

KLEINE MITTEILUNGEN

Familienzulagen im Kanton Zürich

Durch die Gesetzesnovelle vom 24. März 1963 wurde der Regierungsrat ermächtigt, besondere Vorschriften über den Anspruch ausländischer Arbeitnehmer auf Kinderzulagen zu erlassen, die nicht im Besitze einer Niederlassungsbewilligung sind. Von dieser Befugnis hat der Regierungsrat durch die Verordnung vom 18. April 1963 über die Kinderzulagen für ausländische Arbeitnehmer ohne Niederlassungsbewilligung Gebrauch gemacht. Die Rechtstellung der ausländischen Arbeitnehmer mit Niederlassungsbewilligung hat keine Änderung erfahren. Wie bisher sind sie den schweizerischen Arbeitnehmern gleichgestellt.

Für ausländische Arbeitnehmer ohne Niederlassungsbewilligung gilt im einzelnen ab 1. Juli 1963 folgendes:

a. Der Ansatz der Kinderzulage beträgt wie für schweizerische Arbeitnehmer mindestens 20 Franken im Monat.

b. Die Altersgrenze ist für Kinder, die im Ausland wohnen oder die sich nach erfolgter Einreise noch nicht ein Jahr ununterbrochen mit behördlicher Bewilligung in der Schweiz aufhalten, auf das 16. Altersjahr festgesetzt. Kinder im Alter zwischen 16 und 20 Jahren, die in Ausbildung begriffen oder wegen körperlicher oder geistiger Gebrechlichkeit mindererwerbsfähig sind, gelten nur dann als zulageberechtigt, wenn sie nach erfolgter Einreise ein Jahr ununterbrochen mit behördlicher Bewilligung sich in der Schweiz aufhalten.

c. Kreis der zulageberechtigten Kinder. Eine Sonderregelung gilt nur für Pflegekinder. Diese gelten nicht als zulageberechtigt, wenn sie sich im Ausland oder nach erfolgter Einreise noch nicht ein Jahr ununterbrochen mit behördlicher Bewilligung in der Schweiz aufhalten.

d. Beendigung des Anspruchs. Die Kinderzulagen sind an schweizerische Arbeitnehmer bei Unfall und Krankheit nach Erlöschen des Lohnanspruchs noch während eines Monats weiter auszurichten, im Todesfall während drei Monaten. Mit Ausnahme der Grenzgänger gilt diese Regelung für ausländische Arbeitnehmer, die noch nicht ein Jahr ununterbrochen in der Schweiz wohnen, nur, sofern und solange sich der Arbeitnehmer in der Schweiz aufhält. Die weitere Ausrichtung der Kinderzulagen fällt im Todesfall mit dem Lohnanspruch dahin.

e. Durchführung. Der Arbeitnehmer hat seine Angaben über Kinder, für die er Zulagen beansprucht, mit den erforderlichen amtlichen Ausweisen zu belegen und zu-

sätzlich geforderte Bescheinigungen oder besondere Ausweise beizubringen. Der Arbeitgeber oder die Ausgleichskasse kann die Ausrichtung der Zulagen verweigern oder einstellen, soweit und solange Zweifel über den Anspruch bestehen und der Arbeitnehmer seine Nachweisverpflichtungen nicht oder nicht genügend erfüllt.

Familienzulagen im Kanton Bern

Bisher hatten ausländische Arbeitnehmer nur dann Anspruch auf Kinderzulagen, wenn sie mit ihren Kindern in der Schweiz wohnten. Durch die Gesetzesnovelle vom 10. Februar 1963 wurde der Regierungsrat ermächtigt, besondere Vorschriften über den Anspruch ausländischer Arbeitnehmer auf Kinderzulagen zu erlassen. Der Regierungsrat hat von dieser Möglichkeit durch die Verordnung vom 19. April 1963, die auf den 1. Juli 1963 in Kraft tritt, Gebrauch gemacht und den Anspruch wie folgt geordnet:

Ausländische Arbeitnehmer mit Kindern in der Schweiz Ausländische Arbeitnehmer, die mit ihren Kindern in der Schweiz wohnen, sind entsprechend der bisherigen Regelung den schweizerischen Arbeitnehmern gleichgestellt. In der Verordnung wird ausdrücklich festgehalten, daß sie in vollem Umfang dem kantonalen Gesetz unterstehen.

Ausländische Arbeitnehmer mit Kindern im Ausland Ausländische Arbeitnehmer, deren Kinder im Ausland wohnen, haben für jedes eheliche Kind und Adoptivkind unter 15 Jahren Anspruch auf die gesetzliche Kinderzulage. Ehe und Adoption müssen in der Schweiz als gültig anerkannt sein. Im Gegensatz zu den im Inland lebenden Kindern sind somit folgende Kinder im Ausland nicht zulageberechtigt: außereheliche Kinder, Stief- und Pflegekinder, Kinder zwischen dem 15. und 16. Altersjahr sowie ferner Kinder zwischen dem 15. und 20. Altersjahr, die sich in Ausbildung befinden oder wegen Krankheit oder Gebrechen erwerbsunfähig sind.

Hat der Ehemann auf Grund der ausländischen Gesetzgebung Anspruch auf Kinderzulagen, so steht der Ehefrau kein Anspruch auf Zulage nach Maßgabe des kantonalen Gesetzes zu. Bei Kindern aus geschiedenen oder gerichtlich getrennten Ehen steht der Anspruch auf Zulagen jenem Elternteil zu, dem die Obhut des Kindes anvertraut ist.

Die anerkannten FAK haben nötigenfalls ihre Statuten und Reglemente den neuen Bestimmungen anzupassen. Das gleiche gilt sinngemäß für Arbeitgeber, die vom Regierungsrat vom Anschluß an eine Familienausgleichskasse befreit worden sind.

Familienzulagen im Kanton Glarus

Die Landsgemeinde vom 5. Mai 1963 hat einer Änderung des Gesetzes über die obligatorische Ausrichtung von

Kinderzulagen zugestimmt. Danach beträgt die Kinderzulage für jedes Kind im Monat:

a. Schweizerbürger:

20 Franken (bisher 15 Franken);

b. Ausländer:

20 Franken für ihre in der Schweiz lebenden Kinder,

10 Franken für ihre im Ausland lebenden Kinder.

Die neuen Bestimmungen treten am 1. Juli 1963 in Kraft.

Familienzulagen im Kanton Basel-Landschaft

Am 6. Mai 1963 hat der Landrat die Vollziehungsverordnung zum Gesetz über Kinderzulagen für Arbeitnehmer erlassen, die rückwirkend auf den 1. Januar 1963 in Kraft getreten ist. Es seien daraus folgende Bestimmungen erwähnt:

Kinderzulagen

Die Altersgrenze beträgt 22 Jahre, wenn das Kind noch in Ausbildung begriffen ist, kein erhebliches Einkommen hat oder zu 50 Prozent arbeitsunfähig ist. In der Vollziehungsverordnung wird der Begriff der Ausbildung umschrieben und das erhebliche Einkommen ziffernmäßig festgesetzt. Als Ausbildung gilt die Absolvierung einer Berufslehre im Sinne der Bundesgesetzgebung oder einer Mittel-, Fortbildungs-, Berufs- oder Hochschule, deren Lehrplan ein volles Tagespensum aufweist. Erheblich ist ein regelmäßiges Einkommen, das 250 Franken im Monat übersteigt.

Im Gesetz wird der Doppelbezug von Kinderzulagen für dasselbe Kind als unzulässig erklärt. Nach der Vollziehungsverordnung bezieht sich das Verbot des Doppelbezuges auf solche Zulagen, die auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung ausgerichtet werden. Da anerkannte gesamtarbeitsvertragliche Bestimmungen in ihrer Rechtswirkung den gesetzlichen gleichgestellt sind, erstreckt sich das Verbot des Doppelbezuges auch auf Kinderzulagen, die auf Grund von Gesamtarbeitsverträgen bezahlt werden.

Organisation

Arbeitgeber und Berufsorganisationen, welche die Anerkennung gesamtarbeitsvertraglicher oder gesamtarbeitsvertragsähnlicher Regelungen über Kinderzulagen begehren oder eine Familienausgleichskasse errichten wollen, haben dem Regierungsrat ein entsprechendes Gesuch einzureichen. Dasselbe gilt für bestehende Familienausgleichskassen, die um die Anerkennung nachsuchen. Die Gesuchsteller haben den Nachweis zu erbringen, daß die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Eine Frist für die Einreichung des Gesuches ist in der Vollziehungsverordnung nicht festgesetzt. Am 1. Januar 1964 erfolgt die Anerkennung auf den Beginn eines Kalenderjahres, wobei das Gesuch mindestens drei Monate zum voraus einzureichen ist.

Bei Inkrafttreten der Anerkennung haben die Familienausgleichskassen die ihnen angeschlossenen Arbeitgeber und in der Folge alle Mutationen auf speziellem Formular der kantonalen Familienausgleichskasse zu melden, die ein zentrales Register der unterstellten Arbeitgeber führt.

Arbeitgeberbeitrag Durch Regierungsratsbeschuß vom 30. April 1963 wurde der Arbeitgeberbeitrag der kantonalen Familienausgleichskasse provisorisch auf 2 Prozent der Lohnsumme festgesetzt.

Familienzulagen im Kanton Schaffhausen Der Regierungsrat des Kantons Schaffhausen hat mit Beschluß vom 26. April 1963 den Arbeitgeberbeitrag der kantonalen Familienausgleichskasse auf 1,3 Prozent der Lohnsumme festgesetzt.

Nachtrag zum Drucksachenkatalog

AHV/IV/EO

318.103 d	Neu erschienen sind: Wegleitung über Buchführung und Geldverkehr der Ausgleichskassen	2.50*
318.103 f	Directives sur la comptabilité et les mouvements de fonds des caisses de compensation	2.50*
318.121.61 d	Jahresbericht AHV/IV/EO 1961	3.50*
318.121.61 f	Rapport annuel AVS/AI/APG 1961	3.50*
318.333 df	Begleitschein zu den IBK-Listen Bordereau pour les listes de CIC 1 A
318.507.011 d	Klebetekturen zum Kreisschreiben über die Vergütung der Reisekosten (gültig ab 1.1.62)	—30*
318.507.011 f	Feuillets collants pour la circulaire concernant le remboursement des frais de voyage (valables dès le 1er janvier 1962)	—30*
318.507.012 d	Klebetekturen zum Kreisschreiben über die Vergütung der Reisekosten (gültig ab 1.1.63)	—15*
318.507.012 f	Feuillets collants pour la circulaire concernant le remboursement des frais de voyage (valables dès le 1er janvier 1963)	—15*
318.700.1 d	Klebetekturen zum EOG	—10*
318.700.1 f	Feuillets collants pour la LAPG	—10*
318.831 i	Questionario per la determinazione degli assegni familiari ai lavoratori agricoli italiani con figli all'estero	4.— 4
318.832 s	Cuestionario para la fijación de asignaciones familiares para los obreros rurales españoles, a favor de sus hijos no residentes en Suiza	4.— 4
318.306.02 du	Aufgehoben sind: Die Stellung der ungarischen Flüchtlinge in der AHV (ungarischer Text auf Rückseite)	
318.306.02 fu	Le statut des réfugiés hongrois dans l'AVS (texte hongrois au verso)	

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterbliebenenversicherung

Renten

Urteil des EVG vom 6. November 1962 i. Sa. F. und H. C.

Art. 21, Abs. 1 und 2, und Art. 31 AHVG. Der Ehemann kann auf die Geltendmachung seines Anspruchs auf eine Ehepaar-Altersrente verzichten, wenn deren Betrag kleiner wäre als die einfache Altersrente, welche die Ehefrau bisher auf Grund ihrer eigenen Beiträge bezog. Wenn aber die Ehefrau in der Folge stirbt, kann der Ehemann lediglich eine Altersrente auf Grund seiner eigenen Beiträge beanspruchen.

Der 1896 geborene Versicherte hat in den Jahren 1948 und 1949 AHV-Beiträge bezahlt. Für die Zeit vom 19. April 1949 bis zum 30. September 1958, während welcher er der Pensionskasse der UNO angehörte, wurde er gemäß Art. 1, Abs. 2, AHVG von der Versicherungspflicht in der AHV befreit. Dagegen hat seine Frau, geboren 1898, von 1948 bis zur Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit im Jahre 1958 regelmäßig Beiträge entrichtet, auf Grund welcher sie seit 1. März 1961 eine einfache Altersrente von vorerst 125 Franken und seit 1. Juli 1961 von 160 Franken monatlich bezog.

Im Jahre 1961 vollendete der Ehemann sein 65. Altersjahr, worauf ihm infolge seiner unvollständigen Beitragsdauer eine ordentliche Ehepaar-Altersrente von nur 80 Franken im Monat zugesprochen wurde. Diese Ehepaar-Altersrente hatte das Erlöschen der einfachen Altersrente der Ehefrau zur Folge. Auf Beschwerde der Ehegatten bestätigte die Rekursbehörde die entsprechende Verfügung.

Auf Berufung des Versicherten hin stellte das EVG fest, daß die Ehefrau ihren Anspruch auf einfache Altersrente behalte, nachdem ihr Mann in der Zwischenzeit seine Anmeldung zum Bezug einer Ehepaar-Altersrente zurückgezogen hatte. Das EVG begründet diesen Entscheid wie folgt:

1. Gemäß Art. 21, Abs. 2, AHVG erlischt der Anspruch auf einfache Altersrente mit dem Entstehen eines Anspruchs auf Ehepaar-Altersrente. Demnach ist der Entscheid des kantonalen Richters, die der Ehefrau ausgerichtete Rente erlösche mit der Entstehung des Anspruchs des Ehemannes auf eine Ehepaarsrente, die im übrigen durchaus richtig berechnet worden ist, grundsätzlich richtig (die Ausnahme von Art. 22, Abs. 3, letzter Satz, AHVG für die außerordentliche Ehepaar-Altersrente fällt hier außer Betracht.)

Indessen hat derjenige, der seinen Anspruch auf eine Rente geltend machen will, der zuständigen Ausgleichskasse ein ordnungsgemäß ausgefülltes Anmeldeformular einzureichen (Art. 67 AHVV). Gleich wie die anderen Zweige

der Sozialversicherung kennt somit auch die AHV wenigstens in der Praxis den Grundsatz, daß eine Leistung nur auf Verlangen des Berechtigten erbracht wird. Die Gesetzesbestimmungen umschreiben — außer bei der Verjährung nicht bezogener Renten (Art. 46 AHVG) — weder die Folgen eines Verzichts auf Geltendmachung eines Anspruchs noch diejenigen eines Rückzugs einer eingereichten Anmeldung.

Das EVG hat bereits Gelegenheit gehabt, diese Folgen auf dem Gebiet der IV zu prüfen. Es hat dabei erkannt, daß der Rückzug einer Anmeldung möglich ist und die gleichen Wirkungen nach sich zieht, wie wenn kein Anspruch auf Leistungen bestehen würde, sofern der Versicherte ein schützenswertes Interesse nachweist (EVGE 1961, S. 62; ZAK 1961, S. 227). Trotz der Unterschiede zwischen den beiden Rechtsgebieten und deren gesetzlicher Regelung können doch diese in der IV anerkannten Grundsätze in der AHV analog angewendet werden. Ohne Zweifel kann niemand auf seinen Anspruch als solchen verzichten, sondern ein Verzicht bezieht sich nur auf die Auszahlung der Rentenbeträge. Es ist aber zu berücksichtigen, daß in Ausnahmefällen der Berechtigte ein schützenswertes Interesse haben kann, sein Recht nicht geltend zu machen oder eine eingereichte Anmeldung zurückzuziehen. In solchen Fällen ist ein Verzicht hinsichtlich seiner Wirkungen gleich zu behandeln, wie wenn kein Anspruch auf Versicherungsleistungen bestehen würde. Die Regeln über den guten Glauben genügen, um mögliche Mißbräuche auszuschließen: so würde der Versicherte, der auf den Bezug der ihm zustehenden Rente verzichtet hat, sich eines offensichtlichen Rechtsmißbrauchs schuldig machen, wenn er nachträglich den Betrag unter dem Titel der Nachzahlung nicht bezogener Renten gemäß Art. 46 AHVG verlangte, und es könnte ihm zudem der gute Glaube nicht zugiebilligt werden, wenn er ohne gültigen Grund und in spekulativer Absicht auf seinen Verzicht zurückkommen wollte.

2. Im vorliegenden Fall hat der Berufungskläger seine Anmeldung für eine Altersrente zurückgezogen, und es kann angenommen werden, daß die besonderen Umstände eine Gleichstellung dieses Rückzuges mit dem Nichtbestehen eines Anspruchs rechtfertigen. Der Ehemann, dessen Ehepaarsrente erheblich niedriger wäre als die von seiner Frau bezogene einfache Altersrente, hat tatsächlich ein schützenswertes Interesse, seiner Frau diese Rente, die sie sich auf Grund ihrer eigenen Beiträge erworben hat, nicht zu entziehen. Ein anderes Verhalten verstieße selbst gegen die Pflicht des Ehemanns, angemessen für den Unterhalt seiner Frau zu sorgen (Art. 160 ZGB). Somit bewirkt der Verzicht des Berufungsklägers auf seinen eigenen Rentenanspruch, daß er das Erlöschen der ordentlichen einfachen Altersrente seiner Frau verhindert.

Dieser Verzicht könnte später nicht ohne stichhaltigen Grund gutgläubig aufgehoben werden. Es ist jedoch klar, daß die Auflösung der Ehe — insbesondere durch das Ableben der Ehefrau — einen solchen Grund darstellt. Dann könnte der Berufungskläger neuerdings seinen Rentenanspruch für die Zukunft geltend machen. Diese Rente ist jedoch auf Grund seiner eigenen Beiträge zu berechnen.

Verfahren

Urteil des EVG vom 12. Dezember 1962 i. Sa. M. F.

Art. 84 AHVG. Ist nach dem Außenverhältnis anzunehmen, ein Angestellter sei zur Entgegennahme von Briefen ermächtigt, so gilt eine dem Angestellten ausgehändigte Verfügung als dem Geschäftsinhaber zugestellt. (Erwägungen 1 und 2)

Art. 85, Abs. 1, AHVG. Prüfung der Wiederherstellung der Beschwerdefrist auf Grund der kantonalen Prozeßvorschriften. (Erwägung 3)

Am 24. November 1960 erließ die Ausgleichskasse eine Veranlagungsverfügung, durch die die Inhaberin eines Taxibetriebes verhalten wurde, von Löhnen in der Höhe von 37 500 Franken, die sie schätzungsweise von April bis Dezember 1958 ausgerichtet hatte, die Beiträge zu entrichten. Die Verfügung wurde am 26. November — wegen angeblicher Abwesenheit der Adressatin — einem Chauffeur ausgehändigt, der an der gleichen Adresse wie seine Arbeitgeberin wohnte.

Mit Eingabe vom 10. Januar 1961 an die kantonale Rekurskommission erklärte der Chauffeur, er beschwere sich namens der Betriebsinhaberin. Die Lohnsumme habe weniger als 37 500 Franken betragen, und die Veranlagungsverfügung sei am 28. November nicht zustellbar gewesen, weil die Adressatin damals im Ausland geweilt habe. Als die Betriebsinhaberin dann über Neujahr für drei Tage zurückgekehrt sei, habe er ihr den eingeschriebenen Brief ausgehändigt, und sei von ihr beauftragt worden, «die Angelegenheit in Ordnung zu bringen». Die Betriebsinhaberin erklärte der Rekurskommission, sie habe niemanden beauftragt, während ihrer Landesabwesenheit Post für sie entgegenzunehmen. Den Brief der Ausgleichskasse habe sie vom Chauffeur «viel zu spät bekommen».

Die Rekurskommission trat wegen Verspätung auf die Beschwerde nicht ein. Die Betriebsinhaberin erhob Berufung. Das EVG wies die Berufung aus folgenden Erwägungen ab.

1. Wird jemand von einer AHV-rechtlichen Kassenverfügung betroffen, so kann er gemäß Art. 84 AHVG die Verfügung innert dreißig Tagen «seit der Zustellung» durch Beschwerde an den erstinstanzlichen Richter weiterziehen. Ihrem Adressaten zugestellt ist eine Kassenverfügung, sobald sie in seinen Gewahrsam gelangt ist, d. h. er selber oder ein bevollmächtigter Stellvertreter instandgesetzt worden ist, sie zur Kenntnis zu nehmen (vgl. Urteil vom 22. Dezember 1956 i. Sa. H., EVGE 1957, S. 49, ZAK 1957, S. 115).

Beschäftigt der Adressat einer Verfügung als Betriebsinhaber einen oder mehrere Angestellte, so gilt ein von der Post einem Angestellten ausgehändigter Brief als dem Geschäftsinhaber zugestellt, wenn nach dem Außenverhältnis anzunehmen ist, daß der Angestellte zur Entgegennahme ermächtigt ist, d. h. wenn der Geschäftsinhaber den schriftlichen Verkehr so eingerichtet hat, daß Dritte annehmen dürfen, die Aushändigung an den Angestellten gelte auch für den Inhaber als verbindlich (Urteil vom 31. Dezember 1959 i. Sa. E. SA., EVGE 1960, S. 51, ZAK 1960, S. 174).

2. Wie die Ausgleichskasse am 21. April 1961 darlegte, hatte der Chauffeur seit Jahren die gleiche Adresse wie seine Arbeitgeberin. Ferner steht

fest, daß er am 14. Februar 1961, als er in ihrem Namen eine «AHV-Abrechnung für das Jahr 1958» an die Rekurskommission sandte, sein eigenes Domizil immer noch mit «D'straße 28» angegeben hat. Die Berufungsklägerin behauptet, im Zeitraum vom 28. November bis gegen Neujahr 1961 landesabwesend gewesen zu sein, obschon sie immer noch Geschäftsinhaberin war. Der Fortgang des Geschäftes setzte daher notwendigerweise voraus, daß dessen Außenbeziehungen über den Angestellten gingen. Dazu kommt, daß die Post bei der Zustellung offensichtlich dieser Ansicht war und daß der Angestellte selber den eingeschriebenen Brief entgegennahm. Wenn dann bald darauf eben dieser Angestellte als Vertreter die Beschwerde einreichte, so bestätigt dieser Umstand lediglich jene Voraussetzung. Unter solchen Verumständlungen besteht wenigstens die Vermutung, die Zustellung sei ordnungsgemäß erfolgt. Der Gegenbeweis, daß der Chauffeur keine Befugnis zur Annahme des eingeschriebenen Briefes hatte und somit eine rechtsgültige Zustellung erst «über Neujahr» erfolgt sei, ist von der Berufungsklägerin nicht erbracht worden. Ja, sie hat nicht einmal ihre behauptete Landesabwesenheit nachgewiesen.

Deswegen hat die 30tägige Beschwerdefrist nach Maßgabe des Art. 96 AHV am 29. November 1960 zu laufen begonnen und ist sie am 28. Dezember unbenutzt verstrichen.

3. Es besteht auch kein kantonrechtlicher Grund zur Wiederherstellung der versäumten Beschwerdefrist. Hat sich jemand für längere Zeit von seinem Geschäftsbetrieb entfernt, und keinen Stellvertreter zurückgelassen, wie die Berufungsklägerin es von sich glauben machen will, so muß er die mit solchem Verhalten verbundenen Nachteile in Kauf nehmen. Die Berufungsklägerin wußte, daß sie demnächst eine AHV-rechtliche Ermessenstaxation zu gewärtigen hatte, war ihr doch mit eingeschriebener Mahnung der Ausgleichskasse vom 19. Oktober 1959 der Erlaß einer Veranlagungsverfügung angedroht worden (Art. 37 AHVV).

Invalidenversicherung Eingliederung

Urteil des EVG vom 21. Dezember 1962 i. Sa. H. K.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Die dauernd notwendige Abgabe von Medikamenten und die jährlichen Kuraufenthalte bei genuiner Epilepsie stellen eine zeitlich nicht befristete eigentliche Leidensbehandlung dar. Leistungen der IV sind daher ausgeschlossen. (Erwägungen 1 und 2)

Art. 21 IVG. Die Ozonanreicherung der Luft durch besondere Geräte ist überwiegend auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet. Die Geräte sind keine Hilfsmittel im Sinne der IV. (Erwägung 3)

Der 1924 geborene, an einer wahrscheinlich genuinen Epilepsie leidende Versicherte arbeitet als Archivar. In seinem Urteil vom 13. Juni 1961 hielt das EVG fest, daß der Versicherte angemessen eingegliedert sei und zur Zeit keine Maßnahmen beruflicher Art beanspruchen könne.

Am 26. Juni 1961 stellte der Versicherte bei der IV-Kommission das Begehren, sämtliche ärztlich vorgeschriebenen Medikamente vom 1. Januar 1960

an zu übernehmen, für die Kosten eines jährlichen, zweiwöchigen Kuraufenthaltes (neben den zweiwöchigen Ferien) aufzukommen und zwei Ozonorgereäte für den Arbeitsplatz und die Wohnung abzugeben. Die IV-Kommission beschloß, die angebotenen Leistungen zu verweigern, was dem Versicherten von der Ausgleichskasse eröffnet wurde. Eine vom Versicherten erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekursbehörde abgewiesen.

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

1. Die vom Bundesrat aufgestellte Liste der Geburtsgebrechen enthält in Ziffer 129 folgende Epilepsieformen:

a. Myoklonus-Epilepsie (familiär),

b. symptomatische Epilepsie auf Grund angeborener Leiden des Gehirns und der Schädelknochen,

c. symptomatische Epilepsie auf Grund nachweisbarer Geburtstraumen.

Die wahrscheinlich genuine Epilepsie des Versicherten fällt unter keine dieser drei Epilepsieformen, weshalb medizinische Maßnahmen zur Behandlung eines Geburtsgebrechens (Art. 13 IVG) außer Betracht fallen. Abgesehen davon können volljährige Versicherte nur dann Leistungen gemäß Art. 13 IVG beanspruchen, sofern das Geburtsgebrechen durch eine zeitlich beschränkte medizinische Maßnahme behoben oder dauernd gemildert werden kann (Art. 85, Abs. 2, IVG). Die dauernd notwendige medikamentöse Behandlung und die jährlich wiederkehrenden Kuraufenthalte stellen jedoch keine zeitlich beschränkten Maßnahmen dar.

2. Es fehlt auch an den Voraussetzungen für die Gewährung medizinischer Maßnahmen gemäß Art. 12 IVG. Laut dieser Bestimmung 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 sich die Vorkehr nicht in einer eigentlichen Leidensbehandlung erschöpft und sofern die Maßnahme geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Eine Behandlung des Leidens an sich ist in der Regel dann gegeben, wenn die Vorkehrungen überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens dienen. Die medikamentöse Behandlung und die Kuraufenthalte sind überwiegend auf die Linderung der Epilepsie, d. h. eines labilen pathologischen Geschehens gerichtet; sie gehören daher zur eigentlichen Leidensbehandlung, die nicht zu Lasten der IV geht. Abgesehen davon werden als medizinische Maßnahmen gemäß Art. 2 IVV nur «einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte Vorkehrungen» gewährt, welche Umschreibung sich im Rahmen des allgemeinen Begriffes des Art. 12 IVG hält (EVGE 1961, S. 318; ZAK 1962, S. 79). Hier stehen nicht einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte Vorkehrungen in Frage, bedarf doch die Epilepsie des Versicherten dauernder Behandlung. Seine Behauptung, die ärztlich verordneten Medikamente stellten beim Charakter des Leidens eine «innere Prothese», d. h. ein Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG dar, ist offensichtlich unzutreffend. Unter den Begriff der Hilfsmittel fallen nur Geräte und Instrumente, nicht aber Medikamente.

3. Daß sich die Ozonanreicherung der Luft durch Ozonor-Geräte auf das Befinden des Versicherten günstig auswirkt, mag zutreffen. Die Ozonanreicherung ist aber überwiegend auf die Behandlung der Epilepsie, d. h. eines labilen pathologischen Geschehens gerichtet, selbst wenn dadurch auch die Arbeitsfähigkeit beeinflußt wird. Bei dieser Sachlage können die Geräte nicht als Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG betrachtet werden (vgl. Urteil vom 5. September 1962 i. Sa. E. J., ZAK 1963, S. 76), und die Ozonanreicherung der Luft bildet keine Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG. Die IV kann daher nicht verhalten werden, die Anschaffungskosten dieser Geräte zu übernehmen. Im übrigen erklärt der Arzt, daß derartige Geräte vom epileptologischen Standpunkt aus nicht unbedingt indiziert seien.

Urteil des EVG vom 4. Januar 1963 i. Sa. H. T.

Art. 54, Abs. 1, Buchst. f, und Art. 60, Abs. 1, IVG; Art. 91 IVV. Ein Schreiben, mit dem die IV-Kommission dem Versicherten einen Beschluß eröffnet, gilt nicht als Verfügung, da diese von der zuständigen Ausgleichskasse erlassen werden muß. (Erwägung 1)

Art. 12, IVG; Art. 2, Abs. 1, IVV. Die IV übernimmt keine therapeutischen Vorkehren, die sich zum vornherein als Dauermaßnahme aufdrängen. Verspricht bei einem 46jährigen Versicherten eine auf fünf Jahre befristete Badekur keinen Dauererfolg und ist eher mit einer Weiterführung der Kuren zu rechnen, so entfällt eine Leistungspflicht der IV. (Erwägung 3)

Der Versicherte weilte wegen chronischer Rückenschmerzen vom 18. Mai bis 10. Juni 1960 in einer orthopädischen Klinik. Von dort aus ersuchte er die IV-Kommission, ihm medizinische Eingliederungsmaßnahmen sowie Hilfsmittel zu gewähren. Laut Kommissionsbeschluß vom 26. August verfügte die Ausgleichskasse am 27. September 1960, die IV zahle das vom Spital verschriebene Lendenmieder (181 Franken laut Kostenvoranschlag).

Am 27. November 1960 schrieb der Versicherte der IV-Kommission, vor fünf Tagen sei er zur Kontrolle in der Klinik gewesen. Er sei nur zur Hälfte arbeitsfähig und ersuche um Ersatz der Bahnspesen. Mit Brief vom 11. Januar 1961 antwortete die Kommission, man werde ihm die Reise- und Spitalspesen vom 22. November vergüten, und fuhr folgendermaßen fort:

«Andere medizinische Maßnahmen und Kontrollen kann die IV nicht gewähren, da es sich hierbei um eine Heilbehandlung handelt» . . .

Am 6. Februar 1961 schrieb der Vertreter des Versicherten der Kommission, der Versicherte beanspruche die halbe Invalidenrente und ersuche um eine «klagbare Verfügung», um rekurrieren zu können.

Mit Schreiben vom 24. März 1961 meldete das Spital der IV-Kommission, der Versicherte sei am 17. März zur Kontrolle erschienen. Man glaube, er bedürfe vorläufig keiner Behandlung mehr, empfehle aber jährlich eine Badekur. Hierauf erkundigte sich die IV-Kommission bei der Klinik über die geplanten Badekuren und erhielt am 16. Juni zur Antwort, bei einer statischen Fehlbelastung der Wirbelsäule, wie sie hier vorliege, könnten jährliche Badekuren eine Abnahme der Arbeitsfähigkeit hinausschieben.

Mit Verfügung vom 17. Juni 1961 eröffnete die Ausgleichskasse dem Versicherten, sein «Begehren um Leistungen der IV» werde abgewiesen, weil

der Invaliditätsgrad 40 Prozent unterschreite. Hierauf beschwerte sich der Patient am 23. Juni und schrieb, er wolle keine Rente, sondern, daß die IV einen Teil seiner langdauernden Behandlung bezahle.

Mit der Auskunft vom 16. Juni nicht zufrieden, bat die IV-Kommission das Spital um zeitliche Angaben über die Badekuren und bekam schließlich am 4. August 1961 folgenden kurzen Bescheid: «Wir sind der Meinung, daß diese Badekuren während fünf Jahren durchgeführt werden sollen.» Am 22. August 1961 entschied die Kommission, die Spitalbehandlung und die Badekuren seien keine Eingliederungsmaßnahmen im Sinne des Art. 2, Abs. 1, IVV und eröffnete diesen Beschluß am 28. August der Kasse.

Mit Urteil vom 20. Februar 1962 sprach die kantonale Rekurskommission dem Versicherten auf Kosten der IV «fünf jährlich durchzuführende Badekuren» zu und wies im übrigen die Beschwerde ab. Diesen Entscheid zog das BSV durch Berufung an das EVG weiter. Die Berufung wurde vom EVG mit folgender Begründung gutgeheißen:

1. Art. 60, Abs. 1, IVG bestimmt, nur die Ausgleichskassen seien «zum Erlaß der Verfügungen an die Versicherten zuständig» (seules compétentes pour notifier les décisions aux assurés; sole competenti a emanare decisionii per l'assicurato), und Art. 54, Abs. 1, Buchst. f, IVG, die Kassen hätten alle Entscheide der Organe der IV den Betroffenen zu eröffnen. Folglich hat eine IV-Kommission ihre Beschlüsse nicht dem Versicherten, sondern seiner Ausgleichskasse mitzuteilen, und muß diese Kasse alles, was die Kommission im Rahmen ihrer Zuständigkeit beschlossen hat, durch eine gemäß Art. 69 IVG an den Richter weiterziehbare Verfügung dem Versicherten eröffnen.

Im vorliegenden Fall hat die Verwaltung diese Verfahrensnormen teilweise mißachtet. Der mit Brief vom 11. Januar 1961 dem Versicherten eröffnete Kommissionsbeschluß kann daher nicht als Verfügung gelten. . . .

2. . . .

3. Unter die in den Art. 8, 12, Abs. 1, und 14, Abs. 1, IVG genannten medizinischen Eingliederungsmaßnahmen fallen sowohl einmalige als auch in einem begrenzten Zeitraum wiederholte therapeutische Vorkehren (actes médicaux uniques ou répétés dans une période limitée; interventi unici o ripetuti in un periodo determinato). So hat der — gemäß Art. 12, Abs. 2, IVG hiezu ermächtigte — Bundesrat in Art. 2, Abs. 1, IVV die den Invaliden zugedachten medizinischen Maßnahmen von der allgemeinen Krankenpflege im Sinne der Art. 12, 72, Buchst. a, und 73, Abs. 3, KUVG bzw. 14, Buchst. a, und 16 MVG abgegrenzt. Diese Verordnungsnorm hält sich im Rahmen der in Art. 12, Abs. 1, IVG erfolgten Begriffsbestimmung. Sie entlastet die IV von all jenen therapeutischen Vorkehren, welche sich zum vorneherein als Dauermaßnahmen aufdrängen. Das EVG verweist auf seine Urteile i. Sa. M. Sch. vom 7. September 1961, Erwägung 2, Buchst. b (EVGE 1961, S. 246; ZAK 1962, S. 500), F. J. vom 21. Oktober 1961, Erwägung 3 (EVGE 1961, S. 317; ZAK 1962, S. 79), und H. H. vom 5. Oktober 1962, Erwägung 1 (ZAK 1963, S. 128).

Die Klinik hatte am 24. März 1961 erklärt, sie empfehle dem Berufungsbeklagten jährlich eine Badekur. Und hernach hat sie in Beantwortung der Rückfrage der IV-Kommission vom 9. Juni, ob während einer begrenzten Zeit wiederholte Kuren genügten, ohne jede Einschränkung «eine jährliche Badekur» als notwendig bezeichnet. Erst als die IV-Kommission am 12. Juli noch eindringlicher fragte, ob der Versicherte «über Jahre hinaus» Badekuren be-

nötigen werde, hat das Spital am 4. August 1961 zurückgeschrieben, die Kuren sollten «durch fünf Jahre durchgeführt werden». Diese erst hinterher versuchte zeitliche Begrenzung vermag nicht zu überzeugen. Da der Versicherte erst 46jährig ist und eine — durch Badekuren zu beeinflussende — statische Fehlbelastung der Wirbelsäule aufweist, wird nach dem Ablauf von fünf Jahren kaum der endgültige Abbruch, sondern eher die Weiterführung der Badekuren angezeigt sein. Wahrscheinlich verspräche bei der Art des hier vorliegenden Leidens eine zum voraus befristete Badetherapie gar keinen Dauererfolg. Überhaupt erscheint eine auf fünf Jahre hinaus gestellte ärztliche Prognose als reichlich unbestimmt. Art. 2, Abs. 1, IVV verbietet daher im vorliegenden Falle die Übernahme durch die IV.

Urteil des EVG vom 28. Januar 1963 i. Sa. D. W.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Bei einem 62jährigen Reisevertreter kommt einer Staroperation im Hinblick auf die beschränkte Sehkraft des andern Auges und das baldige Erreichen der AHV-Altersgrenze nicht vorwiegend der Charakter einer Eingliederungsmaßnahme zu.

Der im Jahre 1901 geborene Versicherte betätigt sich seit 1951 als Vertreter. Er leidet beidseits an grauem Star: links seit Anfang 1957, rechts seit 1958. Im Jahre 1959 wurde das linke Auge operiert, aber infolge Verschlechterung der Blutzirkulation (degeneratives Oedem der Hornhaut), konnte der Versicherte die erhoffte Sehkraft nicht erlangen, indem das Sehvermögen dieses Auges korrigiert 0,1 betrug.

Am 5. Juli 1962 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV an. Die IV-Kommission lehnte Leistungen der IV mit der Begründung ab, daß die in Frage kommenden medizinischen Vorkehren (Staroperationen am rechten Auge) eine Behandlung des Leidens an sich bezweckten und die Notwendigkeit allfälliger Hilfsmittel aus dem ärztlichen Zeugnis nicht hervorgehe. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte Beschwerde und legte einen ärztlichen Bericht vor, aus welchem sich namentlich ergab, daß der Versicherte mit einer Sehschärfe beidseits von weniger als 0,1 nicht mehr arbeitsfähig sei, und ihm die Staroperation am rechten Auge die Wiedererlangung einer genügenden Sehschärfe zur Aufnahme einer lohnenden, neuen Erwerbstätigkeit ermögliche.

Das kantonale Gericht wies das Begehren in bezug auf die Hilfsmittel ab, sprach dem Versicherten jedoch die vom Arzte als angezeigt betrachteten medizinischen Vorkehren zu Lasten der IV zu. Es würdigte die Staroperation als eine auf die Erhaltung des für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit wesentlichen Sehvermögens gerichtete Maßnahme.

Das EVG hieß die vom BSV gegen den kantonalen Rekursentscheid eingereichte Berufung aus folgenden Gründen gut: 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». Das EVG hat schon mehrfach die Tragweite dieser Bestimmung und die Voraussetzungen näher umschrieben, unter welchen eine medizinische

Vorkehr als Eingliederungsmaßnahme der IV betrachtet werden kann (siehe vor allem die Urteile des EVG vom 17. September 1963 i. Sa. H. F., ZAK 1963, S. 78 und vom 5. Oktober 1962 i. Sa. H. H. ZAK 1963, S. 128). Wenn das EVG festgehalten hat, daß die Staroperation wohl unter Umständen eine Maßnahme zur beruflichen Eingliederung des Versicherten darstellen kann, so hielt es jedoch fest, daß eine Übernahme der Kosten seitens der IV gerade in diesen Fällen sich nur rechtfertigt, wenn die Operation vorwiegend auf die Eingliederung des Versicherten ins Erwerbsleben gerichtet sei und eine dauernde und wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zum Ziele habe. Ob der Staroperation überwiegend Eingliederungscharakter zukommt, ist, wie das EVG im genannten Urteil H. F. weiter ausführt, auf Grund der Erwerbsverhältnisse des Versicherten abzuklären, d. h. unter Berücksichtigung aller wirtschaftlichen Faktoren, die mit der Ausübung der Erwerbstätigkeit des Versicherten und seiner Erwerbsfähigkeit in Zusammenhang stehen. Bei der Beurteilung dieser Frage spielt vor allem das Alter des Versicherten bzw. die voraussichtliche Dauer seiner Erwerbstätigkeit, die er nach Durchführung der Operation wahrscheinlich noch ausüben können, eine Rolle. Dieser Zeitraum ist mit der bisherigen und künftigen Erwerbstätigkeit in Beziehung zu setzen. IV-rechtlich geht jedoch die Aktivitätsperiode mit dem Erreichen 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; Urteil des EVG vom 5. Dezember 1962, i. Sa. G. W., ZAK 1963, S. 135).

Auf Grund dieses Sachverhaltes und der dargelegten Rechtsprechung erscheint der Beschluß der IV-Kommission zutreffend und ist daher wieder herzustellen. Der heute 62jährige Versicherte übt den Beruf eines Handelsreisenden aus. Am grauen Star leidend mußte er 1959 das linke Auge operieren lassen. Infolge Verschlechterung der Blutzirkulation vermochte diese Operation die Sehkraft dieses Auges nicht zu verbessern, indem das korrigierte Sehvermögen weniger als 0,1 beträgt. Ob das rechte Auge operiert wird oder nicht, und welches Resultat diese Operation zeitigen wird, eines steht fest, die praktisch nicht vorhandene Sehkraft des linken Auges wird die Arbeitsfähigkeit dieses Versicherten weiterhin hemmen und deren Ausfall beschleunigen. Selbst im besten Falle, nämlich bei erfolgreicher Operation des rechten Auges — berücksichtigt man die Schwierigkeiten anlässlich des ersten chirurgischen Eingriffes, so sind allerdings auch hier gewisse Zweifel angebracht — könnte die in Frage stehende Operation höchstens teilweise die Erwerbsfähigkeit des Versicherten wieder herstellen und, in Berücksichtigung der gesamten Dauer seiner Berufstätigkeit, nur für eine verhältnismäßig kurze Zeitspanne, da die Aktivitätsperiode IV-rechtlich mit Vollendung des 65. Altersjahres zu Ende geht. Unter diesen Umständen und in Berücksichtigung insbesondere des Alters des Versicherten kann man der in Aussicht genommenen Operation nicht vorwiegend den Charakter einer Eingliederungsmaßnahme zusprechen.

Bei dieser Rechtslage erübrigt sich eine Prüfung der Frage, ob die zweite Bedingung erfüllt ist, nämlich, ob gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG die operative Behandlung des rechten Auges geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beein-

trächtigung zu bewahren. Schon aus den oben angeführten Gründen scheint dies nicht der Fall zu sein. Es ist nämlich fraglich, ob man von dieser Operation eine wesentliche Verbesserung des gesamten Sehvermögens oder eine dauernde Hebung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten erwarten kann.

Urteil des EVG vom 14. Januar 1963 i. Sa. C. L.

Art. 19, Abs. 1, IVG; Art. 10, Abs. 2, IVV. Ein andersschulbedürftiger Minderjähriger, der neben dem Volksschulunterricht in einem Heim zusätzlich Förder- oder Hilfsklassenunterricht erhält, hat keinen Anspruch auf Sonderschulbeiträge.

Die am 15. Juni 1950 als Frühgeburt zur Welt gekommene Versicherte wurde von ihren Eltern verlassen. Bis zum 4. Altersjahr war sie in Kinderkrippen untergebracht, dann in verschiedenen Familien und endlich in besonderen Heimen. Die Versicherte besuchte die öffentliche Schule lediglich von September 1957 bis Dezember 1958. Wegen schwerer charakterlicher Störungen wurde sie am 16. April 1959 ins Heim B eingewiesen, wo sie bis zum 15. August 1960 verblieb. In diesem Zeitpunkt wurde das Kind auf Vorschlag des behandelnden Arztes ins «Familienheim» X versetzt, da es einzeln betreut und schulisch gefördert werden müsse.

Der Amtsvormund meldete die Versicherte bei der IV an. Die IV-Kommission nahm das Bestehen eines Geburtsgebrechens im Sinne von Art. 2, Ziff. 134, GgV an und beschloß, die Kosten der medizinischen Behandlung des Geburtsgebrechens ab 1. Januar 1960 sowie die Sonderschulbeiträge und die Reisekosten bei Urlaubsfahrten zu übernehmen. Mit Verfügung vom 16. Mai 1961 teilte die Ausgleichskasse diesen Beschluß dem Vormund mit. Am 3. Juli 1961 beschloß die IV-Kommission zusätzlich, daß die für die Unterbringung ins Heim B gewährten Beiträge nicht auch noch für das Heim X Geltung hätten, da die Versicherte hier keine Sonderschulung im Sinne des IVG empfangen.

Der Amtsvormund beschwerte sich gegen die entsprechende Verfügung der Ausgleichskasse und machte geltend, die Versicherte sei ins Heim X für verhaltensgestörte Kinder eingewiesen worden, weil dies sowohl in sozialer als auch in psychiatrischer Hinsicht angezeigt gewesen sei. Mit Entscheidung vom 3. Mai 1962 hob die kantonale Rekurskommission die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache an die IV-Kommission mit dem Ersuchen zurück, einen neuen Beschluß zu fassen und der Versicherten während des Aufenthaltes im Heim X Schul- und Kostgeldbeiträge zu gewähren.

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

1. Im Sinne von Art. 19 IVG «werden Beiträge an die Sonderschulung bildungsfähiger Minderjähriger gewährt, denen infolge Invalidität der Besuch der Volksschule nicht möglich oder nicht zumutbar ist». In Ausführung des ihm in dieser Gesetzesbestimmung erteilten Auftrages hat der Bundesrat die erforderlichen Ausführungsvorschriften erlassen und in Art. 8 IVV festgelegt, was unter Sonderschulung und was unter Volksschule zu verstehen ist. Art. 9 IVV zählt die Minderjährigen auf, welche einen Anspruch auf Sonderschulbeiträge besitzen, und Art. 10 IVV setzt die Höhe dieser Beiträge fest. In

mehreren Urteilen (vgl. insbesondere EVGE 1961, S. 160 und S. 322, 1962, S. 64; ZAK 1961, S. 415, 1962, S. 41 und 382) hat das EVG Sinn, Zweck und Tragweite der angeführten Bestimmungen sowie die Voraussetzungen ihrer Anwendung näher umschrieben.

Auf Grund des Sachverhaltes und der erwähnten Rechtsprechung steht fest, daß die Versicherte bildungsfähig ist und die schweren Verhaltensstörungen als ein geistiges Gebrechen im Sinne von Art. 9, Abs. 1, Buchst. g, IVV zu betrachten sind. Zu prüfen bleibt die Frage, ob die Versicherte während ihres Aufenthaltes im Heim X die Anspruchsvoraussetzungen für Sonderschulbeiträge erfüllte. Dies muß verneint werden.

Aus den Akten, vor allem aus dem Arztbericht, sowie aus dem Untersuchungsbericht vom 3. Mai 1962 ergibt sich, daß das Kind nicht aus medizinischen Gründen vom Heim B ins Heim X versetzt wurde. Man wollte das an schweren Erziehungsfehlern leidende Kind in einem kleinen Heim unterbringen, wo es eine gewisse familiäre Atmosphäre finden, wo man es individuell betreuen und wo es ebenfalls seine Schulbildung erhalten konnte. Während des Aufenthaltes in diesem Heim besuchte die Versicherte regelmäßig am Morgen die öffentliche Schule. Am Nachmittag hingegen ging sie nicht zur Schule, sondern erhielt, wie auch die andern Kinder des Heimes X, einige Privatstunden (Grammatik, Orthographie und Rechnen), die von einem Lehrer des kantonalen Erziehungsdepartementes erteilt wurden.

Ohne diesen zusätzlichen Einzelunterricht hätte die Versicherte dem Unterricht in der öffentlichen Primarschule vielleicht nicht folgen können. Andererseits kann man jedoch nicht behaupten, daß der im Heim X durchgeführte Einzelunterricht über den Rahmen des Unterrichtes in einer gewöhnlichen Förderklasse hinausgehe. Statt im Heim X hätten diese Stunden ohne weiteres in einer Förderklasse erteilt werden können. Nun gilt aber gemäß Art. 8, Abs. 2, IVV der im Rahmen der Schulpflicht vermittelte Unterricht mit Einschluß des Unterrichts in Hilfs- oder Förderklassen als Volksschule und begründet somit keinen Anspruch auf Sonderschulbeiträge. Ferner wurde die eigentliche Schulbildung unbestrittenermaßen in der öffentlichen Primarschule vermittelt, welche die Versicherte regelmäßig während ihres Aufenthaltes im Heim X besuchte. Es kann daher für den Einzelunterricht kein Beitrag der IV gewährt werden. Wie das EVG in seinem Urteil vom 29. März 1962 i. Sa. P. K., ZAK 1962, S. 313, feststellte, sind Sonderschulbeiträge nur für solche bildungsfähige Minderjährige möglich, die infolge ihrer Invalidität die öffentliche Schule nicht besuchen können. Ausgeschlossen sind indessen Beiträge an Minderjährige, welche die Volksschule besuchen und neben dieser Ausbildung noch anderen Kursen obliegen. Dies geht aus Art. 19, Abs. 1, IVG und Art. 10, Abs. 2, IVV hervor, der eine Ausnahme nur in ganz bestimmten Fällen zuläßt: wenn es sich nämlich um invalide Minderjährige handelt, welche, um dem Unterricht in der Volksschule folgen zu können, zusätzlich Ablesunterricht für Schwerhörige oder Sprachheilunterricht für schwer Sprachgebrechliche benötigen. Auf diese Bestimmung kann man sich im vorliegenden Fall jedoch nicht stützen, um der Versicherten Beiträge der IV für die Einzelstunden im Heim X auszurichten.

Noch eine weitere Überlegung ist bei der Lösung des hängigen Rechtsstreites zu berücksichtigen. Wie bereits weiter oben dargelegt wurde und wie auch aus den Akten hervorgeht, erfolgte die Einweisung ins Heim X nicht

aus rein schulischen Gründen, sondern weil es angezeigt erschien, die Versicherte in einem für die Erziehung schwieriger verhaltensgestörter Kinder besonders geeigneten Heim unterzubringen. In allererster Linie wollte man die Erziehung der Versicherten zu verbessern versuchen. Gleichzeitig sollte sie Gelegenheit haben, die Schulbildung fortzusetzen. In einem solchen Falle, in welchem der Aufenthalt in einem Heim hauptsächlich der Erziehung schwieriger Kinder dient, läßt es sich fragen — die Frage kann hier aber offen bleiben — ob die bei solchen Kindern angewandten Erziehungsmaßnahmen noch unter den Begriff der Sonderschulung im Sinne von Art. 8, Abs. 1, IVV und der Rechtsprechung fallen.

