Hilflosigkeit wohl auf 50 Prozent, hielt jedoch eindeutig fest, daß sich diese Annahme auf den augenblicklichen Zustand des Versicherten stütze. Außerdem führte er an, daß sich die Zunahme der Hilflosigkeit des Patienten ungefähr seit Januar 1961 zeigte. Aber in jenem Zeitpunkt und im Laufe der darauffolgenden Monate, besonders im September, als die IV-Kommission ihren Beschluß faßte, dürfte der Grad der Hilflosigkeit, nach den Aussagen des Arztes vom Juni 1962, noch nicht die Höhe von 50 Prozent erreicht haben. Weder die Schlußfolgerungen des Arztes noch die übrigen Akten gestatteten demnach dem kantonalen Richter anzunehmen, es sei hinlänglich erwiesen, daß der Versicherte schon seit dem 1. Januar 1961 hilflos war oder, daß die IV-Kommission bei ihrer Beschlußfassung die Gesamtheit der Umstände nicht nach gesundem Urteil gewürdigt habe.

Aus den Akten, insbesondere aus den Auskünften des Versicherten und den Angaben des Arztes, geht im Gegenteil hervor, daß sich der Zustand des Versicherten verschlechtert hat, und daß sein Befinden nicht mehr demjenigen vom September 1961 entspricht. Es lag jedoch nicht beim kantonalen Richter, darüber zu befinden, ob seit dem Beschluß der IV-Kommission tatsächlich eine Verschlimmerung eingetreten war, und die dem Versicherten zukommende Entschädigung zu bestimmen. Es ist vielmehr Sache der IV-Kommission, diese Frage von Amtes wegen oder auf Begehren hin zu prüfen und — wenn es die Umstände des Falles rechtfertigen — auf administrativem Wege eine Revision vorzunehmen. Der kantonale Richter hätte somit den Versicherten an die IV-Kommission verweisen oder das Dossier dieser direkt zustellen sollen.

Aus den erwähnten Gründen kann der kantonale Entscheid nicht aufrecht erhalten werden. Für die Zeit vor dem 12. September 1961 muß die Verweigerung einer Hilflosenentschädigung, wie sie durch die IV-Kommission beschlossen und durch die Ausgleichskasse dem Versicherten mit Verfügung eröffnet wurde, bestätigt werden. Über den Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung für die Zeit nach dem 12. September 1961 kann im vorliegenden Verfahren nicht entschieden werden; es ist vielmehr Sache der IV-Kommission, darüber zu befinden. Demnach sind die Akten dieser Kommission zu überweisen mit dem Auftrag abzuklären, ob sich der Zustand des Versicherten seit September 1961 tatsächlich verschlechtert hat. (Es wäre vielleicht angezeigt, daß die Ärzte, die den Patienten früher untersucht hatten, ihre Feststellungen mit den im Juni 1962 gemachten vergleichen.) Daraufhin wird sie beschließen müssen, ob — und im bejahenden Falle von welchem Zeitpunkt an — der Versicherte die nach Gesetz und Rechtsprechung geltenden Voraussetzungen für den Bezug einer Hilflosenentschädigung erfüllt.

Urteil des EVG vom 15. Dezember 1962 i. Sa. F. L.

Art. 48, Abs. 2, IVG; Art. 85, Abs. 1, IVV. Einem an sich ab 1. Januar 1960 rentenberechtigten Invaliden, der sich erst nach dem 30. Juni 1961 bei der IV angemeldet hat, kann die Invalidenrente erst vom Monat der Anmeldung an gewährt werden. Eine allfällige Rechtsunkenntnis vermag daran nichts zu ändern.

Der 1898 geborene Versicherte wurde als Beamter auf den 1. Januar 1957 vorzeitig pensioniert, weil ihn der begutachtende Arzt als voll arbeitsunfähig erachtete. Er reichte am 12. November 1961 eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein. Gestützt auf einen Beschluß der IV-Kommission, welche die Invalidität des Versicherten auf 100 Prozent festsetzte, sprach die Ausgleichskasse diesem ab 1. November 1961 eine ganze Ehepaar-Invalidenrente zu. Der Versicherte beschwerte sich gegen diese Verfügung und verlangte die Zusprechung der Rente schon ab 1. Januar 1960. Diese Beschwerde wurde abgewiesen.

Die vom Versicherten eingelegte Berufung, mit welcher dieser geltend machte, er habe die Bestimmungen über die Anmeldefristen nicht gekannt, wurde vom EVG ebenfalls abgewiesen, und zwar aus folgenden Gründen:

Gemäß Art. 48, Abs. 2, IVG wird die Rente nur vom Monat der Anmeldung an ausbezahlt, wenn ein Versicherter sich mehr als sechs Monate nach Entstehung des Rentenanspruches meldet. In Art. 116, Abs. 1, IVV wird ferner bestimmt, daß die Frist von sechs Monaten gemäß Art. 48, Abs. 2, IVG frühestens am 1. Januar 1961 zu laufen beginne.

Der Versicherte ist laut ärztlicher Feststellung seit Ende 1956 voll arbeitsunfähig und damit zu 100 Prozent invalid. Bei Personen, die bereits vor dem Inkrafttreten des IVG (1. Januar 1960) invalid geworden sind, wird angenommen, die Invalidität sei im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes eingetreten (Art. 85, Abs. 1, IVG). Demzufolge ist der Rentenanspruch des Versicherten am 1. Januar 1960 entstanden, was von keiner Seite bestritten wird.

Nachdem sich der Versicherte erst im November 1961, d. h. nach Ablauf der sechsmonatigen Frist der Art. 48, Abs. 2, IVG und Art. 116, Abs. 1, IVV zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet hat, kann die Rente nach der für die Verwaltung und den Richter verbindlichen gesetzlichen Ordnung erst vom Monat der Anmeldung an ausbezahlt werden.

Eine Wiederherstellung der versäumten sechsmonatigen Frist fiele nur dann in Betracht, wenn der Versicherte durch ein unverschuldetes Hindernis (z. B. schwere Krankheit) abgehalten worden wäre, innerhalb der Frist zu handeln. Ein derartiges Hindernis wird nicht geltend gemacht. Die Rechtsunkenntnis, auf die sich der Versicherte beruft, vermag nicht zur Wiederherstellung der Frist zu führen. Eine solche Lösung widerspräche dem allgemein anerkannten Grundsatz, daß mangels ausdrücklicher gesetzlicher Ausnahmen (wie sie das Sozialversicherungsrecht z. B. hinsichtlich der Rechtsmittelbelehrungen kennt) niemand aus der eigenen Rechtsunkenntnis Vorteile ableiten kann.

Die Berufung erweist sich somit als unbegründet.

Verfahren

Urteil des EVG vom 3. Dezember 1962 i. Sa M. D.

Art. 69 IVG. Der Einbezug eines weiteren Rechtsanspruches in das Verfahren vor oberer Instanz ist zulässig, wenn er mit dem Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, daß von einer Tatbestands-gesamtheit gesprochen werden kann. (Erwägung 1)

Art. 78, Abs. 2, IVV. Die Dringlichkeit der Anschaffung eines Automobils, ohne das die Versicherte ihre berufliche Tätigkeit nicht hätte aufnehmen können, ist zu bejahen. (Erwägung 2)

Art. 78, Abs. 2, IVV. Mit der rechtzeitigen Anmeldung bei der IV ist grundsätzlich die Frist für alle Ansprüche gewahrt, die im Zeitpunkt der Anmeldung bestehen könnten. (Erwägung 2)

Art. 21, Abs. 2, IVG; Art. 14, Abs. 1, Buchst. g, IVV. Sind die Voraussetzungen für die Abgabe eines Motorfahrzeuges grundsätzlich erfüllt, handelt es sich aber bei dem vom Versicherten selbst angeschafften Fahrzeug nicht um ein Kleinautomobil in einfacher und zweckmäßiger Ausführung, so gewährt die IV nur einen jährlichen Amortisationsbeitrag. (Erwägung 3)