Aus dem Gesagten ergibt sich, daß die Verfügung der Ausgleichskasse, mit welcher Beiträge der IV während des Aufenthaltes der Versicherten im Heim X verweigert wurden, begründet war und daher der kantonale Rekursentscheid aufgehoben werden muß. In einem Schreiben ans EVG führt der Vormund aus, die Versicherte halte sich seit dem 9. Juli 1962 in einem anderen Erziehungsheim auf. Es ist Aufgabe der zuständigen Behörden, sich mit dieser Änderung der Verhältnisse zu befassen und eine Verfügung über allfällige Leistungen der IV an die Versicherte zu erlassen.

2. Aus den Akten geht hervor, daß sich die Versicherte während ihres Aufenthaltes im Heim X einer psychomotorischen Behandlung unterzog. Wie das BSV in der Berufung feststellt, könnten die Kosten dieser Maßnahmen gegebenenfalls als zur Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendige medizinische Vorkehr von der IV übernommen werden. Diese Frage braucht jedoch im gegenwärtigen Verfahren nicht geprüft zu werden. Die Akten sind an die kantonale IV-Kommission zurückzuweisen mit dem Ersuchen, den Fall in diesem Punkte näher abzuklären und hierüber Beschluß zu fassen.

Urteil des EVG vom 11. Dezember 1962 i. Sa. J. B.

Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 14, Abs. 1, Buchst. g, IVV. Ein leihweise abgegebener Motor- oder Kabinenroller stellt ein zweckmäßiges Motorfahrzeug zur Zurücklegung eines relativ kurzen Arbeitsweges dar, sofern keine medizinischen Gründe entgegenstehen.

Der 1901 geborene Versicherte war im Jahre 1935 schwer verunfallt, hatte deswegen den Bahndienst verlassen müssen und bezieht von der SUVA sowie von einer Pensionskasse je eine Invalidenrente. Er bewohnt in V. ein eigenes Haus und führt seit vielen Jahren die AHV-Zweigstelle, das Arbeitsamt und das Betreibungsamt der politischen Gemeinde V., welcher auch das Nachbardorf W. zugehört. 1960 gelangte der Versicherte wie folgt an die IV-Kommission: Während er heute noch in einer Militärbaracke unweit von seinem Hause arbeite, werde demnächst sein Büro in das rund 3 km entfernte Dorf W. verlegt werden. Da er beim Gehen behindert und für den neuen Arbeitsweg auf ein Kleinautomobil angewiesen sei, bitte er die IV um eine «entsprechende Kapitalhilfe».

Von der IV-Kommission um Bericht ersucht, bescheinigte ein Arzt, der Versicherte sei links erblindet, beidseitig schwerhörig, klage seit dem Unfall über Kopfweh und könne nur mühsam am Stocke gehen. Laut Kommissionsbeschuß verfügte die Ausgleichskasse am 16. Oktober 1961, die IV gewähre hier keine Leistungen. Der Gesuchsteller beschwerte sich und ersuchte um

Ersatz der 4 700 Franken, die er (laut Quittung) für ein im Oktober 1960 als Occasion erworbenes Auto bezahlt hat. Nicht von sich aus, sondern auf Weisung des Gemeinderates habe er seinen Arbeitsraum kürzlich nach W. verlegen müssen. Die kantonale Rekurskommission wies die Beschwerde ab.

Auf Berufung des Versicherten hin wies das EVG die Sache im Sinne nachfolgender Erwägungen an die IV-Kommission zurück:

1. Für die Eingliederung Invalider ins Erwerbsleben nötige Hilfsmittel sind unter anderem «Fahrzeuge mit den notwendigen Anpassungen an das Gebrechen, wie . . . zwei- oder dreirädrige Fahrräder, Motorroller mit zwei oder drei Rädern, Kabinenroller und Kleinautomobile». Ein Motorfahrzeug gibt die IV — in einfacher und zweckmäßiger Ausführung — zu Eigentum oder leihweise ab, wenn ein Invalider eine dauernd existenzsichere Erwerbstätigkeit ausüben kann und wegen wesentlicher Gehbehinderung für den Weg zu und von der Arbeit auf ein persönliches Motorfahrzeug angewiesen ist (Art. 8, Buchst. d, Art. 9, Abs. 1, und Art. 21 IVG in Verbindung mit den Art. 14, Abs. 1, Buchst. g, und Art. 15 IVV). Dabei werden die Reparatur- und Erneuerungskosten, soweit sie mit Fahrten zum und vom Arbeitsort zusammenhängen und nicht ganz geringfügig sind, dem Invaliden von der IV ersetzt (Art. 16, Abs. 2, IVV).

2. Der in V. wohnende Berufungskläger ist seit Jahren Beamter der politischen Gemeinde V. Seit November 1960 befindet sich sein Arbeitsraum nicht mehr in V., sondern rund 3 km westlich in W. Auf der Strecke V.—W. verkehrt kein öffentliches Transportmittel, und der Versicherte ist unstreitig außerstande, täglich etwa 12 km zu Fuß zurückzulegen. Auch ist er im Lichte der Art. 9, Abs. 1, und Art. 21, Abs. 1, IVG nicht gehalten, nach W. umzuziehen. Vielmehr soll er im näheren Gemeindebann seiner Arbeitgeberin den eigenen Wohnort frei bestimmen dürfen, besonders bei der bestehenden Sachlage, wo ein Umzug unzumutbar ist. Deswegen kann der ergangenen Kassenverfügung und dem sie schützenden Entscheid der Vorinstanz nicht beige-pflichtet werden.

3. Vom Januar 1967 hinweg wird der Berufungskläger nach menschlichem Ermessen eine Ehepaar-Altersrente der AHV beziehen und spätestens ab jenem Zeitpunkt keine Eingliederungsmaßnahmen der IV mehr zu fordern haben (Art. 10, Abs. 1, IVG in Verbindung mit Art. 22 AHVG). Deswegen wird der Zeitraum, für welchen eine Motorisierung auf Kosten der IV in Betracht fällt, höchstens etwa sechs Jahre betragen. Dabei stellt sich die Rechtsfrage, ob für den — relativ kurzen — neuen Arbeitsweg nicht ein leihweise abgegebener Motor- oder Kabinenroller genügt hätte. Bei einer Stunden-geschwindigkeit von nur 20 km müßte der 61jährige Versicherte mit einem solchen Fahrzeug bloß rund 9 Minuten für seinen Arbeitsweg aufwenden. Ob er etwa aus medizinischen Gründen ein gedecktes Fahrzeug benötige, ist den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen. (Der anfragenden Rekurskommission hat der Arzt nur geantwortet, der stark gehbehinderte Mann könne die Strecke V.—W. «nicht zu Fuß» bewältigen.)

Gemäß Art. 60, Abs. 1, Buchst. b, IVG liegt es an der IV-Kommission, den Sachverhalt näher abzuklären und auf die Leistungen zu erkennen, welche der Versicherte wegen seiner — als nötig befundenen — Motorisierung kraft der Art. 14, Abs. 1, Buchst. g und Art. 15, Abs. 3, IVV zu beanspruchen hat.

Verfahren

Urteil des EVG vom 19. Februar 1963 i. Sa. M. R.

Art. 81 IVG und Art. 97 AHVG. Die Verwaltung ist verpflichtet, auf Gesuch eines Versicherten hin wegen Entdeckung neuer Tatsachen oder neuer Beweismittel formell rechtskräftige Verfügungen in Wiedererwägung zu ziehen. (Erwägung 1)

Art. 81 IVG und Art. 97 AHVG. Die Verwaltung ist befugt, eine formell rechtskräftige Verfügung in Wiedererwägung zu ziehen, wenn sie zweifellos unrichtig ist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Der Richter kann jedoch die Verwaltung nicht verhalten, von dieser Befugnis Gebrauch zu machen. (Erwägung 2)

Der debile Versicherte befindet sich seit November 1957 in einem Altersheim für Gebrechliche zur «Arbeitsgewöhnung». Er wird dort in der Bürstenfabrikation beschäftigt. Im Mai 1960 wurde er durch seinen Vormund bei der IV angemeldet mit dem Begehren um Beiträge an die Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung. Durch Verfügung vom 6. Januar 1961 brachte die Ausgleichskasse dem Vormund zur Kenntnis, die IV-Kommission habe sein Begehren abgewiesen. Die Kassenverfügung blieb unangefochten und erwich in Rechtskraft.

Am 19. September 1961 ersuchte der Vormund die IV-Kommission um Wiedererwägung des getroffenen Entscheides. Die IV-Kommission trat auf das Wiedererwägungsgesuch nicht ein, was die Ausgleichskasse dem Vormund durch Verfügung vom 28. November 1961 eröffnete. (In der Verfügung wurde entgegen dem Beschluß der IV-Kommission gesagt, das Wiedererwägungsgesuch sei abgewiesen.) Eine vom Vormund gegen die Verfügung vom 28. November 1961 erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen. Das EVG wies die vom Vormund des Versicherten gegen diesen Entscheid erhobene Berufung mit folgender Begründung ab:

1. Die Verfügung vom 6. Januar 1961, durch die dem Versicherten Leistungen der IV verweigert wurden, blieb innert der 30tägigen Beschwerdefrist unangefochten. Streitig ist die Frage, ob die Verwaltung nachträglich verhalten werden kann, diese Verfügung abzuändern.

Auf Gesuch eines Versicherten hin ist die Verwaltung verpflichtet, ihre Verfügungen wegen Entdeckung neuer Tatsachen oder neuer Beweismittel (oder wegen Einwirkung durch Verbrechen oder Vergehen auf den ergangenen Beschluß) zurückzunehmen. Gemäß Art. 85, Abs. 2, Buchst. h AHVG (der laut Art. 69 IVG auch in IV-Sachen Anwendung findet) muß die Revision der kantonalen Rekursentscheide aus den genannten Gründen gewährleistet sein. Es liegt auf der Hand, daß Revisionsgründe, die kraft positiv-rechtlicher Bestimmung zur Abänderung materiell rechtskräftiger Urteile in einer bestimmten Rechtsmaterie führen können, geeignet sein müssen, dieselbe Wirkung gegenüber bloß formell rechtskräftigen Verwaltungsakten zu entfalten. Abgesehen davon entspricht die Revidierbarkeit von Verfügungen aus Gründen der erwähnten Art allgemein anerkannter Rechtsauffassung.

Wie die Vorinstanz zutreffend feststellt, sind im vorliegenden Fall keine erheblichen Tatsachen geltend gemacht worden, die nicht schon innert der nach Zustellung der Verfügung vom 6. Januar 1961 laufenden Beschwerdefrist hätten vorgebracht werden können. Auch von der Entdeckung neuer entscheidender Beweismittel kann keine Rede sein. Demzufolge durfte die IV-Kommission das Gesuch, auf die Kassenverfügung vom 6. Januar 1961 zurückzukommen, durch Nichteintreten erledigen. Die gegen den Nichteintretensentscheid erhobene Beschwerde mußte abgewiesen werden, so daß sich die Berufung als unbegründet erweist.

2. Die Verwaltung ist allerdings befugt, eine Verfügung auch dann abzuändern, wenn sie zweifellos unrichtig war und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Der Richter kann aber die Verwaltung nicht verhalten, von dieser Befugnis Gebrauch zu machen. Er hat lediglich zu prüfen, ob die Verwaltung im Rahmen ihrer Befugnisse gehandelt hat, wenn sie auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückgekommen ist. (Ein derartiger Sachverhalt ist hier nicht gegeben.) Ob eine Verfügung auch außerhalb des Rahmens sinngemäßer Anwendung des Art. 85, Abs. 2, Buchst. h, AHVG abzuändern sei, liegt also im pflichtgemäßen Ermessen der Verwaltungsorgane (IV-Kommission und Ausgleichskasse), denen aber das BSV eine entsprechende Weisung erteilen kann (vgl. EVGE 1952, S. 189, ZAK 1952, S. 354; EVGE 1957, S. 192, ZAK 1958, S. 140).

Bisher wurde erklärt, ein Zurückkommen der Verwaltung auf eine frühere Verfügung setze voraus, daß sich diese als offensichtlich falsch erweise und daß überdies ein praktisch ins Gewicht fallender Betrag auf dem Spiele stehe (EVGE 1956, S. 44, ZAK 1956, S. 158; EVGE 1959, S. 29, ZAK 1959, S. 326). Die Formel, daß die Verwaltung befugt sei, auf eine Verfügung zurückzukommen, wenn sie zweifellos unrichtig war und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist, verdient den Vorzug, wenn auch damit grundsätzlich nichts Neues gesagt wird. Die Rücknahme einer Verfügung soll nach der Praxis bei grober rechtlicher Unrichtigkeit möglich sein. Rechtliche Unrichtigkeit ist aber, selbst wenn kraß, selten «offensichtlich»: um sie festzustellen, wird man meistens den Sachverhalt überprüfen, gesetzliche Texte konsultieren und logische Deduktionen machen müssen. Darum trifft die Bezeichnung «zweifellos unrichtig» besser zu als die Bezeichnung «offensichtlich falsch». Seit der Einführung der IV läßt sich zudem nicht mehr sagen, die Rücknahme einer Kassenverfügung sei nur zulässig, wenn «ein praktisch ins Gewicht fallender Betrag» im Spiele stehe. Die Kassenverfügungen betreffen gelegentlich auch Werte, die sich nicht ohne weiteres in Geld umrechnen lassen: Man denke z. B. an bestimmte Eingliederungsmaßnahmen wie Arbeitsvermittlung oder Gebrauchsleihe von Hilfsmitteln.

**VON
MONAT
ZU
MONAT** Auf Einladung des Bundesamtes für Sozialversicherung versammelten sich am 6. Juni die *Ärzte der IV-Kommissionen*. Unter dem Vorsitz von Dr. Naef vom Bundesamt für Sozialversicherung behandelten sie aktuelle Fragen aus ihrer Tätigkeit in der IV. Dr. med. Genton aus Lausanne und Prof. Dr. med. Prader aus Zürich bereicherten die Tagung mit zwei Referaten über Geburtsgebrechen.

*

Am 7. Juni 1963 tagte die *Eidgenössische Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung* unter dem Vorsitz ihres Präsidenten, Dr. A. Saxer, und formulierte ihre Anträge an den Bundesrat zur sechsten AHV-Revision. Sie behandelte sämtliche Fragen mit finanzieller Bedeutung und nahm insbesondere Stellung zur Rentenerhöhung, zur Ausgestaltung des Rentenanspruchs der Frauen und zur Gewährung von Zusatzleistungen an Rentner in bescheidenen Verhältnissen. Sie beantragt, die AHV- und IV-Renten um ein Drittel zu erhöhen und die einfache Altersrente künftig auf mindestens 1 500 und höchstens 3 200 Franken, die Ehepaar-Altersrente auf mindestens 2400 und höchstens 5 120 Franken festzusetzen. Die ZAK wird in der nächsten Nummer auf die Vorschläge der Kommission zurückkommen.

*

Mit Beschluß vom 10. Juni 1963 hat der Bundesrat *Artikel 78, Absatz 2, IVV abgeändert* und gleichzeitig Artikel 116, Absatz 2, IVV aufgehoben. Mit der neuen, auf den 15. Juni 1963 in Kraft getretenen Regelung sind die Möglichkeiten für die nachträgliche Kostenübernahme bei Eingliederungsmaßnahmen, die aus wichtigen Gründen vor der Beschlußfassung der IV-Kommission durchgeführt werden mußten, erheblich erweitert worden. Als wesentliche Erleichterung für die Versicherten dürfte sich insbesondere die Verlängerung der Frist zur nachträglichen Anmeldung von 3 auf 6 Monate seit Beginn der Durchführung der Eingliederungsmaßnahme erweisen.

*

In seiner Sitzung vom 10. Juni genehmigte der *Ständerat* drei von der Schweiz abgeschlossene *Sozialversicherungsabkommen*, nämlich das Abkommen vom 14. Dezember 1962 mit *Italien* (ZAK 1963, S. 50), das Abkommen vom 8. Juni 1962 mit *Jugoslawien* (ZAK 1962, S. 281) und das Zusatzabkommen vom 24. Dezember 1962 mit der *Bundesrepublik Deutschland* (ZAK 1963, S. 99). Der Nationalrat wird diese Abkommen in der September-Session behandeln.

*

Unter dem Vorsitz von Dr. Naef vom Bundesamt für Sozialversicherung hat die *IV-Fachkommission für berufliche Maßnahmen* am 11./12. Juni 1963 ihre zweite Sitzung abgehalten. Zur Diskussion stand der Entwurf des Abschnittes «Maßnahmen beruflicher Art» als Teil des Kreis-schreibens über die Eingliederungsmaßnahmen der IV.

*

Die *Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen* hielt am 20. und 21. Juni unter dem Vorsitz von Dr. Weiß, Leiter der Ausgleichskasse Basel-Stadt, und im Beisein von Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung ihre Plenarversammlung ab. Nach Erledigung der internen Geschäfte hörte die Versammlung einen Vortrag von PD Dr. med. Markwalder, Bern, über Hirnchirurgie an.

*

Am 21. Juni hielt die *Eidgenössische Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung* eine zweite Sitzung ab, die dem Problem der sechsten AHV-Revision gewidmet war. Unter dem Vorsitz ihres Präsidenten, Dr. A. Saxer, behandelte sie eine Reihe von Fragen ohne finanzielle Bedeutung und legte ihre Stellungnahme zuhanden des Bundesrates fest.

*

Auf Einladung des Bundesamtes für Sozialversicherung traten am 2. Juli die *IV-Regionalstellen* unter dem Vorsitz von Dr. Achermann zu einer Sitzung zusammen. Zur Behandlung gelangten Fragen der beruflichen Eingliederung und des Verfahrens, wobei insbesondere auch Maßnahmen für eine rasche Geschäftsabwicklung auf den IV-Regionalstellen diskutiert wurden.

Die zweite Revision der Erwerb ersatzordnung

Die Vorbereitung der Gesetzesrevision

Am 11. Dezember 1962 kamen im Nationalrat drei Postulate zur Behandlung, die die Erhöhung der Ansätze der Erwerb sausfallentschädigungen zum Gegenstand hatten (ZAK 1963, S. 16). Nach kurzer Begründung und in Übereinstimmung mit der Stellungnahme des Bundesrates wurden sie ohne Diskussion vom Rat angenommen. Der Bundesrat erhielt damit

den Auftrag zu prüfen, ob und in welchem Ausmaße die Entschädigungsansätze erhöht werden könnten.

Bald darauf unterbreitete das Bundesamt für Sozialversicherung seine Revisionsvorschläge mit einem erläuternden Bericht dem Ausschuß für die Erwerbsersatzordnung der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung. Dieser Ausschuß nahm an den Sitzungen vom 15. Januar und 13. Februar 1963 dazu Stellung (ZAK 1963, S. 49 und 98). Gestützt auf die Beschlüsse des Ausschusses wurde ein Gesetzesvorentwurf des Eidgenössischen Departementes des Innern ausgearbeitet und Ende Februar 1963 den Kantonen, den Spitzenverbänden der Wirtschaft sowie den politischen Parteien und weitem interessierten Organisationen zur Vernehmlassung zugestellt. Alle eingegangenen Stellungnahmen begrüßten eine baldige Revision der EO. Einhellig wurde auch die Erhöhung der Entschädigungsansätze als notwendig bezeichnet, doch zeigten sich unterschiedliche Auffassungen über das Ausmaß der Erhöhung.

Am 31. Mai 1963 richtete der Bundesrat eine Botschaft an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Erwerbsausfallentschädigungen an Wehrpflichtige (Erwerbsersatzordnung). Die nachstehenden Ausführungen sind im wesentlichen dieser Botschaft entnommen.

Notwendigkeit und Grundzüge der Gesetzesrevision

Die Erwerbsausfallentschädigungen sind dazu bestimmt, die während des Militärdienstes oder des Dienstes im Zivilschutz ausfallenden Erwerbseinkommen wenigstens teilweise zu ersetzen. Die Ansätze der Entschädigungen müssen daher der allgemeinen Entwicklung der Erwerbseinkommen folgen. Dies geschieht überall dort automatisch, wo das Berechnungselement in Einkommensprozenten ausgedrückt wird. Dagegen müssen die Ansätze und Berechnungselemente, die in festen Frankenbeträgen festgelegt sind, einer Einkommenssteigerung angepaßt werden. Seit der Vorbereitung der ersten EO-Revision in den Jahren 1958/59 ist der Index der Erwerbseinkommen so stark angestiegen, daß die Entschädigungen im Verhältnis zu den Erwerbseinkommen erheblich an Wert eingebüßt haben. Dies trifft vor allem für die stets wachsende Zahl von Bezüglern der Maximalentschädigungen zu, bei denen eine Erhöhung der Erwerbseinkommen keine entsprechende Steigerung der Entschädigung bewirken konnte. Nach Schätzungen beziehen heute weit über 60 Prozent der Bezüglern der Haushaltungsentschädigung die Maximalansätze. Die Einbuße

ist aber ebenso sehr auch bei den festen Leistungen (Kinder-, Unterstützungs- und Betriebszulagen) zu verspüren.

Da die zweite EO-Revision voraussichtlich im Jahre 1964 in Kraft treten wird, muß die Entwicklung der Lohn- und Verdienstverhältnisse mit der Ausgangsbasis 1958/59 über einen Zeitraum von etwa sechs Jahren hinweg beurteilt werden. Auf Grund der mutmaßlichen Entwicklung des AHV-Beitragsindex sieht der Gesetzesentwurf die Erhöhung der festen Elemente von mindestens 40 Prozent vor. Da das Hauptanliegen der zweiten EO-Revision die Anpassung der Entschädigungen an die Bewegung der Erwerbseinkommen sein soll, können weitergehende Begehren auf Erhöhung der Entschädigungen nur im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten berücksichtigt werden. Eine Erhöhung des EO-Zuschlages von einem Zehntel zu den AHV-Beiträgen wird abgelehnt. Doch auch in diesem Rahmen ist es noch möglich, die Entschädigungsansätze in den meisten Positionen um 50 bis 60 Prozent zu erhöhen. Damit bringt die Revisionsvorlage in vielen Fällen den Wehrpflichtigen eine sozialpolitisch wertvolle reale Verbesserung der Erwerbsausfallentschädigungen über die reine Anpassung an die Einkommensentwicklung hinaus.

Die Erhöhung der einzelnen Entschädigungsansätze

Haushaltungsentschädigung

Nach den geltenden Bestimmungen des EOG setzt sich bei Wehrpflichtigen, die vor dem Einrücken erwerbstätig waren, die tägliche Haushaltungsentschädigung aus einem festen Grundbetrag von 2,50 Franken und einem veränderlichen Betrag von 40 Prozent des durchschnittlichen vordienstlichen Erwerbseinkommens zusammen. Sie beträgt jedoch mindestens 5 Franken und höchstens 15 Franken. Um eine zu starke Degression der Entschädigungen zu vermeiden, sollen die festen Beträge nicht um 40 Prozent erhöht werden. Vielmehr wird der feste Grundbetrag nur von 2,50 auf 3 Franken, also nur um 20 Prozent, dafür aber der veränderliche Betrag von 40 auf 50 Prozent heraufgesetzt. Dadurch ergibt sich eine Verstärkung der lohnprozentualen Abstufung. Während nämlich die lohnprozentuale Deckung nach geltender Ordnung beim höchstanrechenbaren Taglohn von 31,25 Franken auf 48 Prozent sinkt, wird sie beim neuen höchstanrechenbaren Taglohn von 40 Franken noch rund 58 Prozent ausmachen. Die Mindest- und Höchstansätze der Haushaltungsentschädigung sollen inskünftig 8 und 23 Franken betragen.

Entschädigung für Alleinstehende

Da die Entschädigung für Alleinstehende nach wie vor 40 Prozent der entsprechenden Haushaltungsentschädigungen betragen soll, steigt der Mindestansatz von 2 auf 3,20 Franken und der Höchstansatz von 6 auf 9,20 Franken. Rekruten erhalten wie nach der bisherigen Regelung die Mindestentschädigung, also neu 3,20 Franken.

Ein Vorschlag, die Entschädigung für Alleinstehende auf 50 statt wie bisher 40 Prozent der entsprechenden Haushaltungsentschädigung zu bemessen, konnte aus finanziellen Erwägungen nicht berücksichtigt werden, da dessen Verwirklichung eine jährliche Mehrausgabe von 9 Millionen Franken zur Folge hätte.

Haushaltungsentschädigung bzw. Entschädigung für Alleinstehende der Nichterwerbstätigen

Nichterwerbstätige erhalten nach wie vor die Mindestansätze der beiden Grundentschädigungen für Erwerbstätige. Diese betragen also neu 8 Franken (bisher 5 Franken) bzw. 3,20 Franken (bisher 2 Franken).

Mindestansätze während Beförderungsdiensten

Die seit 1. Januar 1960 geltende Sonderregelung für Beförderungsdienste soll dadurch verbessert werden, daß der Mindestansatz für die Haushaltungsentschädigung von 7 Franken auf 12 Franken und der Mindestansatz der Entschädigung für Alleinstehende von 4 auf 7 Franken erhöht werden. Durch diese Erhöhung werden die Studierenden und die mitarbeitenden Familienglieder sowie alleinstehende Wehrpflichtige mit einem durchschnittlichen vordienstlichen Erwerbseinkommen bis zu 29 Franken im Tag, 870 Franken im Monat und 10 440 Franken im Jahr begünstigt.

Kinderzulagen

Der feste Ansatz von bisher 2 Franken je Kind und Tag wird um 50 Prozent auf 3 Franken erhöht, womit dem Familienschutzgedanken vermehrt Rechnung getragen wird.

Unterstützungszulagen

Wie bisher soll die Unterstützungszulage für die erste unterstützte Person dem doppelten und für jede weitere unterstützte Person dem einfachen Betrag der Kinderzulagen entsprechen, somit 6 bzw. 3 Franken

im Tag betragen. Ob im Zusammenhang damit auch die für die Bemessung der Unterstützungszulage geltenden Einkommensgrenzen (Art. 10, Abs. 1, Buchst. b, EOV) erhöht werden sollen, wird bei der Anpassung der EOV zu prüfen sein.

Betriebszulage

Die Betriebszulage soll von 3 auf 5 Franken im Tag, also nicht nur um 40, sondern um $66\frac{2}{3}$ Prozent erhöht werden.

Höchstgrenzen der gesamten Entschädigung

Der absolute Höchstbetrag der gesamten Entschädigung steigt von 28 auf 36 Franken im Tag, während die relative Höchstgrenze von 90 Prozent des durchschnittlichen vordienstlichen Einkommens sowie die Garantie von bis zu zwei Kinderzulagen beibehalten werden. Aus den vorstehenden Zahlen ergibt sich ein höchstanrechenbares Erwerbseinkommen von 40 Franken (bisher 31,25 Franken) im Tag, 1 200 Franken (937,50 Franken) im Monat und 14 400 Franken (11 250 Franken) im Jahr.

Die finanziellen Auswirkungen der Gesetzesrevision

Die Jahresausgaben der EO bestehen neben 3 bis 4 Millionen Franken an Entschädigungen für Zivilschutzpflichtige und einem bescheidenen Betrag an Verwaltungskosten hauptsächlich aus Entschädigungen an Wehrpflichtige. Der Aufwand für diese richtet sich nach den demographischen und wirtschaftlichen Entwicklungen. Der Gesamtbetrag der Ausgaben dürfte von 85,1 Millionen Franken im Jahr auf 136 Millionen Franken im Jahr 1965 steigen. Dieser Betrag liegt um rund 40 Millionen Franken höher als ohne Revision erwartet werden müßte, so daß also die Differenz zwischen 85,1 und 96 Millionen Franken auf die oben erwähnten Entwicklungskomponenten, darunter eine beachtliche Zunahme der Zahl der jährlich geleisteten Soldtage zurückzuführen ist.

Die Jahreseinnahmen bestehen hauptsächlich im Ertrag des Zuschlages von einem Zehntel zu den AHV-Beiträgen, der von 99,9 Millionen Franken im Jahr 1962 auf 121 Millionen Franken im Jahr 1965 steigen dürfte. Der jährliche Zinsertrag des Ausgleichsfonds für die Erwerbsersatzordnung dürfte sich von 4 auf 5 Millionen Franken erhöhen und der Bestand des Fonds selbst von 141 Millionen Franken im Jahre 1962 auf 152 Millionen Franken im Jahre 1965.

Das Inkrafttreten der Gesetzesrevision

Nach dem Gesetzesentwurf bestimmt der Bundesrat dessen Inkrafttreten. Dabei wird der Bundesrat insbesondere prüfen, ob die Vorlage — wie in zahlreichen Vernehmlassungen dargelegt wird — aus Gründen der Gleichbehandlung tatsächlich nur auf einen 1. Januar in Kraft gesetzt werden darf.

Wirksame Hilfe der Invalidenversicherung

Unter dem gleichen Titel hat die ZAK schon im Januar-Heft (1693, S. 6) Auszüge aus Rechenschaftsberichten einiger Institutionen der Invalidenhilfe veröffentlicht, in denen die Auswirkungen der IV auf die Entwicklung solcher Anstalten und Organisationen geschildert wurde. Nachstehend folgen weitere Beispiele dieser Art.

Aus dem Bericht eines Erziehungsheimes für Schwachbegabte

Als Wendepunkt in der Geschichte des Erziehungsheimes muß die Einführung der IV bezeichnet werden.

Die segensreiche Institution der IV erlaubt uns, weitere Aufgaben auf Zweckmäßigkeit und Dringlichkeit zu prüfen. Das Personalproblem, die Sorge Nr. 1, wird noch verschärft durch die Frage der Unterkunft. Nach reiflicher Prüfung der gebotenen Möglichkeiten und gründlicher Planung haben wir den Beschluß gefaßt, der Aufsichtsbehörde den Neubau eines Personalgebäudes vorzuschlagen.

Wie alle schweizerischen Heime für bildungsfähige geistesschwache Kinder ist auch unser Haus stets voll besetzt, und wir mußten — zu unserem Bedauern — oft lange Wartezeiten für angemeldete Kinder ansetzen. Der chronische Platzmangel rührt von verschiedenen Ursachen her. Einerseits scheint die Zahl der geistesschwachen Kinder mit der Bevölkerungszunahme anzusteigen. Andererseits haben die Heime mit dem Ausbau zum Gruppensystem ihre Aufnahmefähigkeit verkleinert, und neue sind in den letzten Jahren nicht gegründet worden. Dazu kommt noch die Erweiterung der Fürsorgetätigkeit für debile Kinder. Diese werden heute besser erfaßt und einer zweckmäßigeren Schulung und Erziehung zugewiesen als früher. Seit dem Jahre 1960 zeigen sich nun auch die segensreichen Auswirkungen der für unsere Schützlinge so

wichtigen IV. Der Aufwand der Eltern oder Versorger für die Unterbringung eines invaliden Kindes in einem Heim ist wesentlich gesunken. Früher sind freiwillige Einweisungen meist unterblieben, leider immer zum Nachteil des geistig infirmen Kindes. Die Aufklärung in breiten Volksschichten hat jedoch offenbar und klar gemacht, daß eine zweckmäßige Schulung und Erziehung nur Vorteile bringt. Unsere Schützlinge werden soweit gefördert, daß sie sich im Erwerbsleben bewähren und der Öffentlichkeit nicht mehr zur Last fallen. Der Ausbau der ehemals oft düstern Anstalten zu freundlichen Heimen hat darüber hinaus unsere Bestrebungen weitgehend unterstützt.

Für unser Heim erweist sich die IV heute als Hauptstütze unserer Finanzierung. Gegenüber den Leistungen der öffentlichen Hand nehmen sich die freiwilligen Beiträge Privater bescheiden aus.

Aus dem Bericht eines Heimes für pflegebedürftige und entwicklungsgehemmte Kinder

Die finanzielle Situation des Heimes hat sich konsolidiert. Wohl schließt die Betriebsrechnung mit einem Ausgabenüberschuß ab. Es konnten aber, was seit Jahren nicht mehr geschehen war, auf Mobilien und Immobilien die üblichen Abschreibungen vorgenommen werden. Diese erreichten eine Höhe von über 21 000 Franken. Zudem konnten im Rechnungsjahr dringend nötige Anschaffungen wie Waschmaschinen u. a. im Betrage von über 20 000 Franken erfolgen. Größere Auslagen erwachsen uns durch Reparaturen der Heizungsanlage, die seit Erstellung des Heimes nie überholt worden war. Die schweren Finanznöte, die das Heim seit der Gründung mehr oder weniger nie verließen, sind überwunden. Die Bestimmungen der IV wirkten sich segensreich aus.

Aus dem Bericht einer Eingliederungsstätte

Die Lage der Invaliden war nach dem Zweiten Weltkrieg ungefähr die folgende: Ihre Invalidität schloß sie in den meisten Fällen aus der Gesellschaft und fast in allen Fällen vom Erwerbsleben aus. Sie wurden darum von der Fürsorge betreut. Das geschah so, daß man für sie festliche Anlässe organisierte, eine besondere Weihnachtsbescherung durchführte und daß man mit ihnen schöne Ausflüge mit gutem Essen und angenehmer Unterhaltung machte. Da und dort waren Spezialwerkstätten, sogenannte Gebrechlichenheime entstanden, welche sich derjenigen annahmen, die kein eigenes Heim hatten. Man war immerhin soweit, daß die Invaliden nicht mehr auf der Straße sein und betteln mußten. Die

Invaliden unter sich hatten sogenannte Selbsthilfeorganisationen geschaffen, deren Hauptleistungen darin bestanden, daß einerseits die Mitglieder beraten und gelegentlich unterstützt wurden und daß sie einen unentgeltlichen Rechtsdienst in Anspruch nehmen konnten, Das Hauptziel dieser Selbsthilfeverbände war das Zustandekommen einer eidgenössischen Versicherung gegen die Invalidität.

Heute haben wir folgendes Bild: Der wichtigste Fortschritt ist die Verwirklichung der IV. Jahrzehntelang zweifelte man an ihrem Nutzen — selbst in Fürsorgekreisen — weil man sie sich nur als Rentenversicherung analog der AHV vorstellte. Das wurde sofort anders, als im Praktischen gezeigt werden konnte, daß echte Eingliederungen möglich waren, bei denen der Arbeitgeber nicht zu kurz kam und der Invalide seinen ehrlichen und auskömmlichen Lohn verdienen konnte. Das brachte eine rasche Umstellung des Versicherungsgedankens mit sich, der von da an die Eingliederung in den Arbeitsprozeß in den Vordergrund stellte und die Renten für jene Invaliden reservierte, die nicht mehr arbeitsfähig waren.

Aus dem Bericht eines orthopädischen Spitals

Durch die starke Intensivierung des ärztlichen Betriebes verbunden mit dem Aufkommen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, ferner durch das gleichzeitige Einsetzen einer allgemeinen Teuerung und ein gewaltiges Ansteigen der Personalaufwendungen sind dem Krankenhaus zusätzliche finanzielle Lasten entstanden, die nicht mehr durch Anpassung der Spitaltarife ausgeglichen werden konnten. Angesichts dieser wenig erfreulichen Entwicklung glaubten wir mit einer zunehmenden Verschärfung der sich abzeichnenden Notlage rechnen zu müssen. Dank den ab 1960 fließenden IV-Leistungen ist es jedoch bei uns nicht zu der befürchteten Krise gekommen; die Einführung der IV hat für unsern Betrieb einen entscheidenden Umschwung auf finanziellem Gebiet gebracht.

Die Übergangszeit seit Inkrafttreten des IV-Gesetzes, deren Überbrückung keine leichte Aufgabe war, darf nun als beendet betrachtet werden.

Heute, d. h. nach Ablauf von 3 Jahren seit der Einführung des IV-Gesetzes, kann von einer weitgehenden Normalisierung des Abrechnungswesens und des Zahlungsverkehrs gesprochen werden. Wir sind nun in der Lage, uns ein klares Bild darüber zu machen, was von der IV für den Betrieb erwartet werden kann, und dementsprechend zu disponieren.

Neurosen und Invalidenversicherung

Allgemeines

Als Volksversicherung deckt die IV grundsätzlich jede längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit, die durch einen Gesundheitsschaden verursacht wurde. Artikel 4 IVG, der diesen Grundsatz aufstellt, zählt die Invaliditätsursachen ausdrücklich auf: Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Indessen hat diese Aufzählung keine einschränkende Bedeutung, deckt sie doch alle möglichen Ursachen von Gesundheitsschäden; mit anderen Worten: es dürfte schwierig sein, eine Gesundheitsschädigung zu finden, die nicht direkt oder indirekt von einer der drei im Gesetz genannten Ursachen herrührt.

Der Gesetzgeber hat darauf verzichtet, die Begriffe Krankheit und Unfall zu umschreiben (eine solche Umschreibung findet sich nur bei den Geburtsgebrechen, vgl. Art. 1 GgV). Er überließ die Begriffsbestimmung der Verwaltungspraxis und der Rechtsprechung, wie das auch bei der obligatorischen Unfallversicherung und der Militärversicherung der Fall ist. Damit hat er den Organen der IV und den rechtsprechenden Behörden die Befugnis erteilt, den Anwendungsbereich des IVG innerhalb gewisser Grenzen einzuschränken oder auszudehnen. So kann man beispielsweise unter «geistigem Gesundheitsschaden» entweder nur einen durch eine Geisteskrankheit im engsten Sinn des Wortes verursachten Schaden verstehen oder aber — bei einer weitherzigeren Auslegung — jede Veränderung des psychischen Gleichgewichtes von bestimmter Schwere. Insbesondere von dieser zweiten Umschreibung ging das Eidgenössische Versicherungsgericht bei der Bemessung der Invalidität eines Psychopathen aus (vgl. ZAK 1961, S. 415).

Dieselbe Frage stellt sich bei der Neurose, die nach dem heutigen Stand der Medizin nicht eine Geisteskrankheit, sondern eine seelisch bedingte Erscheinung ist (vgl. Schweizerische medizinische Wochenschrift 1950, S. 405 ff.). Am häufigsten tritt die Neurose nach einem Unfall oder einer Krankheit auf, sei es, daß der Unfall oder die Krankheit eine organische oder psychische Verletzung nach sich zieht (in diesem Fall spricht man von traumatischer Neurose, Unfallneurose, Erlebnisneurose oder Neurose nach Hirnerschütterung), sei es, daß die Neurose durch eine falsche Diagnose oder durch eine falsche oder unnötig verlängerte Behandlung (sog. Behandlungsneurose, vgl. Graven: Les invalidités, S. 111. ff.) entstanden ist. Dieser Kategorie von typischen Neurosen

stehen die Erscheinungen gegenüber, die man als Begehrungsneurosen, Anspruchsneurosen oder Sinistrosen (Rentensucht) bezeichnet und die von einer gewöhnlichen Simulation oder Übertreibung (Aggravation) von Krankheitserscheinungen bis zur wirklichen Geistesstörung reichen können. Diese Erscheinungen unterscheiden sich von der Kategorie der typischen Neurosen dadurch, daß sie nicht die natürliche Folge der versicherten Krankheit oder des versicherten Unfalls sind, sondern diese nur zum Anlaß oder zum Vorwand für ihr Auftreten nehmen.

Diese kurze Umschreibung zeigt sofort, daß die Neurose je nach ihrer Zugehörigkeit zur ersten oder zur zweiten Kategorie, eine andere Behandlung erfordert. Es ist offensichtlich, daß die Versicherung die wirtschaftlichen Folgen subjektiver Störungen, die hauptsächlich auf Aggravation oder Simulation zurückzuführen sind, nicht decken kann. Dagegen deckt sie grundsätzlich die natürlichen Folgen von körperlichen oder seelischen Schädigungen. Indessen ist die Abgrenzung zwischen den beiden Hauptkategorien von Neurosen in der Praxis oft sehr schwierig und variiert sogar von einem Versicherungszweig zum andern. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat daher festgestellt, daß die Abgrenzungsnormen einer Versicherung bestimmt werden durch den (sozialen oder privaten) Charakter dieser Versicherung und durch das besondere Ziel, das sie verfolgt.

Es dürfte daher nützlich sein, vorerst einen kurzen Blick auf die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts auf dem Gebiet der obligatorischen Unfallversicherung und der Militärversicherung zu werfen.

Die Behandlung der Neurose in der obligatorischen Unfallversicherung und in der Militärversicherung

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in der obligatorischen Unfallversicherung und in der Militärversicherung, wo Neurosen durch eine einmalige Geldleistung abgefunden werden, die Regel aufgestellt, daß die Erscheinungen, die unter der Bezeichnung Begehrungsneurosen zusammengefaßt werden, nicht abfindungsberechtigt sind. Immerhin weist das Gericht darauf hin, daß wegen der Verschiedenheit der medizinischen Terminologie für die Bezeichnung einer Neurose im Einzelfall nicht allein auf die vom Mediziner gebrauchten Ausdrücke abgestellt werden darf. Die Aufgabe des Mediziners sei es vielmehr, darzulegen, aus welchen seelischen Ursachen heraus eine Neurose entstanden ist oder unterhalten wird, während es Sache der Versicherungsorgane ist, zu ent-

scheiden, ob die vom Mediziner umschriebene Neurose die Ausrichtung einer Abfindung rechtfertigt oder nicht.

Wo es sich nicht offensichtlich um eine Begehrungsneurose handelt, sieht das Eidgenössische Versicherungsgericht die Ausrichtung einer Abfindung unter der Bedingung vor, daß die Neurose in einem angemessenen ursächlichen Zusammenhang zum versicherten Ereignis steht. Dieser juristische Zusammenhang, der über den natürlichen Zusammenhang hinausgeht, ist seinem Wesen nach relativ und muß von Fall zu Fall geprüft werden (EVGE 1960, S. 158 ff.). Man kann jedoch sagen, daß ein solcher Zusammenhang immer dann fehlt, wenn eine neurotische Erscheinung nicht die natürliche Folge eines Unfalles ist, sondern vielmehr den Unfall nur zum Anlaß oder Vorwand für ihr Auftreten nimmt. Dagegen ist es nicht möglich, allgemein theoretisch zu bestimmen, welcher Grad der Angemessenheit noch als rechtserheblich gilt. Dieser Grad variiert, wie oben dargelegt, von einem Versicherungszweig zum andern, und hängt vom Charakter und vom Ziel der betreffenden Versicherung ab. Mit dieser Regelung wollen Unfall- und Militärversicherung weniger den übermäßigen Forderungen eines neuortischen Versicherten ein Ende setzen als seine Heilung bewirken, indem sie durch die Ausrichtung einer einmaligen Abfindung jede Verbindung zum Versicherten abbrechen. Bei der Beurteilung der Frage, ob im Falle von Neurose eine Abfindung auszurichten sei oder nicht, spielt daher der mit der Abfindung verbundene Zweck eine entscheidende Rolle (EVGE 1960, S. 263 ff.).

Die Folgen der Neurose in der IV

In der IV ist die Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in bezug auf Neurosen eine andere. In seinem ersten diesbezüglichen Urteil i. Sa. D. S. (ZAK 1962, S. 218 ff.) ging das Gericht von der Überlegung aus, daß die IV allgemein jede Invalidität versichert, die dem Begriff von Artikel 4 des Gesetzes entspricht, und erklärt, daß die Versicherung die Folgen jeder Neurose zu decken habe, die kraft ihrer Schwere einer Geisteskrankheit gleichkomme. Entscheidend ist somit nicht die Art der Neurose (d. h., ob sie in einem angemessenen ursächlichen Zusammenhang zum versicherten Ereignis steht, sondern die *Schwere* ihrer Auswirkung (d. h., ob sie durch die Verweigerung jeglicher Leistung noch beseitigt werden kann). Diese Differenzierung in der Behandlung der Neurose erklärt sich durch die Verschiedenheit der von der Unfall- und der Militärversicherung einerseits und der IV andererseits verfolgten Ziele. Während die erstgenannten Versicherungszweige ihre Leistung zur För-

derung der Heilung eines «Kranken» erbringen, will die IV im wesentlichen einem «Invaliden» (oder einem von Invalidität Bedrohten) zu Hilfe kommen. Aus diesem Grunde stünde einem Versicherten, der durch eine einmalige Leistung der obligatorischen Unfallversicherung oder der Militärversicherung von seiner Neurose befreit wurde, kein Anspruch auf Leistungen der IV mehr zu. Dasselbe gilt auch für denjenigen Versicherten, von dem angenommen werden muß, daß die Verweigerung einer Leistung ihn von seiner Neurose befreien wird.

Umgekehrt ist denkbar, daß Neurosen, die den in der obligatorischen Unfallversicherung und in der Militärversicherung geforderten ursächlichen Zusammenhang nicht aufweisen, zur Ausrichtung einer IV-Leistung führen können. Ein solcher Fall kann dann vorliegen, wenn eine Begehrungsneurose sich durch Unfall oder Krankheit langsam in eine wirkliche seelische Anomalie verwandelt, welche den Versicherten so stark beherrscht, daß er nicht mehr im Stande ist, positiv zu reagieren, und welche die gleichen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten hat wie eine Geisteskrankheit. Eine Neurose von solcher Schwere wird grundsätzlich als Invalidität im Sinne von Artikel 4 IVG zu gelten haben.

In einem solchen Falle rechtfertigt es sich grundsätzlich, dem Versicherten eine Rente auszurichten. Immerhin ist zu beachten, daß die Ausrichtung einer solchen Leistung eine allfällige Verbesserung des psychischen Zustandes des Versicherten nicht ausschließt, so daß unter Umständen eine Revision des Falles vorzunehmen sein wird. Die IV-Kommissionen tun daher gut, in solchen Fällen eine Revisionsfrist vorzusehen oder wenigstens diese Fälle im Auge zu behalten.

Die Zuspreehung einer Rente setzt voraus, daß sich der Versicherte vorher den ihm zumutbaren Eingliederungsmaßnahmen unterzogen hat oder daß die Eingliederungsmaßnahmen erfolglos gewesen sind. Nun ist es aber möglich, daß die Neurose des Versicherten ein Hindernis für die Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen darstellt. Hat nun in solchen Fällen der Versicherte die Folgen seines negativen Verhaltens zu tragen oder ist vielmehr auf eine Anwendung von Artikel 31 IVG zu verzichten? Diese Frage hat das Eidgenössische Versicherungsgericht in seinem Urteil i. Sa. L. V. (ZAK 1963, S. 37) behandelt. Es kam darin zum Schluß, daß in Fällen, in denen die Neurose als Folge einer objektiven Schädigung auftritt (Unfallneurose oder traumatische Neurose), das Vorhandensein der Neurose genügt, um die Zumutbarkeit von Eingliederungsmaßnahmen in Frage zu stellen, so daß die Durchführung solcher Maßnahmen nicht mehr verlangt werden kann, wenn die Neurose

den Versicherten daran hindert, den für die Eingliederung notwendigen Willen aufzubringen.

Die vom Eidgenössischen Versicherungsgericht im oben erwähnten Urteil niedergelegten Grundsätze scheinen darauf hinzuweisen, daß seine Haltung gegenüber den Neurotikern in bezug auf die Zumutbarkeit von Eingliederungsmaßnahmen weniger streng sei als in bezug auf die Zuspreehung einer Rente. Das Urteil betraf jedoch einen typischen Fall von traumatischer Neurose, die aus einem schweren Leiden (Erblindung) entstanden war. Außerdem unterschied das Gericht sorgfältig zwischen der Neurose und einem bloßen Charakterfehler, der durch die Umgebung des Versicherten entwickelt und gefördert worden war. Man kann daraus schließen, daß eine neurotische Erscheinung, die unabhängig von irgend einem objektiven Gesundheitsschaden auftritt und ihren Ursprung in einer Charakter- oder Willensschwäche (Trägheit, Simulation) hat, nicht genügt, um die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen unzumutbar zu erklären.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß Erscheinungen, die man gemeinhin als Neurosen bezeichnet, je nach ihrer Schwere einer Geisteskrankheit gleichgestellt werden und auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten die gleichen Auswirkungen haben können. Immerhin muß wegen der vielen Formen dieser Erscheinungen und wegen ihrer — wenigstens scheinbaren — Verwandtschaft mit mehr oder weniger ausgesprochenen Charaktermängeln bei der Beurteilung einer Neurose große Sorgfalt aufgewendet werden. Insbesondere sind einem Neurotiker Geldleistungen nur auszurichten, wenn es als erwiesen betrachtet werden kann, daß keine oder sozusagen keine Aussichten bestehen, ihn wieder ins Erwerbsleben einzugliedern. In allen Fällen, in denen darüber Zweifel herrschen, ist eine Untersuchung des Patienten durch einen Spezialisten (Psychiater) unerlässlich.

Blindenführhunde

Gemäß Artikel 14, Absatz 1, Buchstabe f, IVV gelten Blindenführhunde im Rahmen von Artikel 21 IVG als Hilfsmittel, die zu Lasten der IV abgegeben werden können. Der nachstehende Aufsatz orientiert über die Ausbildung und Verwendung von Blindenführhunden. Er ist einer Diplomarbeit der Schule für Soziale Arbeit Zürich (Der Blinde und sein Kamerad, der Führhund; Kurs A 1957/59), verfaßt von Frl. Marti Wyrsh entnommen.