Die 1913 geborene Versicherte leidet an einer angeborenen Hüftluxation (Verrenkung) rechts und hinkt seit der Kindheit. Wegen zunehmender Beschwerden mußte sie im Januar 1960 eine intertrochantere Osteotomie durchführen lassen. Die Operation vermochte die Gehbehinderung und die Schmerzen nicht zu beheben. Nach ärztlicher Feststellung klagte die Versicherte im Oktober 1961 immer noch über zeitweise Schmerzen; sie war außerstande, ohne Stock mehr als 200—300 m zu gehen. Die Operation hatte die Versicherte gezwungen, die seit 1955 ausgeübte Tätigkeit als Telephonistin einzustellen. Vom 1. Oktober 1960 an konnte sie wieder ganztätig erwerbstätig sein und den normalen Lohn erzielen, nachdem sie bereits seit dem 1. August 1960 teilweise gearbeitet hatte. Im August 1960 kaufte sie sich ein Auto zum Preise von 8 200 Franken, da sie wegen ihrer Gehbehinderung außerstande war, den Arbeitsweg ohne Fahrzeug zurückzulegen. Am 5. September 1960 meldete sich die Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. Die IV-Kommission beschloß, die Kosten der durchgeführten Operation einschließlich Spitalaufenthalt und Kontrolluntersuchungen zu übernehmen, was der Versicherten von der Ausgleichskasse durch Verfügung vom 26. April 1961 eröffnet wurde. Mit Schreiben vom 20. September 1961 ersuchte die Versicherte die IV-Kommission um die Ausrichtung eines Beitrages an die Autokosten. Die IV-Kommission beschloß, für die Reparaturkosten im Rahmen eines Kleinautos aufzukommen, dagegen verweigerte sie einen Beitrag an den Betrieb des Fahrzeuges, da kein Härtefall vorliege. Gegen die entsprechende Verfügung beschwerte sich die Versicherte bei der kantonalen Rekurskommission und stellte das Begehren, es sei ein Beitrag an die Betriebskosten zu gewähren. Die kantonale Rekurskommission wies die Beschwerde ab.

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

1. Im vorliegenden Fall erging einzig eine Verfügung über die Reparatur- und Betriebskosten des von der Versicherten angeschafften Automobils; hinsichtlich der Frage, ob die Versicherte Anspruch auf einen Beitrag an die Anschaffungskosten dieses Fahrzeuges habe, fehlt es an einer Verfügung. Grundsätzlich kann der Richter lediglich eine Verfügung ändern, also nicht eine Verfügung treffen auf Grund eines Sachverhaltes, der außerhalb der

ergangenen Verfügung liegt. Aus prozeßökonomischen Gründen hat aber das EVG folgende Erweiterungen zugelassen (EVGE 1962, S. 81, ZAK 1962, S. 389):

- a. Die Einbeziehung eines weiteren Rechtsanspruches, der mit dem bisherigen Streitgegenstand derart zusammenhängt, daß von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann;
- b. die Ausdehnung des Verfahrens auf einen weiteren Rechtsanspruch, über den die Verwaltung wenigstens in Form einer Prozeßerklärung befunden hat.

Unter den gegebenen Umständen darf mit dem BSV davon ausgegangen werden, daß der Anspruch auf einen Beitrag an die Anschaffungskosten des Automobils mit dem den Gegenstand der Verfügung bildenden Anspruch auf Vergütung von Reparaturkosten und Gewährung eines Betriebsbeitrages derart eng zusammenhängt, daß von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann. Die Ansprüche betreffen das gleiche Hilfsmittel, und es gelten für sie weitgehend die gleichen rechtlichen Voraussetzungen. Außerdem hat sich die Ausgleichskasse sowohl im Beschwerde- wie im Berufungsverfahren zum Begehren um Übernahme von Anschaffungskosten des Automobils geäußert. Der Behandlung dieses Begehrens im Berufungsverfahren steht somit nichts entgegen.

2. ... Die hier in Frage stehende Eingliederungsmaßnahme war mit der im August 1960 erfolgten Anschaffung und Inbetriebnahme des Motorfahrzeuges durchgeführt. Diese Maßnahme erfolgte, bevor sich die Versicherte bei der IV angemeldet hatte; sie kann daher nur unter den in Art. 78, Abs. 2, IVV aufgestellten Voraussetzungen übernommen werden. Die Dringlichkeit der Anschaffung eines Automobils im August 1960 muß unter den gegebenen Umständen bejaht werden. Die Versicherte war genötigt, alles zu tun, um ihre volle Erwerbsfähigkeit sobald als möglich wieder herzustellen. Ohne Automobil hätte sie aber ihre Tätigkeit als Telephonistin überhaupt nicht aufnehmen können; denn bei ihrer körperlichen Verfassung war sie offensichtlich außerstande, den Arbeitsweg von 1,8 km ohne das Motorfahrzeug zurückzulegen. Außerdem hat sich die Versicherte nach Durchführung der dringlichen Maßnahmen rechtzeitig bei der IV angemeldet. Maßgebend ist nämlich die Anmeldung vom 5. September 1960, zu welchem Zeitpunkt die dreimonatige Frist gemäß Art. 116, Abs. 2, IVV noch gar nicht zu laufen begonnen hatte. Die Anmeldung enthielt zwar kein Begehren um Abgabe eines Automobils, bzw. um Gewährung eines Beitrages an die Anschaffungskosten. Indessen ist nicht erforderlich, daß mit der Anmeldung bei der IV die Übernahme einer bereits durchgeführten Maßnahme ausdrücklich angebeht wird. Wer sich bei der IV anmeldet, wahrt damit grundsätzlich die Frist für alle Ansprüche, die im Zeitpunkt der Anmeldung bestehen konnten. Der Übernahme der Anschaffungskosten des Automobils, bzw. der Gewährung eines Beitrages an die Anschaffungskosten steht daher kein formellrechtliches Hindernis entgegen.

3. Daß die Versicherte die in Art. 21, Abs. 1, IVG und Art. 15, Abs. 2, IVV aufgestellten Voraussetzungen für die Abgabe eines Motorfahrzeuges erfüllt, ist unbestritten. Die IV-Kommission hat denn auch Reparaturkosten des von der Versicherten angeschafften Automobils übernommen, was gemäß

EVGE 1961, S. 253/4 (ZAK 1961, S. 458) voraussetzt, daß das Fahrzeug ein Hilfsmittel im Sinne der genannten Bestimmungen darstellt. Eine nachträgliche Bezahlung der gesamten Anschaffungskosten des von der Versicherten angeschafften Wagens ist aber nicht möglich. In der Liste der Hilfsmittel sind nur die «Kleinautomobile» aufgeführt (Art. 14, Abs. 1, Buchst. g IVV); außerdem werden die Hilfsmittel gemäß Art. 21, Abs. 2, IVG in einfacher und zweckmäßiger Ausführung abgegeben. Der Wagen der Marke X, den die Versicherte angeschafft hat, erfüllt diese Voraussetzungen nicht. Die Versicherte verlangt denn auch selber bloß einen Beitrag an die Anschaffungskosten. Unter den gegebenen Umständen kann ihr ein Kostenbeitrag in Form einer jährlichen Amortisationsquote ausgerichtet werden, berechnet auf Grund der Anschaffungskosten eines Kleinwagens, in einfacher und zweckmäßiger Ausführung und unter Berücksichtigung der Abnutzung durch die Fahrten zum Arbeitsort, die dem Sinne von Art. 15, Abs. 2, IVV nach allein maßgebend sind. Das BSV ist mit Recht davon ausgegangen, daß der Versicherten ein Wagen zum Preise von 5382 Franken abgegeben worden wäre, der für die Fahrten zum Arbeitsort während 8 Jahren hätte benützt werden können. Demzufolge steht der Versicherten ab August 1960 als Kostenbeitrag eine jährliche Amortisationsquote von 670 Franken zu, und zwar für 8 Jahre, vorausgesetzt, daß die Versicherte während der ganzen Zeit zur Zurücklegung des Arbeitsweges ein Automobil benötigt und sich dazu des heute benützten Wagens bedient.

4. Im übrigen hat die IV unbestrittenermaßen für die Reparaturkosten des angeschafften Fahrzeuges im Rahmen eines Kleinautomobils aufzukommen. Am Begehren um Gewährung eines Beitrages an den Betrieb des Automobils hat die Versicherte mit Recht nicht mehr festgehalten. Die Gewährung eines Betriebsbeitrages setzt voraus, daß, wirtschaftlich betrachtet, ein Härtefall vorliegt. Von einem solchen Härtefall kann in der Regel nur dann gesprochen werden, wenn das anrechenbare Einkommen des Gesuchstellers die für den Anspruch auf die außerordentliche Rente maßgebende Grenze des Art. 42 AHVG nicht erreicht (EVGE 1961, S. 255, ZAK 1961, S. 458). Diese Voraussetzung ist bei den Einkommensverhältnissen der Versicherten offensichtlich nicht erfüllt.

VON MONAT ZU MONAT

Am 14. und 15. Mai hielt der von der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung eingesetzte *Sonderausschuß für die sechste AHV-Revision* seine dritte Sitzung ab. Er behandelte alle zur Diskussion stehenden Revisionsfragen, die finanzielle Auswirkungen haben. Gestützt auf die Beschlüsse des Ausschusses wird nun ein Bericht zuhanden des Bundesrates entworfen und der Gesamtkommission vorgelegt.