Die Entwicklung des Hundes zum Blindenführer hat ihre eigene kleine Geschichte. Schon vor Jahrhunderten entdeckten Blinde — auf der Suche nach Unabhängigkeit — im Hund einen bereitwilligen Helfer, der als Gegenleistung nichts als des Meisters Zuneigung und Pflege verlangte. Bis zum Ersten Weltkrieg dressierten sich die Blinden ihre Hunde selbst und taten dies nach eigenem Gutdünken und Können. Im Jahre 1915 wurde die Ausbildungsarbeit zum ersten Mal von einem Sehenden vorgenommen. Ein deutscher Offizier, der bis dahin Rotkreuz-Hunde abgerichtet hatte, begann für seine durch den Krieg erblindeten Kameraden Schäferhunde als Führer auszubilden. Er stellte einen Lehrplan zusammen und schuf damit die erste Dressurmethode für die Abrichtung der Blindenführhunde. Gleichzeitig konstruierte er ein Führgeschirr, um ein reibungsloses Zusammenspiel von Hund und Meister zu bewirken. Die Nachfrage nach dressierten Führhunden war groß, so daß im Laufe der Jahre in Deutschland mehrere Führhundeschulen errichtet wurden. Mrs. Eustis, eine in der Westschweiz wohnende Amerikanerin, hörte von den Dressurmethode der Deutschen. Da sie sich für die Führhundearbeit interessierte, begann sie, zusammen mit Freunden, Hunde aus ihrer eigenen Schäferzucht als Blindenführer auszubilden. Später folgte sie dem Ruf der Blinden Amerikas und wurde Mitbegründerin der großen amerikanischen Führhundezentren «The Seeing Eye». Im Jahre 1933 eröffnete der Kosake Captain N. Liakhoff die erste Führhundeschule in England. Captain Liakhoff hatte früher mit Mrs. Eustis zusammengearbeitet und widmete sich nun der Führhundearbeit für die englischen Blinden. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde eine zweite Schule gebaut, um der großen Nachfrage gerecht zu werden. Trainer der englischen Führhundeschulen brachten die Dressurmethode nach Kanada, Südafrika und Australien und halfen beim Aufbau der dortigen Führhundezentren mit. Und was wurde wohl aus der kleinen Ausbildungsstätte, die Mrs. Eustis in der Schweiz aufgebaut hatte? Da die Nachfrage nach dressierten Führhunden in der Schweiz nur gering war, mußte Mrs. Eustis' Schulungsstätte nach einiger Zeit geschlossen werden. Es scheint, daß sich der Führhundegedanke in unserem Lande nur langsam verbreitete und daß die Bevölkerung wie die Blinden den Leistungen des vierbeinigen Begleiters mit Zweifel begegnete. Blinde, die sich einen Führhund wünschten, mußten fortan nach Deutschland reisen, um sich in einer der dortigen Führhundeschulen einen Führhund zu beschaffen. Sie absolvierten dort einen 3—4wöchigen Einführungskurs, der sie mit den

Aufgaben eines Führhundebesitzers vertraut machte. Lohnausfall, Aufenthaltskosten und Reisespesen trieben den Kaufpreis des Hundes so gewaltig in die Höhe, daß sich nur wenige Blinde eine so teure Anschaffung leisten konnten. Dies mag einer der Gründe sein, weshalb der Führhund in der Schweiz noch so selten vertreten ist.

Anfangs 1958 nahm dieser unbefriedigende Zustand eine glückliche Wendung. Frau A. Auer, Zürich, stellte sich den Blinden freiwillig zur Ausbildung und Vermittlung von Führhunden zur Verfügung. Sie ist eine große Hundekennerin und befaßt sich schon seit vielen Jahren mit der Ausbildung von Führhunden. Frau Auer absolvierte ihre Lehrzeit als Ausbilderin an einer der deutschen Führhundeschulen, eröffnete anschließend eine Führhundeschule in Jugoslawien, dressierte Blindenführhunde und unterrichtete in einem zweijährigen Lehrgang geeignete Personen in den speziellen Abrichtungsmethoden. Später besuchte sie die amerikanischen und englischen Führhundezentren und steht mit diesen Schulen noch heute in regem Erfahrungsaustausch. Heute widmet sich Frau Auer mit Begeisterung und großem Eifer der Führhundearbeit in unserem Lande. Sie erhielt von seiten der Blinden, die sich einen Hund wünschten, so viele Anfragen, daß sie dieselben nicht mehr selbst befriedigen konnte und fortan fertig ausgebildete Führhunde aus einer der deutschen Führhundeschulen einführen mußte. Frau Auer übernimmt sodann die Einarbeit des Hundes zusammen mit dem Blinden an dessen Wohnort und steht dem jungen Team drei Wochen lang mit ihren Instruktionen zur Seite.

Ausbildungslehrgang

Zur Frage, wie man einem Hund seine Führeraufgabe verständlich machen kann, äußerte sich Prof. Dr. E. Seiferle in seinem Aufsatz «Der Hund als Führer und Kamerad des Blinden» (Unsere Tiere, Schweiz. Tierillustrierte, Nr. 76, Seite 77) wie folgt:

«In groben Zügen läßt sich der Lehrgang des Blindenführhundes in drei Hauptetappen gliedern:

- Grundausbildung
- Spezialausbildung
- Gemeinschaftsausbildung mit dem Blinden.

In der Grundausbildung lernt der Hund zunächst einmal gehorchen. Absoluter Gehorsam und zuverlässiger Appell bilden die wichtigsten und unentbehrlichsten Grundlagen und Voraussetzungen seiner späteren Arbeit. Als erstes werden ihm dabei die primitivsten Grundbegriffe der

Hundeerziehung beigebracht, d. h. auf entsprechende Ruf- oder Sichtzeichen sich zu setzen, zu legen, am Platz zu bleiben usw. Im allgemeinen wird es sich jetzt schon zeigen, ob der einzelne Hund die Wesensveranlagung zum Blindenführer besitzt. Nur wenn er Freude und Willigkeit für seinen Dienst zeigt, kann nach Abschluß der Grundausbildung mit der Spezialausbildung begonnen werden.

In der zweiten Etappe handelt es sich darum, den Hund mit der Hinderniswelt des Blinden vertraut zu machen. Er muß lernen, alle Hindernisse so zu umgehen oder zu verweisen, daß ein von ihm geführter Mensch damit nicht in Kollision gerät. Er muß sogar Hindernisse, die ihm bis jetzt gar nicht bewußt waren (Aeste, Stangen, Drähte, in Kopfhöhe des Blinden), erkennen und muß schließlich lernen, sich im modernen Verkehr der Straßen zu bewegen und die Fahrzeuge zu meiden. Daß dies alles an das Lern- und Assoziationsvermögen des Hundes sowie an das Können, die Geduld und die Ausdauer des Abrichters außergewöhnliche Ansprüche stellt, braucht wohl kaum besonders betont zu werden.

Von nicht minderer Bedeutung ist schließlich die dritte Etappe, die Gemeinschaftsausbildung mit seinem zukünftigen Herrn, dem Blinden. Der Hund kennt nun seine Aufgabe und arbeitet in der Hand des Abrichters absolut zuverlässig. Er würde aber kläglich versagen und das Gelernte bald vergessen, wenn nicht der Blinde, den er jetzt führen soll, genau darüber instruiert worden wäre, wie er sich seines Tieres zu bedienen hat. Unter der Leitung des Abrichters muß darum jetzt der Blinde während mindestens drei Wochen im Umgang mit seinem Hund und dessen Verwendung geschult und dieser auf die persönlichen Besonderheiten und Eigenarten seines Herrn eingestellt werden. Erst wenn sich Herr und Hund in allen ihren Reaktionen und Verhaltensweise genau kennen und Vertrauen zueinander gefaßt haben, ist jene sich gegenseitig ergänzende Einheit zweier so verschiedenartiger Lebewesen entstanden, welche die Augen des Hundes und das Gehör des Blinden wie die Sinnesorgane eines Organismus zusammenspielen läßt. Erst jetzt ist der Blindenführhund zu jener Hilfe geworden, die dem erblindeten Menschen wenigstens einen Teil seiner Selbständigkeit zurückzugeben vermag.»

Der Führhund als Kamerad

Die Blinden weisen die Frage, ob ihr Hund ein bloßer Diensthund sei, entrüstet zurück und betiteln ihn eindeutig als ihren Kameraden. Der Eintritt des Führhundes in ihr Leben wurde ihnen zum unvergeßlichen

Erlebnis, dessen Bedeutung am besten der nachfühlen kann, dem die Schwierigkeiten des Blinden bekannt sind. Je länger der Blinde erfährt, wie sicher ihn sein Hund zu führen versteht und wieviele Möglichkeiten er ihm bietet, umso größere Zuneigung empfindet er für ihn. Die Liebe des Meisters aber gibt dem Führhund den nötigen Ansporn, seine Führerarbeit willig und freudig zu tun. Alle Befragten sind sich einig, daß der Führhund seine verantwortungsvolle Aufgabe gar nicht zu erfüllen vermöchte, wenn er sich nicht mit seinem Meister verbunden fühlte. Je mehr sich der Blinde mit seinem Hund beschäftigt, umso besser wird er dessen Gesten, Lautmerkmale und Verhaltensweisen deuten können, und ebenso wird auch der Hund die Ausdrucksweisen seines Herrn verstehen lernen.

Der besondere Wert des Führhundes liegt für den Blinden in der Beziehungsfähigkeit des Hundes zum Menschen. Er unterscheidet sich in dieser Hinsicht grundlegend von allen anderen Hilfsmitteln, die bis heute für die Blinden geschaffen wurden. Aus der gegenseitigen Verbundenheit gehen Kräfte hervor, die einerseits den Hund zu seiner Führerarbeit befähigen und andererseits den Blinden zur Überwindung seiner Schwierigkeiten mutiger und zuversichtlicher machen. Durch die gemeinsame Führerarbeit und das ununterbrochene Beisammensein bildet sich zwischen Hund und Meister das Zusammengehörigkeitsgefühl. Für den Hund wird der Mensch, wie man in der «Hundesprache» sagt, zum Kumpan und für den Blinden wird sein Führhund zum feinfühligem und treuen Kameraden. Sie bereichern sich gegenseitig durch ihr Dasein das Leben.

Ein Blinder kommt nur als Führhundebesitzer in Frage, wenn er verschiedene Voraussetzungen zu erfüllen vermag. Er muß in erster Linie tierliebend und verantwortungsbewußt sein. Er hat seinen Hund als Führ- und nicht als Spielhund zu benützen und sich an die Vorschriften der Führhundeschule zu halten. Er muß garantieren, daß sein Hund in der Familie und am Arbeitsplatz gut aufgenommen wird und daß er sich als Meister überall für ihn einsetzt.

Durchführungsfragen der IV¹

Medizinische Maßnahmen bei Frühgeburten

In ZAK 1961, Seite 403, wurde ausgeführt, daß ein frühgeborenes Kind im Sinne von Artikel 2, Ziffer 205 GgV Anspruch auf medizinische Maß-

¹ Aus «IV-Mitteilungen» Nr. 45

nahmen zu Lasten der IV hat, solange es der Spitalpflege bedarf, längstens jedoch bis zur Erreichung des normalen Geburtsgewichtes von 3200 Gramm. Diese Ausführungen sind dahin zu präzisieren, daß die medizinischen Maßnahmen nicht nur bei Spitalaufenthalt, sondern auch bei *Hausbehandlung* von der IV übernommen werden, jedoch nur soweit die ärztliche Behandlung wegen dieses Geburtsgebrechens notwendig ist.

Geburtsgebrecben: Anerkennung im Einzelfall

Das Eidgenössische Departement des Innern hat mit Verfügung vom 27. März 1963 gestützt auf Artikel 3, Absatz 2, GgV in zwei Einzelfällen die *Epulis melanotica congenita* und die *Amelogenesis imperfecta* als Geburtsgebrecben bezeichnet.

Gesuche um Anerkennung dieser Leiden als Geburtsgebrecben in künftig zur Beurteilung gelangenden Fällen sind dem BSV unter Vorlage sämtlicher Akten zu unterbreiten.

LITERATURHINWEISE

Granacher, Albert: Alters- und Hinterlassenenfürsorge. Karte 469 b der Schweizerischen juristischen Kartothek. Stand der Gesetzgebung: 1. Januar 1962, 16 S. Genf, 1963.

Granacher, Albert: Die Rehabilitation in der Schweiz. Broschüre für die Teilnehmer am Neunten Weltkongreß der International Society for Rehabilitation of the Disabled in Kopenhagen vom 23.—29. Juni 1963. 16 Seiten mit Organisationsschema. Herausgegeben vom Bundesamt für Sozialversicherung. Bern, 1963. (Gleiche Broschüre französisch «La réadaptation en Suisse» und englisch «Rehabilitation in Switzerland».)

KLEINE MITTEILUNGEN

Neue parlamentarische Vorstöße
Kleine Anfrage
Freiburghaus
vom 21. März 1963

Nationalrat Freiburghaus hat am 21. März 1963 folgende Kleine Anfrage eingereicht:
«Nach den geltenden Bestimmungen kann der AHV-Fonds nur Gemeinden mit mindestens 10 000 Einwohnern Darlehen gewähren. Ferner muß jeweils ein Mindestbetrag von einer Million aufgenommen werden.

Durch diese Regelung werden über 3 000 Gemeinden im vornherein von jeder Krediterteilung durch den AHV-Fonds ausgeschlossen. Diese große Zurückhaltung der zuständigen AHV-Behörden wird weit herum nicht verstanden und hat deshalb schon wiederholt zu parlamentarischen Interventionen im Bund und in den Kantonen geführt.

Zahlreiche Schweizer Gemeinden sind besonders in Zeiten angespannter Verhältnisse auf dem Kapitalmarkt durch diese Zurückhaltung des AHV-Fonds benachteiligt. Eine elastischere Lösung drängt sich daher gebieterisch auf.

Ist der Bundesrat bereit, eventuell in Zusammenarbeit mit den Organen des Schweizerischen Gemeindeverbandes einmal eingehend alle Möglichkeiten zu prüfen, wie auch die mittleren und kleinen Gemeinden in den Genuß von Darlehen des AHV-Fonds gelangen können?»

Erledigte parlamentarische Vorstöße
Kleine Anfrage
Freiburghaus
vom 21. März 1963

Am 21. Mai 1963 hat der Bundesrat die vorstehende Kleine Anfrage Freiburghaus wie folgt beantwortet:

«Der Bundesrat hat zu verschiedenen Malen der Bundesversammlung Auskunft über die Frage erteilt, weshalb der AHV-Fonds keine Direkt-Darlehen an kleinere Gemeinden gewährt. Die Auffassung des Verwaltungsrates des Ausgleichsfonds zu dieser Frage läßt sich wie folgt zusammenfassen.

1. Den kleineren Gemeinden stehen die AHV-Gelder über die Kantonalbanken zur Verfügung, denen gerade im Hinblick auf ihre Gemeindegeldkredite AHV-Darlehen gewährt werden, die zur Zeit über eine Milliarde Franken ausmachen.
2. Der AHV-Fonds ist keine Bank. Er könnte die administrativen Umtriebe, die sich aus der Ausdehnung seiner Tätigkeit auf direkte Darlehen an kleinere Gemeinden ergeben würden, nicht verantworten.

Der Bundesrat sieht sich nicht veranlaßt, dem Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds, der von Gesetzes wegen allein für die Anlagepolitik der AHV verantwortlich ist, eine andere Haltung nahezu legen.»

Kleine Anfrage
Primborgne
vom 3. Oktober 1962
Kleine Anfrage
Gnägi
vom 4. Oktober 1962

Am 10. Juni 1963 hat der Bundesrat die Kleine Anfrage Primborgne vom 3. Oktober 1962 (ZAK 1962, S. 469) und die Kleine Anfrage Gnägi vom 4. Oktober 1962 (ZAK 1962, S. 470) wie folgt beantwortet:

«Aus den Vorschriften des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung ergibt sich, daß Eingliederungsmaßnahmen, welche die Versicherung gewährt, grundsätzlich durch die IV-Kommission im voraus zu bestimmen sind. Im Sinne einer Ausnahme sieht zwar Art. 78,

Abs. 2, der Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung die nachträgliche Übernahme bereits durchgeführter Maßnahmen vor. Eine solche Übernahme war bis jetzt an bestimmte, ziemlich eng umschriebene Voraussetzungen gebunden, bei deren Fehlen die Invalidenversicherung ihre Leistungspflicht ablehnen mußte. Die bisherige Regelung hat daher in der Einführungszeit der Invalidenversicherung verschiedentlich zu Härten geführt.

Diese Verhältnisse machten eine sofortige Revision von Art. 78, Abs. 2, der Vollziehungsverordnung notwendig. Damit wurden für die Versicherten die im Rahmen des Gesetzes möglichen Erleichterungen geschaffen, die vorab in einer Verlängerung der Anmeldefrist von drei auf sechs Monate und in einer Erweiterung der Möglichkeiten für die nachträgliche Kostenübernahme bestehen. Mit dieser Regelung sind die Bedingungen für eine nachträgliche Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung, insbesondere auf dem Gebiete der medizinischen Maßnahmen, erheblich verbessert worden, womit den in den beiden Kleinen Anfragen enthaltenen Begehren im Rahmen des Möglichen Rechnung getragen ist.»

Motion Malzacher
vom 21. Juni 1962

In der Sitzung des Nationalrates vom 20. Juni 1963 begründete Nationalrat Malzacher seine Motion (siehe ZAK 1962, Seite 369) betreffend die freiwillige Versicherung für Schweizer im Ausland. Bundesrat Tschudi vertrat in seiner Stellungnahme die Ansicht, daß die AHV für Auslandschweizer im allgemeinen günstig sei. Erleichterungen sollen trotzdem im Rahmen der sechsten AHV-Revision geprüft werden. Nationalrat Malzacher wandelte die Motion in ein Postulat um. Dieses wurde angenommen und dem Bundesrat überwiesen.

**Adressenverzeichnis
AHV/IV/EO**

Seite 7, Ausgleichskasse 13, Basel-Land, und
Seite 23, IV-Kommission Basel-Landschaft
Neue Tel. Nr.: (061) 42 22 70

Seite 8, Ausgleichskasse 16, Appenzell I. Rh., und
Seite 24, IV-Kommission Appenzell I. Rh.
Neue Tel. Nr.: (071) 87 19 44

Seite 15, Ausgleichskasse 71, Großhandel
Neue Adresse: Grellingerstraße 9, Postfach Basel 6
Neue Tel. Nr.: (061) 42 90 40

Seite 17, Ausgleichskasse 86, ASTI
Neue Adresse: Dufourstraße 80, Zürich 8
Neue Telefonnummer: (051) 47 02 40/41

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Beiträge

Urteil des EVG vom 22. Januar 1963 i. Sa. H. S.

Art. 43 AHVV. Die Haftung der Erben gemäß Art. 43 AHVV setzt lediglich voraus, daß die Beiträge vom Verstorbenen geschuldet waren, daß sie nicht bezahlt und nicht verjährt sind. Ohne Bedeutung ist, ob die Verfügung, durch welche die Beiträge bestimmt werden, vor oder nach dem Tod des Beitragspflichtigen erlassen wird. (Erwägung 1)

Art. 43 AHVV. Hat es die Ausgleichskasse ohne eigene Schuld unterlassen, die Beitragsforderung zum öffentlichen Inventar anzumelden, so haften die Erben gemäß Art. 590, Abs. 2, ZGB soweit, als sie aus der Erbschaft bereichert sind. (Erwägung 2)

Art. 16, Abs. 1, AHVG. Beginn der Verjährungsfrist im Falle einer Nachsteuerveranlagung. (Erwägung 3)

Der Inhaber eines Betriebes starb am 28. Januar 1960. Seine Witwe nahm die Erbschaft unter öffentlichem Inventar an (Art. 588 ZGB). Am 13. Dezember 1960 meldete die Wehrsteuerverwaltung der Ausgleichskasse, ein am 29. September 1960 eingeleitetes Verfahren habe zu einer rechtskräftigen Nach- und Strafsteuerveranlagung geführt. Gestützt hierauf fordert die Ausgleichskasse für die Zeit vom 1. Januar 1954 bis zum 28. Januar 1960 Beiträge von insgesamt 5 189,60 Franken nach.

Die Witwe beschwerte sich. Sie schulde die nachgeforderten Beiträge nicht, weil die Ausgleichskasse diese zur Aufnahme ins öffentliche Inventar nicht angemeldet habe. — Die Rekurskommission wies die Beschwerde ab. Ebenso wies das EVG die von der Witwe erhobene Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Im Bereich der Sozialversicherung gehen Geldschulden eines Versicherten, die bei seinem Tode noch nicht beglichen sind, grundsätzlich auf seine Erben über (vgl. Urteil vom 3. Dezember 1953 i. Sa. R., EVGE 1953, S. 329). Das gilt namentlich für AHV-rechtliche Schulden, gleichviel ob die sie konkretisierende Kassenverfügung schon vor oder nach dem Tode des Versicherten ergangen ist. Für die in Art. 43 AHVV umschriebene solidarische Haftung der Erben genügt es, daß die Schuld eine solche des Verstorbenen gewesen und daß sie noch nicht bezahlt worden und auch noch nicht im Sinne des

Art. 16, Abs. 1, verjährt ist (Urteile des EVG i. Sa. P. vom 12. Februar 1957, J. W. vom 11. April 1957, EVGE 1957, S. 143 f., ZAK 1958, 105, und J. R. vom 9. April 1959, EVGE 1959, S. 144 f., ZAK 1959, S. 438).

2. Ob Beitragsforderungen der AHV grundsätzlich zum öffentlichen Inventar (Art. 580 ff. ZGB) angemeldet werden müssen, ist im Urteil vom 1. April 1953 i. Sa. A. St. (EVGE 1953, S. 149 ff., ZAK 1953, S. 229) offen gelassen worden. Diese Frage wäre vielleicht dann zu bejahen und die Nichtanmeldung durch die Ausgleichskasse als Versäumnis im Sinne des Art. 590, Abs. 1, ZGB zu werten, wenn die Kasse schon vor Ablauf der Anmeldefrist die Beitragsforderung festgesetzt oder wenigstens die für den Erlaß der Beitragsverfügung nötigen Berechnungsgrundlagen besessen hätte. Ist die Kasse hingegen aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, erst nach Ablauf der Anmeldefrist in den Besitz der Beitragsberechnungsgrundlagen gekommen, so haften die Erben kraft des Art. 590, Abs. 2, ZGB «außer Inventar» insoweit, als sie durch die Erbschaft bereichert sind. Das EVG verweist auf seine Urteile i. Sa. F. vom 31. August 1953 und i. Sa. L. B.-Sch. vom 15. November 1954 (ZAK 1955, S. 39).

Ein derartiger Haftungsfall liegt hier vor. Als am 16. April 1960 die Anmeldefrist verstrich, war die Ausgleichskasse noch gar nicht in der Lage, die Beiträge für den Zeitraum von Januar 1958 bis Januar 1960 zu bestimmen, weil sie über das Erwerbseinkommen, das der Versicherte im Jahresdurchschnitt 1955/56 und 1957/58 erzielt hatte, noch keine Steuermeldung erhalten hatte. Erst am 13. Dezember 1960 hat die — laut Art. 26 AHVV meldepflichtige — kantonale Wehrsteuerverwaltung der Ausgleichskasse mitgeteilt, gemäß einer kürzlich in Rechtskraft erwachsenen Nach- und Strafsteueranmeldung habe der Verstorbene während der Jahre 1951 bis 1958 je 30 000 Franken Erwerbseinkommen erzielt und während der Jahre 1957 und 1958 ein Vermögen von 38 000 Franken in seinem Betrieb investiert gehabt. Erst diese Meldung hat die Kasse in die Möglichkeit versetzt, den AHV-Beitrag für die Jahre 1958 und 1959 (woran der Betriebsinhaber von sich aus 816 Franken anbezahlt hatte) zu bestimmen, ferner die Sozialversicherungsbeiträge für den Januar 1960 festzusetzen und endlich die laut Art. 39 AHVV für die Jahre 1954 bis 1957 nachzufordernden Beiträge zu errechnen, was dann alles mit den vier Kassenverfügungen vom 12. Juli 1961 geschehen ist.

Demnach sind die gesamten 5 189,60 Franken nach Maßgabe der Art. 43 AHVV und 590, Abs. 2, ZGB von der Alleinerbin geschuldet, wie der kantonale Richter entschieden hat. Daß der Aktivenüberschuß der angetretenen Erbschaft den Betrag dieser Beitragsschuld unterschreite, hat die Berufungsklägerin nicht behauptet.

3. Der erstmals vor dem EVG erhobene Einwand, die Nachforderung für die Jahre 1954 bis 1956 sei verjährt, ist offensichtlich unbegründet. Die ganze Streitsumme ist ja auf Grund einer Nachsteueranmeldung festgesetzt worden, die in Anwendung der Art. 130 und 132 WStB im Spätjahr 1960 gegenüber der Erbin ergangen und noch im gleichen Jahre in Rechtskraft erwachsen ist. Deswegen hat, wie Art. 16, Abs. 1, AHVG eindeutig bestimmt, die fünfjährige Verwirklichungsfrist erst mit dem Jahre 1961 zu laufen begonnen und ist die am 12. Juli 1961 durch vier Kassenverfügungen geltend gemachte Beitragsforderung nicht verjährt.

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 14. Februar 1963 i. Sa. J. J.

Art. 78, Abs. 2, IVV. Medizinische Maßnahme (Atmungsgymnastik, Kinesitherapie), die im Interesse des Versicherten vor Anordnung seitens der IV durchgeführt werden mußte. (Erwägung 1)

Art. 12, Abs. 1, IVG. Die von der Behandlung einer Brustfellentzündung unabhängige, während beschränkter Zeit durchgeführte Atmungsgymnastik (Kinesitherapie) zur Beeinflussung der während der Heilung aufgetretenen Schwartenbildung dient bei einem kurz vor dem Eintritt ins Berufsbildungsalter stehenden Versicherten vorwiegend und unmittelbar der Eingliederung. (Erwägung 3)

Der 1946 geborene Sekundarschüler erkrankte im Sommer 1961 an einer linksseitigen nassen Brustfellentzündung und wurde deswegen am 4. September 1961 in ein Sanatorium eingewiesen. Während des Heilungsprozesses bildete sich eine kräftige Schwarte im linken Brustraum, die diesen einengte und eine verminderte Beweglichkeit bewirkte. Der Sanatoriumsarzt ordnete daher eine Atmungsgymnastik (Kinesitherapie) an, mit der am 19. Februar 1962 begonnen wurde. Die Krankenkasse, welche Leistungen gemäß Tuberkuloseversicherung erbrachte, lehnte es ab, für die Kosten der Atmungsgymnastik aufzukommen. Am 12. März 1962 wurde der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet. Durch Verfügung vom 18. Juli 1962 teilte die Ausgleichskasse dem Vormund des Versicherten mit, daß die Atmungsgymnastik nicht zu Lasten der IV gehe, da sie einen Bestandteil der Leidensbehandlung darstelle. Eine gegen die Kassenverfügung erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen.

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

1. Gemäß Art. 78, Abs. 2, IVV ist die Übernahme der vor der Anordnung durch die IV durchgeführten 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 erfolgen.

Die Ausgleichskasse hat in der angefochtenen Verfügung die Übernahme der Kinesitherapie verweigert, weil sie zur Leidensbehandlung gehöre. Im Prozeß ist diese Verfügung zu überprüfen, d. h. darüber zu befinden, ob im Zeitpunkt ihres Erlasses Leistungen hätten gewährt werden sollen oder nicht. Entscheidend ist daher einzig, ob in jenem Zeitpunkt die Voraussetzungen des Art. 78, Abs. 2, IVV erfüllt waren (vgl. Urteil vom 12. Oktober 1962 i. Sa. H. V., ZAK 1963, S. 130). Mit der Kinesitherapie wurde begonnen, bevor die Kassenverfügung ergangen war. Nach den Angaben des Sanatoriumsarztes handelte es sich aber um eine dringliche Maßnahme, mit der im Interesse des Versicherten nicht zugewartet werden konnte. Überdies wurde der Versicherte im März 1962, rund einen Monat nach Beginn der Durchführung der Maß-

nahme, bei der IV angemeldet. Der Übernahme der Vorkehr durch die IV steht daher kein formellrechtliches Hindernis entgegen.

2. ...

3. Aus den medizinischen Angaben geht hervor, daß die Atmungsgymnastik nicht die Behandlung der Brustfellentzündung als Krankheitsgeschehen bezweckt; die Vorkehr kann daher nicht von vorneherein eindeutig zur Behandlung des Leidens an sich gezählt werden. Daher ist näher zu untersuchen, ob die Vorkehr vorwiegend der Leidensbehandlung angehört und — sofern dies zu verneinen ist — ob sie vorwiegend der beruflichen Eingliederung im angegebenen Umfang oder andern Zwecken dient.

Mit der Atmungsgymnastik sollen die Folgen der Brustfellentzündung, bestehend in einer Schwartenbildung und deren Auswirkungen, beeinflußt werden. Diese Folgen erscheinen gegenüber der vorangegangenen akuten Phase als Defektzustand. Der weit überwiegende Zweck der Gymnastik liegt darin, den Defektzustand und seine Auswirkungen zu beheben oder zu mildern, selbst wenn die Vorkehr daneben auch heilsame Rückwirkungen auf die Brustfellentzündung haben sollte (was noch abzuklären wäre). Unter diesen Umständen läßt sich nicht sagen, daß die Atmungsgymnastik vorwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens diene.

Kann aber nicht von einer eigentlichen Leidensbehandlung gesprochen werden, so bleibt zu prüfen, ob die Vorkehr nach den maßgebenden tatsächlichen Verhältnissen «unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet» ist. Diese Unmittelbarkeit muß dann bejaht werden, wenn der Eingliederungszweck derart deutlich im Vordergrund steht, daß allfällige andere Zwecke als nebensächlich erscheinen. Die Abgrenzung ist nach Sinn und Zweck der IV-rechtlichen Ordnung vorzunehmen, wie sie in Art. 12 IVG zum Ausdruck kommt.

4. Wenn das BSV als Endziel der Behandlung des Leidens an sich die «möglichst vollkommene Heilung» bezeichnet, wozu auch die Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit der Lunge gehört, dann bietet diese Umschreibung keine Möglichkeit, zwischen Behandlung des Leidens an sich und medizinischen Eingliederungsmaßnahmen zu unterscheiden. Den beiden liegt natürlicherweise das gleiche Bestreben zu Grunde, Gesundheitsschäden zu beheben oder zu verringern, bzw., vom Gesichtspunkt der Erwerbsfähigkeit aus gesehen, die Arbeitsfähigkeit zu beeinflussen. Das wird bereits in der Botschaft des Bundesrates zum Entwurf des IVG gesagt: «Auch wenn die durch die IV zu gewährenden medizinischen Maßnahmen unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet sein müssen, ist nicht zu übersehen, daß diese Vorkehren die Erwerbsfähigkeit nur indirekt, d. h. lediglich durch Ertüchtigung der beeinträchtigten Körperfunktionen beeinflussen.»

Die Tatsache, daß die Kinesitherapie zeitlich mit der Sanatoriumsbehandlung der Brustfellentzündung zusammenfällt, kann für die Abgrenzung nach Art. 12 IVG ebenfalls nicht ausschlaggebend sein. So erklärt auch die erwähnte bundesrätliche Botschaft in eindeutiger Weise, daß die medizinischen Maßnahmen für solche Fälle vorgesehen seien, «in denen während oder nach der eigentlichen Behandlung ... im Hinblick auf die berufliche Eingliederung zusätzlich medizinische Maßnahmen notwendig werden». Es ist in der

Tat einleuchtend, daß die Maßnahme nicht nur für Spätfolgen vorbehalten sind, gibt es doch Spätfolgen, die nicht mehr oder nicht mehr genügend beeinflusbar sind, weil sie nicht rechtzeitig angegangen wurden.

Dagegen ist hier entscheidend, daß die Ertüchtigung der Lungenfunktionen durch Atmungsgymnastik bei einem Knaben durchgeführt wurde, der in naher Zeit seine Schule beenden und in das für die Erwerbstätigkeit wichtige Alter der Berufsbildung eintreten wird. Die während begrenzter Zeit zu wiederholende Maßnahme war für die spätere Berufstätigkeit notwendig und geeignet; ihre Anordnung im Februar 1962 erschien medizinisch und beruflich als angezeigt. IV-rechtlich ist damit im Sinne der gemachten Ausführungen der unmittelbare Eingliederungszweck vorhanden, dem die Atmungsgymnastik dient (vgl. dazu das zitierte EVG-Urteil i. Sa. H. V., ZAK 1963, S. 130). Anders würde es sich allerdings verhalten, wenn die Vorkehr als untergeordneter Bestandteil medizinisch von der Leidensbehandlung praktisch nicht zu trennen wäre, d. h. wenn beide unlösbar ineinander wirkten. In einem solchen Falle müßte die Vorkehr zufolge Attraktion zur Behandlung des Leidens an sich gezählt werden. Ein derartiger Sachverhalt (der nicht selten sein dürfte) ist hier nicht gegeben, erklärt doch der Sanatoriumsarzt, daß die Atmungsgymnastik hätte unterlassen werden können, ohne die Heilung der Brustfellentzündung zu beeinträchtigen. Auch technisch unterscheidet sich das Gymnastikverfahren von der übrigen Behandlung, finden doch nach den Angaben des Sanatoriumsarztes jede Woche drei Gymnastikstunden statt, die besonders berechnet werden.

5. Demzufolge ist die mit dem 1947 geborenen Versicherten durchgeführte Atmungsgymnastik als Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG zu betrachten. Die Festsetzung der dem Versicherten zukommenden Leistungen wird Sache der IV-Kommission sein; zu den Kosten der Eingliederungsmaßnahme gehören offenbar nur die Entgelte für die Gymnastikstunden, während der Sanatoriumsaufenthalt selber die Leidensbehandlung betrifft.

Urteil des EVG vom 18. Februar 1963 i. Sa. I. R.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Chirurgische Eingriffe sowie andere medizinische Vorkehren bei Diskushernien und Veränderungen der Wirbelsäule gehören zur eigentlichen Leidensbehandlung, so daß eine Leistungspflicht der IV entfällt.

Die Versicherte leidet seit 1953 an einer Diskushernie der Lendenwirbelsäule, was drei chirurgische Eingriffe notwendig machte. Der erste erfolgte im Jahre 1953, die beiden andern im Oktober und Dezember 1961. Am 9. Januar 1962 meldete sich die Versicherte bei der IV zum Leistungsbezug an, und zwar vor allem für medizinische Maßnahmen und Hilfsmittel. Die IV-Kommission sprach der Invaliden in Form eines Hilfsmittels ein orthopädisches Korsett zu, lehnte jedoch weitere Maßnahmen ab. Der Präsident der IV-Kommission begründete die Verweigerung weiterer Leistungen damit, daß die Anmeldung der Versicherten für medizinische Maßnahmen zu spät eingereicht worden sei.

Die Versicherte erhob Beschwerde gegen die entsprechende Verfügung der Ausgleichskasse und verlangte die Übernahme der medizinischen Maßnahmen sowie der Kosten der Behandlung und der Spitalaufenthalte nach den Operationen. Der erstinstanzliche Richter sah die Voraussetzung von Artikel 78, Absatz 2, IVV als erfüllt an, bezeichnete sowohl die Operationen als auch die nachfolgende Physiotherapie als unmittelbar auf die berufliche Eingliederung der Versicherten gerichtete Vorkehren, hieß die Beschwerde gut und hob die angefochtene Verfügung auf.

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

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». Schon wiederholt hat das EVG die Tragweite und die Voraussetzungen, unter welchen medizinische Maßnahmen als der beruflichen Eingliederung dienend zu betrachten sind, umschrieben (Urteile vom 17. September 1962, i. Sa. H. F., ZAK 1963, S. 78, vom 5. Oktober 1962, i. Sa. H. H., ZAK 1963, S. 128, und vom 8. November 1962, i. Sa. T. F., ZAK 1963, S. 134). Danach gehört eine medizinische Maßnahme im allgemeinen zur Behandlung des Leidens an sich, wenn sie vor allem die Heilung oder Verbesserung eines labilen Krankheitszustandes bezweckt. Handelt es sich dagegen um eine medizinische Maßnahme, von der nicht zum vorneherein gesagt werden kann, daß sie zur eigentlichen Leidensbehandlung gehört, so ist abzuwägen, ob sie vorwiegend der Verbesserung bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit oder aber anderen Zwecken dient.

Vorliegendenfalls weist die Versicherte eine degenerative Erkrankung der Zwischenwirbelscheiben auf, welche deren Erweichung, und später ihren Vorfall (Bandscheibenvorfall-Diskushernie) in den Wirbelkanal hervorruft. Dieser Vorfall drückt auf die Nervenwurzeln und bewirkt einen heftigen Nervenschmerz und damit auch eine wesentliche Invalidität. Die Diskushernien, an denen die Versicherte leidet, mußten zu dreien Malen (1953, sowie im Oktober und Dezember 1961) chirurgisch behandelt werden. Indessen gehören diese Operationen wie auch die Mehrzahl anderer Vorkehren bei Personen mit Lendenschmerzen oder Veränderungen der Wirbelsäule (Medikamente, Streckbettbehandlung usw.) — die Versicherte hatte sich übrigens mehreren solcher Maßnahmen unterzogen, bevor sie sich operieren ließ — zur eigentlichen Leidensbehandlung. Die chirurgische Behandlung der Diskushernien hatte die Verbesserung des pathologischen Zustandes der Versicherten zum Ziele. Mit der Beseitigung oder Verminderung der Schmerzen und der Invalidität bezweckte diese Behandlung natürlich auch die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten. Selbst wenn dieses Ziel erreicht wird, stellen aber im vorliegenden Fall die Operationen sowie die anschließenden, vom Arzt angeordneten physiotherapeutischen Vorkehren zur Hauptsache eine Behandlung des Leidens an sich dar, die gemäß Art. 12 IVG von der IV nicht übernommen werden kann.

Bei dieser Rechtslage erübrigt sich eine Prüfung der Frage, ob die Anmeldung der Versicherten innert nützlicher Frist eingereicht worden sei (Art. 78, Abs. 2, IVV).

Urteil des EVG vom 29. März 1963 i. Sa. N. B.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Eine zur Vermeidung eines Defektzustandes unerläßliche Spondylodese mit der damit notwendigerweise verbundenen Vor- und Nachbehandlung bei einer an allerschwerster idiopathischer Skoliose leidenden, an der Schwelle des Berufsbildungsalters stehenden Versicherten gilt als medizinische Eingliederungsmaßnahme. Konservative Vorkehren bei diesem Leiden gehören hingegen zur eigentlichen Leidensbehandlung.

Art. 13 IVG. Die idiopathische Skoliose ist kein Geburtsbrechen.

Die 1946 geborene Versicherte stand seit 1958 wegen idiopathischer Skoliose (ohne ersichtliche Ursache entstandene Verkrümmung der Wirbelsäule) in ärztlicher Behandlung. Im Jahre 1960, zu Beginn des Präpubertätsalters der Versicherten, nahmen die Ärzte die definitive Korrektur der Verkrümmung und ihrer Folgen in Angriff. Zuerst wurden ein Milwaukeekorsett und hierauf zwei Gipskorsetts nach Abbot angelegt, um die bestmögliche Korrektur der Verformung herbeizuführen. Darauf folgten in der Zeit vom 22. August bis 10. Oktober 1960 die Versteifungsoperationen (Spondylodese) — zur Sicherung des erreichten Resultats — sowie die unmittelbare Nachbehandlung. Anschließend wurde diese Nachbehandlung ambulant weitergeführt.

Die IV-Kommission beschloß, für den Unterhalt und die Erneuerungskosten des Milwaukeekorsetts aufzukommen und die Reisekosten für die Anprobe zu bezahlen. Dagegen lehnte es die IV-Kommission ab, die Operation zu übernehmen, da sie zur Behandlung des Leidens an sich gehöre. Der Beschluß hinsichtlich der Operation wurde der Versicherten von der Ausgleichskasse durch Verfügung eröffnet.

Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde vom Präsidenten der kantonalen Rekurskommission abgewiesen. Die Versicherte erklärte Berufung an das EVG. Dieses holte bei Prof. Baumann in Langenthal ein Gutachten ein, dem folgendes zu entnehmen ist:

Die idiopathische Skoliose ist ein typisches, häufiges Leiden, dessen Ursache nicht bekannt ist. Die Mehrzahl aller Fälle bedarf keiner Behandlung; der größte Teil der Behandlungsbedürftigen bedarf keiner Operation.

Die Mehrzahl der Fälle idiopathischer Skoliose verläuft leicht. Aber bis zur bedrohlichen Entwicklung, welche mit schweren Verbiegungen der Wirbelsäule, mit Verdrehungen der Wirbel der betroffenen Zone unter gleichzeitiger Verformung des Brustkorbes endet, gibt es alle Übergänge.

Es lassen sich nach Entwicklung und Behandlungsbedürftigkeit drei Stadien des Leidens unterscheiden:

a. Eine evolutive Frühphase mit noch geringer skoliotischer Verbiegung und wenig struktureller Veränderung. Wenn unter sorgfältiger Kontrolle eine Zunahme der Strukturveränderungen eintritt, so ist konservative Behandlung notwendig. Redressierende und stabilisierende Gipskorsetts, z. B. nach Abbot-Stagnara, gelten heute als Methode. Die Behandlung ist langfristig und dauert intermittierend über Jahre.

b. Eine evolutive Spätphase. In der Regel ist in der Praepubertätsphase vor seiner Reife die Entwicklung des Skelettes sehr lebhaft und oft mit ihr die Entwicklung einer vorhandenen idiopathischen Skoliose. Die Fortsetzung der

konservativen Behandlung bis zur völligen Skelettreife wird in dieser Phase mit besonderer Sorgfalt geschehen müssen. In wenigen Fällen droht in dieser Phase erkennbar die Entwicklung jener schweren Verunstaltung, wie sie schon beschrieben worden ist, oder sie ist schon ganz oder teilweise vorhanden. In diesen Fällen ist eine Operation, nämlich Korrektur und Ausgleich der Verkrümmungen mit Stabilisierung durch Wirbelverblockung (Spondylodese), mitsamt der integrierenden langfristigen Vor- und Nachbehandlung angezeigt.

c. Eine Phase der Stabilität nach Eintritt der Skelettreife. Eine Korrektur mittels konservativer Maßnahmen ist nicht mehr möglich. Eine operative Behandlung hat geringe Erfolgsaussicht; sie ist mit kaum tragbarer Gefahr und mit schwerlich zu verantwortendem Aufwand verbunden.

Die stabilisierte Phase, in welcher der Körper einen mehr oder weniger erheblichen Defekt aufweisen kann, ist mit dem Abschluß des Wachstumsalters, mit der Reife des Skeletts, mit ungefähr 15 Jahren bei Mädchen und mit 16 bis 17 Jahren bei Knaben im wesentlichen erreicht.

Die Spätphase der Evolution unmittelbar vor der Skelettreife weist daher folgende Besonderheit auf. In der Mehrzahl auch schwerer Fälle genügt die Fortsetzung der konservativen Maßnahmen, welche dem Leiden wirksam zu begegnen vermögen. In diesem Zeitabschnitt läßt sich bei sehr schweren Fällen die Gefahr bedeutender künftiger Invaliddität mit Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit voraussehen, oder eine beeinträchtigende Deformation ist bereits mehr oder weniger stark ausgebildet. Alsdann ist die Zeit gekommen, in welcher eine nach reiflicher Überlegung als dringlich erachtete Operation ausgeführt werden soll. Sie kann nicht nur jetzt am zweckmäßigsten, sondern sie muß jetzt vorgenommen werden, weil sie sonst zu spät kommt und die Dauerinvaliddität nicht mehr vermieden werden kann.

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

1. ...

2. ... Wie das EVG bereits im Urteil vom 12. Oktober 1962 i. Sa. H. V. (ZAK 1963, S. 130) dargetan hat, können medizinische Vorkehren bei Jugendlichen an der Schwelle des Berufsbildungsalters schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen, wenn kumulativ

a. ohne diese Vorkehren 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 in zeitlicher Hinsicht medizinisch und beruflich als angezeigt erscheint.

3. Die minderjährige, an idiopathischer Skoliose leidende Versicherte unterzog sich im Jahre 1960, unmittelbar vor dem Berufsbildungsalter, einer Spondylodese samt der damit obligatorisch verbundenen Vor- und Nachbehandlung. Sie war damals 14½ Jahre alt und stand vor dem Abschluß des Wachstumsalters mit Reife des Skeletts. Wie der vom EVG beigezogene Gutachter dartut, mußte die Operation während dieser evolutiven Spätphase erfolgen. Eine Operation ist nach seinen Darlegungen allerdings nur in den aller-

schwersten Fällen notwendig; daß es sich hier um einen solchen Fall handelt, darf auf Grund der Akten bejaht werden.

Nachdem ein allerschwerster Fall gegeben ist, hätte das Leiden nach den Darlegungen des Gutachters ohne die Operation in absehbarer Zeit mit einem Defektzustand geendet, wodurch die Berufsbildung und die spätere Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt worden wären. Ferner stellte die Operation samt der obligatorischen Vor- und Nachbehandlung eine einmalige Maßnahme dar, die für die spätere berufliche Tätigkeit notwendig und geeignet war. Eine junge Tochter ist in der Berufsausbildung sehr stark beeinträchtigt, wenn sie die vom Gutachter beschriebenen schweren Deformationen aufweist, wie sie in den allerschwersten Fällen ohne die Operation auftreten. Schließlich war die Operation im Jahre 1960 nicht nur angezeigt, sondern unerlässlich; wie aus dem Gerichtsgutachten hervorgeht, hätte die Deformation in einem späteren Zeitpunkt operativ kaum mehr beeinflußt werden können (auch Korrekturen mittels konservativer Maßnahme wären nicht mehr möglich gewesen). Die Operation, die zusammen mit der obligatorischen Vor- und Nachbehandlung eine einheitliche Vorkehr darstellt, ist somit entsprechend den Ausführungen im Urteil i. Sa. H. V. vom 12. Oktober 1962, ZAK 1963, S. 130, eine Eingliederungsmaßnahme gemäß Art. 12 IVG, die zu Lasten der IV geht.

Immerhin haben Jugendliche, die an idiopathischer Skoliose leiden, nur in den allerschwersten Fällen Anrecht auf medizinische Maßnahmen der IV. Denn als Eingliederungsmaßnahme kann nur die Operation (samt der obligatorischen Vor- und Nachbehandlung) anerkannt werden, wie sie in allerschwersten Fällen zur Vermeidung eines Defektzustandes unerlässlich ist. Die konservativen Vorkehren, die in den leichten und auch in sehr vielen schweren Fällen genügen, sind der eigentlichen Leidensbehandlung zuzuzählen. Sie setzen in der Regel nicht erst ein, wenn in absehbarer Zeit ein Defektzustand zu erwarten ist, und dienen überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens. Abgesehen davon ziehen sie sich über Jahre hin, so daß es als fraglich erscheint, ob sie noch zu den während begrenzter Zeit durchgeführten Vorkehren im Sinne von Art. 2 IVV gehören. Medizinische Maßnahmen gemäß Art. 13 IVG im Zusammenhang mit einer idiopathischen Skoliose fallen außer Betracht, da diese kein Geburtsgebrechen darstellt.

4. Über die Frage, welche Leistungen der Versicherten wegen der im Jahre 1960 durchgeführten Operation einschließlich der obligatorischen Vor- und Nachbehandlung zustehen, wird die IV-Kommission zu befinden haben.

Urteil des EVG vom 8. Januar 1963 i. Sa. O. M.

Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 15, Abs. 2, IVV. Notwendig ist die Abgabe eines Motorfahrzeuges nur dann, wenn ein erwerbstätiger Invalider wegen seiner Invalidität den Arbeitsweg weder zu Fuß noch auf einem Fahrrad oder mit einem öffentlichen Transportmittel zurücklegen kann. Eine Motorisierung zu Lasten der IV ist nur zulässig, wenn das Eingliederungsziel eine solche unbedingt erheischt.

Die Versicherte war mit 12 Jahren von Poliomyelitis befallen und deswegen zuletzt in einer orthopädischen Klinik behandelt worden. Von 1953 bis 1956 hatte sie eine Handelsschule besucht und hernach bis September 1960 bei

einer Kalenderfabrik gearbeitet. Seit Oktober 1960 ist sie vollbeschäftigte Angestellte einer Buchdruckerei und wohnt 2 km davon entfernt bei einer Familie. Am 17. Oktober 1960 schrieb sie der kantonalen IV-Kommission, sie sei körperlich ziemlich behindert, trage seit 1947 ein Stützkorsett und werde beim Gehen rasch müde. Falls ihr die IV ein Kleinautomobil abgäbe, könnte sie fortan bei ihren Eltern wohnen (4 km vom Arbeitsort entfernt). Von der Kommission um Bericht ersucht, bescheinigte der Arzt, wegen beidseitiger teilweiser Lähmung der Ober- und Unterschenkelmuskeln gehe die Versicherte etwas hinkend und unbeholfen. Sie trage ein Stützkorsett, müsse bei winterlichem Wetter einen Stock bei sich haben und könne keine schwereren Lasten heben.

Laut Kommissionsbeschuß verfügte die Ausgleichskasse am 23. März 1961, das Begehren um ein Automobil werde abgewiesen, da man der Versicherten zumuten könne, am Arbeitsort zu wohnen. Hingegen werde die IV für eine allfällig erforderliche Reparatur bzw. Erneuerung des Stützkorsetts aufkommen. Die Versicherte beschwerte sich und schrieb, seit einigen Wochen fahre sie nun in einem eigenen Wagen zur Arbeit, weil der Marsch vom Wohnort zum Arbeitsort sie übermäßig ermüde. Sie bitte um einen Beitrag an die Anschaffung dieses Fahrzeugs. Mit Urteil vom 15. Januar 1962 wies die kantonale Rekursbehörde die Beschwerde ab.

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

1. Laut Art. 21, Abs. 1, IVG schuldet die IV einem Invaliden jene Hilfsmittel, welche für seine Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind (*les moyens auxiliaires qui sont nécessaires à sa réadaptation à la vie professionnelle; i mezzi ausiliari necessari per la sua integrazione*). In diesem Sinne notwendig ist ein Motorfahrzeug einzig dann, wenn ein (erwerbstätiger) Invaliden wegen der Art seiner Invalidität seinen Arbeitsweg weder zu Fuß noch auf einem Fahrrad zurücklegen kann und auf der betreffenden Strecke auch kein öffentliches Transportmittel verkehrt. So ist es auch in Art. 15, Abs. 2, IVV bestimmt. Zwar sagt dessen deutsche Fassung etwas unscharf, ein Motorfahrzeug werde nur abgegeben, wenn der Versicherte «wegen wesentlicher Gehbehinderung» seinen Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug nicht bewältigen könne. Hingegen heißt es im französischen und italienischen Text eindeutig, ein Motorfahrzeug gewähre die IV nur den Versicherten, die ohne persönliches Motorfahrzeug ihren Arbeitsplatz nicht erreichen können (*qui ne sont pas en mesure de se rendre à leur travail sans un véhicule à moteur personnel; che non possono recarsi al lavoro senza un veicolo personale*).

2. Eine derart schwere Gehbehinderung besteht bei der Versicherten nicht. In der Anmeldung hat sie selbst nur geschrieben, sie sei «ziemlich» behindert und werde beim Gehen rasch müde. Auch der Arztbericht vom Dezember 1960 spricht gegen eine invaliditätsbedingte Notwendigkeit der hier erfolgten Motorisierung. Der Arzt bescheinigt bloß, die Versicherte habe einen etwas hinkenden und unbeholfenen Gang, wobei sie die Unterschenkel nach vorne schwingt. Könne sie auch nur «mit Mühe herumgehen», so sei sie doch bloß bei winterlichem Wetter auf einen stützenden Stock angewiesen. Unter diesen Umständen bemerkt der kantonale Richter zutreffend, die im Frühjahr 1961 erfolgte Motorisierung habe keine Leistungspflicht der IV be-

gründet. Eine Motorisierung auf Kosten der IV ist eben nur zulässig, wenn das (mit Art. 21, Abs. 1, IVG verfolgte) Eingliederungsziel eine solche unbedingt erheischt. Ein derartiger Sachverhalt liegt hier nicht vor.

Urteil des EVG vom 14. Februar 1963 i. Sa. M. B.

Art. 21 IVG; Art. 14, Abs. 1, Buchst. a, IVV. Für eine im bäuerlichen Haushalt tätige Versicherte stellt eine besondere Schmuckhandprothese neben einer Arbeitsprothese kein notwendiges Hilfsmittel dar, da die Arbeitsprothese in einer Ausführung abgegeben wird, die auch in kosmetischer Hinsicht gewissen Anforderungen genügt.

Die 1905 geborene Versicherte betätigt sich als Hausfrau auf einem landwirtschaftlichen Heimwesen. Sie ist in dieser Tätigkeit seit 1957 durch Unfallfolgen behindert. Diese bestehen in der Amputation des 2., 3. und 4. Fingers sowie von Mittelhandknochen der rechten Hand und in der teilweisen Versteifung des Grundgelenkes beider verbliebenen Finger (Daumen und Kleinfinger). Gestützt auf einen entsprechenden Beschluß der IV-Kommission wies die Ausgleichskasse das Gesuch der Versicherten um Gewährung einer Schmuckprothese für die rechte Hand ab; gleichzeitig hielt sie fest, daß eine Arbeitsprothese abgegeben werden könnte.

In der Beschwerde verlangte die Versicherte die Abgabe einer Arbeitsprothese und einer Schmuckprothese. Eine Prothese der letzterwähnten Art sei notwendig, damit die Versicherte ihre Einkäufe «ohne Minderwertigkeitsgefühle und ohne Schwierigkeiten» besorgen könne, was sonst nicht der Fall sei, weil der Anblick der verstümmelten Hand beim Personal und bei den Kunden der Läden Anstoß erzeuge. Die kantonale Rekurskommission wies die Beschwerde ab: Zur Ausübung der Hausfrauentätigkeit sei die Versicherte nur auf die Arbeitsprothese angewiesen, nicht auch auf eine Schmuckprothese.

Das EVG hieß die von der Versicherten gegen den kantonalen Rekursbescheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

Mit dem Begehren um Abgabe einer Arbeitsprothese hat sich das EVG nicht zu befassen. Wie die Vorinstanz zutreffend festhält, kann die Versicherte eine solche Prothese bei der IV beziehen. Streitig ist einzig, ob neben der Arbeitsprothese auch eine Schmuckprothese abgegeben werden muß.

Anspruch auf Hilfsmittel (zu denen auch Prothesen gehören) hat ein Versicherter nach Art. 21, Abs. 1, IVG, soweit solche zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben bzw. — soweit Art. 5, Abs. 1, IVG zutrifft — zur weiteren Betätigung in seinem bisherigen Aufgabenkreis notwendig sind. Hier ist vorab zu bemerken, daß die Versicherte im Jahre 1960 laut einem Arztbericht bereits eine Schmuckprothese besaß. Sollte diese Prothese inzwischen unbrauchbar geworden sein, so könnte eine neue nur dann abgegeben werden, wenn sie zur Ausübung der Hausfrauentätigkeit notwendig wäre. Das muß mit der Ausgleichskasse und mit der Vorinstanz zur Zeit verneint werden. Es läßt sich nicht sagen, für die 57jährige, in einem bäuerlichen Haushalt tätige Versicherte seien zwei verschiedene Prothese-Typen notwendig, nämlich einer für die eigentlichen Haushaltsarbeiten und ein anderer zur Tarnung des Handdefektes bei den (durch die weitgehende Selbstversorgung aus dem

landwirtschaftlichen Betrieb ohnehin reduzierten) Einkäufen. Dies umso weniger, als bis zum Beweis des Gegenteils nicht angenommen werden kann, die der Versicherten unbestrittenermaßen zukommende Arbeitsprothese würde ihr in einer Ausführung abgegeben, welche das Aussehen der verstümmelten Hand kosmetisch nicht oder doch ungenügend verbessert: In EVGE 1962, S. 128 (ZAK 1963, S. 31), wurde nämlich festgestellt, daß zufolge der Vorschrift, die Hilfsmittel «in zweckmäßiger Ausführung» abzugeben (Art. 21, Abs. 2, IVG), diese auch in kosmetischer Hinsicht gewissen Anforderungen genügen müßten. Daß die in Aussicht genommene Arbeitsprothese diesen Anforderungen nicht entspreche, sondern, wie die Versicherte sagt, «unförmig» sein werde, weshalb sie ihre Einkäufe «wie ein Roboter» besorgen müßte, dafür besteht wenigstens zur Zeit kein Anhaltspunkt.

Es muß heute auf jeden Fall genügen, der Versicherten das Recht vorzubehalten, die Verwaltung mit einem künftigen Gesuch zu einer zweiten Verfügung zu veranlassen, sofern die grundsätzlich bewilligte Arbeitsprothese nicht «zweckmäßig» im Sinne von Art. 21, Abs. 2, IVG sein sollte.

Urteil des EVG vom 18. März 1963 i. Sa. V. S.

Art. 78, Abs. 2, IVV. Bei einem Landwirt, der ohne funktionstüchtige Handprothesen wesentliche Arbeiten nicht besorgen kann, ist die Dringlichkeit einer vor Anordnung seitens der IV vorgenommenen Reparatur der Prothesen zu bejahen. Die nachträgliche Kostenübernahme darf auch nicht davon abhängig gemacht werden, daß der IV vor der Durchführung der Reparatur ein Kostenvoranschlag eingereicht wird.

Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 16, Abs. 2, IVV. Die Reparatur eines Hilfsmittels, das vor Inkrafttreten des IVG vom Versicherten angeschafft wurde, wird von der IV übernommen, wenn diese ein solches Hilfsmittel abgeben müßte, falls der Invalide noch keines besäße.

Der 1911 geborene, als Landwirt tätige Versicherte verletzte sich im Jahre 1948 bei einer Sprengstoffexplosion die rechte Hand derart schwer, daß sie amputiert werden mußte. Ferner ging sein linkes Auge verloren, und die Sehkraft des rechten Auges wurde wegen Perforationen geschwächt. Schon vor dem Inkrafttreten des IVG verschaffte sich der Versicherte eine Augenprothese und zwei Handprothesen.

Im Juni 1961 übermittelte die Ehefrau des Versicherten der IV-Kommission eine Rechnung für Reparaturen einer Handprothese. Die IV-Kommission übernahm die Rechnung, machte aber den Versicherten darauf aufmerksam, daß eine Reparatur vorgängig der Ausführung mit Kostenvoranschlag zu melden sei, ansonst nachträglich zugestellte Rechnungen nicht mehr bezahlt würden.

Anfangs 1962 wurden die beiden Handprothesen, die der Versicherte zu seiner landwirtschaftlichen Arbeit benötigt, wieder reparaturbedürftig. Er schickte sie daher einem Orthopäden, die erste am 4. Januar und die zweite am 16. Januar (wohl nachdem er die erste zurückerhalten hatte). Gleichzeitig ersuchte er den Orthopäden, für ihn die Meldung an die IV-Kommission und den Kostenvoranschlag zu besorgen. Der Orthopädist reichte die Rech-

nung als «Kostenvoranschlag» am 6. Februar 1962 nach durchgeführter Reparatur ein. Durch Verfügung vom 9. März 1962 teilte die Ausgleichskasse dem Versicherten mit, die IV-Kommission habe es unter Hinweis auf die früher ergangene Mitteilung abgelehnt, die nach erfolgter Reparatur eingereichten Rechnungen zu bezahlen. Eine vom Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen.

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

1. Wie das EVG in seinem Urteil vom 4. September 1962 i. Sa L. E. (EVGE 1962, S. 249; 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 zu gewähren, was der Bundesrat in Art. 78, Abs. 2, IVV getan hat. Darnach wird die ausnahmsweise Übernahme der vor der Anordnung durchgeführten 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.

Die Reparaturen eines Hilfsmittels, für die die IV im Rahmen von Art. 16, Abs. 2, IVV aufkommt, gehören zu den Eingliederungsmaßnahmen und unterliegen der Regelung des Art. 78, Abs. 2, IVV. Wenn also eine Reparatur dringlich ist, so daß dem Versicherten nicht zugemutet werden kann, die Anordnung der IV abzuwarten, dann hat die IV für die entsprechenden Kosten unter den in Art. 16, Abs. 2, IVV umschriebenen Voraussetzungen aufzukommen, sofern die Anmeldung innerhalb von 3 Monaten nach Durchführung der Reparatur erfolgt.

2. Im vorliegenden Fall ließ der Versicherte seine beiden Handprothesen (die Hilfsmittel im Sinne des IVG darstellen) reparieren, ohne die Anordnung der IV abzuwarten. Es ist anzunehmen, daß die Reparaturen dringlich waren, konnte doch der Versicherte ohne funktionstüchtige Prothesen keine ins Gewicht fallenden landwirtschaftlichen Arbeiten besorgen. Ein Zuwarten war umso weniger zumutbar, als beide Handprothesen zur gleichen Zeit der Reparatur bedurften. Nach Durchführung der Reparaturen im Januar 1962 meldete der Orthopädist den Versicherten am 6. Februar 1962 unter gleichzeitiger Auflage der Rechnungen zum Leistungsbezug an, so daß auch die dreimonatige Frist des Art. 78, Abs. 2, IVV eingehalten ist. Daß der Versicherte vor der Durchführung der dringlichen Reparaturen keinen Kostenvoranschlag einreichte, vermag ihm — entgegen der Ansicht der IV-Kommission und der Vorinstanz — nicht zu schaden; weder das IVG noch die IVV auferlegen dem Versicherten eine derartige Pflicht. Der nachträglichen Übernahme der Reparaturkosten steht somit kein formellrechtliches Hindernis entgegen.

Unter diesen Umständen ist die Sache an die IV-Kommission zurückzuweisen, damit sie darüber befinde, ob die materiellen Voraussetzungen für die Bezahlung der beiden Reparaturrechnungen von 87 Franken und 162,50

Franken erfüllt seien. In diesem Zusammenhang mag lediglich festgehalten werden, daß die IV auch für Reparaturen von Hilfsmitteln aufkommt, die ein Versicherter vor dem 1. Januar 1960 selber angeschafft hat; maßgebend ist einzig, daß ein solches Hilfsmittel abgegeben werden müßte, wenn der Versicherte noch keines besäße (EVGE 1961, S. 251; ZAK 1961, S. 458).

3. ...

Renten

Urteil des EVG vom 11. März 1963 i. Sa. J. B.

Art. 4 und Art. 28, Abs. 2, IVG. Besteht keine direkte Beziehung zwischen der Psychopathie eines Versicherten und der Verwertung seiner Arbeitsfähigkeit, sondern wird diese Verwertung durch einen Freiheitsentzug infolge überwiegend kriminellen Verhaltens verunmöglicht, so liegt keine Invalidität im Sinne des IVG vor.

Der 1929 geborene, etwas unterdurchschnittlich begabte, bevormundete Versicherte kam nach dem Besuch einer Hilfsschule in eine Erziehungsanstalt, wo sein Hang zu Diebereien auffiel. Im Alter von 17 Jahren beging er unzuchtige Handlungen vor und an Kindern. Wegen Unzuchtsdelikten, begangen in den Jahren 1952 und 1953, wurde er zu einer Gefängnisstrafe verurteilt; gleichzeitig wurde seine Verwahrung angeordnet. Nach seiner Entlassung beging der als Hilfsarbeiter tätige Versicherte neuerdings Vermögens- und Unzuchtsdelikte. Letztmals ist er im September 1962 wegen eines Sexualdeliktes verhaftet worden; der Richter verurteilte ihn deswegen zu 6 Monaten Gefängnis und ordnete wiederum die Verwahrung nach Art. 14 StGB an. — Durch einen Unfall im Mai 1956 war der Versicherte schwer verletzt worden; nach einer Amputation des rechten Armes oberhalb des Ellbogens wurde er mit einer Armprothese ausgerüstet und im Verlaufe des Jahres 1960 in einer Eingliederungsstätte für Malerarbeiten umgeschult.

Mit Verfügung vom 14. Februar 1962 hat die Ausgleichskasse gemäß Beschluß der IV-Kommission ein Begehren auf Ausrichtung einer Rente abgelehnt, da der Invaliditätsgrad des Versicherten unter 40 Prozent liege. Ebenso hat auf erhobene Beschwerde hin die kantonale Rekurskommission einen Rentenanspruch verneint. Die gegen den Rekursentscheid vom Vormund eingelegte Berufung hat das EVG mit folgender Begründung abgewiesen:

1. Der Versicherte hat laut 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 mindestens zwei Fünfteln (40 Prozent) gewährt werden. Das IVG versteht unter Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit. Das Maß der Erwerbsunfähigkeit wird nach der Einbuße bestimmt, welche der Versicherte auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt bei der zumutbaren Verwertung seiner verbleibenden Arbeitsfähigkeit erleidet. Dementsprechend schreibt Art. 28, Abs. 2, IVG vor, daß für die Bemessung der Invalidität das Erwerbseinkommen, das der Ver-

sicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen «durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte», in Beziehung gesetzt werde zum Erwerbseinkommen, «das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre».

In EVGE 1961, S. 160 (ZAK 1961, S. 415) wurde entschieden, daß zu den geistigen Gesundheitsschäden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit und Unfall auch gewisse psychopathische Erscheinungen gezählt werden könnten. Es komme darauf an, ob die Psychopathie eine derartige Schwere aufweise, daß sozial-praktisch die Verwertung der Arbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr zumutbar, ja sogar für die Gesellschaft nicht mehr tragbar sei. Bei diesen schwersten Formen der Psychopathie könne gestützt auf die objektiv feststellbaren Auswirkungen nicht bezweifelt werden, daß der Gesundheitsschaden infolge seelischer Mißbildung juristisch den gesetzlichen Begriff der Krankheit, des Krankseins im weiteren Sinne zu erfüllen vermöge. In einem nicht veröffentlichten Urteil vom 10. September 1962 wurde als weitere begriffliche Abgrenzung beigefügt, daß die Internierung eines psychopathischen Versicherten «vorwiegend wegen seiner deliktischen Einstellung» keine rechtserhebliche Invalidität begründe. Die Psychopathie muß also in direkter Beziehung zur Verwertung der Arbeitsfähigkeit stehen, um IV-rechtlich relevant zu sein. Schiebt sich ein überwiegend kriminelles Verhalten dazwischen, so daß dieses die Verwertung der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (zu denken ist hier hauptsächlich an Freiheitsentzug), dann kann nicht von Invalidität im Sinne des IVG die Rede sein.

2. Der körperliche Zustand des Versicherten (er hat den rechten Arm verloren und weist noch Restschäden der Thoraxverletzung auf) erlaubte die Umschulung in einer Eingliederungsstätte — Anlernung in der Malerei —, die in der Zeit vom März bis September 1960 auf Kosten der Invalidenversicherung mit Erfolg durchgeführt wurde. . . . Da der körperliche Zustand offensichtlich keine Invalidität von 40 Prozent bewirkt, erübrigt sich die Einholung eines ärztlichen Berichtes oder die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung.

3. Einer näheren Prüfung bedarf noch die Frage, ob bei der Invaliditäts-schätzung neben dem körperlichen Gesundheitsschaden auch die Psychopathie des Versicherten zu berücksichtigen sei. Das hängt nach dem Gesagten davon ab, ob die Psychopathie den Versicherten an der zumutbaren Verwertung seiner körperlichen Arbeitsfähigkeit derart hindert, daß eine Erwerbsunfähigkeit resultiert. Die bereits herabgesetzte körperliche Arbeitsfähigkeit ist in diesem Zusammenhang ohne Bedeutung; denn es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, daß der körperliche Gesundheitsschaden erschwerend auf die Psyche des Versicherten zurückwirke. Bei mangelnder Schwere der Psychopathie besteht daher kein Grund zu einer anderen Beurteilung als in Fällen, wo kein körperlicher Gesundheitsschaden vorhanden ist.

Nach dem Gutachten der Heil- und Pflegeanstalt vom 28. Juli 1958 ergibt sich alles in allem das übliche Bild einer psychopathischen Charakterveranlagung; eine etwas unterdurchschnittliche Begabung trifft mit seelischer Gleichgültigkeit, Infantilität und Affektlabilität zusammen. Soweit der Versicherte nicht Gefängnisstrafen verbüßte oder verwahrt war, schlug er sich mit Schwierigkeiten und häufigem Stellenwechsel durch. Im Jahre 1962 er-

reichte er gestützt auf die erfolgreiche Eingliederungsmaßnahme während einiger Monate fast den Lohn einer vollwertigen Arbeitskraft. Bei dieser Sachlage läßt sich nicht sagen, die Psychopathie weise eine solche Schwere auf, daß die Verwertung der vorhandenen Arbeitsfähigkeit sozial-praktisch nicht mehr tragbar wäre.

Was den Versicherten bisher immer wieder aus seiner Bahn in der Freiheit warf, war sein Delinquieren, besonders auf dem sexuellen Gebiete. Er mußte aus diesem Grunde wiederholt verwahrt werden; die letzte Verwahrung erfolgte im Herbst 1962 und dauert noch an. Dieser auf kriminelles Verhalten zurückgehende Freiheitsentzug bedingt aber nach den oben gemachten Ausführungen IV-rechtlich keine Invalidität. Wie die Verhältnisse zu beurteilen wären, wenn bei kriminellm Verhalten die Zurechnungsfähigkeit fehlt, braucht heute nicht näher geprüft zu werden. Denn der Versicherte ist von den Strafgerichten nicht als unzurechnungsfähig erklärt worden (laut dem erwähnten Gutachten der Heil- und Pflegeanstalt wurde er «zur Zeit der Tat» etwa für halb vermindert zurechnungsfähig gehalten). Immerhin mag schon heute festgehalten werden, daß gemäß Art. 4 IVG nur eine bleibende oder längere Zeit dauernde allgemeine Unzurechnungsfähigkeit als geistiger Gesundheitsschaden im Verhältnis zur Erwerbsunfähigkeit in Betracht fallen könnte.

4. Die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer Invalidenrente an den Versicherten sind daher zur Zeit nicht gegeben. Immerhin steht es dem Vormund frei, erneut mit einem Rentengesuch an die IV-Kommission zu gelangen, wenn sich nach der Entlassung des Versicherten aus der Verwahrung herausstellen sollte, daß nun wegen der Psychopathie die Verwertung der Arbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr zumutbar und tragbar sein sollte. Im übrigen läßt es sich fragen, ob nicht die von der Heil- und Pflegeanstalt empfohlene Kastration — mit der der Versicherte einverstanden sein soll — der besseren Eingliederung ins Erwerbsleben dienen könnte. Ihre Durchführung könnte IV-rechtlich als Beweis des Willens zur Einliederung beim Versicherten gewertet werden.

Familienzulagen

Urteil des EVG vom 9. April 1963 i. Sa. F. M.

Art. 11 FLG und Art. 47, Abs. 2, AHVG. Wurden Familienzulagen irrtümlich ausgerichtet, so beginnt die einjährige Verjährungsfrist für die Rückforderung vom Zeitpunkt an zu laufen, in dem sich die Ausgleichskasse des begangenen Irrtums bewußt wird. Maßgebend ist der Zeitpunkt, in dem die für die Familienzulagen zuständige Dienststelle der Ausgleichskasse den Irrtum erkennt. (Erwägung 1)

Die Verjährungsfrist des Strafrechts kann die Ausgleichskasse, sofern nicht ein Strafurteil ergangen ist, nur geltend machen, wenn sie das eindeutige Vorliegen einer strafbaren Handlung nachweist. (Erwägung 2)

F. M. füllte am 19. Juli 1954 einen Meldeschein zur Festsetzung der bundesrechtlichen und kantonalen Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer aus. Aus diesem ging hervor, daß der Gesuchsteller seit 1946 verheiratet sei und zwei außereheliche Kinder, geboren 1946 und 1951, hatte. Gestützt auf diese durch die Gemeindegewaltstelle von R. als richtig bescheinigte Angaben, sprach die Abteilung Familienzulagen der kantonalen Ausgleichskasse dem Gesuchsteller die Haushaltungs- und Kinderzulagen für die Zeit vom 5. April 1954 bis 31. Dezember 1955 zu. Auf Grund eines vom Bezüger am 30. April 1956 in gleicher Weise ausgefüllten neuen Meldescheins wurden dieselben Familienzulagen vom 1. Januar 1956 hinweg weiter ausgerichtet.

Am 16. Mai 1961 meldete die Gemeindegewaltstelle von N., daß der Bezüger seinen Wohnsitz nach G. verlegt habe; sie machte ferner darauf aufmerksam, daß er nicht verheiratet sei, sondern im Konkubinat lebe. Nach Abklärung des Sachverhalts sprach die Ausgleichskasse mit Verfügung vom 10. November 1961 dem F. M. den Anspruch auf die Haushaltungszulage ab und forderte gleichzeitig von ihm die Rückerstattung der vom 5. April 1954 bis zum 30. April 1961 zu Unrecht bezogenen Haushaltungszulagen.

F. M. beschwerte sich gegen die Rückerstattungsverfügung. Er machte im wesentlichen geltend, die Meldescheine seien vom Zweigstellenleiter ausgefüllt worden, dem sein Zivilstand bekannt gewesen sei, und er habe sie im Vertrauen auf deren richtige Ausfüllung unterzeichnet. Die Ausgleichskasse selbst sei über den wirklichen Sachverhalt seit 1959 im Klaren gewesen, denn sie habe ihn durch Schreiben vom 8. Dezember 1959 für die AHV als Arbeitgeber seiner Haushälterin beitragspflichtig erklärt.

Das kantonale Gericht kam zur Auffassung, daß dem Zweigstellenleiter von R. die tatsächlichen Familienverhältnisse des F. M. jedenfalls in jenem Zeitpunkt bekannt gewesen seien, als er die Angaben im Meldeschein vom 30. April 1956 bescheinigte. Es ließ indessen die Frage offen, ob diese Kenntnis des Zweigstellenleiters als Kenntnis der Ausgleichskasse zu gelten habe. Hingegen kam das erstinstanzliche Gericht zum Schluß, die Kasse habe spätestens am 8. Dezember 1959 vom wirklichen Zivilstand des F. M. Kenntnis gehabt, weil sie in jenem Zeitpunkt seine AHV-Beitragspflicht richtigstellte. Wenn der Dienstzweig, der sich mit den Familienzulagen befaßt, auch mit einer gewissen Selbständigkeit ausgestattet sei, so bilde die Kasse doch eine Einheit, und es gehe nicht an, daß die Versicherten die Folgen interner Koordinationsmängel zu tragen hätten. Die einjährige Verjährungsfrist gemäß Art. 11, Abs. 2, FLG und Art. 47, Abs. 2, AHVG sei deshalb am 10. November 1961 bereits abgelaufen gewesen, so daß die Ausgleichskasse ihren Anspruch auf Rückerstattung der bundesrechtlichen Haushaltungszulage verspätet geltend gemacht habe. Die kantonale Instanz hieß deshalb die Beschwerde gut.

Das BSV erklärte gegen das kantonale Urteil die Berufung an das EVG. Es macht geltend, die Ausgleichskasse sei sich des Irrtums nicht bewußt geworden, bevor sie im Mai 1961 die Mitteilung der Zweigstelle von N. erhalten hatte, weshalb die Verjährung im Zeitpunkt, als die Rückerstattungsverfügung erlassen wurde, noch nicht eingetreten gewesen sei.

Das EVG hieß die Berufung aus folgenden Gründen teilweise gut:

1. Mit Verfügung vom 10. November 1961 verlangte die Ausgleichskasse die Rückerstattung der Haushaltungszulagen, die sie dem Berufungsklagten in der Zeit vom 5. April 1954 bis 30. April 1961 ausgerichtet hatte. Es ist un-

bestritten, daß diese Zulagen zu Unrecht bezogen wurden, da der Bezüger nicht verheiratet war und somit die gesetzlichen Bedingungen für ihren Bezug nicht erfüllte (Art. 3 FLG). Ebenso ist unbestritten, daß diese Zulagen deshalb grundsätzlich der Rückerstattungspflicht unterliegen (Art. 11, Abs. 1, FLG). Streitig ist allein, ob der Anspruch auf Rückerstattung der zu Unrecht ausbezahlten bundesrechtlichen Haushaltzulagen im Zeitpunkt, als die Rückerstattungsverfügung erlassen wurde, bereits verjährt war.

Gemäß Art. 47, Abs. 2, AHVG, der auf dem Gebiete der Familienzulagen sinngemäß anwendbar ist (Art. 11, Abs. 2, FLG), verjährt der Rückforderungsanspruch «mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Ausgleichskasse davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von 5 Jahren seit der einzelnen Rentenzahlung. Wird der Rückforderungsanspruch aus einer strafbaren Handlung hergeleitet, für welche das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist festsetzt, so ist diese Frist maßgebend.» Um entscheiden zu können, ob die Verjährung eingetreten ist oder nicht, muß man deshalb vorerst die Anwendbarkeit der einjährigen Verjährungsfrist, und sodann, wenn diese nicht gegeben ist, diejenige der fünfjährigen oder einer eventuellen noch längeren Verjährungsfrist des Strafrechts prüfen.

Das EVG hat bereits in mehreren Fällen (siehe z. B. EVGE 1954, S. 26; ZAK 1954, S. 154, und unveröffentlichte Entscheide i. Sa. V. vom 30. April 1956 und i. Sa. B. vom 5. Juni 1956) entschieden, daß die einjährige Verjährungsfrist im Sinne von Art. 47, Abs. 2, AHVG mit der Entdeckung des Irrtums zu laufen beginne, der für die Ausrichtung der unrechtmäßigen Leistungen kausal war, mit andern Worten, vom Zeitpunkt an, in dem sich die Ausgleichskasse des Irrtums bewußt wird, den sie mit der Ausrichtung der Leistung begeht. In gleicher Weise wie Art. 67 OR will die Bestimmung des Art. 47 AHVG ermöglichen, eine dem materiellen Recht entgegenstehende Bereicherung rückgängig zu machen, und es besteht kein Grund, auf dem Gebiete der Rückerstattung unrechtmäßig bezogener Leistungen strengere Regeln anzuwenden als diejenigen des Zivilrechts auf dem Gebiete der ungerechtfertigten Bereicherung (BGE 63 II 259).

Um zu erkennen, ob die Ausgleichskasse berechtigt war, die seit dem 5. April 1954 zu Unrecht ausgerichteten Haushaltzulagen zurückzufordern, ist es deshalb notwendig festzustellen, von welchem Zeitpunkt an sie sich darüber Rechenschaft gab, daß die Ausrichtung der Zulagen irrtümlich erfolgte. Zu dieser Frage kann sich das Gericht der Auffassung der Vorinstanz nicht anschließen, die den 8. Dezember 1959 als spätestes Datum bezeichnet hat, an dem die einjährige Verjährungsfrist zu laufen begann, den Zeitpunkt also, in dem die Ausgleichskasse die Berichtigung auf dem Gebiete der AHV-Beitragspflicht vornahm; noch weniger kann das Gericht der Auffassung des Berufungsbeklagten folgen, wonach diese Frist von dem Zeitpunkt an zu laufen begonnen habe, in welchem dem Gemeindegewaltstellenleiter der Zivilstand des Bezügers genau bekannt war. Eine Ausgleichskasse bildet zwar rechtlich eine Einheit, auch wenn sie zahlreiche verschiedenartige Aufgaben zu erfüllen hat; ungeachtet dessen, kommt ihr aber ein begangener Irrtum erst dann zum Bewußtsein, wenn die Tatsache der unrechtmäßigen Auszahlung demjenigen Organ der Kasse zur Kenntnis gelangt, das für einen Entscheid auf dem betreffenden Gebiet zuständig ist. Dieses Organ war im vorliegenden Fall weder der Zweigstellenleiter, dem jede Ent-

scheidungsbefugnis auf diesem Gebiet abgeht, noch die Dienststelle, die sich mit der Unterstellung der Arbeitgeber unter die AHV-Beitragspflicht zu befassen hat, sondern einzig die Abteilung Familienzulagen. Wenn auch der Kasse der Vorwurf einer unzureichenden Koordination zwischen ihren Dienstzweigen nicht erspart werden kann, so besteht doch kein Grund, an ihrer Darstellung zu zweifeln, wonach der Irrtum erst auf die Mitteilung der Gemeindezweigstelle von N. vom 16. Mai 1961 hin entdeckt wurde.

Im Zeitpunkt, als die Rückerstattungsverfügung vom 10. November 1961 erlassen wurde, hatte somit die Ausgleichskasse vom Umstand der ungerechtfertigten Auszahlung erst seit ungefähr sechs Monaten Kenntnis. Die einjährige Verjährungsfrist war infolgedessen noch nicht abgelaufen. Entgegen der Auffassung der Vorinstanz und des Berufungsbeklagten erfolgte deshalb die Rückforderung der zu Unrecht ausgerichteten Haushaltungszulagen nicht verspätet.

2. Es bleibt indessen im weiteren zu prüfen, ob die Kasse berechtigt war, die Rückerstattung sämtlicher seit dem 5. April 1954 ausgerichteter Haushaltungszulagen zu fordern, oder ob für einen Teil dieser Zulagen die Verjährung auf Grund der fünfjährigen Frist eingetreten war. Die Antwort hängt davon ab, ob der Berufungsbeklagte, um in den Besitz der ungerechtfertigten Leistungen zu gelangen, eine strafbare Handlung begangen hat, für die das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist vorsieht.

In konstanter Rechtsprechung hat das EVG entschieden, daß beim Fehlen eines Strafurteils das Vorliegen einer strafbaren Handlung eindeutig nachgewiesen sein muß (vgl. z. B. EVGE 1957, S. 49 und S. 195; ZAK 1957, S. 115, und 1958, S. 327, sowie unveröffentlichter Entscheid i. Sa. P. vom 26. März 1959). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Zweifellos hat zwar der Gesuchsteller in den Jahren 1954 und 1956 Meldescheine unterzeichnet, die in bezug auf seinen Zivilstand unrichtige Angaben enthielten. Doch wurden die Meldescheine vom Gemeindezweigstellenleiter ausgefüllt, der die entscheidende Rolle gespielt hat. Selbst wenn mit der Vorinstanz angenommen wird, dieser Zweigstellenleiter habe die wirklich bestehenden Verhältnisse erst nach der Ausfüllung des ersten Meldescheins vom 19. Juli 1954 gekannt, so erlauben es die Umstände doch nicht, den Gesuchsteller einer strafbaren Handlung zu bezichtigen.

Die Rückerstattungsverfügung vom 10. November 1961 konnte somit die mehr als fünf Jahre zurückliegenden Zahlungen nicht mehr erfassen, und sie kann deshalb nur im Rahmen der fünfjährigen Verjährungsfrist bestätigt werden.

VON
MONAT
ZU
MONAT

Unter dem Vorsitz von Bundesrat Tschudi und im Beisein von Direktor Frauenfelder und Dr. Kaiser vom Bundesamt für Sozialversicherung fand am 4. Juli eine *Konferenz von Vertretern der Kantonsregierungen* statt. Sie erörterte den Vorschlag der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung betreffend die Einführung von *Zusatzleistungen an AHV- und IV-Rentner*. Der Vorschlag wurde grundsätzlich gutgeheißen. Zu den Einzelheiten der Ausgestaltung werden die Kantone im ordentlichen Vernehmlassungsverfahren Stellung nehmen.

*

Am 5. Juli wurde in Bern eine *Verwaltungsvereinbarung* über die Durchführung des *schweizerisch-jugoslawischen Sozialversicherungsabkommens* vom 6. Juni 1962 abgeschlossen und durch Dr. Motta, Vize-direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung, sowie Dr. Popovic, Berater für Staatsverträge bei der jugoslawischen Bundesanstalt für soziale Sicherheit, unterzeichnet. Die Verwaltungsvereinbarung wird gleichzeitig mit dem Abkommen, das im Juni vom Ständerat genehmigt worden ist und in der Herbstsession der Bundesversammlung vom Nationalrat behandelt wird, in Kraft treten.

*

Am 9. Juli nahm der Bundesrat Kenntnis vom Bericht der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung über die *sechste AHV-Revision* und beauftragte das Eidgenössische Departement des Innern, Botschaft und Entwurf zu einem Bundesgesetz über die Revision des AHVG sowie Bericht und Entwurf zu einem Bundesbeschuß über das Volksbegehren der AVIVO auszuarbeiten. Ferner beauftragte er das Departement, nach Anhörung der Kantone Botschaft und Entwurf zu einem Bundesgesetz über die Gewährung von Zusatzleistungen an AHV- und IV-Rentner auszuarbeiten.

Der Stand der sechsten AHV-Revision

Obwohl die am 1. Juli 1961 in Kraft getretene fünfte Revision der AHV eine namhafte Verbesserung der Leistungen gebracht hatte, wurden bald neue Begehren um einen Ausbau der schweizerischen AHV geäußert. Im Sommer 1962 reichten die «AVIVO» und der «Schweizerische Beobachter» den Bundesbehörden je ein Volksbegehren betreffend Änderung der Verfassungsbestimmungen über die AHV ein. In den eidgenössischen Räten wurden zahlreiche Vorstöße unternommen, und viele gesamtschweizerische, regionale und lokale Organisationen richteten Eingaben betreffend eine Verbesserung der AHV an den Bundesrat und andere eidgenössischen Behörden.

Diese Begehren veranlaßten den Bundesrat, die finanzielle Lage der AHV überprüfen zu lassen. Das Bundesamt für Sozialversicherung nahm diese Prüfung im Einvernehmen mit dem «Ausschuß für technische Bilanz» der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vor. Dieser Kommission obliegt gemäß Artikel 73 AHVG die Begutachtung von Fragen über die Durchführung und Weiterentwicklung der AHV zuhanden des Bundesrates. Sie hat auch das Recht, von sich aus dem Bundesrat Anregungen zu unterbreiten. Anlässlich ihrer Sitzung vom 31. Oktober 1962, also schon kurze Zeit nach Eingang der bereits erwähnten zwei Volksbegehren, setzte sie einen 18gliedrigen Sonderausschuß ein und beauftragte ihn, ihr gestützt auf die neue finanzielle Ausgangslage bis zum Juni 1963 Vorschläge für eine Gesetzesrevision zu unterbreiten.

Diesem Auftrag ist der Sonderausschuß nachgekommen, soweit es sich um Fragen von finanzieller Bedeutung handelte. Er hielt insgesamt drei, zum Teil mehrtägige Sitzungen ab, für die ihm das Bundesamt für Sozialversicherung eine umfangreiche Dokumentation zur Verfügung stellte. Die Gesamtkommission hat die Vorschläge ihres Sonderausschusses am 7. Juni 1963 durchberaten und gutgeheißen. Sie bilden Gegenstand eines umfangreichen Berichtes, der — obwohl offiziell nicht veröffentlicht — in seinen wesentlichen Punkten durch die Presse bekanntgemacht wurde. Dieser Bericht befaßt sich nicht nur mit der Frage einer neuen Revision des AHVG, sondern behandelt auch das allgemeine Problem der Existenzsicherung der Alten und Hinterlassenen in unserem Lande.

Am 21. Juni 1963 hielt die Eidgenössische Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung eine weitere Sitzung ab, an

der sie zu einer Reihe von Revisionsproblemen ohne finanzielle Bedeutung Stellung nahm. Schließlich fand am 4. Juli 1963 unter der Leitung von Bundesrat Tschudi eine Konferenz mit Vertretern der Kantonsregierungen statt, an welcher das von der Kommission vorgeschlagene System von kantonalen Zusatzleistungen für AHV- und IV-Rentner erörtert wurde.

Der Bundesrat hat inzwischen vom Bericht der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung Kenntnis genommen und das Eidgenössische Departement des Innern beauftragt, Botschaft und Entwurf zu einem Bundesgesetz über die Änderung des AHVG auszuarbeiten. Der Bundesrat beabsichtigt, diese Botschaft im September 1963 der Bundesversammlung zu unterbreiten. In seinen Anträgen ist er nicht an die Vorschläge der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung gebunden. Im Hinblick auf das baldige Erscheinen der bundesrätlichen Botschaft und des Gesetzesentwurfes verzichtet die ZAK darauf, die Kommissionsvorschläge im einzelnen darzulegen. Die Leser werden voraussichtlich in der September-Nummer eine Wiedergabe des Gesetzesentwurfes und andere Angaben finden.

Das weitere Schicksal der sechsten AHV-Revision wird von der Bundesversammlung bestimmt werden. Nach dem üblichen «parlamentarischen Fahrplan» dürfte die Vorlage im Dezember 1963 vor den ersten Rat und im März 1964 vor den zweiten Rat kommen. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Revision wird in erster Linie vom Gang der parlamentarischen Beratungen abhängen.

Für die Einführung von Zusatzleistungen an AHV- und IV-Rentner zur Sicherung eines Existenzminimums ist die Mitwirkung der Kantone notwendig. Es besteht die Absicht, möglichst rasch den Entwurf zu einem entsprechenden Bundesgesetz auszuarbeiten und den Kantonen zur Vernehmlassung zuzustellen. Dieses Verfahren nimmt — trotz aller Beschleunigung — einige Zeit in Anspruch, so daß die Vorlage über die Zusatzleistungen dem Parlament nicht gleichzeitig mit der Botschaft über die Revision des AHVG unterbreitet werden kann.

Die Kosten der IV-Regionalstellen im Jahre 1962

Die durch die Kantone oder durch gemeinnützige private Organisationen errichteten Regionalstellen sind Organe der IV, die eigens für die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen beruflicher Art (Abklärung der beruflichen Eingliederungsfähigkeit, Berufsberatung, Nachweis von Ausbildungs- und Umschulungsplätzen usw.) geschaffen wurden. Von der Einführung der IV im Jahre 1960 bis Ende 1962 belief sich ihre Zahl auf zehn. Das Jahr 1963 brachte die Errichtung einer elften Regionalstelle. Der Kanton Aargau, der bisher im Tätigkeitsbereich der IV-Regionalstelle Basel lag, erhielt nämlich die Bewilligung zur Errichtung einer eigenen IV-Regionalstelle. Dadurch wurde die schon stark ins Auge fallende unregelmäßige regionale Aufteilung des Landes noch verschärft. In diesem Zusammenhang dürfte es interessieren, daß im Jahre 1962 auf eine einzige IV-Regionalstelle nahezu ein Fünftel der Gesamtbevölkerung der Schweiz entfiel, während sich die restlichen vier Fünftel mit einem Anteil von 2,7 bis 17,2 Prozent auf die übrigen neun IV-Regionalstellen verteilten. Die gleichen Unterschiede in der Größenordnung zeigen sich natürlich auch beim Kostenaufwand dieser Organe, welcher voll zu Lasten der IV geht. Eine eingehende Untersuchung dieser Kosten würde den Rahmen dieser Betrachtung sprengen. Hingegen sei nachstehend ein kurzer Überblick über die Ausgaben der IV-Regionalstellen als Gesamtheit vermittelt.

Die Ausgaben im Rechnungsjahr 1962 beliefen sich auf 1,279 Millionen Franken gegenüber 1,071 Millionen Franken im Jahre 1961 und 1,045 Millionen Franken im Jahre 1960. Dabei ist zu beachten, daß die Rechnung des Jahres 1960 13 Monate in sich vereinigte und zudem durch die Einrichtungskosten (Mobiliar- und Büromaterialanschaffungen) stark belastet war.

Die *Personalkosten* (Gehälter, Sozialleistungen und Ersatz von Auslagen) erreichten 1962 den Betrag von 1,019 Millionen Franken oder, wie im Vorjahr, rund 80 Prozent der Gesamtausgaben. Obgleich dieses Verhältnis unverändert geblieben ist, war doch eine wertmäßige Zunahme von 174 000 Franken zu verzeichnen. Dieser Anstieg ist indessen nicht allein den ordentlichen jährlichen Besoldungserhöhungen sowie der laufenden Anpassung der Gehälter an die Teuerung zuzuschreiben, sondern er ist weitgehend die Folge der 10 bis 15prozentigen Erhöhung des Personalbestandes. Am Ende des Jahres 1962 beschäftigten die IV-Regionalstellen insgesamt 61 Personen, wovon 36 qualifizierte Mitarbeiter und 25 für Hilfs- und Kanzleiarbeiten. Der Grund für diese Entwicklung ist

vorab in der stets zunehmenden Zahl der den IV-Regionalstellen von den IV-Kommissionen erteilten Aufträge zu finden; waren es im Jahre 1961 deren 8 000, so stieg ihre Zahl im Jahre 1962 auf 9 000. Trotz äußerstem Einsatz, trotz vermehrtem Beizug von Spezialisten und Privatexperten mußten am Ende des Jahres 1962 mehr als 2 740 unerledigte Fälle gemeldet werden. Dieser Bestand stellt je nach IV-Regionalstelle ein Arbeitspensum von 3—5 Monaten dar.

Das Personal der IV-Regionalstellen genießt eine ausgedehnte soziale Sicherheit. Mit Ausnahme der Hilfskräfte und derjenigen Personen, welche den Aufnahmebedingungen nicht zu genügen vermögen, sind alle Mitarbeiter der IV-Regionalstellen Mitglied einer Pensions- oder Versicherungskasse; drei IV-Regionalstellen sind der Eidgenössischen, die übrigen entweder einer kantonalen oder städtischen Versicherungskasse angeschlossen. Die IV übernimmt ferner die Prämien der Betriebsunfallversicherung. Unterschiedlich ist auch die Regelung in bezug auf den Ersatz von Auslagen.

In der Gruppe *Bürokosten* mit einem Ausgabentotal von rund 145 000 Franken steht mit 55 000 Franken die Miete der Räumlichkeiten an erster Stelle, gefolgt von den Auslagen für Telephon und Porti mit etwas mehr als 28 000 Franken oder mehr als 2 Franken pro Mitarbeiter und Tag. Die Position Fachmaterial (insbesondere Material für Tests sowie Auslagen für einschlägige Fachliteratur und Publikationen) ist im Abnehmen begriffen. So sanken die Kosten von 12 000 Franken im Jahre 1960 auf 10 000 Franken im Jahre 1961 und auf 6 000 Franken im Jahre 1962, woraus geschlossen werden kann, daß die Mehrheit der IV-Regionalstellen heute über das nötige Arbeitsmaterial verfügt.

Im allgemeinen sind *Dienstreisen* mit öffentlichen Transportmitteln auszuführen. Oft ist dies jedoch nicht möglich oder wäre unrationell. Aus diesem Grunde sind die Regionalstellenfunktionäre ermächtigt worden, ihre privaten Motorfahrzeuge zu verwenden, wofür ihnen in Anlehnung an eine eidgenössische Regelung eine Kilometerentschädigung ausgerichtet wird. Der hierfür aufgewendete Betrag belief sich im Jahre 1962 auf 60 000 Franken für eine zurückgelegte Strecke von insgesamt 220 000 Kilometer, welche ungefähr einer 5½maligen Erdumkreisung gleichkommt. Auf die Position *Verschiedenes* mit einem Aufwand von 54 000 Franken entfielen unter anderem die Honorare für Privatexperten, die von den IV-Regionalstellen insbesondere zur Aufarbeitung ihrer Rückstände beigezogen wurden.

Um diesen kurzen Überblick über die Kosten der IV-Regionalstellen im Jahre 1962 abzurunden, wäre es naheliegend einen Zusammenhang

zwischen den entstandenen Kosten und dem Ergebnis herzustellen. Dies hieße jedoch die Tatsache verkennen, daß die Mannigfaltigkeit und die Schwierigkeit der zu behandelnden Fälle unmöglich in Zahlen ausgedrückt werden können. Dennoch hat das Bundesamt für Sozialversicherung auf Grund der ihm zur Verfügung stehenden statistischen Angaben eine «mittlere Produktivität» zu ermitteln versucht. Ein Vergleich derselben mit der Leistung der einzelnen IV-Regionalstellen hat ergeben, daß die Abweichungen in der Mehrzahl der Fälle nicht als bedeutend bezeichnet werden können.

Die kantonalen Erlasse zur AHV und IV

Einleitung

Gemäß Artikel 61, Absatz 1, AHVG hat jeder Kanton durch besonderen Erlaß eine kantonale Ausgleichskasse als selbständige öffentliche Anstalt zu errichten. In analoger Weise verpflichtet Artikel 55, Absatz 1, IVG die Kantone, durch besonderen Erlaß eine kantonale IV-Kommission einzusetzen. Bundesgesetz und Vollzugsverordnung schreiben in der AHV und IV vor, welche Bestimmungen diese kantonalen Erlasse mindestens enthalten müssen (Art. 61, Abs. 2, AHVG sowie Art. 55, Abs. 2, IVG und Art. 43 IVV). Obschon damit der Inhalt der kantonalen Erlasse weitgehend vorgezeichnet ist, bleibt den Kantonen doch noch genügend Spielraum, um in bestimmten Einzelfragen eigenständige, den kantonalen Verhältnissen entsprechende Lösungen zu treffen.

Die nachstehenden Ausführungen vermitteln einen Überblick über die rechtlichen und organisatorischen Fragen, die Gegenstand dieser kantonalen Erlasse sind. Zum Teil wird auf frühere Publikationen in dieser Zeitschrift verwiesen. In einer nächsten Nummer folgt alsdann eine Liste der geltenden kantonalen Erlasse in der AHV und IV. Die Verfahrensvorschriften für die kantonalen Rekursbehörden kommen in diesem Zusammenhang nicht zur Sprache, sondern werden in einem später erscheinenden Aufsatz behandelt.

I. Die kantonalen AHV-Erlasse

1. Allgemeines

In den Bezeichnungen der kantonalen Erlasse sowie in der Verschiedenheit der Behörden, welche die Vorschriften erlassen haben, spiegelt sich die Mannigfaltigkeit des kantonalen Staatsrechtes wieder.

Mit Ausnahme von vier Kantonen (Uri, Appenzell A. Rh., Appenzell I. Rh., Wallis) bezeichnen alle Kantone ihren AHV-Gründerlaß als Einführungsgesetz. Uri erließ eine Verordnung, Appenzell A. Rh. eine Ausführungsverordnung, Appenzell I. Rh. eine Vollziehungsverordnung und der Kanton Wallis ein Dekret. In zehn Kantonen unterlagen die Einführungsgesetze der Volksabstimmung. In 13 Kantonen wurden sie von den kantonalen Parlamenten verabschiedet. In Nidwalden und Glarus sind die Gesetze von der Landsgemeinde beschlossen worden. Mehrere Kantone haben von der in Artikel 108, Absatz 2, AHVV vorgesehenen Möglichkeit, dem Regierungsrat oder einer anderen kantonalen Instanz die Kompetenz zum Erlaß weiterer Vorschriften zu delegieren, Gebrauch gemacht. Für 14 kantonale Ausgleichskassen bestehen Kassenreglemente, die, außer in Zürich und Luzern, wo sie der Aufsichtsrät bzw. das Finanzdepartement erließ, durch den Regierungsrat beschlossen wurden. Daneben werden in einzelnen Kantonen weitere Fragen durch Sondererlasse geregelt, z. B. die Ausübung der Aufsicht, die Aufgaben der Gemeindegewerbestellen, die Erhebung von Verwaltungskostenbeiträgen usw.

2. Der rechtliche Charakter der Ausgleichskasse

Mit Ausnahme des Kantons Neuenburg, der auf die Artikel 61 und 63 bis 70 AHVG verweist, bezeichnen sämtliche Kantone ihre Ausgleichskasse im Einführungserlaß als selbständige öffentliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit. In den einschlägigen Bestimmungen wird etwa noch beigefügt, die Ausgleichskasse sei eine von der übrigen Staatsverwaltung getrennte Institution (Nidwalden), sie besitze eigenes Vermögen (Basel-Stadt), sie genieße Steuerfreiheit (Basel-Land). In den meisten Fällen wird in diesem Zusammenhang auch der Sitz der Ausgleichskasse bestimmt, der sich mit Ausnahme der Kantone Basel-Land (Binningen) und Waadt (Clarens), im Kantonshauptort befindet.

3. Die Organe der Ausgleichskassen

Soweit Organe der Ausgleichskasse besonders erwähnt werden, stößt man auf ein buntes Bild. Meistens besitzen der Kassenleiter und die Zweigstellen Organ-Charakter. Daneben werden oft die interne Kontrollstelle, die Aufsichts- bzw. Verwaltungskommission und die Revisionsstelle als Organe erwähnt.

4. Die Aufsicht

Sämtliche kantonalen Ausgleichskassen unterstehen administrativ der Aufsicht einer kantonalen Behörde. Meistens wird bestimmt, die Aufsicht obliege dem Regierungsrat oder sie werde durch das von diesem bezeichnete Departement ausgeübt. Zum Teil bestehen besondere Aufsichtsinstanzen. In Zürich untersteht die Ausgleichskasse einem siebengliedrigen Aufsichtsrat, wovon fünf Mitglieder vom Kantonsrat und zwei vom Regierungsrat gewählt werden. Die Ausgleichskasse Tessin wird von einer vom Staatsrat bestellten fünfgliedrigen Kommission beaufsichtigt.

Verwaltungskommissionen kennen die Kantone Schwyz, Nidwalden und St. Gallen. Im Kanton Uri ist eine aus den Vorstehern der Gewerbe-, Vormundschafts- und Finanzdirektion zusammengesetzte Kommission tätig. Eine Aufsichtskommission findet man in Solothurn, Basel-Land und Genf. Der Große Rat des Kantons Aargau bestellt aus seiner Mitte zur Ausübung der Oberaufsicht eine ständige elfgliedrige Kommission. Ähnlich ist die Regelung im Kanton Genf. Im Kanton Appenzell I. Rh. obliegt die Oberaufsicht über die Ausgleichskasse dem Großen Rat. Im Kanton Thurgau kann das Departement des Innern eine aus drei Mitgliedern bestehende beratende Kommission einsetzen. Nach einer besonderen Vorschrift im Kanton Solothurn sollen als Kommissionsmitglieder Personen gewählt werden, die oder deren Arbeitgeber bei der Ausgleichskasse abrechnungspflichtig sind. Die Berufsgruppen sind dabei angemessen zu berücksichtigen. Ähnliche Bestimmungen kennen Basel-Land und St. Gallen. Im letztgenannten Kanton sind bei der Wahl der Mitglieder zudem die Interessen der Gemeinden zu wahren.