*

Unter dem Vorsitz von Dr. Achermann vom Bundesamt für Sozialversicherung trat am 28. und 29. Mai die *Kommission für Rechtspflege* zusammen. Gegenstand der Beratungen bildete der Entwurf eines Kreis Schreibens über die Rechtspflege in der AHV, IV und EO.

*

Die *Vereinigung der Verbandsausgleichskassen* hielt am 30. und 31. Mai unter dem Vorsitz von G. Garnier, Leiter der Ausgleichskasse «Industrie vaudoises», und im Beisein von Vertretern des Bundesamtes für Sozialversicherung ihre Jahresversammlung ab. Nach Erledigung der statutarischen Geschäfte orientierte Direktor Derron vom Zentralvorstand Schweizerischer Arbeitgeberorganisationen über die Vorarbeiten zur sechsten AHV-Revision.

*

Am 31. Mai richtete der Bundesrat eine Botschaft an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes betreffend die *Änderung der Erwerbsersatzordnung*. Die ZAK wird in der nächsten Nummer darauf zurückkommen.

Zu den Betriebsrechnungen 1962 der AHV, IV und EO

Die Ergebnisse der Betriebsrechnungen der AHV, IV und EO für das Jahr 1962 wurden in der ZAK 1963, Seite 99, summarisch wiedergegeben. Inzwischen hat der Verwaltungsrat des AHV-Ausgleichsfonds die Rechnungen am 2. Mai 1963 verabschiedet und der Bundesrat dieselben am 24. Mai 1963 genehmigt. Wenn sie nachstehend etwas ausführ-

licher gewürdigt und zu früheren Jahren in Beziehung gesetzt werden, so geschieht dies nicht zuletzt, weil AHV und EO im Vorfelde neuer Revisionen stehen und sich allfällige Verbesserungen automatisch auf die Geldleistungen der IV auswirken werden.

Die Alters- und Hinterlassenenversicherung

Die Tabelle 1 gibt Auskunft über die finanzielle Entwicklung in den letzten drei Jahren.

Betriebsrechnung der AHV

Beträge in Millionen Franken

Tabelle 1

Rechnungskonten	1960		1961		1962	
	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen
1. Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber		798,2		906,5		1 004,8
2. Leistungen	721,1		848,4		987,5	
3. Beiträge der öffentlichen Hand		160,0		160,0		160,0
4. Ertrag der Anlagen und Wertberichtigungen		160,9		177,1		187,9
5. Verwaltungskosten	12,3		12,7		10,8	
6. Saldo der Betriebsrechnung	385,7		382,5		354,4	
Total	1 119,1	1 119,1	1 243,6	1 243,6	1 352,7	1 352,7

Die Beiträge der Versicherten haben die Milliardengrenze überschritten.

Die jährliche Zunahme hat sich allerdings etwas verlangsamt. Waren von 1960 auf 1961 um 108,3 Millionen Franken Beiträge mehr abgerechnet worden, so sank dieser Zuwachs von 1961 auf 1962 auf 98,3 Millionen Franken. Bund und Kantone leisteten wiederum ihren gesetzlichen Anteil von 160 Millionen Franken. Die Zinsen des AHV-Ausgleichsfonds, die 1960 erstmals die Leistungen der öffentlichen Hand überschritten hatten, sind auf 187,9 Millionen Franken gestiegen. An den Gesamteinnahmen sind die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber zu 74 Pro-

zent, diejenigen der öffentlichen Hand zu 12 Prozent und die Zinsen zu 14 Prozent beteiligt. Im ersten AHV-Jahr hatte die Quote von Bund und Kantonen noch 27 Prozent betragen.

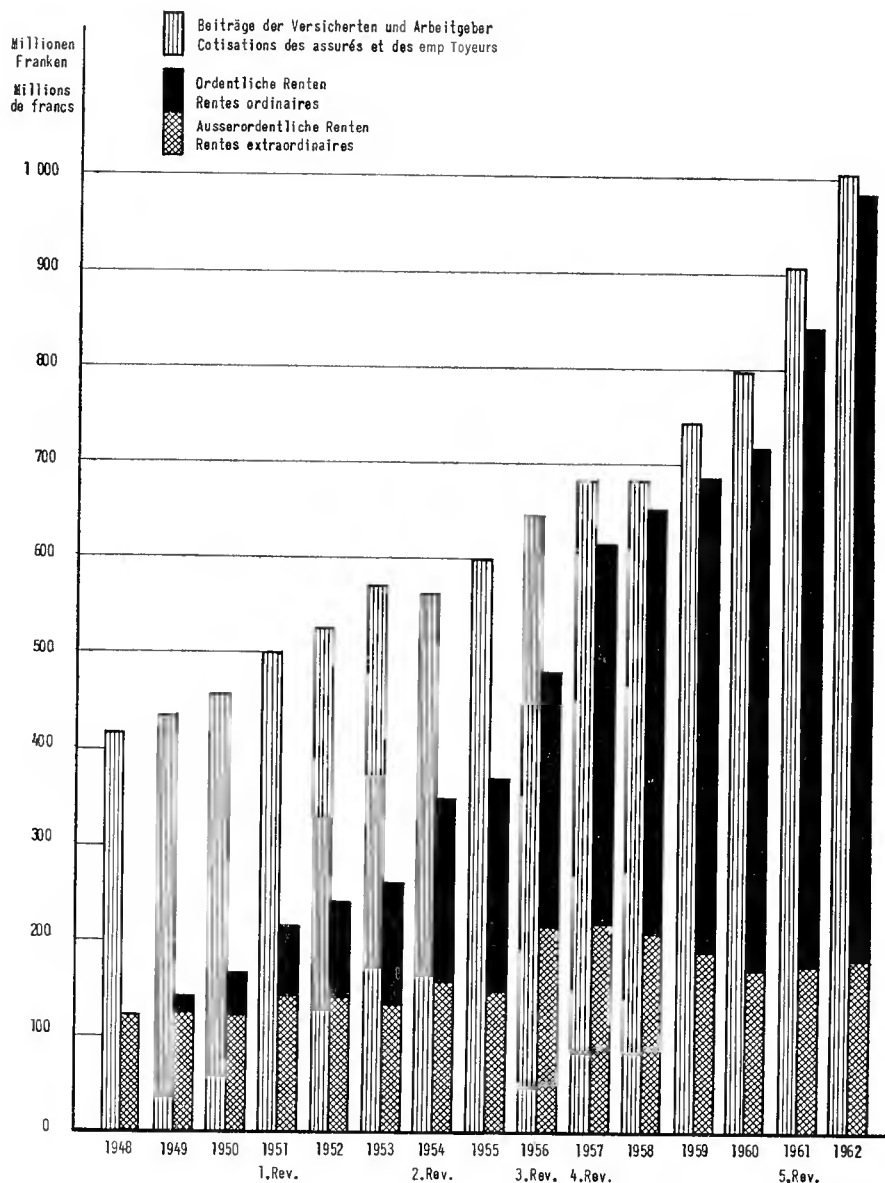
Im Jahre 1962 hat sich die auf 1. Juli 1961 in Kraft gesetzte fünfte AHV-Revision erstmals voll ausgewirkt.

Es wurden um 139,1 Millionen Franken mehr Renten ausgerichtet als im Vorjahr. Die Leistungen haben damit um 16 Prozent zugenommen. Verglichen mit 1960 beträgt die Zunahme 37 Prozent. Im laufenden Jahr wird auch hier die Milliardengrenze erreicht sein. Auffällig ist, wie sich die außerordentlichen Renten zu behaupten vermögen. Anteilsmäßig machen sie allerdings nur noch ein knappes Fünftel der gesamten Rentensumme aus. Absolut aber wurden 1962 mit 182 Millionen Franken um 60 Millionen Franken mehr außerordentliche Renten ausbezahlt als 1948. Somit hatten die wiederholten Rentenverbesserungen und die Erweiterung des Bezügerkreises zur Folge, daß die ursprünglichen «Übergangsrenten» nach 15 Jahren um rund die Hälfte höher liegen als im ersten AHV-Jahr, in dem es noch keine ordentlichen Renten gab (vgl. Graphik auf Seite 260).

Die Renten haben die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber nahezu eingeholt.