Die den Kommissionen übertragenen Kompetenzen sind verschieden. Beispielsweise obliegen dem Aufsichtsrat des Kantons Zürich die Wahl der Revisionsstelle, des Vorstehers und der übrigen Kassenbeamten, die Festsetzung der Verwaltungskostenansätze, die Aufstellung des Voranschlages, die Genehmigung der Jahresrechnung, die Ausübung der Disziplinargewalt über das Kassenpersonal und die Behandlung von Rückgriffsfällen gemäß Artikel 70 AHVG. Die übrigen Aufsichtsinstanzen haben durchwegs einen kleineren Aufgabenbereich. Er beschränkt sich meistens auf die Bezeichnung der Revisionsstelle, die Behandlung der Geschäfts- und Revisionsberichte, die Wahl des Kassenpersonals, die Regelung der Zeichnungsberechtigung und die Beschaffung der Büroräumlichkeiten.

5. Das Revisions- und Kontrollwesen

Vorab wird in den Erlassen die Stelle genannt, welche die Revisionsstelle zu bezeichnen hat. In 14 Kantonen wählt der Regierungsrat, in drei Kantonen die Aufsichtsbehörde und in weiteren drei Kantonen ein Departement das Kassenrevisionsorgan. Die Erlasse von 18 Kantonen sehen interne Revisionsstellen vor, die sich entweder mit der Revision von Zweigstellen und mit Arbeitgeberkontrollen oder nur mit der letzteren befassen.¹

6. Die Finanzierung des Kantonsanteils gemäß Artikel 103 AHVG

Einen wichtigen Teil der kantonalen Erlasse bilden die Bestimmungen über die Finanzierung des Anteils, den die Kantone gemäß Artikel 103, Absatz 2, AHVG an die AHV zu entrichten haben.

In sechs Kantonen (Zürich, Nidwalden, Basel-Stadt, St. Gallen, Tessin und Genf) geht der kantonale Beitrag zu Lasten des Staates. In sieben Kantonen (Bern, Uri, Schwyz, Glarus, Zug, Solothurn und Waadt) entfallen zwei Drittel auf den Staat und ein Drittel auf die Einwohnergemeinden. In Freiburg, Appenzell A. Rh., Graubünden und Neuenburg übernehmen der Kanton und die Gemeinden den Kantonsbeitrag zu gleichen Teilen. Luzern und Obwalden belasten den Kanton mit drei Fünfteln, während in Luzern die Einwohnergemeinden die weiteren zwei Fünftel und in Obwalden die Einwohner- und Bürgermeinden je einen Fünftel zu erbringen haben. In den Kantonen Basel-Land und Thurgau werden drei Viertel vom Staat und ein Viertel von den Einwohner- bzw. Munizipalgemeinden getragen. Im Aargau entfallen vier Fünftel auf den Kanton und ein Fünftel auf die Einwohnergemeinden. Der Kanton Wallis kommt für 70 Prozent auf, während die Gemeinden 30 Prozent leisten. Eine Sonderregelung besteht in Schaffhausen. Der Kanton finanziert seinen Beitrag an die eidgenössische AHV aus den Erträgen der Erbschafts- und Vergnügungssteuer, den Zinsen des Fonds für die AHV sowie den Beiträgen des kantonalen Elektrizitätswerkes und der Kantonbank. Der Gemeindeanteil ist nicht genau vorausbestimmt. Er wird nicht vom gesamten Beitrag des Kantons, sondern von dem durch die genannten Erträge nicht gedeckten Betrag berechnet und beträgt, je

¹ ZAK 1955, S. 12: «Die Stellung der internen Revisionsstellen». ZAK 1961, S. 112: «Die Revisionskosten der Ausgleichskassen».

nach der Steuerlast, 25 bis 70 Prozent des Restbetrages. In Appenzell I. Rh. übernehmen der Kanton 15, die Armengemeinden 80 und die Bezirke 5 Prozent.²

7. Die Gemeindezweigstellen

Über die Zweigstellen der kantonalen Ausgleichskassen wurde unter Berücksichtigung der einschlägigen kantonalen Erlasse in ZAK 1950, Seite 371, berichtet. Inzwischen sind auf diesem Gebiet keine wesentlichen Änderungen eingetreten, so daß auf die erwähnten Ausführungen verwiesen werden kann.

8. Die Haftung des Kantons für Verbindlichkeiten der Ausgleichskasse; Verwaltungskostendefizite

Auf diesem Gebiet wurden verschiedene Lösungen getroffen. Mehrere Kantone übernehmen unter Vorbehalt von Artikel 70 AHVG ausdrücklich keine Haftung für die Verbindlichkeiten der Ausgleichskasse.

Einzelne Kantone lehnen auch die Deckung eines allfälligen Verwaltungskostendefizites der Ausgleichskasse ab. Ferner findet man die Bestimmung, daß die vereinnahmten Verwaltungskostenbeiträge einschließlich der Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds die Kosten der Verwaltung der Ausgleichskasse sowie der Zweigstellen decken müssen. Vereinzelt wird die Deckung eines allfälligen Fehlbetrages garantiert.

9. Die übertragenen Aufgaben

In den Erlassen von 19 Kantonen findet sich die Bestimmung, daß auf Grund von Artikel 63, Absatz 4, AHVG, der Ausgleichskasse mit Genehmigung der zuständigen Bundesbehörde weitere Aufgaben zur Durchführung übertragen werden können. Dabei nennen vier Kantone bereits bestimmte, ihrer Ausgleichskasse übertragene kantonale Aufgaben, unter Vorbehalt der Genehmigung durch den Bund. Zwei Kantone verankerten ferner im Einführungsgesetz den Grundsatz der Entschädigung.

II. Die kantonalen IV-Erlasse

1. Allgemeines

Fast alle Kantone haben auf dem Gebiete der IV zwei verschiedene Erlasse geschaffen, nämlich einen eigentlichen Einführungserlaß und eine

² Vgl. hierzu ZAK 1958, S. 5: «Anteil der Gemeinden an den kantonalen Beiträgen für die AHV».

Regelung betreffend die IV-Kommission. Der Einführungserlaß trägt in 16 Fällen den Titel Einführungsgesetz. Ferner finden sich die Bezeichnungen Ausführungsgesetz (Freiburg), Vollziehungsverordnung (Uri und beide Appenzell), Verordnung (Nidwalden), Dekret (Wallis) und Regierungsratsbeschluß (Luzern). Im Kanton Genf sind die Einführungsbestimmungen und die Vorschriften für die IV-Kommission in einem einzigen Erlaß enthalten. Einzelne Kantone erließen besondere Gesetze über die Finanzierung des Kantonsbeitrages an die IV. Von geringen Abweichungen abgesehen, gingen die IV-Erlasse von den gleichen Instanzen aus wie die AHV-Erlasse.

Die Vorschriften für die IV-Kommissionen wurden in 23 Kantonen gestützt auf eine gesetzliche Ermächtigung vom Regierungsrat erlassen. Sie sind als Verordnung (8), Vollziehungsverordnung (1), Reglement (9), Geschäftsreglement (1), Regierungsratsbeschluß (3) oder Organisations- und Verfahrensvorschriften bezeichnet (1). In einem Fall traf das zuständige Departement die erforderliche Regelung.

2. Die Einführungserlasse

Die meisten Erlasse enthalten einleitend die Bestimmung, daß die Durchführung der dem Kanton im Sinne des IVG zufallenden Aufgaben der Ausgleichskasse obliegen. In allen Fällen werden ferner die kantonalen AHV-Erlasse vorbehältlich abweichender bundesrechtlicher Vorschriften als anwendbar erklärt. Im weiteren ist im kantonalen Einführungserlaß jeweils der Grundsatz zur Schaffung einer *IV-Kommission* verankert. In 14 kantonalen Erlassen findet sich auch eine Bestimmung über die Befugnis des Kantons zur Beteiligung an der Errichtung einer *IV-Regionalstelle* für die berufliche Eingliederung. Der Regierungsrat wird zum Abschluß der erforderlichen Vereinbarungen und zur Entsendung eines kantonalen Vertreters in die betreffende Aufsichtsstelle ermächtigt. Graubünden, Aargau, Tessin und Genf haben für ihr Kantonsgebiet die Errichtung einer eigenen IV-Regionalstelle beschlossen. Die Regionalstellen Graubünden, Tessin und Genf werden von der Exekutive beaufsichtigt, während die Tätigkeit der Regionalstelle im Kanton Aargau durch eine vom Regierungsrat gewählte fünfgliedrige Aufsichtsstelle überwacht wird. Im Aargau und in Genf unterstehen die Funktionäre der Regionalstelle den Vorschriften über das Staatspersonal.³

(Schluß folgt)

³ In diesem Zusammenhang sei auf die Ausführungen in ZAK 1960, S. 17: «Die Organisation der Regionalstellen», sowie S. 448: «Geschäftsabwicklung bei den Regionalstellen der IV», verwiesen.

Geburtsgebrechen ¹

Da Leiden, die bereits bei der Geburt bestehen, begrifflich weder der Kranken- noch der Unfallversicherung zugewiesen werden können, hat der Gesetzgeber den Geburtsgebrechen in der IV eine Sonderstellung eingeräumt. Während die IV normalerweise nur solche medizinische Maßnahmen gewährt, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung, d. h. auf die Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit gerichtet sind, übernimmt sie bei bestimmten Geburtsgebrechen alle zur Behandlung notwendigen medizinischen Maßnahmen.

Bereits früher (1961, S. 188 und 255) hat die ZAK die Liste der Geburtsgebrechen in der verbindlichen offiziellen Fassung und in einer erläuternden Übersetzung zusammen mit weiteren Ausführungen über das Gebiet der Geburtsgebrechen veröffentlicht. Im Hinblick auf eine möglichst weit reichende Aufklärung werden die wesentlichen Teile dieser Publikation nachstehend wiederholt. Inzwischen ist die erläuternde Übersetzung der Gebrechenliste überarbeitet worden. Ergänzend werden die vom Eidgenössischen Departement des Innern in Einzelfällen als leistungsberechtigt anerkannten Gebrechen angeführt.

A. Gesetzliche Grundlagen

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

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

Art. 13

Minderjährige Versicherte haben Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen, sofern diese Gebrechen ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Maßnahmen gewährt werden.

Art. 85, Abs. 2

Der Anspruch auf Leistungen gemäß Artikel 13 steht während einer Dauer von fünf Jahren seit Inkrafttreten dieses Gesetzes auch voll-

¹ Separatdrucke können bei der Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale, Bern 3, bezogen werden. Bestellnummer 318.520.01 d. Preis Fr. —,80.

jährigen Versicherten zu, sofern das Geburtsgebrechen durch eine zeitlich beschränkte medizinische Maßnahme behoben oder dauernd gemildert werden kann.

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

Art. 3

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

Verordnung über Geburtsgebrechen, vom 5. Januar 1961 (GgV)

Art. 1

¹ Als Geburtsgebrechen im Sinne von Artikel 13 des Bundesgesetzes gelten Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen und in der Liste gemäß Artikel 2 enthalten sind. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich. Die Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen.

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

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

Art. 2

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

Art. 3

¹ Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1961 in Kraft.

² Das Eidgenössische Departement des Innern ist mit dem Vollzug beauftragt. Es ist befugt, vorgängig einer Aenderung dieser Verordnung eindeutige Geburtsgebrechen, die nicht in der Liste gemäß Artikel 2 enthalten sind, in Einzelfällen als solche zu bezeichnen.

I. Haut

- *1. Cicatrices cutaneae cong.
- 2. Cutis laxa
- *3. Dermoid-Epidermoidcysten, angeborene
- 4. Dysplasia ektodermalis cong. (Nägel, Haare, Zähne)
- 5. Epidermolysis bullosa hereditaria
- *6. Hautdefekte, angeborene
- 7. Ichthyosis et Keratosis
- 8. Lymphoedema cong. (Elephantiasis)
- *9. Naevi und Xanthome
- 10. Neurofibromatosis
- *11. Pterygien (Schwimmhäute, Pterygium colli usw., Status Bonnevie-Ullrich)
- 12. Urticaria pigmentosa
- 13. Xeroderma pigmentosum

II. Bewegungsapparat

- 14. Arthromyodysplasia cong. (Arthrogryposis)
- 15. Chondrodystrophie
- 16. Dysostoses
- 17. Enchondromatosis multiplex
- *18. Exostoses
- 19. Gelenkschlaffheit, angeborene
- 20. Hemihypertrophien und andere angeborene Körperasymmetrien
- 21. Myositis ossificans progressiva cong.
- 22. Osteodysplasia exostotica
- 23. Osteogenesis imperfecta
- 24. Osteopetrosis

* siehe Artikel 1, Absatz 2, GgV

I. Haut

- *1. Angeborene Hautnarben (infolge Infektion im Mutterleib oder Druckschädigungen durch Eihautstränge)
2. Angeborene Hautschlaffheit
- *3. Angeborene Kammergeschwülste der Haut und des Hautzellengewebes
4. Bildungsstörung von Nägeln, Haut und Zähnen infolge angeborener Mißbildung der äußeren Keimschicht
5. Vererbte blasige Hautablösung
- *6. Angeborene Hautdefekte
7. Fischschuppenhaut und Hornschichtvermehrung
8. Angeborene Lymphstauung (Elephantiasis bei angeborener Lymphabfluß-Störung)
- *9. Muttermale und Gelbzellenmale
10. Gutartige angeborene Geschwülste des Nerven- und Bindegewebes
- *11. Flügelfell (Schwimmhäute, Hauptlappen des Halses; Status Bonnevie-Ullrich ist ein Krankheitsbild mit mehrfachen Abnormitäten der Haut und des Stützgewebes eventuell mit Hüftgelenksfehlstellung, angeborener Herzfehler, Fingerverwachsungen usw.)
12. Nesselausschlag mit Hautfarbstoffeinlagerungen
13. Angeborene gelbliche Pigmenteinlagerungen in der Haut

II. Bewegungsapparat

14. Angeborene Mißbildung der Gelenke und Muskeln
15. Angeborene Knorpelwachstumsstörung
16. Fehlbildung der Knochenzusammenschlüsse
17. Einlagerung vielfältiger Knorpelgeschwülstchen
- *18. Ungewöhnlicher Knochenvorsprung
19. Angeborene Gelenkschlaffheit
20. Halbseitige Körpermißbildung mit vermehrtem Wachstum und andere Seitenungleichheiten
21. Angeborene fortschreitende Muskelverknöcherung
22. Angeborene Knochenmißbildungen durch Knochenwucherungen
23. Angeborene Störung der Knochenbildung
24. Marmorknochenkrankheit

* siehe Artikel 1, Absatz 2, GgV

III. Regionale Skelettmißbildungen

a. Kopf

25. Craniolacunie (Lückenschädel) und angeborene Schädeldefekte
26. Craniosynostosen
27. Cranium bifidum mit Encephalocystocele

28. Platybasie (basale Impression)

b. Wirbelsäule

29. Diastatomyelie
30. Rhachischisis mit Myelocele, Myelomeningocele und Meningocele

31. Spondylolyse, Spondylolisthesis

- *32. Skoliosis cong.
33. Steissteratome

34. Wirbelmißbildungen

c. Rippen, Thorax, Schulterblätter

- *35. Costae cervicales
36. Fissura sterni
37. Rippendefekte, angeborene
- *38. Thorax-Skelettdeformitäten
- *39. Scapula scaphoides cong. (Scapula alata)
40. Sprengelsche Anomalie

d. Extremitäten

41. Amputationen durch Amnionstränge
42. Coxa vara und Coxa valga cong.
- *43. Defekte und Mißbildungen der Extremitäten, angeborene (Talipes usw.)
44. Genua vara, Genua valga, Crura vara cong.
45. Hypertrophie einer Extremität, partielle (Gigantomelie, Makrodactylie)
46. Sirenoide Mißbildungen (Defekte der Sakralregion, z.B. der äußern Genitalien, Kloaken, Adduktion und Rotation der Extremitäten, Ankylopodie)
47. Synostoses radioulnares

III. Regionale Skelettmißbildungen

a. Kopf

25. Verknöcherungsdefekte am Schädel
26. Vorzeitige Verknöcherung der Schädelnähte
27. Offenbleiben der Schädellängsnaht mit Austritt der Gehirnhäute und der Gehirnschicht unter die Kopfschwarte
28. Tiefe Schädelbasis

b. Wirbelsäule

29. Längsgestellte Spaltungen des Rückenmarks und der Wirbel
30. Spaltbildung der Wirbelbögen mit Vortreiben des Rückenmarks und der Rückenmarkshäute
31. Spaltbildung der Wirbelbögen, Angeborenes Abgleiten der Wirbel
- *32. Wirbelsäulenverkrümmung beim Säugling
33. Geschwülste aus mehreren Geweben der Steißbeingegend (Mischgeschwülste)
34. Wirbelmißbildungen

c. Rippen, Brustkorb, Schulterblätter

- *35. Halsrippen
36. Spaltbildung im Brustbein
37. Angeborene Rippendefekte
- *38. Angeborene Knochenmißbildungen im Bereich des Brustkorbes
- *39. Vorspringende Schulterblätter
40. Angeborener Hochstand eines oder beider Schulterblätter

d. Gliedmaßen

41. Gliedmaßenabschnürungen durch Eihautstränge
42. Angeborene Verbiegung des Schenkelhalses nach außen und innen
- *43. Angeborenes Fehlen oder Mißbildungen der Gliedmaßen oder der Gliedmaßeile (Klumpfuß und andere Fußdeformitäten)
44. Angeborene Verbiegung der Knie und Beine
O-Beine, X-Beine
45. Teilweises Riesenwachstum einer Gliedmaße, der Finger
46. Zusammengewachsene Beine mit Mißbildung der Beckenkreuzgegend, der Geschlechtsorgane (gemeinsame Geschlechts- und Afteröffnung usw.)
47. Angeborenes Zusammenwachsen von Speiche und Elle

IV. Gelenk-, Muskel- und Sehnenmißbildungen

48. Defekte und Mißbildungen, angeborene
49. Dystrophia musculorum progressiva
50. Luxationes cong.
51. Muskeldystrophien, familiäre
52. Myastenia gravis congenita
53. Myotonia cong. (Thomsen, Strümpell)
54. Torticollis cong.

V. Gesicht

55. Anodontia partialis aut totalis mit Kauunfähigkeit
56. Atresia choanae posterior
57. Cheiloschisis und andere Spaltmißbildungen im Gesicht (inkl. Makrostomie)
58. Cheilo-gnatho-palatoschisis
59. Epignathie
60. Glossoschisis
- *61. Makroglossie
62. Mikrognathie (Pierre-Robin Syndrom)
- *63. Mordex apertus gravis
64. Nasen- und Lippenfistel
- *65. Prognathia superior et inferior gravis
66. Schnabelnase, Proboscis lat.
67. Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen, angeborene (Fisteln, Stenosen, Cysten, Tumoren, Ektasien)
68. Zungencysten und -tumoren

VI. Hals

69. Halscysten und Struma cong.
70. Halsfisteln und -spalten, angeborene

VII. Lungen

71. Bronchiektasien, angeborene
72. Emphysem, angeborenes lobäres
73. Lungenagenesie
74. Lungencysten und -tumoren, angeborene
75. Lungensequestrierung
76. Pneumothorax, angeborener

IV. Gelenk-, Muskel- und Sehnenmißbildungen

48. Angeborene Defekte und Mißbildungen
49. Fortschreitende Muskelentartung
50. Angeborene Verrenkungen
51. Familiäre (familiengebundene) Muskelentartung
52. Angeborene schwere krankhafte Muskeler schlaffung
53. Angeborene krankhafte Muskelspannung
54. Angeborener Schiefhals

V. Gesicht

55. Angeborenes teilweises oder totales Fehlen der Zähne mit Kauunfähigkeit
56. Hinterer Verschuß der Nasengänge oder eines Nasenganges
57. Spaltbildung der Lippen und andere Gesichtspaltbildungen (inkl. Riesenmundöffnung)
58. Hasenscharte und Wolfsrachen
59. Doppelmißbildungen am Oberkiefer und Gaumen
60. Angeborene Spaltung der Zunge
- *61. Riesenzunge
62. Angeborene Kleinheit des Oberkiefers
- *63. Schwere Form des offenen Bisses
64. Nasen- und Lippenfistel
- *65. Schwere Form des angeborenen vorspringenden Oberkiefers
66. Schnabelnase, seitliche Rüsselbildung
67. Fisteln, Verschlüsse, Verengungen, Kammern, Geschwülste der Speicheldrüsen und des Speichelganges
68. Zungenkammergeschwulst mit flüssigem Inhalt und andere Zungen geschwülste

VI. Hals

69. Kammerige Halsgeschwülste, angeborener Kropf
70. Angeborene Halsfisteln und -spalten

VII. Lungen

71. Angeborene Bronchienerweiterungen
72. Angeborene Blähung eines Lungenlappens
73. Fehlen einer Lunge
74. Angeborene Lungenkammern und -geschwülste
75. Abschnürungen einer Lunge oder eines Lungenteiles
76. Angeborener Luftgehalt des Brustfellraumes

VIII. Luftwege

77. Stenoses laryngis cong.

IX. Mediastinum

78. Mediastinaltumoren und -cysten, angeborene

X. Speiseröhre, Magen, Darm

79. Atresia oesophagi und Oesophagotrachealfistel
80. Atresia recti et ani
81. Atresia et stenoses cong. ventriculi (auch Sanduhrmagen)

82. Coeliakia cong.
83. Cysten, Tumoren und Divertikel, angeborene

84. Darmanlageanomalien
85. Diverticulum ilei
86. Duplikaturen des Verdauungstraktus
87. Eventratio diaphragmatica cong. und Hiatushernien des Kindes

88. Megacolon cong.
89. Oesophagusstenosen, angeborene (inkl. Megoesophagus)

90. Pylorusstenose

XI. Leber und Gallenwege

91. Atresie der Gallenwege
92. Choledochuscyste, angeborene
93. Lebercysten

XII. Bauchwand

94. Bauchmuskeldefekte, angeborene
95. Hernia funiculi umbilicalis
96. Hernia ing. lat. (nur wenn erwiesen durch Operationsbefund)

XIII. Herz, Gefäße und Lymphsystem

- *97. Haemangioma cavernosum
98. Herz- und Gefäßmißbildungen, angeborene
*99. Lymphangiome

VIII. Luftwege

77. Angeborene Verengungen des Kehlkopfes

IX. Mittelfell (Raum zwischen den Lungen)

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

X. Speiseröhre, Magen, Darm

79. Verschuß der Speiseröhre, offene Verbindung mit der Luftröhre

80. Verschuß vom Mastdarm und After

81. Angeborene Verengung oder Verschuß des Magens (auch angeborener Sanduhrmagen)

82. Angeborene Schleimhaut- und Funktionsstörung des Dickdarmes

83. Angeborene Kammergeschwülste, Geschwülste und Ausstülpungen des Darmes

84. Darmanlageanomalien

85. Wurmformige Ausbuchtungen des Dünndarms

86. Verdoppelungen des Verdauungsapparates

87. Angeborene Zwerchfellücken mit Austritt der Baueingeweide in den Brustraum und Zwerchfellbruch im Gebiet des Speiseröhrendurchtrittes beim Kind

88. Angeborene Erweiterung des Dickdarmes

89. Angeborene Verengung der Speiseröhre (inkl. Stauungs- und Lähmungserweiterung)

90. Verengung des Pförtners (Magenausgang)

XI. Leber und Gallenwege

91. Angeborenes Fehlen und Verschuß der Gallenwege

92. Angeborene Kammerbildung im Gallengang

93. Leberkammern

XII. Bauchwand

94. Angeborene Bauchmuskeldefekte

95. Nabelschnurbruch

96. Seitlicher Leistenbruch (nur wenn erwiesen durch Operationsbefund)

XIII. Herz, Gefäße und Lymphsystem

*97. Erhabenes Feuermal

98. Angeborene Herz- und Gefäßmißbildungen

*99. Geschwulst der Lymphgänge

XIV. Milz und Blut

- 100. Anaemien des Neugeborenen
- 101. Anaemien hypo- und aregeneratorische, angeborene
- 102. Coagulopathiae et Thrombocytopathiae cong.
- 103. Haemophilien
- 104. Ikterus haemolyticus familiaris cong .
- 105. Morbus haemolyticus neonatorum (sphaerocytär und nicht-sphaerocytär)

XV. Urogenitalsystem

- 106. Anorchismus
- 107. Atresia et stenosis urethrae cong.
- 108. Atresia vaginae
- 109. Diverticulum vesicae cong., Urethraldivertikel
- 110. Dystopia renis
- 111. Ektopia vesicae
- 112. Fistulae recto-uro-genitales

- 113. Fistula vesico-umbilicalis cong.
- 114. Hermaphroditismus verus und Pseudohermaphroditismus
- *115. Hydrocele testis et funiculi
- *116. Hydrometro-colpos und Haematocolpos

- 117. Hydronephrosis cong.
- 118. Hypospadie und Epispadie der Urethra
- 119. Kryptorchismus (unilateral und bilateral)

- 120. Nierentumoren und -cysten, angeborene)
- 121. Ren arcuatus sive concretus
- 122. Ren duplex
- 123. Stenosis colli vesicae (Marion)
- 124. Teratome (Steiß, Ovar, retroperitoneal)

- 125. Ureterostien, klaffende
- 126. Ureterstenosen und -atresien. Ureterocele

- 127. Vesica gigantea

XIV. Milz und Blut

100. Krankhafte Blutarmut des Neugeborenen
101. Angeborene krankhafte Störungen der Blutneubildung
102. Angeborene Defekte der Blutgerinnung und der Blutplättchen
103. Bluterkrankheit
104. Angeborene familiäre Gelbsucht
105. Widerstandsschwäche der roten Blutkörperchen des Neugeborenen
(mit und ohne Kugelzellbildung)

XV. Harn- und Geschlechtsorgane

106. Fehlen der Hoden
107. Angeborener Verschuß oder Verengung der Harnröhre
108. Verschuß der Scheide
109. Angeborene Ausstülpungen in der Blase und in der Harnröhre
110. Falsche Lage der Niere
111. Totale Blasenspalte mit Fehlen der Vorderwand
112. Verbindungsgänge zwischen Mastdarm und Harn- und Geschlechtsorganen
113. Offene Verbindung zwischen Blase und Nabel
114. Echte und falsche Zwitterigkeit
- *115. Wasserbruch des Hodens und des Samenstrangs
- *116. Flüssigkeits- und Blutansammlung in Gebärmutterhöhle und Scheide
117. Angeborene Erweiterung des Nierenbeckens und der Nierenkelche
118. Obere und untere Spaltbildung der Harnröhre
119. Hoden im Leistenkanal oder in der Bauchhöhle (einseitig oder beidseitig)
120. Angeborene Nierengeschwülste und -Kammern
121. Hufeisenniere oder zusammengewachsene Niere
122. Doppelnieren
123. Verengung des Blasenausganges
124. Mischgeschwülste (im Gebiet des Steißes, der Eierstöcke und im Bauchfell-Körperwandraum)
125. Klaffende Mündungen der Harnleiter
126. Verengungen und Verschlüsse der Harnleiter.
Ausbuchtungen des Harnleiters
127. Riesenblase

XVI. Nervensystem

a. Gehirn

- 128. Dermoidcysten des Wirbelkanals, angeborene
- 129. Epilepsieformen:
 - a. Myoklonus-Epilepsie (familiär)
 - b. Symptomatische Epilepsie auf Grund angeborener Leiden des Gehirns und der Schädelknochen
 - c. Symptomatische Epilepsie auf Grund nachweisbarer Geburtstraumen
- 130. Hirnsklerosen, diffuse
- 131. Encephalocystomeningocele
- 132. Hydrocephalus cong.
- 133. Hirnsklerose, tuberöse (Bourneville)
- 134. Lähmungen, Athetosen und Dyskinesien, angeborene, cerebrale
- 135. Nervensystem: Heredo-degenerative Erkrankungen (z. B. Friedreichsche Ataxie)

b. Rückenmark

- 136. Dystrophia musculorum spinalis progressiva (Werdnig-Hoffmann)
- 137. Dystrophie und Araphie (Hydromyelie, Syringomyelie)
- 138. Myatonia cong. (Oppenheim)

XVII. Sinnesorgane

a. Auge

- 139. Amblyopia cong.
- 140. Angiomatosis cerebri et retinae (Hippel-Lindau)
- 141. Angiomatosis encephalo-trigeminalis (Sturge-Weber-Krabbe)
- 142. Buphthalmus, Glaucoma cong.
- 143. Cornea: angeborene Trübungen und Staphylome
- 144. Dermoide der Orbita
- 145. Fibroplasia retrolentalis und Pseudoglioma cong.

XVI. Nervensystem

a. Gehirn

128. Angeborene kammerige Geschwülste des Wirbelkanals vom Hautgewebe stammend
129. Angeborene Fallsucht
 - a) Familiäre Fallsucht mit Muskelzuckungen
 - b) Fallsucht infolge angeborener Gehirnschädigung oder Schädigung des knöchernen Schädels
 - c) Fallsucht infolge Schädel-Gehirnschädigung durch die Geburt
130. Allgemeine Verhärtung des Gehirns
131. Vortreibung einer Gehirnpartie und der Gehirnhäute
132. Angeborener Wasserkopf
133. Knollige Verhärtungen des Gehirns
134. Angeborene Lähmungen, vom Gehirn ausgehende Lähmungen, Fehlbewegungen und Bewegungsstörungen
135. Erbliche Entartungsleiden des Nervensystems (z.B. Friedreich'sche Lähmung mit Koordinationsstörung und Spitzfußbildung)

b. Rückenmark

136. Fortschreitende angeborene Muskelentartung infolge Rückenmarkschäden (Werdnig-Hoffmann)
137. Entartung, Wachstums- und Reiferückstand (Ansammlung von Flüssigkeit im Rückenmark und in den Rückenmarkhäuten, Höhlenbildung im Rückenmark)
138. Angeborene Muskelschlaffheit

XVII. Sinnesorgane

a. Auge

139. Angeborene, hochgradige Sehschwäche
140. Blutgefäßgeschwülste im Gebiet des Gehirns und der Netzhaut
141. Blutgeschwulstbildungen im Gebiet des Stammhirns und des Drillingsnervs
142. Riesenauge, angeborener grüner Star
143. Angeborene Trübungen und Ausbuchtungen der Hornhaut
144. Hautzellengeschwülste der Augenhöhle (Lederhautgeschwülste)
145. Verhärtende Gewebswucherung im Augennern und angeborene (falsche) Nervengeschwulst

146. Ichthyosis palpebrarum et corneae *Originaltext*
*147. Irisanomalien, angeborene und Kolobome der Uvea

*148. Lider: Mißbildungen (Blepharochalasis, Entropium, Lidkolobom, Ankyloblepharon)
*149. Linsenstörungen, angeborene
150. Melanosis
151. Musculi oculi externi: Lähmung einzelner oder aller
*152. Naevi
*153. Neurofibromatosis
*154. Nystagmus
155. Opticusanomalien
*156. Ptosis inkl. Marcus-Gunnsches Phänomen

*157. Pupillenstörungen, angeborene
158. Refraktionsanomalien, hochgradige, angeborene
159. Retinoblastom
160. Retractio bulbi
*161. Strabismus concomitans
162. Tapetoretinale Degenerationen (Retinitis pigmentosa, Atrophia gyrata, chorioideae et retinae, Chorioideremie, angeborene tapetoretinale Amaurosen)
*163. Tränenwege: Mißbildungen (angeborene Tränensackstenose, Atresie der Tränenpünktchen)

b. Ohr

164. Atresia auris cong.
*165. Mißbildungen (einschließlich schwere Stellungsanomalien) der Ohrmuschel
166. Spaltbildung im Ohrbereich und Mittelohrfisteln, angeborene Trommelfelldefekte
167. Taubheit und hochgradige Schwerhörigkeit, angeborene

XVIII. Endokrine Organe und angeborene Stoffwechselkrankheiten

168. Adrenogenitales Syndrom
169. Albright'sches Syndrom (Osteodystrophia fibrosa mit Hautpigmentationen und Pubertas praecox)
170. Alkaptonurie
171. Craniopharyngeom

146. Schuppenhaut der Lider und der Augenhornhaut
- *147. Mißbildungen der Iris, angeborene Spaltbildungen
dasselbst, im Linsenaufhängeapparat und der Aderhaut
- *148. Mißbildungen der Lider (Schlaffe Lidhaut, Einwärtsdrehen des
Lidrandes, senkrechte Spaltbildungen, teilweise Verwachsung der
Lider)
- *149. Angeborene Linsenstörungen
150. Pigmentzellenwucherung
151. Lähmung einzelner oder aller äußeren Augenmuskeln
- *152. Hautmale
- *153. Geschwülste des Nerven-Bindegewebes
- *154. Rhythmische, zuckende Augenbewegungen
155. Mißbildung des Sehnervs
- *156. Herabhängen des Oberlides (M.-Gunn = Emporschnellen eines
herabhängenden Lides bei Kaubewegungen)
- *157. Angeborene Pupillenstörungen
158. Sehstörungen infolge hochgradiger Formfehler des Augapfels
159. Nervengeschwulst der Netzhaut
160. Augeneinziehung
- *161. Begleitschielen
162. Entartung der Netzhautunterlage (Netzhautentartung mit Farb-
stoffeinlagerungen; Netz-Aderhautentartung in Windungen, An-
geborene Blindheit infolge Entartung der Netzhautunterlage)
- *163. Mißbildung der Tränenwege: Angeborener Verschuß (Verenge-
rung) des Tränensackes;
Verschuß, Verlagerung des Tränenaustrittes

b. Ohr

164. Angeborener Verschuß oder Fehlen des Gehörganges
- *165. Mißbildungen (einschließlich schwere Stellungsanomalien) der
Ohrmuschel
166. Spaltbildung im Ohrbereich und Mittelohrfisteln, angeborene
Trommelfelldefekte
167. Angeborene Taubheit und hochgradige Schwerhörigkeit

XVIII. Endokrine Organe und angeborene Stoffwechselkrankheiten

168. Ueberfunktion der Nebennieren und Geschlechtsdrüsen
169. Fibrös-bindegewebige Knochenentartung mit Hautfarbstoffstörung
und vorzeitiger Geschlechtsreife
170. Ausscheidung von Alkaptonen mit dem Harn
171. Kammerige Geschwülste unter der Schädelbasis mit hormonalen
Störungen des untern Gehirnanhanges

172. Diabetes insipidus cong.
173. Dysplasie, progressive diaphysäre (Camurati-Engelmann)

174. Fanconi-Debré-de Toni Syndrom
175. Glykogenosen
176. Haemochromatose, essentielle
177. Hepatico-lenticuläre Degenerationen (Wilson, Westphal, Strümpell)
178. Hyperaminoacidurien, primäre angeborene
179. Hypercalciurie, primäre
180. Hypo- und Athyreosen
181. Hypokaliaemie, familiäre
182. Hypophysäre und andere hereditäre Zwergwuchsformen

183. Idiotien, amaurotische (Tay-Sachs, Vogt-Spielmeier)
184. Idiotie, phenylpyruvische

185. Kretinismus

186. Lipoidstoffwechselstörungen, angeborene
187. Morbus Gaucher

188. Morbus Niemann-Pick
189. Morbus Schüller-Christian (inkl. eosinophiles Granulom)
190. Mucoviscidosis (cystische Pankreasfibrose)

191. Myoglobinurie, paroxysmale
192. Neuroblastoma sympathicum (Sympathicogonion)
193. Osteodystrophia fibrosa disseminata (Jaffé-Lichtenstein)

194. Oxalurie, Oxalosen, angeborene

195. Phaeochromozytom, angeborenes
196. Porphyrie, angeborene
197. Proteinstoffwechselstörungen, angeborene
198. Pubertas praecox, idiopathische
199. Reticulo-endotheliosen (Abt-Letterer-Siwesche Krankheit)

200. Tetanie infolge Hypoparathyreoïdismus

172. Angeborene Wasserharnruhr
173. Fortschreitendes Fehlwachstum im Bereich der Knorpel-Knochen-Wachstumszone der langen Knochen
174. Nierenentartung mit Zwergwuchs und Zuckerharnruhr
175. Glykogenabbaustörung (Glykogenspeicherkrankheit)
176. Angeborene Einlagerung von Blutfarbstoff in den Geweben
177. Entartung der Leber und der Stammhirnlinserkerne
178. Angeborene vermehrte Ausscheidungen von Eiweißsäuren im Harn
179. Vermehrte Kalkausscheidung im Harn als selbständiges Krankheitsbild
180. Unterentwicklung und Fehlen der Schilddrüse
181. Familiärer Blutkaliummangel
182. Durch den unter Gehirnanhang bedingte und andere vererbte Zwergwuchsformen
183. Schwerer Schwachsinn mit Blindheit
184. Schwachsinn infolge Störung des Eiweißstoffwechsels und Ausscheidung von Brenztraubensäure im Harn
185. Schwachsinn und Wachstumsstörungen infolge Unterfunktion der Schilddrüse
186. Angeborene Störungen des Lipoidstoffwechsels
187. Einlagerungskrankheit mit Zerebrosidstoffwechselstörungen mit Milzschwellung
188. Einlagerung von Lipoidstoffwechselprodukten in den Zellen
189. Cholesterineinlagerungskrankheit
190. Kammerige Verhärtung der Bauchspeicheldrüse mit Bronchien-erweiterungen und Nasennebenhöhlenerkrankungen
191. Anfallweises Ausscheiden von Muskelfarbstoff im Harn
192. Geschwulst des Sympathicusnervengewebes
193. Verstreute Knochenwachstumsstörung mit Bindegewebe-wucherungen
194. Angeborene Nierenentartung mit Zwergwuchs und Oxalatsalzen im Harn (Oxalatnierensteine)
195. Angeborene Geschwulst der Nebenniere
196. Angeborene Blutfarbstoffkrankheit
197. Angeborene Störung des Eiweißstoffwechsels
198. Vorzeitige Geschlechtsreife durch angeborene hormonale Störung
199. Wucherungen des reticulo-endothelialen Systems beim Säugling (Einlagerungen von krankhaften Stoffwechselsubstanzen in den Geweben)
200. Krampfkrankheit infolge Unterfunktion der Nebenschilddrüsen

201. Vitamin-D-resistente Rhachitis (Hypophosphataemie, Hypocalcaemie usw.)
202. Zuckerintoleranz (Lactose, Fructose usw.), angeborene

XIX. Weitere Gebrechen

203. Doppelmißbildungen
 204. Infektionskrankheiten, angeborene
wie z. B. Lues cong., Toxoplasmose, Tuberkulose, Listeriose
 205. Frühgeburten
bei Geburtsgewicht unter 2000 g und bis zur Erreichung des Normalgewichtes
 206. Schwere Schäden durch die Geburt.
-

C. Durch Departementsverfügung in Einzelfällen anerkannte Geburtsgebrechen

Gestützt auf Artikel 3, Absatz 2, GgV hat das Eidgenössische Departement des Innern in Einzelfällen die folgenden Leiden als Geburtsgebrechen anerkannt. Die IV-Kommissionen haben Gesuche um Anerkennung in gleichartigen Fällen mit den Akten dem Bundesamt für Sozialversicherung zu unterbreiten.

Die nachstehende Liste gibt den heutigen Stand dieser Anerkennungen wieder.

Megencephalie: Gleiche Bezeichnung für dieselbe Mißbildung: Makrocephalus, Megaloencephalie = Abnorme Größe des Gehirns (infolge abnormer Entwicklungsstörung) mit Schwachsinn.

Idiopathische Spontanhypoglykämie = zu geringer Blutzuckergehalt ohne andere Ursache.

Enzymopenische Methämoglobinämie = zu hoher Methämoglobingehalt des Blutes infolge angeborenen Fermentmangels.

201. Englische Krankheit, die auf Vitamin-D-Behandlung nicht anspricht (Mangel von Phosphor und Kalksalzen im Blut)
202. Angeborene Unverträglichkeit gegenüber Milch-, Frucht- und anderem Zucker

XIX. Weitere Gebrechen

203. Doppelmißbildungen
 204. Angeborene Infektionskrankheiten wie z. B. Lues (Syphilis), Toxoplasmose, Tuberkulose, Listeriose
 205. Frühgeburten bei Geburtsgewicht unter 2000 g und bis zur Erreichung des Normalgewichtes
 206. Schwere Schäden durch die Geburt
-

Atresia intestinalis congenitalis = angeborener Verschuß des Darms.

Prader-Willi-Syndrom = angeborene Entwicklungsstörung mit Schwachsinn, Fettsucht, Kleinwuchs, unterentwickelten Geschlechtsdrüsen, Muskelschlaffheit im Neugeborenenalter und gelegentlich einer atypischen Zuckerkrankheit als Späterscheinung.

Epulis melanotica congenita = angeborene dunkle Zahnfleischgeschwulst.

Amelogenesis imperfecta = angeborenes Fehlen des Zahnschmelzes an bleibenden Zähnen.

D. Zum Begriff Geburtsgebrechen

Die vorstehend wiedergegebene Liste enthält nicht alle von der medizinischen Wissenschaft als Geburtsgebrechen bezeichneten Leiden. Nach dem Wortlaut von Artikel 13 IVG durfte der Bundesrat nur solche Gebrechen aufnehmen, die ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können. So sind z. B. unbedeutende kosmetische Mängel, die aller Voraussicht nach die Erwerbsfähigkeit nicht be-

einträchtigen, nicht berücksichtigt worden. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden sogenannte Bagatellen, die zwar ohne geeignete Behandlung zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können, deren Behebung aber ohne wesentliche Kosten möglich ist und die deshalb nicht als eigentliche Gebrechen bezeichnet werden können.

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

Geburtsgebrechen, mit deren Auftreten in der Schweiz praktisch nicht gerechnet werden muß, sind nicht in die Liste aufgenommen worden. Um dennoch gegebenenfalls solche Sonderfälle berücksichtigen zu können, ist das Eidgenössische Departement des Innern gemäß Artikel 3 GgV ermächtigt, eindeutige Geburtsgebrechen, die in der Liste nicht enthalten sind, in Einzelfällen den in der Verordnung aufgeführten Gebrechen gleichzustellen (s. Abschnitt C hievor).

Schließlich gibt es eine Reihe von Geburtsgebrechen, die wohl in der Mehrzahl der Fälle harmlos verlaufen, daneben aber auch in schwereren Formen auftreten und dann die Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinflussen. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurden auch solche Gebrechen in die Liste aufgenommen, jedoch mit der Einschränkung, daß die medizinischen Maßnahmen der IV nicht gewährt werden, wenn im Einzelfall das betreffende Leiden die Erwerbsfähigkeit offensichtlich nicht zu beeinflussen vermag (Art. 1, Abs. 2, GgV), Gebrechen, für die diese Einschränkung Geltung hat, sind in der Liste mit einem * bezeichnet. Bei Vorliegen eines solchen Geburtsgebrechens ist somit *im Einzelfall* zu prüfen, ob mit einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zu rechnen ist oder nicht.

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

anlagung Einwirkungen nach der Geburt zur Entstehung des Leidens führen.

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

E. Die Behandlung von Geburtsgebrecben bei Erwachsenen

Nach Artikel 85, Absatz 2, IVG haben erwachsene Versicherte während den ersten fünf Jahren seit Inkrafttreten des IVG (d. h. bis zum 31. Dezember 1964) ebenfalls Anspruch auf Leistungen gemäß Artikel 13 IVG, sofern das Geburtsgebrecben durch eine *zeitlich beschränkte* medizinische Maßnahme *behoben oder dauernd gemildert* werden kann. Maßgebend ist die Liste der Geburtsgebrecben. Hinsichtlich der mit einem * bezeichneten Gebrecben ist hiebei folgendes zu beachten:

Während man bei Beurteilung der zu erwartenden Auswirkungen eines Geburtsgebrecbens auf die Erwerbsfähigkeit bei minderjährigen Versicherten weitgehend auf bloße Vermutungen angewiesen ist, können bei erwachsenen Versicherten die tatsächlichen Verhältnisse berücksichtigt werden. *Erwachsene*, die gestützt auf Artikel 85, Absatz 2, IVG Leistungen geltend machen, haben daher nicht nur nachzuweisen, daß es sich um ein Geburtsgebrecben handelt, das in der Liste aufgeführt ist und durch zeitlich beschränkte Maßnahmen behoben oder gemildert werden kann, sondern hinsichtlich der mit einem * bezeichneten Gebrecben überdies darzutun, daß *das Geburtsgebrecben die Erwerbsfähigkeit tatsächlich beeinträchtigt*.

Der Zweck dieser Bestimmung besteht darin, den im Zeitpunkt des Inkrafttretens des IVG bereits volljährigen Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen diejenigen Leistungen zu gewähren, welche ihnen als Minderjährige zugestanden hätten, wenn zu jenem Zeitpunkt das IVG bereits in Kraft gewesen wäre. Aus diesem Grunde können nur Gebrecben berücksichtigt werden, *die schon vor Erreichung der Volljährigkeit im Sinne von Artikel 13 IVG behandlungsbedürftig waren* (ZAK 1961, S. 135).

F. Die Anmeldung der Geburtsgebrechen bei der IV

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

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

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

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

Durchführungsfragen der AHV

Beitragsabrechnung für Mitglieder von Schätzungskommissionen beim Autobahnbau

Im Zusammenhang mit dem Bau von Autobahnen werden heute Güterzusammenlegungen vorgenommen. Ihre Durchführung wird oft Flurgenossenschaften übertragen (vgl. Art. 703 ZGB). Gewisse Kantone gewähren diesen Flurgenossenschaften Beiträge an die durch den Autobahnbau verursachten Kosten. Zu diesen Kosten gehören auch Vergütungen (Taggelder und Unkostenersatz) an die Mitglieder von Schätzungskommissionen für die Arbeit, die die Schätzer hinsichtlich der vom Autobahnbau betroffenen Parzellen leisten.

Ist die Schätzungskommission im betreffenden Kanton ein gesetzlich vorgesehenes Organ der Flurgenossenschaft, so sind ihre Mitglieder öffentliche Funktionäre im Sinne des AHV-Rechtes. Die Taggelder, die ihnen gewährt werden, gehören daher zum maßgebenden Lohn (vgl. Kreisschreiben über den maßgebenden Lohn, Rz 111 und 115).

Als Arbeitgeber im AHV-rechtlichen Sinn ist die Flurgenossenschaft zu betrachten, auch in bezug auf die Löhne, welche der Kanton der Flurgenossenschaft ersetzt (vgl. Kreisschreiben über den maßgebenden Lohn, Rz 36). Der Kanton erscheint als am Arbeitsverhältnis unbeteiligter Dritter.

Ob der Kanton der Flurgenossenschaft nur den Lohn oder auch die Arbeitgeberbeiträge zu ersetzen habe, ist eine Frage, die nicht das AHV-Recht beschlägt, sondern das Recht, das die Beziehungen zwischen Flurgenossenschaft und Kanton regelt.

LITERATURHINWEISE

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Kleiner Ratgeber für Eltern von Kindern, die mit solchen Leiden zur Welt kommen. In «Pro Infirmis», Heft Nr. 1, Juli 1963, S. 1—19, illustriert. Als Separatdruck erhältlich bei Pro Infirmis, Postfach Zürich 32.

KLEINE MITTEILUNGEN

Ausgleichsfonds der AHV

Der Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds der AHV tätigte im zweiten Quartal 1963 Anlagen im Betrage von 84,5 Millionen Franken (178,5 Millionen im ersten Quartal 1963), wovon 22,1 (10,6) Millionen auf Wiederanlagen entfallen.

Der Gesamtbestand aller Anlagen des Ausgleichsfonds stellt sich am 30. Juni 1963 auf 6 446,2 Millionen Franken (6 381,9 Stand Ende erstes Quartal 1963). Dieser Bestand verteilt sich auf die einzelnen Kategorien in Millionen Franken wie folgt: Eidgenossenschaft 433,4 (452,7), Kantone 1 045,9 (1 033,1), Gemeinden 848,7 (841,8), Pfandbriefinstitute 1 791,8 (1 791,8), Kantonalbanken 1 219,2 (1 199,2), öffentlich-rechtliche Institutionen 23,7 (23,8) und gemischtwirtschaftliche Unternehmungen 1 083,5 (1 039,5).

Die durchschnittliche Rendite der Anlagen beläuft sich am 30. Juni 1963 auf 3,30 Prozent gegen 3,29 Prozent am Ende des ersten Quartals 1963.

Familienzulagen im Kanton Neuenburg Der Große Rat des Kantons Neuenburg hat am 18. Juni 1963 einer Änderung des Gesetzes über Familienzulagen zugestimmt, die auf den 1. August 1963 in Kraft tritt. Die Revision sieht im wesentlichen folgende Neuerungen vor.

Kinderzulagen Der Ansatz der Kinderzulage wurde von 25 auf 30 Franken im Monat erhöht. Die Altersgrenze beträgt wie bisher 18 Jahre bzw. 20 Jahre, wenn das Kind wegen einer Krankheit, eines Unfalles oder eines Gebrechens erwerbsunfähig ist.

Zulage für die berufliche Ausbildung Für Kinder, die eine Berufslehre absolvieren oder die einem Studium obliegen und deren Eltern im Kanton niedergelassen sind, besteht Anspruch auf eine Zulage für die berufliche Ausbildung von 50 Franken im Monat. Der Anspruch beginnt mit der Beendigung des obligatorischen Schulunterrichts und dauert grundsätzlich bis zum vollendeten 20. Altersjahr. Wenn die Beendigung der Lehre oder des Studiums in das Kalenderjahr fällt, in dem das 20. Altersjahr vollendet wird, so dauert der Anspruch bis zur Beendigung der Ausbildung.

Familienzulagen im Kanton Genf Die Vollziehungsverordnung vom 17. Juni 1944 zum Gesetz über die Familienzulagen für Arbeitnehmer wurde ersetzt durch eine neue Vollziehungsverordnung vom 11. Juni 1963, die am 16. Juni 1963 in Kraft getreten ist.