Die nachstehende Graphik gibt die Entwicklung der Beiträge und Renten seit Inkrafttreten der AHV wieder. Tabelle 2 enthält die entsprechenden Zahlen. 1953/54 und 1957/58 haben sich die Verhältnisse wegen zeitlichen Änderungen im Jahresabschluß etwas verschoben. Das Fazit ist gleichwohl klar: die Beiträge sind von 1948 bis heute mehr oder weniger kontinuierlich auf das 2,4fache, die Renten weit stärker, nämlich auf das 8,1fache gestiegen. Seit 1957 erfordern die Rentenzahlungen 90 Prozent und mehr der Beitragseingänge. Im Jahre 1962 betrug dieses Verhältnis 98 Prozent. Die Beiträge des Jahres 1961 hätten nicht mehr ausgereicht, um 1962 die Renten zu bezahlen.

Entwicklung der Beiträge und Renten in der AHV 1948 bis 1962



Beiträge und Renten in der AHV 1948 bis 1962

Tabelle 2

Jahr	Beiträge ¹⁾ in Mio Franken	Renten		Gesetzes- revisionen
		in Mio Franken	in Pro- zenten der Beiträge	
1948	418	122	29	1. Rev. 1. 1. 51
1949	436	141	32	
1950	458	164	36	
1951	501	215	43	
1952	528	241	46	
1953	570 ²⁾	260	46	2. Rev. 1. 1. 54
1954	564 ²⁾	350	62	
1955	600	372	62	3. Rev. 1. 1. 56
1956	645	482	75	
1957	683 ²⁾	616	90	4. Rev. 1. 1. 57
1958	682 ²⁾	653	96	5. Rev. 1. 7. 61
1959	744	687	92	
1960	798	718	90	
1961	907	845	93	
1962	1 005	984	98	
Total	9 539	6 850	•	—

1) der Versicherten und Arbeitgeber
2) 1953/54 und 1957/58 zeitliche Verschiebungen in der Rechnungsablage.

Schließlich sei festgehalten, daß die 15jährige, fünfmal revidierte AHV bisher 9,54 Milliarden Beiträge der Arbeitgeber und Versicherten vereinnahmt und 6,8 Milliarden Renten ausgerichtet hat. Davon entfallen auf das letzte Jahrfünft 43,4 Prozent der Einnahmen und 56,7 Prozent der Leistungen; auch in diesen Zahlen zeigt sich die stürmische Entwicklung des größten Sozialwerkes der Schweiz.

Die Verwaltungskosten halten sich im normalen Rahmen.

Der Gesamtbetrag setzt sich wie üblich aus den Verwaltungskostenzuschüssen an die kantonalen Ausgleichskassen (6,0 Millionen Franken), dem Aufwand für die Zentrale Ausgleichsstelle und die Schweizerische

Ausgleichskasse (2,8 Millionen Franken), der Vergütung für die Pauschalfrankatur (2 Millionen Franken) und einigen kleineren Posten zusammen. Die Vorjahresbetreffnisse waren höher: 1960 hatte die Anschaffung der elektronischen Datenverarbeitungsanlage für die Zentrale Ausgleichsstelle die Rechnung stark belastet; 1961 war infolge einer Änderung in der Rechnungsstellung die Pauschalfrankatur für zwei Jahre zu entrichten.

Die Invalidenversicherung

Im vergangenen Jahr stellten sich die Ausgaben auf 168,3 Millionen Franken. An Einnahmen waren 185,6 Millionen Franken zu verzeichnen. Davon stammen 100,5 Millionen Franken aus dem Zuschlag zu den AHV-Beiträgen, 84,2 Millionen Franken (d. h. die Hälfte der Ausgaben) von Bund und Kantonen und 0,9 Millionen Franken aus den Zinsen des Ausgleichsfonds. Von diesem Ergebnis war in ZAK 1963, Seite 147, bereits die Rede. Auf Seite 148 waren die verschiedenen Leistungsarten näher ausgewiesen. Nachstehende Tabelle 3 ist nicht so detailliert, faßt aber die bisherigen Jahresrechnungen zusammen.

Die Jahre 1960 bis 1962 waren Einführungsjahre

mit ihren zeitlichen Besonderheiten. Es wäre daher verfehlt, aus den Einzelergebnissen vergleichende Rückschlüsse zu ziehen. Man dürfte dies ohnehin nicht tun, ohne untersucht zu haben, wie sich die Bezüger auf die Leistungskategorien verteilen. Eine Sachleistung läßt sich nicht so genau in Geld ausdrücken wie eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Taggeld. In dieser Hinsicht besteht ein wesentlicher Unterschied zur AHV. So «kosten» eine Berufsberatung oder Arbeitsvermittlung, vom administrativen Aufwand abgesehen, möglicherweise überhaupt nichts und können doch erfolgreich sein. Ein Hilfsmittel kann relativ einfach sein und die Erwerbsfähigkeit des Behinderten gleichwohl wesentlich steigern. Für eine repräsentative Untersuchung bestehen jedoch noch keine Unterlagen. Daher genüge der Hinweis, daß die IV in ihren ersten drei Jahren insgesamt 378,1 Millionen Franken verausgabte und 457,3 Millionen Franken vereinnahmt hat. Von den Ausgaben betreffen 73,4 Prozent individuelle Geldleistungen, 20,6 Prozent individuelle Sachleistungen und 6,0 Prozent weitere Aufwendungen. Diese Relation ist wie oben gesagt mit aller Vorsicht zu interpretieren.

Betriebsrechnung der IV

Beträge in Millionen Franken

Tabelle 3

Rechnungskonten	1960		1961		1962	
	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen
1. Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber		75,4		89,4		100,5
2. Individuelle Geldleistungen	37,3		118,1		122,2	
3. Kosten für individuelle Maßnahmen	11,7		31,6		34,6	
4. Beiträge an Institutionen und Organisationen	0,3		1,2		5,0	
5. Durchführungskosten	4,0		4,6		5,6	
6. Beiträge der öffentlichen Hand		26,6		78,3		84,2
7. Zinsen		0,5		1,5		0,9
8. Verwaltungskosten	0,2		0,8		0,9	
9. Saldo der Betriebsrechnung	49,0		12,9		17,3	
Total	102,5	102,5	169,2	169,2	185,6	185,6

In besonderem Maße wurde 1962 die Invalidenhilfe gefördert.

Wie schon früher dargetan, hatten die Beiträge zur Förderung der Invalidenhilfe zwangsläufig mit besonders langen Anlaufzeiten zu rechnen. Diese Phase dürfte nun im wesentlichen beendet sein. Die betreffenden Subventionen haben denn auch stark zugenommen. Einzelne Teilaspekte, wie die Betriebsbeiträge an die Sonderschulen, die Kurssubventionen, die Beiträge an Fürsorgestellen und ihre Sekretariate usw. wurden in der ZAK gesondert gewürdigt oder werden noch behandelt werden. Daher sei an dieser Stelle auf das mannigfaltige Gebiet nicht näher eingetreten. Nur eines sei wiederholt: einzelne Geschäfte können sich, vorab bei Bausubventionen, der Natur der Sache nach über Jahre hinziehen, bis darüber endgültig abgerechnet ist und die Beiträge voll ausgerichtet sind. Somit besagt ein einzelnes Jahresergebnis — 1962 sind 1,4 Millionen

Franken an Baubeiträgen ausgerichtet worden — über die zur Subventionierung angemeldeten Bauvorhaben, über den Stand der Arbeiten usw. nur wenig. Das gilt umsomehr, als verschiedene Projekte erst nach dem Inkrafttreten der IV Gestalt angenommen haben, weil früher mangels finanzieller Mittel nicht an ihre Verwirklichung zu denken gewesen war. Bisher sind 112 Gesuche um Baubeiträge eingegangen; in 60 Fällen wurden bereits Beiträge zugesichert und soweit möglich ausbezahlt. Darunter befinden sich Großprojekte mit Beitragszusicherungen von 1 bis 2 und mehr Millionen Franken. So hat die IV der Errichtung und Modernisierung von Anstalten, insbesondere für behinderte Kinder kräftigen Auftrieb verliehen (und — was beigefügt sei — durch Betriebsbeiträge auch deren Betrieb erheblich erleichtert).

Die Erwerbersatzordnung

In der EO werden seit 1960 Beiträge erhoben. Diese beliefen sich im vergangenen Jahr auf 99,9 Millionen Franken. Dazu kommt ein Zinsanteil aus dem Ausgleichsfonds von 3,9 Millionen Franken. Den Gesamteinnahmen von 103,8 Millionen Franken stehen Erwerbsausfallentschädigungen von 84,9 Millionen Franken und Verwaltungskosten von 0,1 Millionen Franken gegenüber. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Entwicklung der EO seit der 1960 in Kraft getretenen Neuordnung.