Adressenverzeichnis AHV/IV/EO Seite 10, Ausgleichskasse 37, Elektrizitätswerke
Neue Adresse: Feldeggstraße 49, Zürich 8
Postfach Zürich 34
Neue Tel. Nr.: (051) 47 40 90

Seite 7, Ausgleichskasse 13, Baselland, und
Seite 23, IV-Kommission Baselland
Berichtigung der neuen Tel. Nr.: (061) 47 22 70

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Beiträge

Urteil des EVG vom 26. Januar 1963 i. Sa. A. B.

Art. 64 AHVG; Art. 117, Abs. 2, AHVV. Örtlich zuständige Ausgleichskasse. (Erwägung 1)

Art. 84 AHVG. Die Einrede mangelnden neuen Vermögens (Art. 265, Abs. 3, SchKG) ist beim Vollstreckungsrichter, nicht bei den Beschwerdebehörden der AHV/IV/EO zu erheben. (Erwägung 2)

Art. 12, Abs. 1; Art. 14, Abs. 1; Art. 51, Abs. 3, AHVG. Für Löhne, die Massaschulden sind, gilt die Konkursmasse als Arbeitgeber. Nach Schluß des Konkursverfahrens sind Arbeitnehmerbeiträge von solchen Löhnen direkt vom Arbeitnehmer nachzufordern.

Die Ausgleichskasse des Kantons X verfügte, der im Kanton Y wohnhafte Berufungskläger müsse von einem Lohn, den er in der Zeit vom Januar 1957 bis zum August 1958 seinem im Kanton X wohnenden Hauswart ausgerichtet habe, Lohnbeiträge nachzahlen. Der Arbeitgeber beschwerte sich. Die Nachforderung sei weder im Nachlaßverfahren, das im zweiten Halbjahr 1957, noch im Konkursverfahren, das im Jahre 1958 gegen ihn durchgeführt worden sei, angemeldet worden, und er sei seither nicht zu neuem Vermögen gekommen.

Die Rekursbehörde des Kantons X wies die Beschwerde ab. Der Arbeitgeber bestreite nicht, dem Hauswart den betreffenden Lohn ausgerichtet zu haben. Demnach bestehe die streitige Nachforderung zu Recht. Ob sie auch vollstreckbar sei, habe nicht der AHV-Richter, sondern der Betreibungsrichter zu entscheiden. Der Arbeitgeber legte Berufung ein. Das EVG hieß diese im Sinne der nachstehenden Erwägungen teilweise gut und wies die Akten an die Ausgleichskasse des Kantons X zurück.

1. Laut Handelsregister hatte der Berufungskläger sein Geschäft im Kanton Y betrieben. Das Konkursverfahren ist in diesem Kanton durchgeführt worden, und der Berufungskläger wohnt nach wie vor in diesem Kanton. Deswegen fragt es sich, ob die Nachforderung von AHV-Beiträgen für die Zeit der Geschäftsführung und des Konkursverfahrens nicht der Ausgleichskasse des Kantons Y obliege (Art. 64, Abs. 2, AHVG in Verbindung mit Art. 117, Abs. 2 und 4, AHVV). Mit dieser Frage nach der örtlichen Zuständigkeit wird sich die Ausgleichskasse des Kantons X vorab befassen müssen.

2. Hinsichtlich des im Jahre 1957 bezahlten Lohnes erklärt die Vorinstanz zutreffend, der Beschwerdeführer werde seine konkursrechtliche Einrede des mangelnden neuen Vermögens beim Betreibungsrichter erheben müssen (vgl. Urteil vom 24. Januar 1958 i. Sa. S. SA., EVGE 1958, S. 42 f., ZAK 1958, S. 184).

Hat der Berufungskläger wirklich während des Jahres 1957 die gesamten 1 280 Franken an B. bezahlt, so ist der Nachzahlungsverfügung insoweit zuzustimmen, als sie das Jahr 1957 betrifft. Indessen sind laut dem Bericht des Konkursamtes dem Hauswart «für die Zeit vom 1. Mai bis 31. Dezember 1957» 920 Franken Lohn ausgerichtet worden. Möglicherweise hat die Ausgleichskasse diesen Teilbetrag versehentlich ins Jahr 1957 verlegt, während er tatsächlich erst im Jahre 1958 zur Auszahlung gelangt und in diesem Falle zu Lasten der Konkursmasse gegangen ist (vgl. Erwägung 3 hernach). Es ist Aufgabe der zuständigen Ausgleichskasse, zu überprüfen, wie es sich in dieser Hinsicht verhalten hat, und nötigenfalls die für das Jahr 1957 geltend gemachte Nachforderung zu reduzieren.

3. Der im Jahre 1958 bezahlte Lohn ist von der Konkursverwaltung als Massaschuld behandelt worden. Daher ist, wie das Bundesamt mit Recht einwendet, während dieses Jahres nicht der Berufungskläger, sondern die — durch die Konkursverwaltung vertretene — Konkursmasse der beitragspflichtige Arbeitgeber des Hauswartes gewesen (Art. 12 und 14, Abs. 1, AHVG in Verbindung mit Art. 262 SchKG; Jaeger, Kommentar 3. Aufl. zu Art. 262 SchKG, Note 3, und Ergänzungsband IV, S. 113; EVG-Urteil vom 14. Dezember 1950 i. Sa. W. T., EVGE 1950, S. 206, ZAK 1951, S. 75). Insofern ist die Nachzahlungsverfügung der Ausgleichskasse, soweit sie das Jahr 1958 beschlägt, zu Unrecht gegenüber dem Berufungskläger ergangen. Wie der Bericht des Konkursamtes zeigt, hat sich die Annahme der Vorinstanz, der Berufungskläger selbst habe die gesamten 2 238 Franken seinem Abwart bezahlt, als unrichtig erwiesen.

Die zuständige Ausgleichskasse mag vielleicht versuchen, das Konkursamt auf Nachzahlung der rückständigen 2 Prozent Arbeitgeberbeiträge zu belangen (vgl. hiezu Jaeger, a.a.O., Note 3 am Schluß). Hingegen rechtfertigt der vorliegende Ausnahmefall ein Abweichen von der Regel, daß auch die 2 Prozent Arbeitnehmerbeiträge beim seinerzeitigen Arbeitgeber nachzufordern sind (vgl. Urteil vom 13. Juli 1956 i. Sa. B., EVGE 1956, S. 179, ZAK 1957, S. 444 und vom 14. Juli 1956 i. Sa. M. B., EVGE 1956, S. 186, ZAK 1957, S. 450). Deswegen hat die zuständige Ausgleichskasse die für das Jahr 1958 nachzuzahlenden Arbeitnehmerbeiträge direkt beim ehemaligen Arbeitnehmer zu erheben.

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 29. April 1963 i. Sa. L. B.

Art. 10, Abs. 1, und Art. 30, Abs. 1, IVG. Einer mehr als 60jährigen Ehefrau, die an einer Ehepaar-Altersrente der AHV beteiligt ist, steht kein Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen der IV mehr zu.

Die am 15. Juli 1900 geborene Versicherte ist seit dem 1. August 1960 an der Ehepaar-Altersrente ihres 1890 geborenen Ehemannes beteiligt. Vor dem 1. August 1960 bezog der Ehemann eine einfache Altersrente. Am 25. Oktober 1961 erlitt die Versicherte bei einem Autounfall eine Splitterfraktur des 6. Brustwirbels mit vollständiger Durchquetschung des Rückenmarks, die eine Lähmung der Beine, der Bauchdecke, des Mastdarms und der Blase zurückließ. Im Mai 1962 meldete sich die Verunfallte bei der IV und verlangte Eingliederungsmaßnahmen (medizinische Maßnahmen und Hilfsmittel). Durch Verfügung vom 18. Juli 1962 brachte ihr die Ausgleichskasse zur Kenntnis, daß sie als Bezügerin einer Ehepaar-Altersrente keinen Anspruch auf Leistungen der IV habe. Eine 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:

Gemäß Art. 10, Abs. 1 und Art. 30, Abs. 1, IVG erlöschen sowohl der Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen als auch der Rentenanspruch gegenüber der IV mit der Entstehung des Anspruches auf eine Altersrente der AHV. Aus diesen gesetzlichen Bestimmungen und den Gesetzesmaterialien hat das EVG abgeleitet, daß Bezüger von Altersrenten der AHV grundsätzlich keine Leistungen der IV mehr beanspruchen könnten; vorbehalten blieben ausdrückliche, von diesem allgemeinen Grundsatz abweichende Normen, wie sie hinsichtlich der Weitergewährung bereits bestehender Zusatzrenten und Hilflosenentschädigungen über das AHV-rechtliche Rentenalter hinaus im IVG verankert sind (EVGE 1960, S. 340 und 346, ZAK 1961, S. 43 und 45).

Aus EVGE 1961, S. 53 (ZAK 1961, S. 318) geht zwar hervor, daß eine Ehefrau Zusatzrenten der IV für ihre Kinder beanspruchen kann, wenn sie einzig wegen ihrer Invalidität an einer Altersrente beteiligt ist. Das trifft gemäß Art. 22, Abs. 1, AHVG zu, wenn die noch nicht 60jährige Ehefrau eines mehr als 65 Jahre alten Ehemannes mindestens zur Hälfte invalid ist. Hat aber die Ehefrau das 60. Altersjahr erfüllt, so ist sie nach Art. 22, Abs. 1, AHVG wegen ihres Alters an der Ehepaar-Altersrente des Ehemannes beteiligt, was die Gewährung von Zusatzrenten der IV ausschließt. Da der Anspruch auf Rentenleistungen und auf Eingliederungsmaßnahmen der IV gemäß Art. 30, Abs. 1 und Art. 10, Abs. 1, IVG zum gleichen Zeitpunkt erlischt, stehen einer mehr als 60jährigen Ehefrau, die an einer Ehepaar-Altersrente beteiligt ist, nach den Darlegungen im Urteil vom 15. Januar 1963 i. Sa. M. M. (ZAK 1963, S. 170) auch keine Eingliederungsmaßnahmen mehr zu (was in EVGE 1961, S. 58, ZAK 1962, S. 318, noch offen gelassen wurde).

Im vorliegenden Falle ist die Versicherte, die am 15. Juli 1960 das 60. Altersjahr erfüllte, seit dem 1. August 1960 an einer Ehepaar-Altersrente beteiligt. Es ist daher ausgeschlossen, ihr wegen der Folgen des am 25. Oktober 1961 erlittenen Unfalles Eingliederungsmaßnahmen zu gewähren, was somit zur Abweisung der Berufung führt.

Urteil des EVG vom 15. März 1963 i. Sa. M. H.

Art. 13 IVG. Für die Annahme eines Geburtsgebrechens genügt in beweisrechtlicher Hinsicht, daß nach fachärztlichem Dafürhalten wahrscheinlich ein in der GgV enthaltenes Gebrechen vorliegt. (Erwägung 1)

Art. 14 IVG. Stehen einem bildungsunfähigen Minderjährigen medizinische Maßnahmen zur Behandlung eines Geburtsgebrechens zu, so ist für Zeiten der Anstaltspflege Art. 14, Abs. 2, IVG, für Zeiten der Hauspflege Art. 13 IVV anwendbar. (Erwägung 3)

Am 2. Februar 1960 schrieb der Vater eines 15jährigen Mädchens der kantonalen IV-Kommission, seine Tochter leide seit dem ersten Lebensjahr an epileptischen Anfällen. Im Jahre 1947 sei sie in einem Kinderspital und zuletzt 1959 vier Monate in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebracht gewesen. Nunmehr sei sie zuhause und benötige täglich Medikamente. Er ersuchte um Gewährung medizinischer Maßnahmen und um einen Beitrag an die Pflegekosten, da das Mädchen bildungsunfähig sei. Von der Kommission um Bericht ersucht, bescheinigte der Hausarzt, die Versicherte leide seit dem zweiten Lebensjahr an hochgradiger genuiner Epilepsie, bedürfe darum dauernder ärztlicher Kontrolle und sei idiotisch. Anfangs August 1961 meldete der Vater, die Versicherte weile jetzt in der Schweizerischen Anstalt für Epileptische. Am 15. August 1961 schrieb Pro Infirmis, im Kinderspital habe man seinerzeit eine «angeborene Mißbildung von Hirnzellen» vermutet.

In der Folge verfügte die Ausgleichskasse, gemäß Art. 13 IVV zahle die IV ab Januar 1960 bis zur Volljährigkeit der Patientin an die Hauspflege einen Tagesbeitrag von 2 Franken und an die Pflege in der Schweizerischen Anstalt für Epileptische einen solchen von 3 Franken.

Der Vater beschwerte sich. Er machte geltend, während des Aufenthalts in der Anstalt für Epileptische schulde die IV nicht bloß ein Taggeld, sondern «die vollen Behandlungskosten», da ein Geburtsgebrechen vorliege und Art. 13 IVG anwendbar sei. Pro Infirmis ergänzte, die Versicherte sei in einer schweren Geburt zur Welt gekommen und den Eltern nach wenigen Monaten durch Augenzuckungen aufgefallen. Die kantonale Rekurskommission wies die Beschwerde ab. Der Entscheid wurde damit begründet, ein Geburtsgebrechen sei im vorliegenden Falle weder sicher noch höchst wahrscheinlich.

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

1. Die Vorinstanz überspannt die beweisrechtlichen Anforderungen, wenn sie erklärt, Art. 13 IVG sei nur anwendbar, falls sicher ein Geburtsgebrechen bestehe oder mindestens eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit für ein solches spreche. Verlangt ein Sozialversicherungsgesetz nicht ausdrück-

lich einen medizinisch gesicherten Sachverhalt (vgl. etwa Art. 5, Abs. 1, MVG in Verbindung mit EVGE 1957, S. 13, Erw. 2, und 1958, S. 6 oben), so muß dem Richter in ätiologischer Hinsicht das genügen, was laut fachärztlichem Dafürhalten wahrscheinlich ist. Das EVG verweist auf seine Urteile i. Sa. H. vom 9. Februar 1943, Erw. 1 (EVGE 1943, S. 64), M. vom 15. Januar 1945, Erw. 1 (EVGE 1945, S. 29), N. vom 14. Januar 1947, Erw. a (EVGE 1947, S. 5).

2. Aus einem spezialärztlichen Gutachten zur Epilepsie ergibt sich, daß die medizinische Forschung zwischen einer Epilepsie, die von angeborenen Leiden des Gehirns bzw. der Schädelknochen stamme (Art. 2, Ziff. 129, Buchst. b, GgV), und einer durch ein Gehirntrauma bewirkten Epilepsie (ebenda Buchst. c) noch keinen sauberen Trennungsstrich zu ziehen vermochte. Nicht einmal genaue klinische Befunde ermöglichten eine eindeutige Abgrenzung. Aetiologisch wichtig seien die Anamnese und allfällige körperliche Mißbildungen. Schließe man — notgedrungen empiristisch bei jeder Epilepsie, die sich vor dem vierten Lebensjahr manifestiert hat, auf ein Geburtsgebrechen, so erfasse man sehr wahrscheinlich «vor allem tatsächliche Geburtsgebrechen».

Im Licht dieser sachkundigen Stellungnahme macht es der vom Kinderhospital eingegangene Bericht wahrscheinlich, daß die Berufungsklägerin an einem Geburtsgebrechen im Sinne der Ziffer 129, Buchst. c, GgV leidet. Hiefür spricht, wie der Oberarzt einleuchtend darlegt, daß (nach normaler Schwangerschaft) der Geburtsakt abnorm lang gedauert hatte und das Kind, das bei der Geburt an weißer Asphyxie und mit acht Monaten erstmals an epileptischen Nick-Krämpfen gelitten hatte, im April 1947 einen «eindeutigen geistigen und auch statischen Entwicklungsrückstand» sowie eine Reihe angeborener Mißbildungen (Palatum ogivale, Syndaktylie der 4. und 5. Zehe, Epikanthus, Lingua geographica) aufgewiesen hat.

Zutreffend bemerkt das BSV, gegen diese spitalärztliche Beurteilung könne der hausärztliche Bericht vom April 1960, das Leiden bestehe erst seit dem zweiten Lebensjahr und sei eine genuine Epilepsie, nicht aufkommen. (Übrigens hatte der Vater schon in der Anmeldung vom 2. Februar 1960 geschrieben, die Versicherte leide seit dem ersten Lebensjahr an epileptischen Anfällen, und Pro Infirmis am 6. Januar 1962 der kantonalen IV-Kommission mitgeteilt, «kürzlich» habe nun der Hausarzt seine Diagnose genuine Epilepsie widerrufen.)

3. Aus alldem ergibt sich, daß die IV vom Januar 1960 an die wegen der Epilepsie notwendigen medizinischen Maßnahmen gewähren muß (Art. 13, 14, Abs. 1, und 85, Abs. 1, IVG in Verbindung mit Art. 1, Abs. 3, GgV). Und während für Zeiten der Anstaltspflege Art. 14, Abs. 2, IVG anwendbar ist, gebührt der Patientin für Zeiten der Hauspflege das Taggeid von 2 Franken, das ihr laut der Kassenverfügung vom 23. Dezember 1961 zugesprochen ist (Art. 13, Abs. 2, IVV).

Diese Leistungen schuldet die IV für so lange, als das Mädchen m i n d e r j ä h r i g ist. Für die Folgezeit wird die Versicherte aller Voraussicht nach eine Invalidenrente zu beanspruchen haben (Art. 28, Abs. 1, 29, Abs. 2, und 46 IVG).

Art. 14 IVG. Die IV übernimmt nur dann die Kosten für Unterkunft und Verpflegung eines Versicherten, wenn dieser wegen seines Zustandes während der Durchführung der eigentlichen medizinischen Maßnahmen auf eine Pflege, wie sie normalerweise in einer Kranken- oder Kuranstalt gewährt wird, angewiesen ist.

Die 1943 geborene Versicherte mußte sich im Mai 1960 wegen einer Wachstumsstörung des rechten Beines in einem Spital einer Operation (Arthrodese des unteren Sprunggelenkes und des Chopartschen Gelenkes) unterziehen. Noch im gleichen Monat konnte die Versicherte zu ihrem Schwager Dr. med. Z. entlassen werden, wo sie bis Oktober 1960 blieb. Da sie nicht gehfähig war, mußte sie im Bett behandelt und gepflegt werden. Vom 4. Januar bis 10. Februar 1961 wurde gemäß Anordnung von Dr. Z. bei einem Arzt in einer entfernten Stadt (Dr. Y.) eine physikalische Therapie durchgeführt. Während dieser Zeit war die Versicherte bei einem privaten Logisgeber untergebracht. Die IV übernahm die Kosten der Arthrodese samt Spitalaufenthalt und Nachkontrolle sowie die Kosten der Einlagen, was der Versicherten von der Ausgleichskasse durch Verfügung vom 1. Februar 1961 eröffnet wurde. Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen. Dieser Entscheid blieb unangefochten und erwuchs in Rechtskraft.

In einer weiteren Verfügung teilte die Ausgleichskasse der Versicherten mit, daß die IV-Kommission weitere Maßnahmen übernehme (u. a. eine Nachoperation der rechten Großzehe, die Nachbehandlung der ersten Operation vom Mai 1960, die seit August 1961 durchgeführte physikalische Therapie und die Behandlung bei Dr. Y.). Dagegen lehne es die IV-Kommission ab, für folgende Rechnungen aufzukommen: Rechnung Dr. Z. von 1 112 Franken für Pflege, Kost und Logis in den Monaten Mai bis Oktober 1960, Rechnung des Logisgebers von 328 Franken für Zimmer und Verköstigung und Rechnung des Vaters der Versicherten von 516 Franken für Pflege und Aufenthalt.

Gegen diese Verfügung beschwerte sich die Versicherte erneut bei der kantonalen Rekursbehörde. Diese hieß die Beschwerde teilweise gut, indem sie die IV anwies, die Rechnung Dr. Z. von 1 112 Franken zu bezahlen.

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

1. Gemäß Art. 14, Abs. 1, Buchst. a, IVG umfassen die medizinischen Maßnahmen die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege durchgeführt wird. Erfolgt die ärztliche Behandlung in einer Kranken- oder Kuranstalt, so hat der Versicherte überdies Anspruch auf Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung (Art. 14, Abs. 2, IVG). Die IV kann auch ganz oder teilweise zusätzliche Kosten übernehmen, die aus der Hauspflege entstehen (Art. 14, Abs. 3, IVG).

Auf Grund dieser Ordnung hat die IV für die Kosten der Unterkunft und Verpflegung des Versicherten nur aufzukommen, wenn dieser wegen seines Zustandes während der Durchführung der eigentlichen medizinischen Maß-

nahmen auf Anstalts- oder Hauspflege angewiesen ist. Es muß sich hierbei um eine Pflege handeln, wie sie normalerweise in einer Kranken- oder Kuranstalt gewährt wird. Ist der Versicherte in der Lage, sich ambulant behandeln zu lassen, so kann er von der IV keine Vergütung für gewährte Unterkunft und Verpflegung fordern; denn eine Pflege, wie sie normalerweise in einer Anstalt geboten wird, ist in einem solchen Falle nicht mehr notwendig.

2. Im vorliegenden Fall ist unbestritten, daß die bei der Versicherten seit Mai 1960 durchgeführten medizinischen Vorkehrungen (mit Einschluß der physikalischen Therapie) Eingliederungsmaßnahmen darstellen. Zu prüfen ist lediglich, ob die IV Rechnungen für die Verpflegung und Unterkunft der Versicherten zu übernehmen hat.

Der Logisgeber stellt Rechnung für Verpflegung und Unterkunft, die er der Versicherten während der Durchführung einer ambulanten physikalischen Therapie gewährte. Da die Versicherte in dieser Zeit keine Pflege mehr benötigte, wie sie normalerweise in einer Krankenanstalt geboten wird, geht die Rechnung nach dem oben Gesagten nicht zu Lasten der IV. Gleich verhält es sich mit der Rechnung, die der Vater der Versicherten für Unterkunft und Verpflegung stellt. Der Arzt Dr. Z. schreibt in seinem Bericht vom 4. Januar 1962, daß die Versicherte in der Stadt und zu Hause an Stöcken habe gehen können, und daß sie auch fähig gewesen sei, den Arzt aufzusuchen. Im übrigen sind der Versicherten in der Stadt nur deswegen zusätzliche Auslagen entstanden, weil die ambulante physikalische Therapie weit von ihrem Wohnort entfernt durchgeführt wurde. Es läßt sich mit guten Gründen die Auffassung vertreten, daß die gleiche Therapie an einem weniger entfernten Ort, möglicherweise sogar am Wohnort selbst hätte durchgeführt werden können, wo sich ein Kreisspital befindet.

Die Kosten der Unterkunft und Verpflegung bei Dr. med. Z. hat dagegen die Vorinstanz mit Recht der IV überbunden. Die Versicherte war damals auf eine Pflege angewiesen, wie sie in einem Krankenhaus gewährt wird, und die Pflege bildete einen untrennbaren Bestandteil der als Eingliederungsmaßnahme anerkannten postoperativen Behandlung.

3. ...

Urteil des EVG vom 13. März 1963 i. Sa. D. A.

Art. 21, Abs. 1, IVG; 15, Abs. 2, IVV. Die Abgabe eines Motorfahrzeuges setzt voraus, daß der Versicherte im Raume des Arbeitsortes oder dessen Umgebung wohnt. (Erwägung 2)

Die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel und das Zurücklegen von ungefähr 300 Metern zu Fuß bis zur Arbeitsstätte darf einem mit einer gut sitzenden Oberschenkelprothese ausgerüsteten Versicherten in der Regel zugemutet werden, sofern nicht weitere Umstände (schlechte Stumpfverhältnisse, Leiden am andern Bein) die Gehfähigkeit dauernd beeinträchtigen. (Erwägung 3)

Der im Jahre 1926 geborene Versicherte erlitt im Dezember 1948 einen Arbeitsunfall, wobei er an beiden Beinen schwer verletzt wurde. Das rechte Bein

mußte oberhalb des Knies amputiert werden. Seither trägt der Versicherte eine Prothese. Das linke Bein wurde doppelt gebrochen und der Fuß schwer verletzt. Der linke Fuß verursachte immer wieder Beschwerden und machte zwei chirurgische Eingriffe notwendig. 1941 wurde die vierte Zehe amputiert, und 1959 wurde der Nagel der großen Zehe entfernt. Im Sommer 1962 begab sich der Versicherte in die chirurgische Poliklinik einer Universität, wo man Hautverletzungen, welche durch Reibung der Prothese verursacht worden waren, in der Leistengegend rechts, sowie Vernarbungen alter Infektionen feststellte. Diese mit Abszessen verbundenen Verletzungen wurden gepflegt und geheilt. Trotzdem stellten sich gleich darnach Rückfälle ein. Seit 1949 bezieht der Versicherte eine SUVA-Rente in der Höhe von 221,45 Franken pro Monat, die einer Invalidität von 70 Prozent entspricht.

Nach seinem Unfall arbeitete der Versicherte in der Industrie und trat im März 1958 als Mechaniker in die Dienste einer in einem Vorort einer Kantonshauptstadt gelegenen Fabrik ein. Er arbeitet noch heute dort, bezieht bei voller Arbeitsleistung einen Stundenlohn von 4,10 Franken bei einer Arbeitszeit von 45 Stunden in der Woche. Im Jahre 1960 lernte der Versicherte seine jetzige Frau kennen. Am 10. Oktober 1961 vermählte er sich mit ihr und bezog eine Wohnung in der Kantonshauptstadt. Seine Frau tauschte im Juni 1960 ihr Automobil gegen einen anderen Kleinwagen ein, den der Versicherte seither für die Fahrten zur Arbeitsstätte benützt. Dieses Fahrzeug muß heute ersetzt werden, weshalb der Versicherte an die IV das Begehren stellte, ihm ein neues Automobil als Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG abzugeben.

Vor ihrer Beschlußfassung ließ die IV-Kommission die Verhältnisse durch die IV-Regionalstelle abklären. Aus deren Bericht ergab sich folgendes: Der Versicherte ist in der Lage, die öffentlichen Verkehrsmittel zu benützen, um zu seinem Arbeitsort zu gelangen. Er kann am Morgen um 6 Uhr 20 den Trolleybus besteigen, der nahe bei seiner Wohnung vorbeifährt, und um 6 Uhr 52 in der benachbarten Ortschaft eintreffen. Von hier muß er noch 300 Meter zu Fuß gehen bis zur Fabrik, in welcher er arbeitet. Das Transportproblem kann durch einen Umzug in die benachbarte Ortschaft gelöst werden, so daß die Abgabe eines Automobils nicht mehr notwendig ist. Auf Grund dieser Überlegungen lehnte die Ausgleichskasse, gestützt auf den entsprechenden Beschluß der IV-Kommission, das Gesuch des Versicherten ab.

Die kantonale Rekursbehörde wies die Beschwerde des Versicherten ab. Das EVG hingegen hieß die gegen diesen Entscheid eingereichte Berufung aus folgenden Erwägungen teilweise gut:

1. Invalide haben nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen 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 den Eingliederungsmaßnahmen der IV gehört auch die Abgabe von Hilfsmitteln (Art. 8, Buchst. d, IVG).

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 vom Bundesrat aufgestellte Liste findet sich in Art. 14 IVV. Darin sind unter Buchst. g auch Kleinauto-

mobile mit den jeweils notwendigen Anpassungen an das Gebrechen aufgeführt. Art. 15, Abs. 2, IVV führt dazu noch aus, ein Motorfahrzeug werde nur abgegeben, «wenn dauernd eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit ausgeübt werden kann und der Versicherte wegen wesentlicher Gehbehinderung den Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug nicht bewältigen kann». Der deutsche Text dieser Bestimmung unterstreicht (was in der französischen und italienischen Fassung nicht enthalten ist), daß die Bewältigung des Arbeitsweges dem Versicherten «wegen wesentlicher Gehbehinderung» nicht möglich sein muß. In seinen Richtlinien vom 20. Januar 1960 über die Zuspreehung und Abgabe von Hilfsmitteln in der IV legt das BSV fest, für die Gewährung eines Motorfahrzeuges durch die IV sei unerläßlich, «daß dem Versicherten infolge Einschränkung der Gehfähigkeit die Bewältigung des Arbeitsweges ohne persönliches Motorfahrzeug nicht möglich oder nicht zumutbar ist».

Im vorliegenden Fall arbeitet der Versicherte voll als Mechaniker und übt daher eine existenzsichernde Tätigkeit aus. Da seine Anstellung in der Fabrik bereits mehr als fünf Jahre dauert und eine Beendigung dieses Arbeitsverhältnisses nicht zu erwarten ist, ist der Dauercharakter dieser Erwerbstätigkeit offensichtlich. Ebenso ist unbestritten, daß seine Fähigkeit zur Fortbewegung stark eingeschränkt ist, und zwar nicht nur wegen des amputierten rechten Beines und des beeinträchtigten Zustandes des linken Beines, sondern auch deshalb, weil dem Versicherten die Prothese Beschwerden verursacht, die soweit gehen, daß er die Prothese nicht mehr tragen kann.

Unter diesen Umständen geht es nur noch um die Frage, ob der Versicherte im Sinne von Art. 15, Abs. 2, IVV den Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug bewältigen kann oder nicht.

2. Das kantonale Gericht hat diese Frage nicht näher geprüft, weil es angenommen hat, daß der Versicherte selbst das Bedürfnis zur Benützung eines Autos für die Überwindung des Arbeitsweges geschaffen hat, indem er in der Kantonshauptstadt Wohnsitz genommen hat, statt sich in der Nähe seiner Arbeitsstätte niederzulassen. Gestützt auf die Richtlinien des BSV vom 20. Januar 1960, wonach einem Versicherten ein Motorfahrzeug nur dann abzugeben ist, wenn eine angemessene Wohngelegenheit in der Nähe des Arbeitsplatzes nicht gefunden werden kann, nahm das kantonale Gericht an, der Beschwerdeführer habe den Beweis nicht erbracht, daß er nicht näher bei der Arbeitsstätte wohnen könnte. Daraus folgte die Vorinstanz, daß der Versicherte die Unannehmlichkeiten bei der Bewältigung des Arbeitsweges selber tragen müsse.

Diese ursprüngliche Auffassung des BSV, die vom kantonalen Gericht übernommen wurde, ist jedoch von der Rechtsprechung des EVG nicht geteilt worden. Zur Frage, ob ein Versicherter seinen Wohnort frei wählen könne, hat das EVG nämlich ausgeführt, daß die Art. 9, Abs. 1, und Art. 21, Abs. 1, IVG den Versicherten nicht verpflichten, seinen Wohnsitz «in die Nähe» der Arbeitsstätte zu verlegen. Es genügt, daß er «im Raum des Arbeitsortes oder dessen Umgebung» wohnt. Als der Versicherte im Jahre 1958 in der Fabrik eintrat, wohnte er in einer etwa 2 bis 3 km von der Arbeitsstätte entfernten Ortschaft. Heute beträgt nach seinen Aussagen die Strecke bis zum Arbeitsort 3 km. Die Arbeitsstätte liegt in einem Vorort der Kantonshauptstadt, wo

der Versicherte wohnt. Man kann daher grundsätzlich und vor allem auf Grund der hier vorliegenden Umstände annehmen, daß ein in einem Vorort arbeitender Versicherter, der in der Stadt wohnt, IV-rechtlich keine Nachteile zu tragen hat.

Selbst wenn der Versicherte am Arbeitsort Wohnsitz genommen hätte, wäre es übrigens nicht sicher, ob sich dann die Frage der Bewältigung des Arbeitsweges wesentlich anders stellen würde. Er hätte in dieser Ortschaft lediglich eine von der Fabrik entfernte Wohnung gefunden, ohne für den Arbeitsweg öffentliche Verkehrsmittel benützen zu können. Gemäß den Richtlinien des BSV hätte der Versicherte seine Wohnung nicht beliebig am Arbeitsort wählen können, sondern in der Nähe der Fabrik. Dadurch wäre aber die freie Wahl des Wohnsitzes dermaßen begrenzt, daß sie praktisch aufgehoben gewesen wäre.

3. Es stellt sich daher einzig noch die Frage, ob der Versicherte angesichts seines Zustandes den Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug zu bewältigen vermag oder nicht.

Um diese Frage beantworten zu können, muß man sich vor Augen halten, daß der Versicherte in Ermangelung eines persönlichen Motorfahrzeuges den täglichen Weg zur Arbeitsstätte im Trolleybus und im Tram, d. h. in Transportmitteln bewältigen müßte, die während der Stoßzeiten in der Regel stark besetzt sind, wobei er öfters keine Sitzgelegenheit fände. Ferner muß man sich vergegenwärtigen, daß keine direkte Verbindung zwischen der Wohnstätte und dem Arbeitsort besteht, daß also der Berufungskläger im Zentrum der Stadt, an einem belebten Platz mit starkem Verkehr, umsteigen müßte. Endlich muß man festhalten, daß das Tram den Versicherten nicht direkt zur Arbeitsstätte führt, sondern ungefähr 300 Meter dazu heran, welche er zu Fuß zurücklegen müßte.

Ein Beinamputierter, der mit einer gut angepaßten Prothese versehen ist, kann zweifelsohne in den meisten Fällen auch einen derartigen Arbeitsweg zurücklegen, also ins Tram steigen, aussteigen und etwa 300 Meter weit gehen, selbst wenn es dabei einer Anstrengung bedarf, die ein gesunder Mensch nicht kennt. Im vorliegenden Falle sind nun jedoch neben der Amputation des rechten Beines zwei weitere Tatsachen zu berücksichtigen: Einmal hat auch das linke Bein unter dem Unfall vom Jahre 1948 gelitten, und da es nicht vollständig gesund ist, kann es sehr wahrscheinlich nicht alle jene zusätzlichen Dienste leisten, welche ein Beinamputierter von dem intakt gebliebenen Bein normalerweise verlangt. Sodann leidet der Versicherte seit Juli 1962 wiederholt an Abszessen, welche von einer Schweißdrüsenentzündung der Leisten-egend rechts begleitet sind, was gemäß dem ärztlichen Zeugnis das Tragen der Prothese verhindert.

Weder die IV-Kommission noch die Vorinstanz — beiden war übrigens die letztgenannte Tatsache nicht genügend bekannt, da sie erst im Berufungsverfahren durch ein ärztliches Zeugnis belegt wurde — haben geprüft, wie sich dieser Zustand auf die Möglichkeiten des Versicherten, den Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug zu bewältigen, auswirkt. Beide Instanzen sind nämlich davon ausgegangen, daß auf diesen Arbeitsweg nicht abzustellen sei. Da ihre Auffassung vom EVG nicht geteilt wird (siehe Erwägung unter Ziffer 2), muß diese Frage entschieden werden. Trotz der durch das ärztliche

Zeugnis gelieferten Angaben erachtet das EVG indessen eine ergänzende Abklärung durch die IV-Kommission als notwendig. Wenn nämlich der Arzt betont, daß aus medizinischen Gründen die Verwendung einer Prothese nicht angezeigt sei, daß ferner die Schweißdrüsenzündung einen chronischen Verlauf genommen habe und es äußerst wünschenswert wäre, daß der Versicherte zur Überwindung seines Arbeitsweges über ein Motorfahrzeug verfügte, so genügen diese Angaben doch nicht, um rechtsgenügend den Dauercharakter der Beschwerden am Amputationsstumpf zu beweisen und um darüber zu befinden, ob die Benützung öffentlicher Transportmittel vom Berufungskläger nicht verlangt werden kann und ob der Gebrauch eines persönlichen Motorfahrzeuges die angemessenste Lösung darstellt.

4. Die Akten sind daher an die IV-Kommission zurückzuweisen. Wenn diese den Anspruch des Versicherten auf Abgabe eines Motorfahrzeuges zu Lasten der IV grundsätzlich bejaht, so muß sie noch prüfen, ob der Zustand des zurzeit vom Versicherten benützten Fahrzeuges den sofortigen Ersatz durch ein neues Auto erfordert oder nicht. Bejahendenfalls wäre das von der IV abzugebende «einfache und zweckmäßige Modell» zu bestimmen (Art. 21, Abs. 2, IVG). Zudem wären die Modalitäten der Abgabe des Hilfsmittels festzulegen (Art. 15, Abs. 3, IVV).

Urteil des EVG vom 18. März 1963 i. Sa. M. S.

Art. 21 IVG. Eine taubblinde Versicherte, die wegen ihres Gebrechens weder einen Führhund halten noch ein Motorfahrzeug führen kann, hat unter dem Titel Hilfsmittel Anspruch auf einen Beitrag an die Taxifahrten von der Wohn- zur Arbeitsstätte. Dieser Beitrag ist im Rahmen von Art. 11 IVV zu bemessen.

Die 1923 geborene Versicherte ist von Geburt an taub. Sie verlor vor einigen Jahren auch weitgehend das Augenlicht. Von 1944 bis Ende 1962 hat sie bei ihren Eltern als selbständige Glätterin gearbeitet. Seit März 1962 ist sie als Hilfsarbeiterin in einer Firma tätig. Im Februar 1960 meldete sich die Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. Die Ausgleichskasse hat mit einer Reihe von Verfügungen die Kosten für Schreibmaschinenstunden, Blindenschriftstunden, Blinden-Kurzschriftunterricht und berufliche Eingliederung sowie die Kosten einer Bogenschriftmaschine und eines Verständigungsgerätes übernommen. Durch Entscheid vom 19. Oktober 1961 wurde der Versicherten eine ganze Invalidenrente von monatlich 143 Franken (befristet bis 30. Mai 1962) zugesprochen.

Mit Verfügung vom 20. Juni 1962 hat die Ausgleichskasse die Rente weiter bewilligt. Dagegen wurde das Begehren, die Kosten der Taxifahrten vom Blindenhaus zur Arbeitsstätte zu übernehmen, abgewiesen.

Die Versicherte beschwerte sich gegen diese Verfügung — soweit sie die Übernahme der Kosten für die Taxifahrten ablehnte — bei der kantonalen Rekurskommission, welche die Kassenverfügung indessen bestätigte.

Das EVG wies in Gutheißung der Berufung die Sache zu neuer Beurteilung im Sinne nachfolgender Erwägungen an die IV-Kommission zurück:

1. Gemäß Art. 9, Abs. 1, IVG haben invalide oder von Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern. Nach der allgemeinen Voraussetzung des Art. 4 IVG muß ohne Hilfsmittel eine ins Gewicht fallende Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit im maßgebenden Tätigkeitsbereich gegeben sein.

Art. 21, Abs. 1, IVG bestimmt dementsprechend, daß der Versicherte im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel habe, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig seien. In Art. 14, Abs. 1, IVV, der die Liste der Hilfsmittel enthält, werden auch die Blindenführhunde (Buchst. f) und Fahrzeuge mit den jeweils notwendigen Anpassungen an das Gebrechen (Buchst. g) aufgeführt. Art. 15, Abs. 1, IVV ordnet ergänzend an, daß ein Hilfsmittel abgegeben wird, wenn der Versicherte für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit in seinem Aufgabenbereich, für seine Schulung, seine Ausbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung darauf angewiesen ist. Auch bei der Auslegung dieser Bestimmung ist die in Art. 9, Abs. 1, IVG enthaltene Umschreibung des Anspruches auf Eingliederungsmaßnahmen wegleitend (Urteil des EVG vom 5. Juni 1962 i. Sa. F. L., ZAK 1962, S. 472).

2. Unbestritten ist, daß die Versicherte wegen ihres fortgeschrittenen Augenleidens gezwungen war, den Beruf als Glätterin aufzugeben und eine Tätigkeit als Hilfsarbeiterin zu übernehmen. Nach den Akten scheint die Versicherte nun in einer Firma eine Stelle gefunden zu haben, die ihren Gebrechen Rechnung trägt und ihr erlaubt, die verbleibende Erwerbsfähigkeit wirksam auszuschöpfen. Ferner steht fest, daß die Versicherte in einem Blindenheim logieren muß und den Weg Blindenheim - Arbeitsplatz nicht allein und nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel bewältigen kann.

Es fragt sich, ob Art. 14 IVV es zulasse, der taub-blinden Versicherten einen Blindenführhund oder ein Kleinautomobil abzugeben. Die Frage ist zu verneinen, weil ihr der Gebrechen wegen verwehrt ist, einen Hund zu halten oder mit einem Fahrzeug am Verkehr teilzunehmen. Fällt das Kleinautomobil als ungeeignet weg, so ist nicht mehr zu untersuchen, ob die besonderen Voraussetzungen des Art. 15, Abs. 2, IVV erfüllt sind (Gehbehinderung und existenzsichernde Erwerbstätigkeit).

3. Die Versicherte macht geltend, Art. 14 IVV schließe nicht aus, daß die IV an Stelle des Hilfsmittels eine Ersatzentschädigung leiste. Die Frage, ob es nach dieser Gesetzesbestimmung angängig wäre, eine bestimmte Sache gegen eine Geldleistung auszutauschen, braucht indessen hier nicht entschieden zu werden; denn in Art. 14, Buchst. f und g, IVV sind die Hilfsmittel nur exemplifikatorisch und nicht abschließend aufgezählt. In diesem — ganz besonderen — Fall kann davon ausgegangen werden, daß die Versicherte einen Anspruch auf ein Hilfsmittel, das ihr den Zugang zur Arbeit ermöglicht, besitzt. Ein solches Hilfsmittel sind Taxifahrten vom Blindenheim zur Arbeitsstätte.

Besteht in diesem Sonderfall dem Grundsatz nach ein Anspruch auf Beiträge an die Taxifahrten, so ist nun zu prüfen, wie hoch die Leistungen der IV anzusetzen sind. Die Versicherte führt in der Berufungsschrift aus, die Beiträge müßten auf den Gegenwert eines Fahrzeuges oder eines Blindenführhundes — auf deren Lebensdauer umgerechnet — festgesetzt werden. Dieser Betrachtungsweise kann nicht ohne weiteres gefolgt werden: Unter dem Oberbegriff «Eingliederung» behandelt Art. 11 IVV die Beiträge, welche an die Transportkosten invalider Minderjähriger gewährt werden, um ihnen den Schulbesuch zu ermöglichen, und setzt sie auf höchstens 50 Franken im Monat fest. Die Verhältnisse der Versicherten sind vergleichsweise nicht derart, daß es sich rechtfertigen würde, diese Höchstleistung zu überschreiten. Vielmehr ist es angezeigt, auch in ihrem Sonderfall die Beiträge im maßlichen Rahmen des Art. 11 IVV festzusetzen.

Sache der Verwaltung ist es, die näheren Umstände zu prüfen und den genauen Transportkostenbeitrag festzusetzen. Die Akten sind daher an die IV-Kommission zurückzuweisen.

Renten und Taggelder

Urteil des EVG vom 26. Februar 1963 i. Sa. J. W.

Art. 22, Abs. 3, IVG und Art. 18 IVV. Es liegt keine ungebührliche Verzögerung zwischen der Anmeldung zum Leistungsbezug und der Anordnung der Eingliederungsmaßnahme, und daher kein Anspruch auf rückwirkende Auszahlung von Wartezeittaggeld vor, wenn die medizinische Eingliederung rund zwei Monate nach der Anmeldung begonnen werden mußte und die rückwirkende Anordnung dieser Maßnahmen durch die IV-Kommission erst einige Monate später erfolgte.

Der 1925 geborene Versicherte wies ein beidseitiges, schweres Hüftleiden auf. Mit seiner Anmeldung vom 25. März 1961 verlangte er medizinische Maßnahmen, da er in seinem Beruf von zunehmenden Schmerzen behindert wurde. Am 21. April 1961 trat vollständige Arbeitsunfähigkeit ein. Der behandelnde Arzt meldete den Versicherten am folgenden Tag zur Spitalbehandlung an, doch konnte dieser wegen Platzmangel erst am 23. Mai 1961 ins Spital eintreten. Während des Spitalaufenthaltes, der bis zum 22. Juni 1961 dauerte, führten die Ärzte eine Osteotomie links durch. Am 14. September 1961 beschloß die IV-Kommission unter anderem, die Kosten des Spitalaufenthaltes und der Operationskosten nachträglich zu übernehmen und vom Spitaleintritt an ein Taggeld zu gewähren. Diese Beschlüsse wurden dem Versicherten von der Ausgleichskasse durch Verfügung vom 1. Dezember 1961 eröffnet.

Der Versicherte ersuchte hierauf die IV-Kommission, ihm das Taggeld auch für die Zeit vom 21. April bis 22. Mai 1961 zuzusprechen. Mit einer Verfügung vom 24. Januar 1962 brachte die Ausgleichskasse dem Versicherten

zur Kenntnis, daß die IV-Kommission sein Begehren abgelehnt habe. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission gutgeheißen.

Das EVG hieß eine hiegegen ergriffene Berufung des BSV mit folgender Begründung gut:

1. Gemäß Art. 22, Abs. 1, IVG hat der Versicherte «während der Eingliederung Anspruch auf ein Taggeld, wenn er an wenigstens drei aufeinanderfolgenden Tagen wegen der Eingliederung verhindert ist, einer Arbeit nachzugehen, oder zu 50 Prozent arbeitsunfähig ist». Grundsätzlich besteht somit ein Anspruch auf Taggeld nur während der Durchführung bestimmter Eingliederungsmaßnahmen. In Art. 22, Abs. 3, IVG wird dem Bundesrat indessen die Ermächtigung erteilt, u. a. Bestimmungen über die Ausrichtung von Taggeldern für Wartezeiten zu erlassen. Von dieser Ermächtigung hat der Bundesrat in Art. 18 IVV Gebrauch gemacht, der auf den 1. Januar 1961 in Kraft getreten ist und auf alle noch hängigen Fälle Anwendung findet (Art. 117, Abs. 1, IVV).

Art. 18, Abs. 1, IVV ordnet an, daß der Versicherte, der zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig ist und auf die Durchführung der angeordneten Eingliederungsmaßnahmen wartet, für jeden ganzen Tag der Wartezeit Anspruch auf ein Taggeld hat. Laut Abs. 2 wird das Taggeld für die Wartezeit frühestens von der Anordnung der Eingliederungsmaßnahme an und längstens für insgesamt 120 Tage gewährt. Diese Regelung entspricht der in den Richtlinien des BSV enthaltenen, bis zum Inkrafttreten der IVV maßgebenden Ordnung mit der einzigen Ausnahme, daß nun das Taggeld «frühestens von der Anordnung der Eingliederungsmaßnahme an» und nicht mehr «frühestens vom Erlaß der betreffenden Verfügung der Ausgleichskasse an» gewährt wird.

2. Im Urteil vom 20. Januar 1961 i. Sa. F. J. (ZAK 1961, S. 129) hat das EVG erklärt, es bestehe kein Grund, die in den Richtlinien des BSV getroffene Ordnung nicht als gesetzmäßig zu betrachten. Das gleiche gilt für die in Art. 18 IVV enthaltene Regelung. Immerhin hat das EVG im zitierten Urteil die Frage aufgeworfen, ob ein Wartezeit-Taggeldanspruch nicht schon vor dem Erlaß einer Verfügung — heute vor der Anordnung der Eingliederungsmaßnahme — entstehen könne, wenn diese «ungebührlich verzögert» werde. Diese Frage ist inzwischen im Urteil vom 12. Februar 1963 i. Sa. J. C. bejaht worden¹.

Der Bundesrat war mangels eines gesetzlichen Grundsatzes befugt, in Art. 18 IVV die Voraussetzungen für den Wartezeit-Taggeldanspruch abschließend zu umschreiben. Wie bereits gesagt, entsteht gemäß Art. 18, Abs. 1, IVV der erweiterte Anspruch für Wartezeiten frühestens mit der Anordnung der Eingliederungsmaßnahme durch die Verwaltung. Diese Anordnung steht aber — ohne daß es in der IVV gesagt zu werden brauchte — in engem Zusammenhang mit der vorgängigen Anmeldung; von der getroffenen Regelung wird natürlicherweise ein ordnungsgemäßer Zusammenhang zwischen Anmeldung und Anordnung der Eingliederung vorausgesetzt. Dazu gehört auch

¹ Wird in einer der nächsten Nummern veröffentlicht.

die zeitliche Verbindung; die Ordnungsgemäßheit liegt nur dann vor, wenn auf die Anmeldung die Anordnung binnen angemessener Zeit erfolgt. Dabei ist zur Wahrung der Rechte des Versicherten hauptsächlich auf ein objektives Zeitmaß abzustellen; in Präzisierung des oben zitierten Ausdrucks «ungebührlich verzögert» bedarf es nicht etwa einer schuldhaften Verschleppung der Verwaltung, wenigstens braucht nicht darnach geforscht zu werden. Erscheint nach Würdigung des Sachverhaltes der zeitliche Zusammenhang zwischen Anmeldung und Anordnung nicht mehr als ordnungsgemäß, dann kann nach dem Sinne der Regelung des Art. 18 IVV auch nicht mehr der verspätete Zeitpunkt der Anordnung maßgebend für den frühesten Beginn des Anspruches sein; vielmehr drängt es sich auf, hierfür den Zeitpunkt zu bestimmen, den der ordnungsgemäße Zusammenhang ergeben hätte. Andernfalls würden die Ansprüche der Versicherten auf Taggeld während der Wartezeit nach bloßen Zufälligkeiten bemessen.

3. Die so verstandene Ordnung kann begrifflich nicht Anwendung auf «Notfälle» finden, wo mit der Durchführung der Maßnahme vor jeder Anmeldung begonnen werden muß. Von Wartezeiten wird hier in der Regel auch kaum gesprochen werden können; übernimmt die IV die Maßnahme nachträglich im Sinne des Art. 78, Abs. 2, zweiter Satz, IVV, dann entsteht der Taggeldanspruch rückwirkend mit dem Beginn der Maßnahme. Damit ein Wartezeit-Taggeld gemäß den gemachten Ausführungen gewährt werden kann, muß die Anmeldung vor Durchführung der Maßnahme erfolgen, ohne daß diese binnen angemessener Zeit angeordnet wurde. Im bereits erwähnten Falle J. C. wurde mit der Maßnahme bis zur Anordnung zugewartet, die das EVG als verspätet betrachtete. Demzufolge konnte dem mindestens zu 50 Prozent arbeitsunfähigen Versicherten schon vor der Anordnung ein Taggeld ausgerichtet werden.

Im gegenwärtigen Streit ist insofern ein abweichender Tatbestand gegeben, als die Maßnahme wegen Dringlichkeit vor der Anordnung durchgeführt und nachträglich von der IV-Kommission übernommen wurde. Von der Anmeldung am 25. März 1961 bis zum Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit am 21. April 1961 verstrich rund ein Monat. Nach rund einem weiteren Monat, d. h. am 23. Mai 1961, konnte dann der Spitaleintritt erfolgen, womit das (nachträglich gewährte) Taggeld zu laufen begann. Der Anspruch auf das angeehrte Taggeld für Wartezeiten hängt davon ab, ob die Anordnung bereits bis zum 21. April 1961 hätte erfolgen müssen, um als ordnungsgemäß gelten zu können (oder doch vor dem 23. Mai 1961, womit der Taggeldanspruch für eine entsprechend kürzere Zeit gegeben wäre). Die Verzögerung über den 23. Mai 1961 hinaus hat keine kausale Bedeutung, nachdem das Taggeld von diesem Tage an ohnehin gewährt wird. Im Falle F. J. (ZAK 1961, S. 129) hatte sich der Versicherte am 1. März 1960 angemeldet, während die Anordnung der Maßnahme (mit deren Durchführung am 27. Juni 1960 begonnen wurde) am 21. Juni 1960 erfolgte und die Verfügung der Ausgleichskasse am 15. Juli 1960 erging; das Gericht erklärte hiezu, daß keine ungebührliche Verzögerung vorliege. Es läßt sich daher schon aus Gründen der Rechtsgleichheit nicht sagen, daß die Anordnung gestützt auf die Anmeldung vom 25. März 1961 vor dem 23. Mai 1961 hätte erfolgen müssen, um als ordnungsgemäß zu gelten. Die Tatsache, daß das Urteil F. J. die Einführungszeit betrifft, spielt

keine ausschlaggebende Rolle, nachdem es — wie bereits ausgeführt — auf ein objektives Zeitmaß ankommt. Außerdem ist festzustellen, daß im vorliegenden Fall die Anmeldung keinen Schluß auf die Dringlichkeit der Maßnahme zuließ, wie ja auch die Arbeitsfähigkeit noch fast einen Monat weiterdauerte. Da der Anmeldung keine medizinischen Äußerungen beilagen, mußte vorerst der Tatbestand abgeklärt werden. Der Vermerk im Anmeldebogen, daß der Versicherte seit dem 21. April 1961 ärztlich behandelt werde und im Mai ins Spital eingewiesen worden sei, erfolgte sicher nach dem Datum der Anmeldung (25. März 1961). Und der grundlegende ärztliche Bericht, ohne den ein Beschluß der IV-Kommission nicht möglich war, ging nach Mahnung erst am 25. Juli 1961 ein. Nach der Anmeldung hätte die Anordnung selbst bei strengen Anforderungen an den ordnungsgemäßen zeitlichen Zusammenhang nicht vor Spitaleintritt erfolgen können, auch wenn der gewöhnliche Gang der Dinge einen Monat nach der Anmeldung durch die plötzlich dringlich gewordene Spitalbehandlung verändert wurde. Demzufolge steht dem Versicherten kein Taggeld für Wartezeiten zu, was zur Aufhebung des kantonalen Rekursentscheides und zur Wiederherstellung der Kassenverfügung vom 24. Januar 1962 führt.

Urteil des EVG vom 20. März 1963 i. Sa. A. R.

Art. 28, Abs. 2, IVG. Selbst wenn der seit 18 Jahren als Hausierer tätige, an einer leichten Beckenvenensperre und an Krampfadern leidende Versicherte den gelernten Beruf eines Maschinenzwickers in der Schuhindustrie wegen Verlustes des Klein- und Ringfingers der linken Hand nie ausüben konnte, so kann bei der Invaliditätsbemessung von einem Einkommen ohne Invalidität ausgegangen werden, das heute in diesem Beruf erzielt wird.

Der 1910 geborene Versicherte hat den Beruf eines Maschinenzwickers in der Schuhfabrikation erlernt, ihn aber nie ausgeübt. Seit 18 Jahren ist er als Hausierer tätig; vorübergehend war er vom Juli 1953 bis Ende Juni 1954 als Offiziersputzer bei der Armee angestellt. 1925 verlor er durch Unfall den Klein- und Ringfinger der linken Hand, war 1932 im Spital in Behandlung und leidet an Beckenvenensperre leichteren Grades und Krampfadern.

Der Versicherte meldete sich im Dezember 1960 zum Leistungsbezug bei der IV an. Die IV-Kommission nahm einen Invaliditätsgrad von 50 Prozent an, und die Ausgleichskasse sprach ihm mit Verfügung vom 20. März 1962 eine halbe einfache Invalidenrente samt einer halben Zusatzrente für die Ehefrau zu. Seine hiegegen erhobene Beschwerde, in welcher er im wesentlichen geltend machte, die Voraussetzungen für eine ganze Rente seien gegeben, weil er nach Abzug der Spesen von 2 100 Franken nur 2 900 Franken verdiene, als Nichtinvalid bei einer Tätigkeit als Militärordonanz aber 10 200 Franken verdienen würde, wurde vom kantonalen Verwaltungsgericht abgewiesen. Das Verwaltungsgericht ging davon aus, daß der mögliche Verdienst ohne Invalidität eines Maschinenzwickers 8 400 Franken im Jahr betrage und daher auch

bei Zulassung des nicht ausgewiesenen Spesenabzuges der für eine Vollrente erforderliche Invaliditätsgrad von zwei Dritteln nicht erreicht werde.

Die gegen diesen Entscheid ergriffene Berufung wurde vom EVG aus folgenden Erwägungen abgewiesen:

1. Aus dem Bericht der Regionalstelle für berufliche Eingliederung vom 29. Dezember 1961 und dem Zeugnis des Arztes vom 18. August 1961 geht hervor, daß der Versicherte zur Zeit der Kassenverfügung, 20. März 1962, im Hausiererberuf eingegliedert war; der Arzt erklärt außerdem, daß der Gesundheitszustand des Versicherten stationär sei. Der Zuspreehung einer Rente steht daher nichts entgegen, wenn der Invaliditätsgrad mindestens 50 Prozent erreicht (Art. 28, Abs. 2, und 29, Abs. 1, IVG).

2. Der Versicherte hat gemäß Art. 28, Abs. 1, IVG Anrecht auf eine Rente, wenn er mindestens ein Drittel (50 Prozent) invalid ist; ist er weniger als zu zwei Dritteln invalid, so wird nur die Hälfte der zutreffenden Rente gewährt. Das Gesetz versteht unter Invalidität eine voraussichtlich bleibende oder länger dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 IVG). Die Erwerbsunfähigkeit wird nach Art. 28, Abs. 2, IVG grundsätzlich in der Weise bemessen, 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». Demnach ist zur Invaliditätsfestsetzung das maßgebend, was ein Versicherter durch zumutbare Ausnützung seiner Arbeitsfähigkeit noch zu erwerben befähigt ist, im Vergleich zu dem, was er, ohne die Behinderung seiner Leistungsfähigkeit, mutmaßlich verdienen könnte.

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 stabilen Arbeitsverhältnissen tatsächlich erzielten Verdienst — besondere Umstände vorbehalten — entscheidendes Gewicht zu.

Nach den Angaben des Versicherten beträgt sein Bruttoeinkommen aus der seit 18 Jahren ausgeübten Hausierertätigkeit durchschnittlich 5 000 Franken. Diese Darstellung stimmt im wesentlichen mit der Schätzung der IV-Regionalstelle für berufliche Eingliederung überein. Die Berufsauslagen schätzt der Versicherte auf 2 100 Franken (Velotransport Fr. 400.—, Generalabonnement Fr. 1 200.— und auswärtige Verpflegung Fr. 500.—); das Nettoeinkommen sei daher auf 2 900 Franken zu veranschlagen. — Zwar sind die geltend gemachten Gewinnungskosten in keiner Weise ausgewiesen. Da aber den Akten nichts zu entnehmen ist, was eine andere Annahme aufdrängte, ist das zumutbare Invalideneinkommen antragsgemäß auf 2 900 Franken anzusetzen.

b. Streitig ist im vorliegenden Fall die Bemessung des ohne Invalidität erzielbaren Erwerbes. Die Vorinstanz ist vom durchschnittlichen Jahreseinkommen eines Maschinenzwickers (Fr. 8 400.—) ausgegangen. Der Versicherte behauptet, als Offiziersputzer hätte er ohne Invalidität mindestens 10 200 Franken jährlich verdient.

Der Versicherte hat 1925 durch einen Unfall den 4. und 5. Finger der linken Hand verloren. Gleichwohl erlernte er den Beruf eines Maschinenzwickers in einer Schuhfabrik. Nach dem Bericht der IV-Regionalstelle war er anschließend aber nie als Maschinenzwicker tätig. Da Maschinenzwicker für ihre Arbeit ruhige, kräftige und sichere Hände brauchen, ist davon auszugehen, der Versicherte habe während seiner Ausbildung erkennen müssen, daß die fehlenden Finger ihn an einer erfolgreichen Erwerbstätigkeit in diesem Beruf hinderten, weshalb er sich davon abwandte. Zudem hätte ohne die zur Zeit der angefochtenen Verfügung bestehende Beeinträchtigung für den Versicherten stets die Möglichkeit bestanden, sich dem erlernten Berufe wiederum zuzuwenden. Mit der Annahme, der Versicherte könnte ohne Invalidität als Maschinenzwicker jährlich 8 400 Franken erzielen, blieb die Vorinstanz somit im Rahmen ihres pflichtgemäßen Ermessens.

Ferner muß angenommen werden, daß der Versicherte in Anbetracht seiner Fähigkeiten und seiner Ausbildung (er kann beinahe nicht schreiben) kaum je ein über 8 400 Franken liegendes Einkommen erzielt hätte. So wurde die Tätigkeit als Offiziersputzer, wie die Vorinstanz richtig ausführte, im Vergleich zum Hausiererberuf nur kurzfristig ausgeübt. Aus dem Bericht der IV-Regionalstelle für berufliche Eingliederung ergibt sich denn auch, daß die nervöse Art des Versicherten ihn für diese Tätigkeit auf die Dauer als ungeeignet erscheinen läßt.

c. Da das ohne Invalidität erzielbare Einkommen auf 8 400 Franken angesetzt werden kann, geht aus dem Vergleich mit dem zumutbaren Invalideneinkommen von 2 900 Franken eine Einbuß von 65 Prozent hervor. Dem Versicherten war unter diesen Umständen — zur Zeit der Kassenverfügung — eine halbe Invalidenrente samt Zusatzrente für die Ehefrau zuzusprechen. Dagegen fehlten die Voraussetzungen zur Ausrichtung einer ganzen Rente, weshalb die Berufung abgewiesen werden muß.

4. Der Versicherte machte nach Erlaß der Kassenverfügung geltend, sein Zustand habe sich verschlimmert. Da nach dem Zeugnis des Arztes Anhaltspunkte bestehen, daß sich die beruflichen Schwierigkeiten verschärft haben, sind die Akten der IV-Kommission zu überweisen. Sache der Verwaltung ist es zu prüfen, ob vorgängig einer Neubemessung des Invaliditätsgrades Eingliederungsmaßnahmen (z. B. Umschulung auf einen sitzenden ausgeübten Beruf) durchzuführen wären.

Urteil des EVG vom 14. Februar 1963 i. Sa. M. B.

Art. 29, Abs. 2, IVG. Für die Abgrenzung zwischen Dauerinvalidität und langdauernder Krankheit sind die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der Beschlußfassung durch die IV-Kommission maßgebend. Hat sich das Leiden des Versicherten bis zu diesem Zeitpunkt nicht stabilisiert und können weder der weitere Verlauf des Leidens noch die bleibenden Folgen vorausgesehen werden, so liegt keine Dauerinvalidität vor.

Die im Jahre 1901 geborene Versicherte erlitt im Juni 1960 einen Herzinfarkt, dem eine Hirnembolie mit Lähmung der linken Körperhälfte folgte. Die bleibenden Folgen dieses Leidens sind schwerwiegend und erfordern eine ständige medizinische Behandlung. Die IV-Kommission erklärte die Versicherte als zu 100 Prozent invalid seit dem 1. Juni 1961, worauf ihr die Ausgleichskasse von diesem Tage an eine ganze Invalidenrente zusprach. Auf die Beschwerde der Versicherten hin setzte jedoch die kantonale Rekursbehörde den Beginn des Rentenanspruchs auf den 1. Juni 1960 fest.

Das BSV zog den Fall mit Berufung an das EVG weiter. Dieses setzte in Gutheißung der Berufung den Rentenbeginn aus folgenden Erwägungen auf den 1. Juni 1961 an:

1. . . . Der Beginn des Rentenanspruchs ist in Art. 29, Abs. 1, IVG geregelt. Nach dieser Bestimmung entsteht der Anspruch, 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 das EVG schon mehrere Male festgestellt hat (vgl. Urteile vom 22. September 1962, i. Sa. M. S., ZAK 1963, S. 88, und vom 27. November 1962, i. Sa. N. G., ZAK 1963, S. 248), kann eine Erwerbsunfähigkeit als voraussichtlich bleibend betrachtet werden, wenn sich der körperliche und geistige Gesundheitszustand des Versicherten derart gefestigt hat, daß zu erwarten ist, sie werde sich bis zum Ende der nach der Lebenserwartung des Jahrganges des Versicherten normalen Aktivitätsperiode erstrecken und könne durch Eingliederungsmaßnahmen nicht mehr behoben oder wesentlich gemildert werden. Ein solcher stabilisierter Zustand fehlt in der Regel bei fortschreitenden Krankheiten, insbesondere bei akuten Leiden. Die langdauernde Arbeitsunfähigkeit hingegen muß nicht von bleibender Dauer sein. Nach Art. 29, Abs. 1, IVG sind die Voraussetzungen dieser zweiten Variante erfüllt, wenn der Versicherte während 360 Tagen ununterbrochen arbeitsunfähig war. Im Falle einer fortschreitenden Krankheit, die eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bewirkt, die aber nicht als Dauerinvalidität im Sinne der ersten Variante anerkannt werden kann, entsteht somit der Rentenanspruch nach 360 Tagen, vorausgesetzt, daß der Versicherte noch eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens 50 Prozent aufweist, jedoch unbekümmert um die voraussichtliche Dauer derselben.

2. Weder am 19. September 1961, als die IV-Kommission ihren Beschluß faßte, und noch weniger am 27. Juni 1960, als die Versicherte ihre Erwerbstätigkeit aufgab, war es möglich, die voraussichtliche Entwicklung des Leidens endgültig zu beurteilen oder gar vorauszusehen, daß die bleibenden Folgen eine Dauerinvalidität nach sich ziehen werden. Damals lag offensichtlich noch kein gefestigter Zustand vor, von dem man sagen könnte, daß er eine Erwerbsunfähigkeit für die ganze restliche Aktivitätsperiode bewirken werde. Es handelte sich im Gegenteil um einen labilen pathologischen Vorgang. Der ärztliche Bericht vom 5. Mai 1961, auf den sich die IV-Kommission bei der Beurteilung des Falles stützte, läßt hierüber keine Zweifel offen. Der Arzt erklärte nämlich, daß der Zustand der Patientin besserungsfähig seit und daß diese vielleicht später wieder arbeiten könnte. Er erwähnte die Möglichkeit, daß die Versicherte allenfalls in einigen Monaten eine leichte Tätigkeit als Kassierin aufnehmen könnte.

Bei dieser Sachlage war es richtig, daß die IV-Kommission nicht das Vorliegen einer Dauerinvalidität, sondern das einer langdauernden, besserungsfähigen Krankheit annahm und den Beginn des Rentenanspruchs auf den 1. Juni 1961, d. h. auf den Ablauf einer Frist von 360 Tagen ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit festsetzte.

3. Allerdings lautet der Bericht, den der Arzt am 12. Juni 1962 zuhanden der kantonalen Rekurskommission ausgestellt hat, weniger zuversichtlich. Der Arzt stellt wohl eine gewisse Besserung fest, bezeichnet sie aber als unbedeutend. Er erklärt, daß immer noch eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, die praktisch 100 Prozent betrage und bleibend sei. Der Arzt fügt bei, daß er es im Gegensatz zu seinem früheren Bericht nicht mehr für möglich halte, daß die Versicherte als Kassierin werde arbeiten können.

Dieser Bericht weist wohl auf ein neues Moment hin. Indessen beziehen sich die Feststellungen und Schlußfolgerungen des Arztes auf den gegenwärtigen Zustand der Patientin und beweisen nicht, daß die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse seinerzeit von der IV-Kommission falsch beurteilt wurden. Damals — und das ist hier entscheidend — war das Leiden der Versicherten noch nicht in einen stabilisierten Zustand übergegangen. Auch war damals nicht vorzusehen, wie es sich entwickeln werde, wie schwer die bleibenden Folgen sein werden und welches Ausmaß die künftige Invalidität haben werde. Wenn die Krankheit nicht den günstigen Verlauf genommen hat, den der Arzt in seinem Bericht vom 5. Mai 1961 vorausgesagt hatte, so bedeutet dies nicht, daß sich der Arzt geirrt habe und daß man ohne diesen Irrtum von Anfang an hätte annehmen müssen, es liege eine Dauerinvalidität vor. Trotz den Erklärungen des Arztes in seinem letzten Bericht ist es nicht möglich, das Entstehen des Rentenanspruchs auf den Zeitpunkt der Arbeitsniederlegung anstatt auf den Ablauf der 360tägigen Frist anzusetzen, wie es Art. 29, Abs. 1, IVG verlangt, wenn ein Leiden vorliegt, das sich in Entwicklung befindet und besserungsfähig ist.

**VON
MONAT
ZU
MONAT** Unter dem Vorsitz von Ständerat Auf der Maur (Schwyz) und im Beisein von Bundesrat Tschudi und von Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung trat am 29. August die *ständerätliche Kommission* zur Vorbera- tung des Gesetzesentwurfes über die *Revision der Er- werbersatzordnung* zusammen. Die Kommission beschloß einstimmig, auf die Vorlage einzutreten, und stimmte ihr mit einer geringfügigen Abänderung oppositionslos zu.

*

Unter dem Vorsitz von Nationalrat Widmer (Aargau) und im Bei- sein von Bundesrat Tschudi und Direktor Saxer, Beauftragter für Sozial- versicherungsabkommen, tagte am 4. September die *Kommission des Nationalrates* für die Vorbera- tung der Bundesbeschlüsse über die Ge- nehmigung der von der Schweiz mit *Italien* und mit *Jugoslawien* abge- schlossenen Sozialversicherungsabkommen sowie des Zusatzabkommens zum geltenden Vertrag über Sozialversicherung mit der *Bundesrepublik Deutschland*. Die Kommission pflichtete nach einläßlicher Diskussion den drei Vorlagen einstimmig bei.

*

Der Bundesrat beschloß am 16. September, der Bundesversammlung *Botschaft und Entwurf zu einem Bundesgesetz über die Änderung des AHVG* (sechste AHV-Revision) sowie zu einem Bundesbeschluß über das Volksbegehren der AVIVO zu unterbreiten. Am 26. September wurde die Vorlage anläßlich einer von den Bundesräten Tschudi und Bonvin geleiteten Pressekonferenz erläutert. Für Einzelheiten wird auf die nach- stehenden Ausführungen verwiesen.

*

Der *Nationalrat* hat am 18. September drei von der Schweiz abge- schlossene und vom Ständerat in der Junisession bereits gutgeheiße- ne *Sozialversicherungsabkommen* genehmigt. Es handelt sich um die Ab- kommen mit *Italien* vom 14. Dezember 1962, mit *Jugoslawien* vom 8. Juni 1962 und um das Zusatzabkommen mit der *Bundesrepublik Deutschland* vom 24. Dezember 1962 (siehe auch ZAK 1963, S. 297). Mit der parla- mentarischen Genehmigung wird der Bundesrat ermächtigt, diese Ab- kommen zu ratifizieren und damit in Kraft zu setzen. Die Ausgleichs- kassen werden in gewohnter Weise auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens durch Kreisschreiben über die Einzelheiten der Durchführung orientiert.

*

Der *Ständerat* behandelte in seiner Sitzung vom 19. September die Vorlage über die *zweite Revision der EO*. Er hieß den Gesetzesentwurf in der Fassung der Kommission mit 31 Stimmen ohne Gegenstimme gut. Die Vorlage geht an den Nationalrat, der in der Dezember-Session darüber Beschluß fassen wird.

Die sechste Revision der AHV

Referat von Bundesrat Tschudi an der Pressekonferenz vom 26. September 1963

Die Revisionsgründe

Etwas mehr als zwei Jahre nach der fünften AHV-Revision unterbreitet der Bundesrat den eidgenössischen Räten erneut eine Botschaft und einen Gesetzesentwurf über die Änderung des AHV-Gesetzes. Für diese rasche Folge wichtiger AHV-Revisionen mag zum Teil das in den beiden letzten Jahren besonders ausgeprägte Ansteigen der Preise und Löhne verantwortlich sein. Den entscheidenden Impuls für den etwas ungewöhnlichen Revisionsrhythmus gab jedoch zweifelsohne der Wunsch, unsere Sozialversicherung zugunsten der Alten, Hinterlassenen und Invaliden zu verbessern.

Dieser Gesichtspunkt veranlaßte den Bundesrat, ohne Verzug die finanzielle Lage der AHV zu überprüfen und hierauf die Möglichkeiten einer Gesetzesänderung durch die Eidgenössische Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung begutachten zu lassen. Die Kommission nahm ihre Arbeiten Ende Oktober 1962 auf und erstattete dem Bundesrat im Juni 1963 einen ausführlichen Bericht, in dem sie ihre Revisionsanträge und deren finanzielle Auswirkungen erläuterte. Dieser Bericht bildet über weite Teile die Grundlage für die vorliegende Botschaft, und es gebührt der AHV/IV-Kommission Dank für ihre rasche und sorgfältige Vorarbeit.

Die allgemeine Zielsetzung der Revision

Die Vorsorge für den Fall des Alters, der Invalidität und des vorzeitigen Todes erfolgt in unserem Lande im wesentlichen auf drei Stufen: durch die Sozialversicherung und die sie ergänzende Fürsorge, durch die betrieblichen und beruflichen Pensionskassen und Kollektivversicherungen und durch die Selbstvorsorge. Der AHV und IV kommt dabei die Auf-

gabe zu, ein Grundeinkommen sicherzustellen, auf das die übrigen Vorsorgeleistungen aufbauen können. Diesen Charakter der *Basisversicherung* sollen AHV und IV nach der gegenwärtigen Revision behalten. Immerhin sollen sie soweit als möglich ausgebaut werden, damit den Versicherten auch in Zukunft ein angemessener Teil des ausfallenden Einkommens ersetzt wird.

Es liegt nun aber auf der Hand, daß eine Basisversicherung, die andere Vorsorgemaßnahmen voraussetzt, für alle jene Alten, Hinterlassenen und Invaliden unzureichend bleibt, die allein auf die Leistungen der Sozialversicherung angewiesen sind. Der Bundesrat hat daher die Frage geprüft, in welcher Weise diesem Teil der Bevölkerung — es dürfte sich um 150 000 bis 200 000 Personen handeln — geholfen werden kann. Er hält dafür, daß dies nicht mit der Rentenverbesserung allein, sondern außerdem durch eine gezielte Maßnahme, nämlich durch ein *besonderes System von Zusatzleistungen*, die dem wirtschaftlich schwächsten Teil des Schweizervolkes eine minimale Existenz garantieren, erreicht werden kann. Diese Zusatzleistungen würden dem AHV- und IV-Rentner die volle Differenz zwischen seinem Einkommen und einer dem Existenzminimum entsprechenden Einkommensgrenze decken. Wesentlich ist, daß die Zusatzleistungen versicherungsmäßig ausgestaltet werden und somit in keiner Weise Armenunterstützungen gleichzusetzen sind. Die Leistungen werden von den Kantonen festgelegt und ausbezahlt. Da aber der Bund einen namhaften Teil der Kosten übernimmt, ist zu erwarten, daß sich sämtliche Kantone beteiligen werden. Das Departement des Innern hat mit ihnen bereits Kontakt genommen, und der Bundesrat hofft, Botschaft und Gesetzesentwurf über die Zusatzleistungen — gleichsam als zweites Hauptstück der AHV-Revision — in naher Zukunft den eidgenössischen Räten unterbreiten zu können.

Die Revisionsanträge

Die Rentenerhöhung

Im Zentrum der gegenwärtigen Revision steht die allgemeine Rentenerhöhung. Mit der AHV/IV-Kommission schlägt der Bundesrat vor, *die Renten im Prinzip um ein Drittel zu erhöhen*. Eine Rentenerhöhung in diesem Ausmaß bringt den heutigen Rentnern nicht nur eine über den Teuerungsausgleich wesentlich hinausgehende Realverbesserung ihrer Bezüge, sondern sie bietet auch Gewähr dafür, daß weiterhin die AHV- und IV-Renten in einem angemessenen Verhältnis zum ausfallenden Arbeitsverdienst stehen.

Bei den *laufenden Renten* wird das Drittel zu den geltenden Ansätzen geschlagen. Für umfangreiche Rentenkategorien ist jedoch eine weitergehende Erhöhung vorgesehen. So sollen die Mindestrenten um 39 Prozent erhöht und beispielsweise der Mindestbetrag der einfachen Altersrente auf 125 Franken monatlich statt bisher 90 Franken festgesetzt werden. Das gleiche gilt für die *außerordentlichen Renten*, die seit der fünften AHV-Revision dem Mindestbetrag der ordentlichen Vollrenten entsprechen. Eine spezielle Verbesserung erfahren auch die sogenannten *generationsbedingten Teilrenten*. Bekanntlich sind bei der Einführung der AHV den ersten Rentnergenerationen noch nicht Vollrenten, sondern jahrgangsmäßig ansteigende Teilrenten gewährt worden. Heute beziehen noch rund 200 000 Angehörige der Jahrgänge 1883 bis 1892 solche generationsbedingte Teilrenten. Mit der gegenwärtigen Revision soll nun diesen Teilrentnern in der Regel die Vollrente gewährt werden. Das bedeutet, daß die Teilrentner, sofern sie nicht nur die Mindestrente bezogen, eine markantere Rentenverbesserung als die übrigen Bezüger erfahren. So würde beispielsweise einem Rentner, der im ersten Semester 1885 geboren ist und im Durchschnitt von einem Einkommen von 5 000 Franken Beiträge geleistet hat, anstelle der bisherigen Teilrente von rund 1 200 Franken eine Vollrente von über 2 000 Franken im Jahr, also eine Verbesserung von etwa 70 Prozent zugestanden. Diese Begünstigung der ältesten Generationen der ordentlichen Rentner läßt sich sowohl sozialpolitisch wie auch finanziell rechtfertigen.

Wenn mithin die laufenden Renten um mindestens ein Drittel erhöht werden, so ist es selbstverständlich, daß auch die *Neurenten* entsprechend höher angesetzt werden müssen. Dies wird durch eine Neugestaltung der Rentenformel und eine der Lohnentwicklung entsprechende Aufwertung der bis 1964 bezahlten Beiträge erreicht.

Besonders hervorzuheben ist im übrigen, daß nicht nur die Renten der AHV, sondern auch die *Invalidenrenten* und die *Hilflosenentschädigungen* erhöht werden. Dank der Verknüpfung der Invalidenversicherung mit der AHV erfolgt die Verbesserung der Invalidenleistungen automatisch.

Ein Vergleich der vom Bundesrat vorgeschlagenen *Mindest- und Höchstansätze der Jahresrenten* mit den Ansätzen nach geltender Ordnung ergibt folgendes Bild. Dabei ist zu beachten, daß die neue Mindestrente einem Durchschnittseinkommen von 3 125 (bisher 2 625) Franken, die neue Höchstreute einem solchen von 17 500 (bisher 15 000) Franken entspricht.

Mindest- und Höchstbeträge der ordentlichen Vollrenten

Jahresrenten in Franken

Rentenarten	Geltende Ordnung		Revisionsantrag	
	Minimum	Maximum	Minimum	Maximum
Einfache Altersrente (100 %)	1 080	2 400	1 500	3 200
Ehepaar-Altersrente (160 %)	1 728	3 840	2 400	5 120
Witwenrente (80 %)	864	1 920	1 200	2 560
Einfache Waisenrente (40 %)	432	960	600	1 280
Vollwaisenrente (60 %)	648	1 440	900	1 920

Das Rentenalter der Frau

Seit Einführung der AHV erhält ein 65jähriger Ehemann die Ehepaar-Altersrente, sofern seine Frau das 60. Altersjahr zurückgelegt hat. Diese Altersgrenze der Frau ist wiederholt kritisiert und als willkürlich bezeichnet worden. Der alte Ehemann habe auch für eine noch nicht 60-jährige Frau zu sorgen und bedürfe daher einer größeren Rente als eine Einzelperson. Demgegenüber haben die alleinstehenden Frauen in der Tatsache, daß über 60jährige Ehefrauen in den Genuß der Ehepaar-Altersrente gelangen können, eine einseitige Begünstigung erblickt und wiederholt die Herabsetzung des Rentenalters für alleinstehende Frauen gefordert. Der vorliegende Gesetzesentwurf sieht nun für dieses reichlich komplexe Problem folgende Lösung vor. Einerseits soll die *Ehepaar-Altersrente* nach wie vor 65jährigen Ehemännern mit über 60jährigen Ehefrauen zukommen. Eine Herabsetzung der Altersgrenze der Ehefrau wäre nicht nur psychologisch falsch, sondern hätte auch für die als Altersrentnerin geltende Ehefrau namentlich auf dem Gebiete der IV erhebliche Nachteile zur Folge. Der Bundesrat schlägt daher vor, dem Ehemann für die jüngere Ehefrau — ähnlich wie in der IV — eine *Familienzulage in Form einer Zusatzrente* zu gewähren. Die Zusatzrente würde 40 Prozent der einfachen Altersrente betragen und auf der gleichen Grundlage wie diese berechnet. Sie wird allerdings nur für Frauen vorgesehen, die das 45. Altersjahr zurückgelegt haben. Nach dem Revi-

sionsvorschlag erhält somit der 65jährige Ehemann einer über 45jährigen Frau vorerst eine einfache Altersrente und eine Zusatzrente (zusammen 140 Prozent); nach Vollendung des 60. Altersjahres durch die Frau werden diese Renten abgelöst durch die nach den Beiträgen beider Ehegatten berechnete Ehepaar-Altersrente (160 Prozent).

Was die Rentenberechtigung der alleinstehenden Frauen betrifft, so soll sie durch eine Herabsetzung der Altersgrenze erweitert werden. Da jedoch die finanziellen Mittel vor allem für eine wesentliche Rentenerhöhung verwendet werden sollen, kann sich die Vorverlegung des Rentenalters nur in engem Rahmen halten. Der Bundesrat schlägt daher vor, die *einfache Altersrente künftig den alleinstehenden Frauen nach vollendetem 62. statt — wie bisher — nach dem 63. Altersjahr* zu gewähren. Diese Regelung läßt sich auch deshalb rechtfertigen, weil bei vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit eine Invalidenrente ausgerichtet wird.

Die AHV/IV-Kommission hatte vorgeschlagen, die Gesamtlösung etwas systemgerechter zu gestalten und die Ehepaar-Altersrente nur noch den über 65jährigen Männern mit über 62jährigen Frauen auszurichten, wobei die noch nicht 62jährige Ehefrau eine Zusatzrente erhalten hätte. Das Rentenalter der Frau würde so einheitlich auf das 62. Altersjahr festgesetzt. Der Bundesrat anerkennt durchaus die systematischen Vorteile, die eine solche Lösung gehabt hätte, glaubt aber nicht, daß hinreichende Gründe vorliegen, um in die fest eingebürgerte Rentenordnung für Ehepaare einzugreifen.

Zusatzrenten für Kinder und Waisenrenten

Für Kinder und Jugendliche sieht der Gesetzesentwurf zwei Begünstigungen vor. Einmal sollen den Altersrentnern — ähnlich wie den Rentnern der Invalidenversicherung — für Kinder *Zusatzrenten* gewährt werden. Wenn es auch nicht sehr häufig vorkommt, daß alte Leute für Kinder zu sorgen haben, so ist doch gerade in diesen Fällen ein Beitrag an die Familienlasten besonders wertvoll.

Für Waisen und damit auch für Kinder mit Anrecht auf Zusatzrenten soll ferner das *Grenzzalter für den Rentenbezug* hinausgeschoben werden. Gegenwärtig können Waisen, die noch in Ausbildung begriffen sind, die Renten längstens bis zum vollendeten 20. Altersjahr erhalten. Der Bundesrat schlägt nun vor, die Anspruchsberechtigung bis zum Abschluß der Ausbildung, längstens aber bis zum vollendeten *25. Altersjahr*, andauern zu lassen. Er hofft damit, den mannigfachen Bestrebungen zur Ausbildung des Nachwuchses auf einem Teilgebiet gerecht zu werden.

Weitere Revisionspunkte

Der Bundesrat hat eine Reihe weiterer Revisionspunkte von geringerer Bedeutung in seiner Vorlage berücksichtigt, von denen einzelne kurz erwähnt seien. Wie bei früheren Revisionen geht der Rentenerhöhung eine Ausweitung der sogenannten *sinkenden Beitragsskala* parallel. Selbständigerwerbende und Arbeitnehmer ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber hatten bisher die Beiträge nach einem sinkenden Ansatz zu bezahlen, wenn ihr Einkommen 9 000 Franken im Jahr nicht erreichte; dieses Grenzeinkommen soll nun auf 12 000 Franken erhöht und die Skala entsprechend umgestaltet werden. Eine weitere Neuerung betrifft die *freiwillig versicherten Auslandsschweizer*, denen nunmehr die Möglichkeit eingeräumt werden soll, unter Wahrung der erworbenen Rechte von der Versicherung zurückzutreten, wenn sie es wünschen. Ferner soll die im AHV-Gesetz festgelegte *Steuerbefreiung für außerordentliche Renten aufgehoben werden*, da sich dieses Privileg heute auch für gut-situierte Rentenbezüger auswirkt und einen Einbruch in die kantonale Steuerhoheit bedeutet. Diese Änderung dürfte für die bedürftigen Rentenbezüger keine Folgen haben, da die Rentenbeträge bei den kantonalen Einkommenssteuern das steuerfreie Einkommen nicht übersteigen. Schließlich ist vorgesehen, jene Vorschrift aufzuheben, wonach bis heute die *Witwen- und Waisenrenten* gekürzt werden mußten, wenn sie zusammengerechnet das Durchschnittseinkommen des verstorbenen Vaters in den letzten drei Jahren überstiegen. Die Änderungen auf dem Gebiet der Beiträge der Versicherten und der öffentlichen Hand werden im Zusammenhang mit der Finanzierung zu erörtern sein.

Die finanziellen Auswirkungen

Die Belastung

Die Mehrkosten, die der AHV aus der sechsten Revision erwachsen, werden im Mittel des Zeitabschnittes 1965 bis 1984 auf rund 580 Mio Franken im Jahr geschätzt. Die Mehrkosten übersteigen also ganz beträchtlich jene der fünf früheren Revisionen zusammen. Die *Gesamtbelastung* der AHV wird im ersten Jahr nach der Revision 1,6 Milliarden Franken übersteigen und im Durchschnitt der ersten 20 Jahre mehr als 2 Milliarden Franken betragen.

Die Mehrbelastung, die der Invalidenversicherung aus der Revision erwächst, beläuft sich auf 40 Mio Franken im Jahr, stellt indessen keine

besonderen finanziellen Probleme. Wird zudem die aus der Einführung von existenzsichernden Zusatzrenten resultierende Jahresbelastung von etwa 140 Millionen Franken in Rechnung gestellt, so bringt die geplante Revision in der Anfangsperiode jährlich *mehr als 700 Millionen an Mehrbelastung* mit sich.

Die Deckung

Die AHV/IV-Kommission vertrat die Auffassung, daß für die ersten 20 Jahre die Deckung der neuen Gesamtausgaben sichergestellt werden kann durch die den höheren Einkommen entsprechenden größeren Beitragseinnahmen, durch einen merklichen Verbrauch der Zinsen des Ausgleichsfonds und durch höhere Leistungen der öffentlichen Hand. Der Bundesrat hat dieser Auffassung weitgehend zugestimmt, beantragt jedoch — vor allem aus konjunkturpolitischen Erwägungen — eine *bis 1969 befristete Erhöhung des Beitragsansatzes um ein Achtel*, womit der Beitragsansatz der AHV grundsätzlich von 4 auf 4½ Prozent des Erwerbseinkommens angesetzt wird. Die Beiträge an die IV sowie an die Erwerbsersatzordnung würden durch diese Maßnahme nicht tangiert.

Neben den Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber sind es vor allem die *Zuwendungen der öffentlichen Hand*, welche im Finanzierungshaushalt der AHV eine entscheidende Rolle spielen. Die heutigen Zuwendungen von Bund und Kantonen decken im Durchschnitt der Jahre 1965 bis 1984 noch rund 20 Prozent der Ausgaben der AHV. Der Bundesrat ist der Auffassung, daß diese Beteiligung auf keinen Fall vermindert werden dürfe; vom Inkrafttreten der Revisionsvorlage an bis zum Jahre 1984 soll vielmehr die öffentliche Hand auch von den erhöhten Ausgaben mindestens ein Fünftel und vom Jahre 1985 an mindestens ein Viertel übernehmen. Für die erste Fünfjahresperiode wird ein *öffentlicher Beitrag von 350 Mio Franken* vorgesehen. Dieser Beitrag, der in den nachfolgenden Perioden entsprechend der Ausgabenvermehrung ansteigen wird, soll nicht mehr — wie bisher — zu zwei Dritteln vom Bund und zu einem Drittel von den Kantonen, sondern zu *drei Vierteln vom Bund und zu einem Viertel von den Kantonen* aufgebracht werden. Der Bund hätte also in den nächsten 5 Jahren 263 Mio, die Kantone 87 Mio Franken an die AHV zu leisten. Diese neue Lastenverteilung läßt sich damit begründen, daß der Bund über fiskalische Erträge aus der Belastung von Tabak und Alkohol verfügt, die ihm eine höhere Beitragsleistung gestatten. Doch schien dem Bundesrat die von der

AHV/IV-Kommission beantragte Herabsetzung des Kantonsanteils auf ein Fünftel als zu weitgehend. Es darf berücksichtigt werden, daß die Rentenerhöhungen die Kantone von Fürsorgeausgaben entlasten.

Das Inkrafttreten

Das Inkrafttreten der Vorlage ist in letzter Zeit lebhaft diskutiert worden. Entscheidend für den Zeitpunkt des Inkrafttretens wird der Gang der parlamentarischen Beratungen sein. Es sei jedoch nicht verschwiegen, daß die Anpassung von etwa 800 000 Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenrenten nicht von einem Tag auf den andern erfolgen kann. Die Verwaltung wird aber dafür sorgen, daß der Entscheid der eidgenössischen Räte so rasch als möglich in die Tat umgesetzt wird.

Der Gesetzesentwurf zur sechsten AHV-Revision

Mit Botschaft vom 16. September 1963 unterbreitet der Bundesrat der Bundesversammlung den Entwurf zu einem Bundesgesetz über die Abänderung des geltenden AHVG. Gesetzesentwurf und Botschaft sind anläßlich einer Pressekonferenz zuhanden der Öffentlichkeit eingehend erläutert worden. Die ZAK publiziert nachstehend den Wortlaut des vom Bundesrat vorgelegten Gesetzesentwurfes.

I.

Das Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (im folgenden Bundesgesetz genannt) wird wie folgt geändert und ergänzt:

Art. 2, Abs. 5, 6, und 7

⁵ Die Auslandschweizer können unter Wahrung der nach diesem Gesetz erworbenen Rechte von der freiwilligen Versicherung zurücktreten.

⁶ Die Auslandschweizer sind aus der freiwilligen Versicherung ausgeschlossen, wenn sie ihre Verpflichtungen trotz Mahnung nicht erfüllen. Nach diesem Gesetz erworbene Rechte bleiben gewahrt.

⁷ Der Bundesrat erläßt ergänzende Vorschriften über die freiwillige Versicherung und ordnet namentlich den Beitritt, den Rücktritt und den Ausschluß sowie die Erhebung der Beiträge und die Gewährung der Leistungen. Er kann für die Bemessung und Anrechnung der Beiträge freiwillig Versicherter besondere Regeln aufstellen.

Art. 3, Abs. 1

¹ Die Versicherten sind beitragspflichtig von der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, auf jeden Fall aber vom 1. Januar des der Vollendung des 20. Altersjahres folgenden Jahres an, bis zum letzten Tag des Monats, in welchem Männer das 65. und Frauen das 62. Altersjahr vollendet haben.

Art. 6, zweiter Satz

Beträgt der maßgebende Lohn weniger als 12 000 Franken im Jahr, so vermindert sich der Beitragsansatz nach einer vom Bundesrat aufzustellenden sinkenden Skala bis auf 2 Prozent.

Art. 8, Abs. 1, zweiter Satz

Beträgt dieses Einkommen weniger als 12 000, aber mindestens 600 Franken im Jahr, so vermindert sich der Beitragsansatz nach einer vom Bundesrat aufzustellenden sinkenden Skala bis auf 2 Prozent.

Art. 19

Aufgehoben.

Art. 20

Sicherung
und Ver-
rechnung
der Renten

¹ Jeder Rentenanspruch ist unabtretbar, unverpfändbar und der Zwangsvollstreckung entzogen. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig. Vorbehalten bleibt Artikel 45.

² Forderungen gemäß diesem Gesetz sowie den Bundesgesetzen über die Invalidenversicherung, über die Erwerbsausfallentschädigungen an Wehrpflichtige und über die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern können mit fälligen Leistungen verrechnet werden.

Art. 21, Abs. 1

¹ Anspruch auf eine einfache Altersrente haben, sofern kein Anspruch auf Ehepaar-Altersrente besteht,

- a. Männer, welche das 65. Altersjahr zurückgelegt haben;
- b. Frauen, welche das 62. Altersjahr zurückgelegt haben.

Art. 22bis

¹ Ehemänner, denen eine einfache Altersrente zusteht, haben für die Ehefrau, die das 45. Altersjahr zurückgelegt hat, Anspruch auf eine Zusatzrente. Der Anspruch besteht auch für eine jüngere Frau, wenn der Ehemann unmittelbar vor der Entstehung des Anspruchs auf die einfache Altersrente eine entsprechende Zusatzrente zu einer einfachen Invalidenrente bezogen hat. Die geschiedene Frau ist der Ehefrau gleichgestellt, sofern sie für die ihr zugesprochenen Kinder überwiegend aufkommt und weder eine Alters- noch eine Invalidenrente beanspruchen kann. Artikel 22, Absatz 2 ist sinngemäß anwendbar.

Zusatzrenten
für
Angehörige

² Männer und Frauen, denen eine Altersrente zusteht, haben für jedes Kind, das im Falle ihres Todes eine Waisenrente beanspruchen könnte, Anspruch auf eine Zusatzrente. Für Kinder, denen die einfache Waisenrente zustehen würde, wird die einfache Kinderrente, für solche, denen die Vollwaisenrente zustehen würde, die Doppel-Kinderrente gewährt. Für Adoptiv- und Pflegekinder, die erst nach Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente oder auf eine ihr vorausgehende Rente der Invalidenversicherung adoptiert oder in Pflege genommen werden, besteht kein Anspruch auf Zusatzrenten. Der Bundesrat kann ergänzende Vorschriften, namentlich über den Anspruch von Ehefrauen auf Zusatzrenten für Kinder, erlassen.

Art. 23, Abs. 3

³ Der Anspruch auf eine Witwenrente entsteht am 1. Tag des dem Tode des Ehemannes folgenden Monats. Er erlischt mit der Wiederverheiratung, mit der Entstehung des Anspruchs auf eine einfache Altersrente oder mit dem Tode der Witwe. Er lebt unter bestimmten, vom Bundesrat festzulegenden Voraussetzungen wieder auf, wenn die neue Ehe der Witwe ungültig erklärt wird.

Art. 25, Abs. 2, zweiter Satz

Für Kinder, die noch in Ausbildung begriffen sind, dauert der Rentenanspruch bis zum Abschluß der Ausbildung, längstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr.

Art. 26, Abs. 2, zweiter Satz

Für Kinder, die noch in Ausbildung begriffen sind, dauert der Rentenanspruch bis zum Abschluß der Ausbildung, längstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr.

Art. 28^{bis}

Zusammen-
treffen mit
andern
Renten

Der Anspruch auf eine Waisenrente entsteht nicht und ein bestehender Anspruch erlischt, wenn die Waise eine Invalidenrente oder ihre Eltern für sie eine Zusatzrente zur Alters- oder zur Invalidenrente beanspruchen können.

Art. 30, Abs. 5 und 6

⁵ Die für die Zeit vor dem 1. Januar 1965 geleisteten Beiträge werden bei der Ermittlung des durchschnittlichen Jahresbeitrages um ein Drittel aufgewertet.

⁶ Der Bundesrat stellt verbindliche Tabellen zur Ermittlung der Renten auf, wobei er die Renten zugunsten der Berechtigten aufrunden kann. Er ist befugt, besondere Vorschriften zu erlassen, namentlich über die Anrechnung der Bruchteile von Beitragsjahren und der entsprechenden Beiträge, über die ersatzweise Anrechnung von Beitragsjahren und Beiträgen der Ehefrau bei unvollständiger Beitragsdauer des Ehemannes und über die Nichtanrechnung der während des Bezugs einer Invalidenrente zurückgelegten Beitragsjahre und geleisteten Beiträge.

Art. 34

Berechnung
und Höhe
der Vollrente
1. Die einfache
Altersrente

¹ Die jährliche einfache Altersrente setzt sich zusammen aus einem festen Rententeil von 1 000 Franken und einem veränderlichen Rententeil, der nach dem maßgebenden durchschnittlichen Jahresbeitrag abgestuft wird.

² Der veränderliche Rententeil wird berechnet, indem der maßgebende durchschnittliche Jahresbeitrag bis zum Betrag

von 400 Franken mit vier, der 400 Franken, nicht aber 700 Franken übersteigende Betrag mit zwei vervielfacht wird.

³ Die einfache Altersrente beträgt jedoch mindestens 1 500 Franken und höchstens 3 200 Franken im Jahr.

Art. 35^{bis}

¹ Die Zusatzrente für die Ehefrau und die einfache Kinderrente betragen je 40 Prozent, die Doppel-Kinderrente beträgt 60 Prozent der dem maßgebenden durchschnittlichen Jahresbeitrag entsprechenden einfachen Altersrente.

3. Die Zusatzrenten für Angehörige

² Für die Zusatzrenten gelten die gleichen Berechnungsregeln wie für die jeweilige Altersrente.

Art. 38, Abs. 2

² Maßgebend für die Berechnung des Bruchteils ist das gerundete Verhältnis zwischen den vollen Beitragsjahren des Versicherten und denjenigen seines Jahrganges. Der Bundesrat erläßt nähere Vorschriften über die Abstufung der Renten.

Art. 40

Die Zusatzrente für ein außereheliches Kind wird gekürzt, soweit sie den geschuldeten Unterhaltsbeitrag übersteigt.

Kürzung der Zusatzrenten für Kinder

Art. 41

Die gemäß Artikel 23, Absatz 2, einer geschiedenen Frau zukommende Witwenrente wird gekürzt, soweit sie den der Frau gerichtlich zugesprochen gewesenen Unterhaltsbeitrag überschreitet.

Kürzung der Witwenrente, der geschiedenen Frau

Art. 42, Abs. 1 und 2

¹ Anspruch auf eine außerordentliche Rente haben in der Schweiz wohnhafte Schweizerbürger, denen keine ordentliche Rente zusteht oder deren ordentliche Rente kleiner ist als die außerordentliche, soweit zwei Drittel des Jahreseinkommens, dem ein angemessener Teil des Vermögens hinzuzurechnen ist, folgende Grenzen nicht erreichen:

Für Bezüger von	Franken
— einfachen Altersrenten und Witwenrenten	4 000
— Ehepaar-Altersrenten	6 400
— einfachen Waisenrenten und Vollwaisenrenten	2 000

² Für Ehemänner, die Anspruch auf eine einfache Altersrente mit oder ohne Zusatzrente für die Ehefrau haben, finden die Einkommensgrenzen für die Bezüger von Ehepaar-Altersrenten Anwendung. Die Einkommensgrenze für Bezüger von einfachen Altersrenten oder von Ehepaar-Altersrenten wird für jedes Kind, für das eine Zusatzrente beansprucht wird, um den Betrag der Einkommensgrenze für Bezüger von Waisenrenten erhöht. Der Bundesrat kann für Altersrentner mit Kindern und für Witwenfamilien gemeinsame Einkommensgrenzen festsetzen.

Art. 43, Abs. 2, zweiter Satz

Vorbehalten bleiben die Kürzungen gemäß Artikel 40 und 41.

Art. 43^{bis}

Ausnahmen

Die in Artikel 42, Absatz 1, festgesetzten Einkommensgrenzen und die in Artikel 43, Absatz 2, erster Satz, vorgeschriebene Rentenkürzung finden keine Anwendung auf folgende in der Schweiz wohnhafte Schweizerbürger:

- a. auf die vor dem 1. Juli 1883 geborenen Personen und ihre Hinterlassenen;
- b. auf die vor dem 1. Dezember 1948 verwitweten Frauen und verwaisten Kinder;
- c. auf Ehefrauen, solange der Ehemann keine Ehepaar-Altersrente beanspruchen kann;
- d. auf Frauen, die nach Vollendung des 61. Altersjahres geschieden werden.

Art. 63, Abs. 3

³ Der Bundesrat kann den Ausgleichskassen im Rahmen dieses Gesetzes weitere Aufgaben übertragen. Er ordnet die Zusammenarbeit zwischen den Ausgleichskassen und der Zentralen Ausgleichsstelle und sorgt für einen zweckmäßigen Einsatz technischer Einrichtungen.

Art. 82, Abs. 1

¹ Versicherungseinrichtungen, die nicht gemäß den Artikeln 75 bis 81 anerkannt sind und deren Bestimmungen eine Änderung im nachstehenden Sinne nicht vorsehen, sind

berechtigt, innerhalb von 5 Jahren nach einer allgemeinen Erhöhung der in diesem Gesetze vorgesehenen Beiträge oder Renten unter Befolgung der für die Revision ihrer Bestimmungen geltenden formellen Vorschriften die Prämien der bei ihnen Versicherten und deren Arbeitgeber herabzusetzen sowie ihre Leistungen anzupassen. Die Prämien dürfen jedoch höchstens um den Betrag der auf Grund dieses Gesetzes zu entrichtenden Beiträge herabgesetzt werden.