Betriebsrechnung der EO

Beträge in Millionen Franken

Tabelle 4

Rechnungskonten	1960		1961		1962	
	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen	Ausgaben	Einnahmen
1. Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber		74,9		88,7		99,9
2. Leistungen	63,6		71,5		84,9	
3. Zinsen		2,8		3,3		3,9
4. Verwaltungskosten	0,3		0,3		0,1	
5. Saldo der Betriebsrechnung	13,8		20,2		18,8	
Total	77,7	77,7	92,0	92,0	103,8	103,8

Die EO ist nunmehr zehn Jahre alt.

Sie folgte 1953 auf die Lohn- und Verdienstersatzordnung der Kriegs- und Nachkriegszeit, wurde 1959 erstmals revidiert und steht erneut vor namhaften Verbesserungen.

Die Lohn- und Verdienstersatzordnung war für den Ausbau der schweizerischen Sozialversicherung von großer Bedeutung; denn sie wirkte gleichsam als Initialzündung. Ihre Gesamtleistungen sind eindrucksvoll. Von 1940 bis 1947 wurden Entschädigungen in der Höhe von 1,27 Milliarden Franken ausbezahlt. 1948 ging die Verwaltung an die AHV-Ausgleichskassen über. Von diesem Zeitpunkt bis zur Ablösung durch die EO erreichten die Lohn- und Verdienstausfallentschädigungen einen weiteren Betrag von 194 Millionen Franken. So hat die Lohn- und Verdienstersatzordnung Gesamtleistungen von 1,46 Milliarden Franken erbracht. Die EO richtete in den zehn Jahren ihres Bestehens 556,5 Millionen Franken aus. Damit haben die Wehrpflichtigen seit 1940 mehr als 2 Milliarden Franken an Erwerbsausfallentschädigungen erhalten.

Tabelle 5 illustriert die Entwicklung der EO. Die Auswirkungen der ersten Gesetzesrevision sind deutlich zu erkennen. In der ersten Phase

Erwerbsausfallentschädigungen

1953 bis 1962

Tabelle 5

Jahr	Entschädi- gungen in Mio Franken
1953	41,7
1954	48,5
1955	47,0
1956	49,3
1957	44,6
1958	52,7
1959	52,7
1960	63,6
1961	71,5
1962	84,9
Total	556,5

von 1953 bis 1959 betrug das Jahresmittel der ausbezahlten Erwerbsausfallentschädigungen 48,1 Millionen Franken, in der zweiten von 1960 an 73,3 Millionen Franken. Die Zunahme um mehr als die Hälfte beruht neben der Erhöhung der Ansätze auf dem Ansteigen der vordienstlichen Erwerbseinkommen und, vorab im Jahre 1962, auf höheren Beständen von Militärdienstleistenden. Die EO hatte für bisher 91 Millionen Soldtage rund 50 Millionen Meldekarten zu verarbeiten, davon — als Maximum — allein im Jahre 1962 deren 544 000. Die aktive Mitarbeit der militärischen Rechnungsführer erlaubte einen reibungslosen Vollzug der für unsere Armee so wichtigen Institution.

Der AHV-Ausgleichsfonds

Die drei Sozialwerke wiesen Ende 1962 einen im Vergleich zum Vorjahr um 390,5 Millionen Franken höheren Fonds von insgesamt 6,56 Milliarden Franken aus. Am Zuwachs sind die AHV mit 354,4 Millionen, die IV mit 17,3 Millionen und die EO mit 18,8 Millionen Franken beteiligt.

Vom Gesamtbetrag entfallen

	Millionen Franken
auf die AHV	6 344,0
auf die IV	79,2
auf die EO	141,0
Insgesamt	6 564,2

Angelegt hievon waren 6,21 Milliarden Franken; die Differenz besteht aus Geldmitteln, Kontokorrentposten und Transitorien.

Der AHV-Ausgleichsfonds ist ein Sicherheits- und Ausgleichsfaktor von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung,

konnte doch aus seinen Mitteln in erster Linie der Wohnungs- und Kraftwerkbau wesentlich finanziert werden. So liegt das Schwergewicht auf den Anlagen bei Pfandbriefinstituten (1,69 Milliarden Franken oder 27 Prozent), bei Kantonalbanken (1,18 Milliarden Franken oder 19 Prozent), bei gemischtwirtschaftlichen Unternehmen, d. h. vornehmlich bei Kraftwerken (1,02 Milliarden Franken oder 17 Prozent) sowie bei Kantonen (1,01 Milliarden Franken oder 16 Prozent).

Anlagen von insgesamt weniger als 1 Milliarde Franken finden sich bei den Gemeinden (13 Prozent), der Eidgenossenschaft (7 Prozent) und bei öffentlichrechtlichen Körperschaften und Institutionen (1 Prozent). Bei letzteren handelt es sich vor allem um Spitäler und um ein Elektrizitätswerk.

Betriebsbeiträge an Sonderschulen

1. Allgemeines

Gemäß Artikel 73, Absatz 2, Buchstabe a, IVG und Artikel 105 und 107 IVV können aus Mitteln der IV u. a. auch Beiträge an die Betriebskosten von öffentlichen und gemeinnützigen privaten Sonderschulen gewährt werden.

Die Beitragsberechtigung setzt insbesondere voraus, daß die auf IV-Fälle entfallenden Kosten für die Durchführung der Sonderschulung nicht durch die Vergütungen der IV je Einzelfall, die gemäß Artikel 19 IVG in Rechnung zu stellenden Kostenbeiträge der Kantone, Gemeinden und Eltern sowie die anrechenbaren betriebseigenen Erträge (z. B. Zinsen, Erlöse aus Nebenbetrieben) gedeckt sind. Bei der Berechnung eines allfälligen Defizites werden somit die Aufwendungen und Erträge, welche aus der Betreuung und Schulung von Nicht-IV-Fällen herrühren, nicht einbezogen; dasselbe trifft zu für freiwillige Gaben, sowie für Geschenke und Legate. Aus diesen Abgrenzungen ergeben sich meistens Veränderungen des für die Berechnung maßgebenden Aufwandes und Ertrages. Weitere Änderungen können daraus entstehen, daß alle effektiv auf das Rechnungsjahr entfallenden Aufwendungen und Erträge für IV-Fälle (einschließlich allfälliger noch nicht verbuchter Forderungen und Verpflichtungen) zu berücksichtigen sind. Somit kann bei der Beurteilung der Frage, ob die Ausrichtung eines Betriebsbeitrages möglich ist, nicht ohne weiteres auf den ausgewiesenen Verlust oder Gewinn der Jahresrechnung abgestellt werden.

Voraussetzung für die Gewährung eines Betriebsbeitrages ist außerdem, daß es sich beim rechtlichen Träger der Sonderschule um eine öffentliche, d. h. staatliche bzw. kommunale oder um eine gemeinnützige private Institution handelt. Als gemeinnützige private Institutionen fallen im allgemeinen Stiftungen, Genossenschaften und Vereine in Betracht, die keinen Gewinn anstreben und deren Einnahmen sowie Vermögen ausschließlich dem Zwecke der Sonderschulung im Rahmen der Invalidenhilfe dienen. Im übrigen hat die Sonderschule in wesentlichem Umfange Eingliederungsmaßnahmen der IV durchzuführen, d. h. wenigstens die Hälfte der Fälle oder der gesamten Aufenthaltstage müssen IV-Fälle betreffen. Wird indessen die Sonderschulung lediglich in einer Abteilung der Anstalt durchgeführt, so müssen mindestens drei Viertel der

Fälle oder der gesamten Aufenthaltstage der entsprechenden Abteilung auf IV-Fälle entfallen. Schließlich ist erforderlich, daß sich die gesuchstellende Sonderschule beim Bundesamt für Sozialversicherung für die Zulassung angemeldet hat und die entsprechenden Bedingungen sowie die Voraussetzung erfüllt, daß die durchgeführten Maßnahmen im Rahmen der Eingliederung Invaliden einem allgemeinen Bedürfnis entsprechen.

Sonderschulen, 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.

2. Betriebsbeitragsgesuche

Im Jahr 1961 sind 62 Beitragsgesuche von Sonderschulen eingegangen. Mit der Bearbeitung der einzelnen Gesuche konnte jedoch erst Ende 1961 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. Zudem erforderten die während der Anlaufzeit sehr häufige Einreichung unklar abgefaßter Gesuche sowie die Zustellung unvollständiger Unterlagen in vielen Fällen Rückfragen, was die Beitragszusprechung erheblich verzögerte. Bis Ende Januar 1962 konnten deshalb lediglich 9 Gesuche endgültig abgeschlossen werden, wobei an 6 Gesuchsteller Betriebsbeiträge von insgesamt 200 112 Franken ausgerichtet wurden. 3 Gesuche mußten infolge fehlender Anspruchsvoraussetzungen abgelehnt werden.

Im Jahre 1962 kamen zu den aus dem Vorjahr übernommenen 53 Gesuchen 63 neue Begehren um Ausrichtung eines Betriebsbeitrages hinzu, so daß 1962 insgesamt 116 Gesuche von Sonderschulen zu behandeln waren. Davon konnten bis Ende Januar 1963 69 Fälle abgeschlossen werden. 16 Gesuche mußten abgelehnt werden, weil sich zu Lasten der IV-Fälle kein Defizit ergab, weil die Gemeinnützigkeit bei privaten Institutionen nicht gegeben war oder weil das Mindestquorum an IV-Fällen bzw. -Tagen nicht erreicht wurde. Den 53 Gesuchstellern, welchen ein Betriebsbeitrag gewährt werden konnte, wurden insgesamt 1 800 253 Franken überwiesen. Dabei schwankte die Höhe der an die einzelnen Sonderschulen ausbezahlten Beiträge wegen des verschiedenartigen

Umfanges sowie der unterschiedlichen Kostenstruktur der subventionsberechtigten Schulen sehr stark. Der kleinste ausgerichtete Betriebsbeitrag an eine Sonderschule betrug 1 098 Franken und der höchste 118 116 Franken; im Mittel der Jahre 1961 und 1962 belief sich der durchschnittlich zugesprochene Betriebsbeitrag an Sonderschulen auf 36 000 Franken.

Invalidenversicherung und Invalidenhilfe

Die Beiträge der IV an die Fürsorgestellen und Sekretariate der gemeinnützigen privaten Organisationen der Invalidenhilfe

Schon lange vor Inkrafttreten der IV befaßten sich zahlreiche private Organisationen mit der Beratung und Betreuung Invaliden und der Beratung der Angehörigen Invaliden. Es lag daher nahe, daß der Gesetzgeber diese für die IV wichtige Tätigkeit auch nach Inkrafttreten des IVG in den Händen dieser Organisationen beließ. Er sah indessen in Artikel 74 IVG die Gewährung von Subventionen an die Aufwendungen der privaten Organisationen für die Beratung und Betreuung Invaliden und die Beratung der Angehörigen Invaliden sowie an die ihnen aus der Durchführung von Aufgaben der Invalidenhilfe erwachsenden Sekretariatskosten vor. Die näheren Voraussetzungen für die Gewährung dieser Beiträge sowie deren Auszahlung sind in den Artikeln 108 bis 110 IVV umschrieben. Die ZAK hat bereits früher einen Überblick über den Aufbau und die Tätigkeit der Dachorganisationen der privaten Invalidenhilfe und der ihnen angeschlossenen Organisationen gegeben (ZAK 1960, S. 158 und 280).

Grundsätzlich haben nur private Organisationen, die sich ganz oder in wesentlichem Umfange der Invalidenhilfe widmen, Anspruch auf Subventionen der Versicherung, sofern sie gemeinnützig sind, d. h. keinen Gewinn anstreben. Ferner ist zu beachten, daß nur die Tätigkeit für *Invalide* Anrecht auf Beiträge gibt. Den Fürsorgestellen, die sich neben der Fürsorge für Invalide und ihrer Angehörigen z. B. noch mit allgemeiner Rheuma- und Tuberkulosebekämpfung (Aufklärung, Durchführung von Durchleuchtungsaktionen usw.) befassen, kann gestützt auf das IVG nur ein Beitrag an die auf die Invalidenfürsorge entfallenden Kosten ausgerichtet werden. Ein Beitrag an die Besoldungen und Reisekosten von Fachpersonal, das sich der Beratung und Betreuung Invaliden und der Beratung der Angehörigen Invaliden widmet, wird ferner nur gewährt, wenn sich diese Fachleute über eine abgeschlossene Ausbildung

als Sozialarbeiter ausweisen können oder über die notwendige praktische Berufserfahrung verfügen. Des weitem müssen sie sich *hauptberuflich* mit der Beratung und Betreuung Invaliden und der Beratung der Angehörigen Invaliden befassen, weil die Anforderungen, die die IV an die Fürsorgetätigkeit einer Organisation stellen muß, nur durch ständigen Kontakt mit den Invaliden und ihren Problemen erfüllt werden können. Zu den Sekretariatskosten, die bei der Durchführung von Aufgaben der Invalidenhilfe entstehen und die ebenfalls subventioniert werden können, gehören zur Hauptsache die Löhne des Büropersonals, die Büromiete, die Aufwendungen für Büromaterial und Drucksachen, Porti, Telephon, Bank- und Postcheckspesen, soweit diese nicht durch Sammelaktionen entstanden sind sowie Sachversicherungen. Nicht beitragsberechtigt sind dagegen vor allem Aufwendungen für die Tätigkeit des Vorstandes, für Vereins- und Delegiertenversammlungen sowie Beiträge an andere Institutionen.

Für das Rechnungsjahr 1960 wurden der IV von Fürsorgestellen und Sekretariaten (einschließlich derjenigen der Dachorganisationen) 59 Beitragsgesuche eingereicht. Davon konnten im Geschäftsjahr 1961 31 Gesuche abschließend behandelt werden. Es wurden Beiträge von insgesamt 398 860 Franken zugesprochen, davon an die Fürsorgestellen und das Zentralsekretariat einer Dachorganisation 335 882 Franken. Die übrigen Beiträge bewegten sich zwischen 7 200 und 13 500 Franken und gingen an Fürsorgestellen für Taubstumme und Schwerhörige sowie an Sekretariate von Dachorganisationen und Fachverbänden.

Nach Abschluß des Rechnungsjahres 1961 wurde dem Bundesamt insgesamt 77 Gesuche unterbreitet. Zusammen mit den 28 noch nicht erledigten Eingaben aus dem Vorjahr waren demnach im Geschäftsjahr 1962 105 Gesuche zu prüfen. Bis zum Abschluß des Geschäftsjahres, Ende Januar 1963, konnten an insgesamt 60 Fürsorgestellen und 37 Sekretariate Beiträge im Gesamtbetrage von 785 002 Franken zugesprochen werden. Davon entfielen auf Fürsorgestellen 694 282 Franken und auf Sekretariate — diejenigen der Dachorganisationen inbegriffen — 90 720 Franken. 5 Gesuche von Fürsorgestellen und 3 Gesuche von Sekretariaten von Fachverbänden waren am 31. Januar 1963 noch nicht erledigt. Inzwischen konnten jedoch den 3 Sekretariaten und einer Fürsorgestelle die entsprechenden Beiträge zugesprochen werden. Für die Erledigung der noch pendenten 4 Gesuche von Fürsorgestellen sind noch zusätzliche Angaben und Unterlagen erforderlich.

Im Jahre 1962 wurden erstmals IV-Beiträge an Tuberkulosefürsorgestellen für die Rechnungsjahre 1960 und 1961 ausgerichtet. Da diese

Stellen jedoch bereits Beiträge von 33 Prozent an die Besoldungen des Fürsorgepersonals sowie 25 Prozent an die Reisespesen dieses Personals und ebenfalls 25 Prozent an die Sekretariatskosten auf Grund des Bundesgesetzes betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose erhalten hatten, konnten ihnen gestützt auf das IVG lediglich Beiträge von 17 Prozent an die Besoldungen und von 25 Prozent an die Reisespesen des Fürsorgepersonals gewährt werden, während ein Beitrag an die Sekretariatskosten außer Betracht fiel. Nach den Bestimmungen des IVG können nämlich Beiträge bis 50 Prozent an die Besoldungen und die Reisespesen des Fürsorgepersonals und bis 25 Prozent an die Sekretariatskosten ausgerichtet werden. Ebenfalls zum ersten Mal wurden Beiträge an die Besoldungen und Reisespesen von Personal, das hauptberuflich in der nachgehenden Fürsorge für ehemalige Insassen von Eingliederungsstätten für Geistesschwache tätig ist, sowie an die diesen Patronats erwachsenen Sekretariatskosten gewährt. So erhielten 7 Patronatsstiftungen für die Jahre 1960 und 1961 insgesamt 87 940 Franken an Beiträgen aus Mitteln der IV. Neben den bereits genannten Subventionsempfängern sind zahlreiche Organisationen vertreten, die sich der Blinden, der Schwerhörigen sowie der Taubstummen und Gehörlosen annehmen. Aber auch an verschiedene Selbsthilfeorganisationen und Fachverbände wurden Beiträge ausgerichtet.

IV-Interimstarif für ärztliche Leistungen

Mit Ausnahme des Honorars für das Ausfüllen des «Fragebogens für den Arzt» und für die allenfalls dazu notwendige Konsultation waren bis anhin für ärztliche Bemühungen noch keine speziellen IV-Tarife festgelegt worden. Nach Inkrafttreten des IVG im Jahre 1960 wurde im Einvernehmen mit der Verbindung der Schweizer Ärzte die Regelung getroffen, daß die Ärzte, die bis zum Abschluß eines definitiven Tarifvertrages mit der IV nicht zuwarten wollen, für ihre Bemühungen auf Grund des SUVA-Tarifes Rechnung stellen können.

Auf den 1. April 1963 ist der zwischen dem Bundesamt für Sozialversicherung und der Verbindung der Schweizer Ärzte vereinbarte «IV-Interimstarif für Konsultation und Besuch sowie für orthopädische und kinderchirurgische Leistungen» in Kraft getreten. Dieses Tarifabkommen ist in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 16 vom 19. April 1963 veröffentlicht worden. Über den Inhalt und die Gründe, die für den Abschluß dieses Interimsvertrages maßgebend waren, ist folgendes festzuhalten:

Ärztliche Beratungen und Berichte

Grundsätzlich soll für die Vergütung von ärztlichen Leistungen unter Vorbehalt der hier dargelegten Abweichungen der SUVA-Tarif gelten.

Da es sich in der IV — abgesehen von gewissen Geburtsgebrechen — bei den medizinischen Maßnahmen nicht um Akutbehandlungen, sondern um die Behebung eines Endzustandes handelt, dürfte in zahlreichen Fällen die Beratung des Versicherten über die Notwendigkeit einer Maßnahme und die Erfolgsaussichten erhebliche Zeit in Anspruch nehmen. Eine über das Übliche hinausgehende zeitliche Beanspruchung wird durch eine Zeitzuschlagstaxe abgegolten: Dauert eine Konsultation notwendigerweise länger als 15 Minuten (oder ein Besuch länger als 20 Minuten), so kann der Arzt zur SUVA-Taxe hinzu einen Zuschlag berechnen, sofern während dieser Zeit keine besonders honorierte Leistung ausgeführt wird.

Im Vergleich zur Behebung von unbedeutenderen Unfallschäden sind für die Beurteilung des Invaliden, sei es hinsichtlich der Art der Invalidität oder der Indikation bestimmter medizinischer Eingriffe usw., vielfach eingehende Abklärungen nötig. Daher werden die von den IV-Kommissionen zu Abklärungszwecken oder zur Aufstellung eines detaillierten Behandlungsplanes veranlaßten Untersuchungen durch Spezialärzte FMH, gemäß Ziffer 44 des SUVA-Tarifes vergütet. Vorbehalten bleiben eigentliche Begutachtungsaufträge nach Ziffer 53 des SUVA-Tarifes. In der Regel genügen aber für die Beurteilung der Invalidität die Auskünfte im «Fragebogen für den Arzt». Ist hierzu eine Untersuchung notwendig, so hat sich diese auf die zur Beantwortung des Fragebogens unumgänglichen Handlungen zu beschränken. Sicher sind Spezialuntersuchungen für die Aufstellung des ärztlichen Behandlungsplanes vielfach erforderlich, jedoch nicht immer auch für die Erwägungen der IV-Kommission notwendig.

Stellt gemäß Vertrag mit der Krankenanstalt bei Spitalbehandlung der Arzt der IV direkt Rechnung, so kann er für Spitalbesuche die Besuchstaxe gemäß Ziffer 21 ff. des SUVA-Tarifes verrechnen. Wenn der Arzt gleichzeitig mehrere Patienten in der gleichen Klinik besucht, ist die Konsultationstaxe gemäß Ziffer 16 des SUVA-Tarifes in Rechnung zu stellen.

Ärztliche Berichte an Organe der IV, Ärzte oder Spitäler werden nach Ziffer 50, verlangte eingehende Befundberichte gemäß Ziffer 50^{bis} des SUVA-Tarifes verrechnet.

Da der SUVA-Tarif für orthopädische und chirurgische Eingriffe bei Geburtsgebrechen keine besonderen Positionen enthält und eine sinn-gemäße Anwendung der bestehenden Tarifiensätze erhebliche Schwierigkeiten bietet, wurden für bestimmte orthopädische und kinderchirurgische Leistungen die gegenüber der IV anzuwendenden Tarife festgelegt.

Um Differenzen in der Honorierung unter der Ärzteschaft zu vermeiden und künftige Tarifverhandlungen nicht zu präjudizieren, wurden die einzelnen Maßnahmen «SUVA-äquivalent» bewertet. Verrichtungen, die im SUVA-Tarif oder im IV-Interimstarif nicht besonders aufgeführt sind, werden in sinn-gemäßer Anwendung der Tarifiensätze honoriert. Für die sehr kostspieligen Operationen am offenen Herz sind mit den Universitätsspitalern bereits besondere Vereinbarungen getroffen worden.

Wiedererwägung von rechtskräftigen Verwaltungsverfügungen

Es kann vorkommen, daß eine Verwaltungsbehörde nachträglich feststellt, daß sie sich beim Erlaß einer inzwischen in Rechtskraft erwachsenen Verfügung geirrt hat, indem sie entweder gesetzliche Bestimmungen unrichtig angewandt (Rechtsirrtum) oder Tatsachen falsch gewürdigt hat (Tatsachenirrtum). Ist nun eine solche Verfügung unabänderlich oder kann sie, ja muß sie sogar aufgehoben oder berichtigt werden?

Auf verschiedenen Gebieten des Verwaltungsrechts erfordert die Rechtssicherheit, daß die durch eine Behörde erlassenen rechtskräftigen Verfügungen endgültig sind und vorbehältlich der Revision nicht mehr berichtigt werden können. Zum Teil wird dies in den Vorschriften ausdrücklich bestimmt. Fehlen solche Bestimmungen, so erlangen nach der herrschenden Meinung in der Verwaltungsrechtslehre und in der Rechtsprechung die Verwaltungsverfügungen keine materielle Rechtskraft und können in der Regel in Wiedererwägung gezogen oder zurückgenommen werden. Das Bundesgericht führte hiezu aus, es entspreche dem zwingenden Charakter des öffentlichen Rechtes und der Natur der öffentlichen Interessen, daß ein Verwaltungsakt, der dem Gesetz nicht oder nicht mehr entspricht, nicht unabänderlich sei. Andererseits könne es ein Gebot der Rechtssicherheit sein, daß ein administrativer Entscheid,

der eine Rechtslage festgestellt oder begründet hat, nicht nachträglich wieder in Frage gestellt werde. «Ob der Verwaltungsakt von der Behörde, weil materiell rechtswidrig, zurückgenommen oder abgeändert werden kann, hängt also, soweit darüber nicht positive gesetzliche Bestimmungen vorliegen, von einer Abwägung jener beiden sich gegenüberstehenden Gesichtspunkte ab: dem Postulat der richtigen Durchführung des objektiven Rechts auf der einen und den Anforderungen der Rechtssicherheit auf der andern Seite» (BGE 78 I 406). Das Bundesgericht hat erkannt, daß die Rechtssicherheit vorgehen müsse, wenn die Verfügung auf Grund eines Einsprache- oder Vermittlungsverfahrens ergangen ist, das eine allseitige Prüfung der Frage erlaubt, oder wenn durch den Verwaltungsakt subjektive Rechte zugunsten bestimmter Personen begründet werden, wie beispielsweise bei der Einbürgerung, der Baubewilligung oder der Ernennung eines Beamten (BGE 78 I 406 und 84 I 11).

*

Das Problem der Wiedererwägung von Verfügungen stellt sich auch den AHV/IV/EO-Organen. Nach konstanter Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts auf dem Gebiete der AHV erwachsen die Verfügungen der AHV-Verwaltungsbehörden nur in formelle Rechtskraft und sind daher nicht unabänderlich. Diesen Grundsatz hat das Eidgenössische Versicherungsgericht sowohl für die Beitrags- als auch für die Rentenverfügungen (ordentliche und außerordentliche Renten) und neuerdings auch für die Verfügungen betreffend IV-Leistungen festgelegt (ZAK 1963, S. 42 und 295).

Verschiedene gesetzliche Bestimmungen sehen ausdrücklich vor, daß die Ausgleichskasse unter bestimmten Voraussetzungen auf eine frühere Verfügung zurückkommen muß; es handelt sich hiebei vor allem um die Artikel 39 AHVV (Nachzahlung geschuldeter Beiträge) und 47 AHVG (Rückerstattung unrechtmäßig bezogener Renten). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat gestützt auf diese gesetzlichen Bestimmungen gewisse Grundsätze entwickelt (ZAK 1957, S. 409, ZAK 1959, S. 33; ZAK 1963, S. 42 u. 295). Danach können die Ausgleichskassen auf eine Verfügung zurückkommen, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: Erstens muß es sich um eine Verfügung handeln, die *zweifelloso unrichtig* ist (ZAK 1963, S. 295). Zweitens muß die Berichtigung der Verfügung von *erheblicher Bedeutung* sein. Sind diese Voraussetzungen gegeben, so muß bei der Interessenabwägung die richtige Durchführung des objektiven Rechts der Rechtssicherheit vorgehen. Insbesondere wäre es

«unannehmbar, daß ein Versicherter aus rein formellen Gründen Leistungen bezieht, auf die er keinen Anspruch besitzt». Auf dem Gebiete der Sozialversicherung, die auf dem Solidaritätsprinzip fußt, «muß das öffentliche Interesse ohne Zweifel überwiegen» (ZAK 1963, S. 44). Hierbei ist es nicht von Bedeutung, ob der Irrtum auf einer Verkennung der Tatsachen oder auf einer falschen Rechtsanwendung beruht oder ausschließlich einem Organ der Versicherung zuzuschreiben ist. Auch wenn seitens des Versicherten kein Verschulden vorliegt, so rechtfertigt dies die Aufrechterhaltung einer unrichtigen Verfügung nicht. Das Eidgenössische Versicherungsgericht konnte sich dem von einem Versicherten vertretenen Standpunkt nicht anschließen, daß die Verfügung subjektive Rechte begründe und daher nicht mehr abgeändert werden könne (ZAK 1963, S. 42).

*

Es stellt sich weiter die Frage, was die Ausgleichskasse — oder gegebenenfalls die IV-Kommission — vorzukehren hat, sofern ihr ein Irrtum zum Nachteil des Versicherten unterlaufen ist. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat entschieden (ZAK 1963, S. 295), daß die Verwaltung auf Begehren des Versicherten ihren Entscheid zu berichtigen habe, falls Revisionsgründe gegeben sind, was insbesondere zutrifft, wenn nachträglich neue Tatsachen oder Beweismittel entdeckt werden. Es hat ausdrücklich festgehalten, daß die Revisionsgründe von Urteilen der rechtsprechenden Instanzen gemäß Artikel 85, Absatz 2, Buchstabe h, AHVG, auch für Verwaltungsentscheide gelten. In allen übrigen Fällen hingegen (beispielsweise bei falscher Anwendung des Gesetzes durch die IV-Kommission oder die Ausgleichskasse) können die Versicherten die Berichtigung von rechtskräftigen Verfügungen nicht auf dem Beschwerdeweg erzwingen. Die rechtsprechenden Instanzen müssen sich darauf beschränken, zu prüfen, ob ein Revisionsgrund gemäß Artikel 85, Absatz 2, Buchstabe h, AHVG vorliegt. Wenn ein solcher nicht gegeben ist, können sie weder selbst eine Berichtigung der Verfügung vornehmen noch die Verwaltung zu einer solchen verhalten, selbst wenn die Verfügung offensichtlich falsch ist (z. B. wegen Rechtsirrtum). Dies schließt aber nicht aus, daß die Ausgleichskasse oder IV-Kommission von sich aus (oder auf Weisung des Bundesamtes für Sozialversicherung) eine Verfügung oder einen früheren Entscheid in Wiedererwägung zieht und berichtigt (ZAK 1963, S. 295). Die Berichtigung steht nicht im Belieben der Verwaltungsorgane. Diese haben vielmehr im Rahmen der gesetzlichen Erfordernisse nach pflichtgemäßem

Ermessen zu handeln. Dabei ist aus Gründen der Rechtssicherheit und der rationellen Verwaltung Zurückhaltung zu üben. Man darf im allgemeinen vom Betroffenen verlangen, daß er sich beim Empfang einer Verfügung über deren Richtigkeit Rechenschaft gibt und nötigenfalls Beschwerde erhebt. Die Wiedererwägung soll nur offensichtliche Irrtümer mit erheblichen nachteiligen Folgen korrigieren. Sie ist nicht dazu da, bei verpaßten Beschwerdefristen ein Einspracheverfahren zu öffnen.

*

In den vorstehenden Ausführungen war lediglich von der Berichtigung unrichtiger Verfügungen die Rede, die bereits im Zeitpunkt ihres Erlasses wegen eines Rechts- oder Tatsachenirrtums falsch waren. Davon ist die Revision von Verfügungen zu unterscheiden (z. B. Rentenrevision gemäß Art. 41 IVG), die erfolgt, wenn sich die bisherigen Verhältnisse geändert haben, und die sich erst von jenem Zeitpunkt an auswirkt, wo neue, entscheidende Tatsachen eingetreten sind (z. B. Änderung des Invaliditätsgrades). Darauf wird in diesem Zusammenhang nicht näher eingetreten. Es sei lediglich festgehalten, daß *Wiedererwägung* und *Revision* nicht zu verwechseln sind, obschon diese beiden Begriffe für verschiedene Rechtsbehelfe wechselseitig gebraucht werden und der Versicherte zuweilen gleichzeitig beide Begehren vorbringt.

Durchführungsfragen der AHV

Kurse für Waldarbeiterlehrlinge

Die Kantone oder an deren Stelle die Forstwirtschaftliche Zentralstelle in Solothurn führen Kurse von drei oder vier Wochen Dauer für Waldarbeiterlehrlinge durch. Diese Kurse dienen der Ausbildung der Lehrlinge und finden während der Lehrzeit einmal jährlich statt. Die Lehrlinge erhalten freie Station sowie einen Anteil an den Vergütungen, die der Waldbesitzer für die während des Kurses verrichteten Arbeiten leistet. Dieser Anteil beträgt je Lehrling 40 bis 50, ausnahmsweise bis zu 100 Franken.

Der Wert der freien Verpflegung und Unterkunft ist kein Entgelt für geleistete Arbeit und gehört damit nicht zum Erwerbseinkommen. Dagegen zählt der Anteil des Lehrlings an den Vergütungen des Waldbesitzers für die verrichteten Arbeiten zum maßgebenden Lohn; als Arbeitgeber gilt die den Kurs durchführende Stelle. Indessen kann

gemäß Artikel 5, Absatz 5, AHVG und Artikel 8^{bis} AHVV von der Erhebung der Beiträge abgesehen werden, wenn Arbeitgeber und Arbeitnehmer damit einverstanden sind. Die Kantone und die Forstwirtschaftliche Zentralstelle wurden aufgefordert, sich mit den zuständigen kantonalen Ausgleichskassen in Verbindung zu setzen, um mit diesen das Abrechnungsverfahren zu ordnen.

Durchführungsfragen der IV

Geburtsgebrechen: Anerkennung im Einzelfall¹

Das Eidgenössische Departement des Innern hat mit Verfügung vom 13. März 1963 gestützt auf Artikel 3, Absatz 2, GgV in drei Einzelfällen die *enzymopenische Methaemoglobinaemie*, die *Atresia intestinalis congenitalis* und das *Prader-Willi-Syndrom* als Geburtsgebrechen bezeichnet.

Gesuche um Anerkennung dieser Leiden als Geburtsgebrechen in künftig zur Beurteilung gelangenden Fällen sind dem Bundesamt für Sozialversicherung unter Vorlage sämtlicher Akten zu unterbreiten.

LITERATURHINWEISE

Chapuis, R.: *La réhabilitation des handicapés dans le cadre d'une commission cantonale AI.* In: Zeitschrift für Präventivmedizin, Orell Füssli Zürich, 1962, No. 3, S. 229—238.

Der richtige Fahrstuhl. Herausgegeben von der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Invalidenhilfe. Postfach Pro Infirmis, Zürich 32, 14 S., illustriert. 1962.

Heß, Maria: *Die Erfassung des sprachgebrechlichen Kindes und Jugendlichen.* In: Heilpädagogische Werkblätter, Institut für Heilpädagogik Luzern, 1962, Nr. 2, S. 58—64, Nr. 3, S. 108—113.

Rickenbach, Walter: *Die Sozialarbeit der Schweiz.* Eine Einführung, herausgegeben von der Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft. 266 S. (mit ausführlicher Bibliographie), Zürich, 1963.

Rüedi, L.: *Wandlungen in Erkennung und Behandlung der Schwerhörigkeit.* In: Monatsblatt des Bundes schweizerischer Schwerhörigen-Vereine, 1963, Heft 2, S. 33—43.

Sandmeier, Francis: *L'intégration professionnelle des adolescents handicapés en Suisse.* Separatdruck aus «Les cahiers médico-sociaux», Ed. Médecine et Hygiène, Genève, 1962, No. 3, S. 117—139.

¹ Aus «IV-Mitteilungen» Nr. 44.