Art. 92

Aufgehoben.

Art. 92^{bis}

Aufgehoben.

Art. 95, Abs. 3

³ Die auf die Durchführung des Bundesgesetzes vom 20. Juni 1952 über die Familienzulagen für landwirtschaftliche Arbeitnehmer und Kleinbauern entfallenden Kosten der Zentralen Ausgleichsstelle und Aufwendungen für die Pauschalfrankatur werden nach Maßgabe der Artikel 18, Absatz 4, und 19 des genannten Gesetzes gedeckt.

Art. 102

¹ Die Leistungen der Alters- und Hinterlassenenversicherung werden finanziert durch Grundsätze

- a. die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber;
- b. die Beiträge der öffentlichen Hand;
- c. die Zinsen des Ausgleichsfonds.

² Der Bundesrat läßt in der Regel alle 5 Jahre das finanzielle Gleichgewicht der Versicherung, das Ausmaß der benötigten Mittel sowie das Verhältnis zwischen Renten, Preisen und Erwerbseinkommen überprüfen. Er unterbreitet das Ergebnis der Überprüfung zur Begutachtung der Eidgenössischen Alters- und Hinterlassenenversicherungskommission und erstattet hierauf der Bundesversammlung Bericht. Er stellt nötigenfalls Antrag auf angemessene Anpassung der Beiträge und der Renten.

Art. 103, Abs. 1 und 2

¹ Die aus öffentlichen Mitteln an die Alters- und Hinterlassenenversicherung zu leistenden Beiträge belaufen sich

bis zum Ende des Jahres 1984 auf mindestens ein Fünftel und vom Jahre 1985 an auf mindestens ein Viertel der durchschnittlichen jährlichen Ausgaben der jeweiligen Finanzierungsperiode. Die Bundesversammlung setzt diese Beiträge für eine fünfjährige Periode, erstmals bis zum Ende des Jahres 1969, im voraus fest.

² Die in Absatz 1 genannten Beiträge sind zu drei Vierteln vom Bund und zu einem Viertel von den Kantonen aufzubringen.

Art. 112

Aufgehoben.

II.

Die nachstehenden Artikel des Bundesgesetzes erhalten neue Randtitel:

Artikel 18: «Rentenberechtigung»

Artikel 36: «4. Die Witwenrente und die Witwenabfindung»

Artikel 37: «5. Die Waisenrenten».

III.

Dieses Gesetz ist vom Zeitpunkt seines Inkrafttretens an auch auf Fälle, in denen der Rentenanspruch schon vorher begründet worden ist, anzuwenden, doch gelten folgende besondere Bestimmungen:

a. Die laufenden ordentlichen Renten werden um ein Drittel, jedenfalls aber auf die jeweiligen Mindestbeträge erhöht. Vorbehalten bleiben Buchstabe c und die Kürzungsbestimmungen. Wird in der Folge die Rente durch eine solche anderer Art, aber mit gleicher Berechnungsgrundlage abgelöst, so erfährt auch diese eine entsprechende Erhöhung. Ändert sich dagegen die Berechnungsgrundlage, so ist die neue Rente nach den Bestimmungen dieses Gesetzes zu berechnen, wobei für die Ermittlung des durchschnittlichen Jahresbeitrages der Zuschlag von 15 Franken gemäß Ziffer II, Buchstabe a, des Bundesgesetzes vom 23. März 1961 betreffend Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung durch die Aufwertung gemäß Ziffer I, Artikel 30, Absatz 5, ersetzt wird; die neue Rente darf in keinem Fall niedriger sein als die bisherige.

b. Die Teilrenten, auf welche der Anspruch vor dem 1. Januar 1960 entstanden ist, werden in Voll- oder Teilrenten nach geltendem Recht umgewandelt. Vollrenten, die an die Stelle bisheriger Teilrenten treten, werden gemäß Buchstabe a erhöht. Wird nach geltendem Recht eine Teilrente gewährt, so ist deren Höhe nach den Bestimmungen dieses Gesetzes zu bestimmen, wobei Buchstabe a, 4. Satz sinngemäß anwendbar ist; die neue Teilrente muß die bisherige um mindestens ein Drittel übersteigen.

c. Die nach bisherigem Recht auf ein Jahreseinkommen des verstorbenen Vaters gekürzten Witwen- und Waisenrenten werden mit dem ungekürzten Betrag gemäß Buchstaben a und b erhöht.

d. Auf geschiedene Frauen, die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes das 63. Altersjahr zurückgelegt haben, findet Ziffer I, Artikel 43^{bis}, Buchstabe d nur Anwendung, wenn die Scheidung nach Vollendung des 62. Altersjahres erfolgt ist.

IV.

Vom Inkrafttreten dieses Gesetzes bis zum Ende des Jahres 1969 gelten folgende Bestimmungen:

a. Zu den Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber an die Alters- und Hinterlassenenversicherung wird ein Zuschlag von einem Achtel erhoben. Dieser Zuschlag wird nicht in das individuelle Beitragskonto eingetragen, Ausländern und Staatenlosen sowie ihren Hinterlassenen nicht zurückvergütet und bei der Bemessung der Beiträge an die Invalidenversicherung und an die Erwerbsersatzordnung außer Rechnung gelassen.

b. Der Beitrag aus öffentlichen Mitteln an die Alters- und Hinterlassenenversicherung beträgt jährlich 350 Millionen Franken.

c. Der Bundesrat ist befugt, die Fabrikationsabgabe für Zigaretten gemäß Artikel 122 des Bundesgesetzes und die Abgabe auf Zigarettenpapier gemäß Artikel 130 des Bundesgesetzes sowie die Ansätze der Tarifnummern 7, 23, 24 und 25 des dem Bundesgesetz beigefügten Tarifs der Tabakzölle um höchstens 40 Prozent zu erhöhen.

V.

Das Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung wird wie folgt geändert:

Artikel 34, Absatz 1, 2. Satz: Aufgehoben.

Artikel 35, Absatz 1, 2. Satz: Aufgehoben.

VI.

¹ Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens.

² Der Bundesrat ist mit dem Vollzug beauftragt. Er kann für die Neufestsetzung der laufenden Renten ein vereinfachtes Verfahren vorsehen.

Die Rentenversicherung in Schweden

Schweden besitzt heute ein modern ausgestaltetes und umfassendes staatliches Rentenversicherungssystem. Die nachstehenden Ausführungen sollen einen kurzen Überblick über die gegenwärtig geltende Ordnung vermitteln.

Wie in andern Staaten war auch in Schweden die Einführung einer allgemeinen staatlichen Alters- und Invaliditätsversicherung weitgehend eine Folge der fortschreitenden Industrialisierung des Landes und der damit zusammenhängenden tiefgreifenden Veränderungen der wirtschaftlichen Verhältnisse. Von Anfang an wurde in Schweden die Rentenversicherung als allgemeine Volkspensionsversicherung konzipiert mit dem Ziele, den schwedischen Staatsbürgern im Falle des Alters oder der Erwerbsunfähigkeit die zur Bestreitung einer bescheidenen Lebenshaltung notwendigen Mittel sicherzustellen. Die erste, 1913 eingeführte und schon damals die gesamte Wohnbevölkerung obligatorisch umfassende Rentenversicherung vermochte jedoch trotz wiederholter Verbesserungen der Leistungen die ursprünglich in sie gesetzten Erwartungen nicht zu erfüllen; die Rentenbezüger blieben zur Deckung des Lebensunterhalts auf weitere Einkünfte, zum Teil auf die Unterstützungen der Armenfürsorgebehörden und anderer Stellen angewiesen.

Die Bemühungen um eine grundlegende Revision des erwähnten Systems führten schließlich 1946 zur Schaffung eines neuen *Gesetzes über die allgemeinen Volkspensionen*, das am 1. Januar 1948 in Kraft getreten ist und mit einigen Änderungen und Ergänzungen heute noch in Geltung steht. Aus der Erwägung, daß diese Volkspensionen, selbst

mit Einschluß allfälliger Beihilfen der öffentlichen Hand, für sich allein in der Regel die Kosten des Lebensunterhaltes einer Person nicht oder nur in ungenügendem Maße zu decken vermögen, ist zur Verbesserung der Altersversorgung mit Wirkung ab 1. Januar 1960 ein zuvor heftig umstrittenes *Gesetz über die allgemeine Zusatzpension* als ergänzende Versicherung in Kraft getreten, dessen Leistungen nach Auffassung des Gesetzgebers zusammen mit denjenigen aus dem allgemeinen System dem Berechtigten im Versicherungsfall nicht nur das Existenzminimum sichern sollen, sondern darüber hinaus einen angemessenen Lebensstandard. In neuester Zeit sind Bestrebungen im Gange, diese beiden Versicherungswerke in einer Gesetzgebung zu vereinigen.

*

Bei beiden Systemen handelt es sich um Volksversicherungen, welchen grundsätzlich die Gesamtheit der in Schweden ansässigen und zivilregistrierten Personen angehören. Indessen weichen die beiden Versicherungen in ihren Grundzügen ganz erheblich voneinander ab. So werden in die allgemeine Volkspensionsversicherung Ausländer nur auf Grund besonderer zwischenstaatlicher Vereinbarungen einbezogen, während die Zusatzpensionsversicherung im Prinzip alle in Schweden erwerbstätigen Personen, ungeachtet ihrer Nationalität, umfaßt. Zum weitern werden die allgemeinen Volkspensionen, die sogenannten Grundpensionen, im Versicherungsfall jedem Versicherten unbekümmert um Versicherungsdauer und Beitragsleistung gewährt, während die Zusatzpensionen abhängig sind von der Erfüllung einer Mindestbeitragsdauer und der Höhe des früher erzielten Erwerbseinkommens.

1. Die zur Durchführung der *allgemeinen Volkspensionsversicherung* benötigten Mittel werden etwa im Verhältnis 70 zu 30 durch die öffentliche Hand und durch die Beiträge der Versicherten aufgebracht. Die der Beitragspflicht unterworfenen Versicherten — hiezu zählen alle in Schweden erwerbstätigen Personen zwischen dem 18. und dem 66. Altersjahr — haben gegenwärtig einen Beitrag von 4 Prozent, im Maximum 600 Kronen (entsprechend einem Arbeitsverdienst von 15 000 Kronen) im Jahr für Ledige und Ehepaare, ihres anrechenbaren Arbeitseinkommens zu entrichten. Nichterwerbstätige Personen sind beitragsfrei. Die Ermittlung des beitragspflichtigen Einkommens wie die Beitragserhebung erfolgt gleichzeitig mit der Steuerveranlagung und dem Steuerzugang durch die Steuerbehörden. Die Beiträge stellen, da sie im Einzelfall ohne jede Bedeutung für die Versicherungsleistung sind, eigentlich

eine Art Sondersteuer dar und werden in Schweden vielfach auch als solche betrachtet. (Der Beitrag wird auch von Nichtvertragsausländern erhoben, ihnen aber nach Ablauf des Steuerjahres jeweils wieder zurück-erstattet.) Aus dieser Sachlage erklärt es sich vermutlich auch, daß, im Gegensatz zu den Rentenversicherungen vieler Staaten, in Schweden die Möglichkeit einer freiwilligen Zugehörigkeit zur allgemeinen Volkspen-sionsversicherung nicht besteht.

Bei den im Falle des Alters, der Invalidität und des Todes gewähr-ten Pensionen handelt es sich um *Einheitsrenten*, die für Alleinstehende und Ehepaare mit einem festen Betrag festgelegt sind, jedoch perio-disch auf gesetzlichem Wege dem Index der Lebenshaltungskosten an-gepaßt werden. Eine Leistungszahlung ins Ausland war bis vor kurzem grundsätzlich nicht möglich, ist aber seit Beginn dieses Jahres auf Grund einer Ausnahmeklausel für schwedische Staatsangehörige unter bestimm-ten Voraussetzungen zulässig. Schweizerbürger können, gestützt auf das Sozialversicherungsabkommen mit Schweden vom 17. Dezember 1954 bei endgültigem Verlassen des Landes und soweit bis dahin keine Pensions-zahlung erfolgt ist, gegen Vorweis der Quittungen lediglich die Rück-erstattung der an die allgemeine Volkspensionsversicherung geleisteten Beiträge verlangen.

Anspruch auf eine *Alterspension* haben, ohne Rücksicht auf die Ein-kommens- und Vermögensverhältnisse, nach Vollendung des 67. Alters-jahres alle in Schweden lebenden schwedischen Staatsangehörigen und gemäß dem vorerwähnten schweizerisch-schwedischen Sozialversiche-rungsabkommen nach fünfjähriger ununterbrochener Wohndauer in Schweden und Erreichen der Altersgrenze auch Schweizerbürger. Die Alterspension beträgt zur Zeit, mit Einschluß der Teuerungszulage, im Jahr 3325 Kronen für Alleinstehende und 5210 Kronen für Ehepaare, sofern beide Ehegatten anspruchsberechtigt sind und das 67. Altersjahr vollendet haben. Der Pensionsbezug kann gegebenenfalls auf das 63. Al-tersjahr vorverlegt oder bis zum 70. Altersjahr hinausgeschoben werden. In diesem Fall erfährt die Pension eine Verminderung bzw. Erhöhung um 0,6 Prozent für jeden Differenzmonat. Es ist vorgesehen, die Pen-sionen schrittweise zu erhöhen, bis sie, auf der Basis des Indexstandes von 1957, im Jahre 1968 für Alleinstehende 3600 Kronen, für Ehepaare 5400 Kronen jährlich erreichen.

Die *Invaliditätspensionen* sind, Vollinvalidität vorausgesetzt, gleich hoch wie die entsprechenden Alterspensionen. Wenn eine mindestens hälftige Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt, wird eine Teilinvali-ditätspension gewährt, die zwischen $\frac{1}{3}$ und $\frac{2}{3}$ der vollen Invaliditäts-

pension beträgt. Außerdem sind im Gesetz sehr differenzierte Rehabilitationsmaßnahmen vorgesehen. Die Versicherungsbehörden sind verpflichtet, in jedem Invaliditätsfall vor Zusprechung einer Pension stets einläßlich die Möglichkeit der Durchführung von Wiederherstellungsmaßnahmen abzuklären. Blinde und hilflose Versicherte erhalten unabhängig von allfälligen Rehabilitationsmaßnahmen und Pensionsansprüchen gemäß Gesetz eine Zulage von 1200 Kronen im Jahr ausgerichtet. Bei Erreichen des Rentenalters wird die Invaliditätspension automatisch in eine Alterspension umgewandelt, unter Weiterzahlung der Blinden- bzw. Hilflosenzulage.

Witwen, die im Zeitpunkt des Ablebens ihres Ehegatten das 50. Altersjahr zurückgelegt haben und deren Ehe mindestens fünf Jahre bestanden hat, sowie Witwen mit Kindern unter 16 Jahren, steht eine volle *Witwenpension* in Höhe der Alterspension für Alleinstehende zu. Noch nicht 50jährige Witwen ohne Kinder unter 16 Jahren erhalten je nach Alter eine zwischen $\frac{1}{15}$ und $\frac{14}{15}$ des vollen Pensionsbetrages gekürzte Pension. Witwen, die beim Tode des Ehemannes das 36. Altersjahr noch nicht vollendet haben, wird keine Pension gewährt. Eine analoge Regelung gilt im übrigen auch für geschiedene und ledige Frauen mit Kindern unter 16 Jahren; die Leistungen sind gleich den entsprechenden Witwenpensionen.

Unter bestimmten Voraussetzungen, auf die hier im einzelnen nicht eingetreten werden kann, haben auch Waisen Anspruch auf Pensionen aus dem allgemeinen System, die gegebenenfalls durch besondere Zulagen und Beihilfen ergänzt werden können. Die einfache *Waisenspension* beträgt für jedes Kind unter 16 Jahren 1000 Kronen im Jahr, für Doppelwaisen 1400 Kronen.

Unter Vorbehalt bestimmter Einkommensgrenzen erhalten Pensionsbezüger, deren Ehefrau das 60. Altersjahr zurückgelegt, das Rentenalter aber noch nicht erreicht haben, eine Zulage bis zum Betrag von höchstens 2215 Kronen im Jahr.

An die Empfänger der Volkspensionen können im weitem zu Lasten der Gemeinden *Wohnzulagen* gewährt werden, die nach Ortsklassen gestaffelt sind, jedoch je nach Einkommen und Vermögen des Rentenbezügers eine Kürzung erfahren. Die Wohnzulagen bewegen sich gegenwärtig, ungekürzt, im Jahr zwischen 200 Kronen in ländlichen Gemeinden und 2125 Kronen in Stockholm.

2. In Abweichung vom allgemeinen Pensionsversicherungssystem wird die 1960 eingeführte *Zusatzpensionsversicherung* nach den Grundsätzen des Umlageverfahrens finanziert. Die erforderlichen Mittel werden aus-

schließlich durch die Beiträge der Arbeitgeber und der beitragspflichtigen Versicherten — wozu grundsätzlich alle in Schweden domizilierten Personen zwischen dem 16. und 65. Altersjahr gehören, die ein Arbeitseinkommen erzielen — aufgebracht. Staatszuschüsse sind keine vorgesehen. Bei Lohnneinkommen gehen die Beiträge, ohne Vornahme eines Lohnabzuges, allein zu Lasten des Arbeitgebers, während sie bei selbständiger Erwerbstätigkeit voll vom Pflichtigen selbst zu tragen sind. Die Beiträge zur Zusatzversicherung, die gleichzeitig mit denjenigen zur Kranken- und Unfallversicherung erhoben werden und einem besonders hierfür errichteten Fonds gutzuschreiben sind, wurden für das Jahr 1960 zunächst auf 3 Prozent des steuerlich ermittelten Arbeitseinkommens festgesetzt, betragen gegenwärtig 6 Prozent und sollen in den nächsten Jahren allmählich bis auf höchstens 10 Prozent ansteigen und für die Deckung der Auslagen ausreichen. Wie in der allgemeinen Pensionsversicherung besteht auch hier für die Beitragsermittlung eine obere Einkommensgrenze, die zur Zeit bei 35 250 Kronen des anrechenbaren jährlichen Verdienstes liegt und nach unten auf 4700 Kronen im Jahr limitiert ist. Von dem unter diesem Betrag, dem sogenannten Grundbetrag, liegenden Arbeitseinkommen sind keine Beiträge geschuldet. Im Gegensatz zum allgemeinen System ist in der Zusatzversicherung die Möglichkeit der Beitragsbefreiung vorgesehen; so konnten nach gesetzlicher Vorschrift während einer gewissen Übergangszeit auf Antrag alle Versicherten für ihr Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit befreit werden, sowie Arbeitnehmer durch ihre Gewerkschaft, falls diese mit einer Arbeitgeberorganisation oder einem Arbeitgeber einen Kollektivpensionsversicherungsvertrag abgeschlossen hatte. Andererseits jedoch ist eine freiwillige Zugehörigkeit zur Zusatzversicherung nicht möglich. Dagegen können schwedische Staatsangehörige, die im Ausland als Angestellte einer in Schweden domizilierten schwedischen Unternehmung tätig sind, als Pflichtversicherte dem Zusatzsystem unterstellt werden. Im übrigen ist aber Wohnsitz und Erwerbstätigkeit in Schweden Voraussetzung für die Versicherungszugehörigkeit.

Dem einzelnen Versicherten werden im Hinblick auf die späteren Leistungsansprüche nicht die bezahlten Beiträge selbst gutgeschrieben, sondern ihm für jedes Jahr, in welchem er ein beitragspflichtiges Einkommen realisiert, nach der Formel: «anrechenbares Einkommen abzüglich Grundbetrag dividiert durch Grundbetrag» sogenannte Pensionspunkte angerechnet. So erwirbt zum Beispiel ein Versicherter mit einem anrechenbaren Jahreseinkommen von 25 000 Kronen — der Grundbetrag beträgt, wie erwähnt, gegenwärtig 4700 Kronen — 4,32 Pensions-

punkte, bei einem möglichen Maximum von 6,5 Punkten pro Jahr. Ein Einkommen von 5000 Kronen ergibt 0,06 Pensionspunkte.

Die Leistungen aus der Zusatzversicherung, die im übrigen erstmals vom 1. Januar dieses Jahres an als Teilpensionen und zwar zusammen mit den Grundpensionen (Volkspensionen) zur Auszahlung gelangen, werden, im Gegensatz zu denjenigen des allgemeinen Systems, nach Versicherungsdauer und Höhe des Arbeitseinkommens, wie es im Einzelfall in den gutgeschriebenen Pensionspunkten zum Ausdruck kommt, abgestuft und sind ebenfalls indexgesichert.

Grundsätzlich entsteht der Anspruch auf eine *Alterszusatzpension*, wie in der allgemeinen Volksversicherung, ebenfalls nach Vollendung des 67. Altersjahres, jedoch nur unter der Voraussetzung, daß der Versicherte als schwedischer Staatsbürger während mindestens 3 Jahren, als Ausländer während wenigstens 10 Jahren Pensionspunkte erworben hat. Während einer Einführungszeit von zwei Jahrzehnten wird die volle Alterszusatzpension schon nach einer Mindestversicherungsdauer von 20 Jahren gewährt; für jedes fehlende Jahr wird die Pension um $\frac{1}{20}$ gekürzt. (Für schwedische Staatsangehörige der Jahrgänge 1896 bis 1923 gelten besondere Übergangsbestimmungen.) Nach Ablauf dieser Übergangszeit soll die für den Erwerb einer vollen Alterszusatzpension erforderliche Mindestversicherungsdauer schrittweise auf 30 Jahre erhöht werden. Die volle Alterszusatzpension beträgt im Normalfall 60 Prozent des im Zeitpunkt der Anspruchsberechtigung geltenden Grundbetrages multipliziert mit dem Durchschnitt der Pensionspunkte in den 15 besten Verdienstjahren des Versicherten. Dem Versicherten steht jedoch das Recht zu, die Auszahlung der Pension schon nach Erreichen des 63. oder aber erst nach Zurücklegung des 70. Altersjahres zu verlangen; in einem solchen Fall erfährt die Pension für jeden Differenzmonat eine Verminderung bzw. Erhöhung um 0,6 Prozent der vollen Leistung beim 67. Altersjahr.

Invaliditäts- und Hinterbliebenenzusatzpensionen werden im Prinzip nach den gleichen Regeln berechnet wie die Alterszusatzpensionen und stehen in einem festen prozentualen Verhältnis zu diesen. Demgemäß ist die *zusätzliche Invaliditätspension* im Falle von Vollinvalidität gleich der vollen Alterszusatzpension, auf die der Versicherte bei Vollendung des 67. Altersjahres Anspruch hätte, im Falle von Teilinvalidität, d. h. bei Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens die Hälfte, zwischen $\frac{1}{3}$ und $\frac{2}{3}$ der entsprechenden vollen Invaliditätszusatzpension. Für die Bemessung der Pension wird dabei ein Erwerbseinkommen berücksichtigt, das der Berechtigte bei voller Erwerbsfähigkeit in den Jahren vom

Eintritt der Invalidität bis zum 67. Altersjahr hätte erzielen können. Die gegenwärtigen Bestimmungen über die zusätzlichen Invaliditätsteilpensionen haben im übrigen provisorischen Charakter und sollen demnächst neu überarbeitet werden.

Anspruch auf *Hinterbliebenenzusatzpensionen* haben beim Tode eines Versicherten die Kinder unter 19 Jahren sowie die Witwe, falls die Ehe vor dem 60. Altersjahr des Verstorbenen geschlossen wurde und wenigstens fünf Jahre gedauert hat. Die Zusatzpensionen für Hinterbliebene bemessen sich in Prozentsätzen der Alterszusatzpension, auf die der Verstorbene Anspruch gehabt hat oder bei Erreichen des Pensionsalters gehabt hätte; sie betragen 40 Prozent für eine hinterbliebene Person, Witwe oder Kind, und erhöhen sich für jede weitere um je 10 Prozent bis zur Höchstgrenze von 80 Prozent bei fünf und mehr Berechtigten. Eine einschränkende Regelung sieht vor, daß Leistungen an Hinterbliebene von Ausländern nur bezahlt werden, wenn der verstorbene Versicherte im Zeitpunkt des Todes in Schweden ansäßig war.

Die Zahlung der Pensionsleistungen aus der Zusatzversicherung an Berechtigte schwedischer Nationalität ins Ausland ist zulässig; Ausländern, die sich im Ausland niederlassen, wird dagegen die Pension um die Hälfte gekürzt oder nur eine Abfindung gewährt. Das schweizerisch-schwedische Sozialversicherungsabkommen aus dem Jahre 1954 bezieht sich nicht auf die später eingeführte Zusatzpensionsversicherung. Es steht zu erwarten, daß die gelegentlich durchzuführende Revision des Abkommens, in welches die ebenfalls in der Zwischenzeit geschaffene schweizerische Invalidenversicherung einbezogen werden soll, auch die schwedische Zusatzversicherung erfassen wird.

Zur Revision des Artikels 78, Absatz 2, IVV¹

Die alte Regelung

Gemäß Artikel 60, Absatz 1, Buchstabe a und b, IVG hat die IV-Kommission die Eingliederungsfähigkeit des Versicherten abzuklären, die Eingliederungsmaßnahmen zu bestimmen und nötigenfalls einen Gesamtplan für die Eingliederung aufzustellen. Zur Erfüllung dieser und weiterer Aufgaben hat der Gesetzgeber als Fachgremien die IV-Kommissionen vorgesehen, die aus fünf Mitgliedern bestehen, von denen

¹ Siehe ZAK 1963, S. 297 und 4. Umschlagsseite der Juli-Nummer.

jedes auf einem speziellen Gebiet die erforderlichen Kenntnisse besitzen muß. Damit das Ziel des gesetzlichen Systems erreicht wird, ist es erforderlich, daß die IV-Kommission *vor* der Durchführung über die Eingliederungsmaßnahmen Beschluß fassen kann. Dies liegt auch im Interesse des Versicherten, damit die seinen Bedürfnissen am besten entsprechenden Maßnahmen gewährt werden. Der Grundsatz der vorgängigen Beschlußfassung durch die IV-Kommission ist in Artikel 78, Absatz 2, IVV festgelegt. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Gesetzmäßigkeit dieser Bestimmung bejaht, und der Bundesratsbeschluß vom 10. Juni 1963¹ hat denn auch an dieser Grundkonzeption nichts geändert.

Dagegen würde die starre und strikte Anwendung dieses Grundsatzes zu stoßenden Härten führen. Man denke nur an dringliche medizinische Maßnahmen. Artikel 78, Absatz 2, IVV läßt deshalb Ausnahmen zu, die nach alter Regelung an folgende Bedingungen geknüpft waren: Vorab mußte es sich um eine dringliche Maßnahme handeln, mit deren Durchführung im Interesse des Versicherten nicht zugewartet werden konnte; ferner mußte die Anmeldung innerhalb von drei Monaten seit Beginn der Durchführung bei der IV-Kommission eingereicht werden. Diese Ausnahmeregelung hat sich für die Bedürfnisse der Praxis als zu eng erwiesen, weshalb der Bundesrat mit seinem oben erwähnten Beschluß den Artikel 78, Absatz 2, IVV abgeändert hat.

Die durch die Revision erreichten Verbesserungen

In der neuen Fassung des Artikels 78, Absatz 2, IVV gemäß Bundesratsbeschluß vom 10. Juni 1963 wurden die beiden Bedingungen, die für die nachträgliche Kostenübernahme bereits durchgeführter Maßnahmen erfüllt sein müssen, wie folgt gelockert:

1. In erster Linie wurde die Formulierung: «muß ausnahmsweise eine Eingliederungsmaßnahme im Interesse des Versicherten vor der Anordnung durchgeführt werden», welche vom Eidgenössischen Versicherungsgericht dahin interpretiert wurde, daß es sich um eine dringliche Maßnahme handeln mußte, durch das Erfordernis ersetzt, daß die vorzeitige Durchführung «aus wichtigen Gründen» erfolgt. Diese Formulierung erlaubt ein weitergehendes Entgegenkommen. Im Nachtrag vom 26. Juni 1963 zum Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung über die Vergütung der Kosten von Eingliederungsmaßnahmen der Invalidenversicherung wird diese Voraussetzung stets dann als erfüllt betrachtet, wenn dem Versicherten nicht zugemutet werden kann, mit

dem Beginn der Durchführung der notwendigen Eingliederungsmaßnahmen bis zum Beschluß der IV-Kommission zuzuwarten.

Als Beispiel erwähnt das Kreisschreiben den Fall, wo der Arzt die Durchführung medizinischer Maßnahmen anordnet. Eine Anordnung des Arztes liegt vor, wenn dieser die Behandlungsbedürftigkeit eines Leidens feststellt und bei seiner Diagnose zum Schluß kommt, daß mit der Behandlung sofort begonnen werden muß. Es kann vom Patienten nicht erwartet werden, daß er sich mit dem Arzt über die angeordnete medizinische Behandlung auseinandersetzt. Selbst wenn in der Folge die Dringlichkeit einer solchen Maßnahme fraglich erscheint, darf unter diesen Umständen angenommen werden, daß ein wichtiger Grund vorlag. Eine nähere Abklärung ist nur dann erforderlich, wenn besondere Verhältnisse die vorherige Anmeldung bei der IV-Kommission und das Abwarten ihres Beschlusses offensichtlich als zumutbar erscheinen ließen. Solche besondere Verhältnisse liegen beispielsweise vor, wenn die IV-Kommission vom Versicherten ausdrücklich verlangt hat, daß er den Beschluß der IV-Kommission abwartet, oder wenn der Arzt eine angeordnete Maßnahme erst in einem späteren Zeitpunkt durchführt, so daß für die Einhaltung des ordentlichen Verfahrens genügend Zeit zur Verfügung steht. Ein wichtiger Grund kann unter diesen besonderen Umständen nur angenommen werden, wenn sich das Leiden plötzlich wider Erwarten stark verschlimmert, so daß die Behandlung dringlich wird und sofort durchgeführt werden muß.

Als weiterer wichtiger Grund ist ferner im Falle von Sonderschulung die Einhaltung der Schultermine zu betrachten. Müßte der Versicherte den Beschluß der IV-Kommission abwarten, so würde er Gefahr laufen, daß sein Platz durch einen andern Schüler belegt wird und dadurch die Sonderschulung erst mit Verspätung aufgenommen werden könnte. Auch in diesem Falle bleiben selbstverständlich jene Fälle vorbehalten, wo die vorherige Anmeldung offensichtlich zumutbar gewesen wäre.

Diese beiden Beispiele zeigen, in welchem Sinne das Erfordernis des Vorliegens «wichtiger Gründe» zu verstehen ist. Man wird, abgesehen von den erwähnten Tatbeständen, die in der Regel die Vermutung für die Annahme eines wichtigen Grundes schaffen, jeweils den besonderen Umständen jedes Einzelfalles Rechnung tragen müssen.

2. Damit die IV die Kosten von Eingliederungsmaßnahmen rückwirkend übernehmen kann, muß ferner die Anmeldefrist eingehalten werden. Diese Frist, die ursprünglich drei Monate betrug, wurde auf sechs Monate ausgedehnt. Die Erfahrung hat gezeigt, daß der Versicherte oft irrtümlich annimmt, der Arzt oder die Krankenkasse habe

das Notwendige zur Wahrung seiner Ansprüche gegenüber der IV veranlaßt; erst nach einer gewissen Zeit, wenn ihm die Rechnungen zugestellt werden, bemerkt er seinen Irrtum. Mit der Möglichkeit, die Ansprüche innerhalb von sechs Monaten seit Beginn der Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen geltend zu machen, wurde dem Versicherten eine ausreichende Frist eingeräumt. Für die Einzelheiten über den Fristenlauf wird auf das erwähnte Kreisschreiben verwiesen.

Die Notwendigkeit vermehrter Aufklärung

Trotz der durch die Revision von Artikel 78, Absatz 2, IVV gebrachten Erleichterungen kommt der rückwirkenden Übernahme der Kosten für bereits durchgeführte Eingliederungsmaßnahmen nach wie vor der Charakter einer Ausnahmeregelung zu. Als grundsätzliche Regelung gilt weiterhin die vorgängige Beschlußfassung durch die IV-Kommission. Dieser Grundsatz hat auch in Zukunft Geltung und es ist deshalb angezeigt, die Versicherten bei jeder sich bietenden Gelegenheit darauf aufmerksam zu machen.

Aus den Jahresberichten 1962 der IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen

Die IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen haben dem Bundesamt für Sozialversicherung über ihre Geschäftsführung jährlich Bericht zu erstatten. Wie wertvoll diese Berichte sind, die nur einen Teil der gesetzlich vorgesehenen Kontroll- und Überwachungsinstrumente darstellen, zeigt ein kleiner Ausschnitt aus dem Katalog der in den Jahresberichten für das Geschäftsjahr 1962 enthaltenen Informationen. Die Berichte geben Bescheid über die vielfältigen Leistungen der IV, über die Erfahrungen mit gesetzlichen Bestimmungen und administrativen Weisungen, über die praktischen Auswirkungen der Rechtsprechung, über Probleme und Schwierigkeiten bei der Gesetzesanwendung im Einzelfall sowie über den Erfolg bestimmter Eingliederungsmaßnahmen u. a. m. Die nachstehenden Angaben bilden, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, einen Querschnitt durch die umfassende Tätigkeit dieser IV-Organen.

Medizinische Maßnahmen

Hervorgehoben wird in zahlreichen Berichten der große Umfang und die Bedeutung dieser IV-Leistungen. Obschon durch die Rechtsprechung

des EVG und die Verwaltungspraxis im Geschäftsjahr 1962 weitere brauchbare Abgrenzungskriterien zwischen den auf die Behandlung des Leidens an sich und den auf die berufliche Eingliederung gerichteten medizinischen Maßnahmen herausgearbeitet wurden, bietet die Anwendung der maßgebenden Bestimmungen weiterhin gewisse Schwierigkeiten. Insbesondere bei Grenzfällen, beispielsweise Coxarthroseoperationen und Badekuren, ist die Abwägung oft nicht leicht. Eine IV-Kommission wirft in diesem Zusammenhang die Frage auf, ob nicht eine Liste sowohl der in Betracht fallenden Gesundheitsschädigungen wie der entsprechenden, von der IV zu übernehmenden Maßnahmen dienlich wäre. Da indessen bei der Abgrenzung nicht nur medizinische, sondern auch wirtschaftliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind, würde, wie eine andere IV-Kommission zutreffend ausführt, auch ein derartiger Katalog nicht alle Fragen aus dem Wege räumen. Einige IV-Kommissionen berichten, daß die Behandlung der zahlreichen, die Geburtsgebrechen betreffenden Fälle in der Regel keine besonderen Schwierigkeiten bereitet. Wegen der Schwierigkeit, die künftige Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit durch die in der Liste der Geburtsgebrechen mit einem Stern versehenen Gebrechen zu bestimmen, wirft eine andere IV-Kommission die Frage auf, ob diese Gebrechen in einer revidierten Verordnung entweder wegzulassen seien oder ob der Stern zu streichen sei. Nicht selten leiden Kleinkinder an mehreren Geburtsgebrechen. Eine IV-Kommission erwähnt den Fall eines wegen sechs verschiedenen Arten von Geburtsgebrechen in Behandlung stehenden Kleinkindes, für das die IV vom Sommer 1960 bis Ende 1962 Auslagen im Betrage von rund 26 000 Franken deckte.

Maßnahmen beruflicher Art

Berufsberatung und Arbeitsvermittlung

Anspruch auf Berufsberatung haben Versicherte, die infolge Invalidität in der Berufswahl oder in der Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit behindert sind. Die Berufsberatung erfolgt durch die IV-Regionalstellen bzw. durch die von ihnen beauftragten Spezialstellen oder öffentlichen Berufsberatungsstellen; sofern notwendig erfolgt sie in Zusammenhang mit einem von der IV-Kommission anzuordnenden praktischen Arbeitsversuch oder in einer Eingliederungs- oder Ausbildungsstätte. Eine zunehmende Inanspruchnahme dieser IV-Leistung besonders seitens der jugendlichen Invaliden wird von verschiedenen IV-Regionalstellen registriert. Als Gründe werden u. a. eine Intensivierung der Information

und die Erkenntnis der Bedeutung einer richtigen Berufswahl für die spätere Verwertung der Erwerbsfähigkeit angeführt. Eine IV-Regionalstelle stellt eine ausgeprägte Tendenz unter jugendlichen Invaliden fest, ihre Berufswünsche mit einem möglichst geringen persönlichen Aufwand zu realisieren, um so möglichst rasch eine Erwerbstätigkeit ausüben zu können. Oft werde einer Vollehre eine möglichst kurzfristige Ausbildung vorgezogen, die lediglich dem Erwerb von Berufskennnissen für weniger qualifizierte Arbeiten diene. Mit Recht postuliert eine andere IV-Regionalstelle unter Hinweis auf die engen Beziehungen zwischen den beruflichen Eingliederungsmaßnahmen, daß die Überweisung jugendlicher Invaliden zur Berufsberatung nicht erst einige Tage vor Schulaustritt erfolgen sollte, wie dies immer wieder vorkomme, sondern möglichst frühzeitig, damit die in einem bestimmten Zeitpunkt bestehenden Ausbildungsmöglichkeiten auch tatsächlich wahrgenommen werden könnten.

Mehrheitlich melden IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, daß die anhaltende intensive Nachfrage nach Arbeitskräften bestimmter Qualität und das große Verständnis vieler Arbeitgeber viele Arbeitsvermittlungsaufgaben wesentlich erleichterten. Indessen bestehen zum Teil erhebliche regionale Unterschiede im Erfolg der Vermittlung. So stellt eine IV-Kommission fest, in ihrem Gebiet sei es trotz Hochkonjunktur und Bemühungen der IV-Regionalstelle schwierig, wenn nicht gar unmöglich, bestimmten Invaliden, insbesondere jenen, die vor Inkrafttreten der IV ihre Grundausbildung erhielten, eine Arbeit zu vermitteln, mit der sie den Lebensunterhalt voll verdienen könnten. Einen erheblich vermehrten Aufwand erfordert nach verschiedenen Berichten in der Regel die Plazierung von charakterlich sehr unausgeglichene, physisch und psychisch wenig belastbaren, in der körperlichen Beweglichkeit begrenzten Invaliden sowie die der jungen Debilen, der Invaliden mit beschränkten Berufskennnissen und -erfahrungen und der älteren Hilfsarbeiter aus Berufen mit vorwiegender Schwerarbeit. Verschiedentlich werden auch der Wohnungsmangel am Arbeitsort, die Transportfrage bei schwer Gehbehinderten sowie das Bestehen persönlicher Bindungen als erschwerende Momente für die Arbeitsvermittlung erwähnt. Wesentlich erleichtert ist indessen die Arbeitsvermittlung für gut ausgebildete Invalide. So betont beispielsweise eine IV-Regionalstelle unter Hinweis auf die Wichtigkeit einer guten Ausbildung der Behinderten in Eingliederungs- oder Ausbildungsstätten, daß die dort ausgebildeten Invaliden normalerweise sofort eingegliedert werden können. Die Vermittlung von Heimarbeit bietet hingegen nach wie vor große Mühe.

Erstmalige berufliche Ausbildung

Gemäß Artikel 16 IVG sind nur die infolge Invalidität entstehenden Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung von der IV zu berücksichtigen. Einige IV-Kommissionen erwähnen die Unsicherheit, der sie immer wieder bei der praktischen Ermittlung der invaliditätsbedingten Mehrkosten gegenüberstehen. Wenn immer möglich strebt eine IV-Regionalstelle für anspruchsberechtigte Versicherte eine Vollehre, sonst eine Anlehre in der offenen Wirtschaft an. Als Schwierigkeiten, die den Erfolg einer Vollehre sogar in Frage stellen können, werden von den IV-Regionalstellen u. a. erwähnt: die fehlenden Möglichkeiten einer zweckmäßigen Motorisierung eines Lehrlings und der Mangel an geeigneten Unterbringungsmöglichkeiten am Lehrort. Eine IV-Regionalstelle stellt insbesondere den Mangel an speziellen Eingliederungsstätten für Paraplegiker fest sowie das Fehlen eines Heimes für die praktisch bildungsfähigen Versicherten, die außerhalb von Dauerwerkstätten arbeiten und entsprechender Betreuung bedürfen. Die Wichtigkeit der Betreuung nach der Eingliederung wird auch von einer anderen IV-Regionalstelle betont, weil in vielen Fällen erst durch diese Maßnahme der Erfolg der Eingliederungsmaßnahmen gesichert werden könne.

Umschulung und Wiedereinschulung

Die durch die weitere Rechtsprechung des EVG und die Verwaltungspraxis aufgestellten Abgrenzungsmerkmale zwischen erstmaliger beruflicher Ausbildung und Umschulung trugen, wie verschiedene Berichte der IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen hervorheben, zur Klärung der Frage nach der Anspruchsberechtigung bei. Manchmal sei es jedoch unverständlich, findet eine IV-Kommission, was der IV seitens der Eltern alles zugemutet werde. Oft sollte die IV dafür sorgen, daß junge Invalide möglichst bald nach Schulaustritt einen Hilfsarbeiterlohn erzielen können. Alsdann würden weitere Begehren um eine bessere Ausbildung gestellt. Nahezu einmütig wird in zahlreichen Berichten festgehalten, daß Versicherte nach Durchführung einer geeigneten Umschulung ohne großen Aufwand plaziert werden können und daß in der Folge oft dauerhafte Arbeitsverhältnisse entstehen. Kritischer wird nach den Erfahrungen einer IV-Regionalstelle der Umschulungserfolg und die Eingliederung der über 40jährigen Invaliden beurteilt, während eine IV-Kommission auf Grund ihrer Erfahrungen nachdrücklich die Behauptung ablehnt, der Erfolg der Umschulung und der Eingliederung sei zum vornherein vom Alter des Versicherten abhängig. Der Erfolg hänge

von den tatsächlichen Verhältnissen des Einzelfalles ab. Verschiedene IV-Regionalstellen erachten es auf Grund ihrer Erfahrungen als außerordentlich wichtig, schon während der Umschulung, besonders aber in ihrer Endphase, die physischen und psychischen Anforderungen der betrieblichen Wirklichkeit zu berücksichtigen, damit der Eingliederungserfolg nicht durch die Anforderungsunterschiede in Frage gestellt werde. Aber auch der persönlich-finanzielle Aspekt der Umschulung (Taggeld, Übernahme der Kosten auswärtiger Verpflegung) bedarf nach den Erfahrungen einiger IV-Regionalstellen vermehrter Aufmerksamkeit. Für viele auf die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit wartende Invalide bedeute nämlich die Periode der Umschulung oft die Verlängerung einer sehr kritischen finanziellen Situation. Als Grund für die im Geschäftsjahr geringe Inanspruchnahme der der Umschulung gleichgesetzten Wiedereinschulung wird vorwiegend angeführt, daß diese von den an der Erhaltung wertvoller Arbeitskräfte interessierten Unternehmen und Betrieben in der Regel selbst durchgeführt wurde.

Kapitalhilfe

Gemäß Rechtsprechung des EVG besteht ein Rechtsanspruch auf Kapitalhilfe, wenn die in IVG und IVV umschriebenen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Zusprechung einer Kapitalhilfe erfordert nach der Meinung einer IV-Kommission die Erfüllung so vieler Anspruchsvoraussetzungen, daß diese Leistung nur sehr selten gewährt werden könne. Um weitere Eingliederungsmöglichkeiten zu schaffen, wäre nach einer IV-Regionalstelle eine weniger einschränkende Gerichtspraxis wünschenswert. Es muß indessen betont werden, daß beispielsweise für die Sanierung, Rationalisierung oder Erweiterung eines schon bestehenden Betriebes keine Kapitalhilfe gewährt werden kann, weil der dadurch verursachte Kapitalbedarf nicht infolge Invalidität notwendig ist.

Sonderschulung

Mehrheitlich kommt in den Berichten zum Ausdruck, daß die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen in der Regel keine Schwierigkeiten bereitet. Problemlos ist sie indessen nicht. So stand eine IV-Kommission, der gestützt auf Artikel 19 IVG zahlreiche Begehren um einen Beitrag an den ambulanten Sprachunterricht gemäß Artikel 10, Absatz 2, IVV gestellt wurden, dem Problem der Abgrenzung zwischen einer schweren und einer leichten Sprachstörung gemäß Artikel 9, Absatz 1, Buchstabe f, IVV gegenüber, das sie für den praktischen Gebrauch wie folgt löste: Bei Kindern im Schulalter, die noch an einem Sprachbrechen

leiden, sei im allgemeinen der Sonderschulbeitrag zu gewähren; bei Kindern im vorschulpflichtigen Alter sei hingegen eine Sprachheilbehandlung nur dann zu bewilligen, wenn angenommen werden müsse, daß die Sprachentwicklung bis zum Beginn der Schulpflicht nicht abgeschlossen sein werde, wobei in solchen Fällen auf das Gutachten des Logopäden abzustellen sei. Eine IV-Kommission stellt fest, die Bestimmung von Artikel 9, Absatz 1, Buchstabe a, IVV, wonach Beiträge an die Sonderschulung gewährt werden, wenn bei geistesschwachen Minderjährigen der Intelligenzquotient eindeutig nicht mehr als 75 beträgt, habe sich bewährt; diese Grenze werde den Erfordernissen der Praxis gerecht. Von verschiedenen IV-Kommissionen werden als besonders dringliche Probleme betrachtet: die Schaffung vermehrter Sonderschulmöglichkeiten im allgemeinen, insbesondere aber für praktisch bildungsfähige Geisteschwache (beim heutigen Platzangebot sei damit zu rechnen, daß die spätere berufliche Eingliederung wegen der zu langen Wartezeiten ernsthaft in Frage gestellt werde); die Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten für Schwachbegabte nach Beendigung der Sonderschule; die rasche Durchführung des Anerkennungsverfahrens, damit Gewähr für die entsprechende Ausbildung und Betreuung bestehe; die Erhöhung der Schulgeld- und Kostgeldbeiträge.

Beiträge an bildungsunfähige Minderjährige

Die Abklärung der Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung eines Beitrages an bildungsunfähige Minderjährige erfolgt zumeist durch Spezialstellen, die die Verhältnisse an Ort und Stelle in der Regel auf Grund eines besonderen Fragebogens untersuchen. Über dieses Verfahren werden durchwegs gute Erfahrungen mitgeteilt. Eine IV-Kommission betont, die Möglichkeit, auch bei Hauspflege einen Beitrag der IV für bildungsunfähige Minderjährige im Rahmen der vom EVG umschriebenen Bedingungen zu gewähren, habe sich in Anbetracht des oft offensichtlichen Platzmangels wertvoll ausgewirkt. Weil indessen die Einschränkungen, unter denen diese Beiträge gewährt werden können, die Zahl der Leistungsempfänger begrenze, schlägt eine andere IV-Kommission für die nächste Revision der entsprechenden Bestimmungen eine Erleichterung der Beitragsgewährung an diese Kinder vor.

Abgabe von Hilfsmitteln

In der Regel ist die Frage, ob gemäß den gesetzlichen Bestimmungen, der Rechtsprechung des EVG und der Verwaltungspraxis Hilfsmittel

abgegeben werden dürfen, für die IV-Kommissionen leicht zu beantworten. Gelegentlich standen sie indessen dem Problem der Abgrenzung zwischen Hilfsmitteln und medizinischen Maßnahmen im Sinne des IVG einerseits und der eigentlichen Leidensbehandlung andererseits gegenüber, beispielsweise bei Gipsbetten, Gipsschalen, Aufrichtekorsetts oder Miete von Krückstöcken. Eine IV-Kommission entschied, daß beispielsweise Gipsbetten, mit denen ein Leiden aktiv beeinflußt werden solle und Krückstöcke, die im Anschluß an eine Operation vorübergehend benötigt würden, integrierende Bestandteile einer ärztlichen Behandlung darstellten und daher nicht unter dem Titel Hilfsmittel, sondern gegebenenfalls nur als medizinische Eingliederungsmaßnahme bewilligt werden könnten. Verschiedentlich wird auch dem Bedauern Ausdruck gegeben, daß die IV nur Hilfsmittel abgebe, die für die Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. Daraus darf indessen nicht gefolgert werden, Hilfsmittel könnten nur in unmittelbarem Zusammenhang mit der Eingliederung abgegeben werden. Es ist beispielsweise möglich, ein invaliditätsbedingtes Hilfsmittel an eine Hausfrau zur Ausübung einer Tätigkeit in ihrem Aufgabenbereich abzugeben, sofern es sich um besondere Arbeitsgeräte für Invalide oder um invaliditätsbedingte Zusatzgeräte handelt. Oft wird, wie eine IV-Kommission mitteilt, in der Öffentlichkeit großes Erstaunen geäußert, daß die IV ein Motorfahrzeug an Versicherte abgebe, die selbst die erforderlichen materiellen Mittel zur Anschaffung eines solchen hätten. Demgegenüber muß betont werden, daß die Leistungen der IV grundsätzlich keinen Bedarfscharakter tragen und daß diese Versicherten ohne diese Motorfahrzeuge ihrer Erwerbstätigkeit gar nicht nachgehen könnten und aus diesem Grunde oft der sozialen Gemeinschaft zur Last fielen. Verschiedene IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen erachten u. a. die Lösung folgender Probleme als wünschenswert: Abgabe von Hilfsmitteln in Fällen, die nicht der Ausübung einer Erwerbstätigkeit dienen; Kontrollen betreffend den Unterhalt der Hilfsmittel, insbesondere der Motorfahrzeuge; Lockerung der Bestimmungen über die Abgabe von Motorfahrzeugen für Fälle, in denen sich im Zuge der erstmaligen beruflichen Ausbildung, der Umschulung und der Arbeitsvermittlung offensichtlich Transportschwierigkeiten ergeben; Regelung der Abgabe orthopädischer Schuhe hinsichtlich des wiederholten Bezugsrechtes und des Selbstbehaltes; Regelung der Brillenabgabe, insbesondere bei Strabismus; Regelung betreffend Bagatellreparaturen von Hilfsmitteln, welche bis zu einem gewissen Höchstbetrag in den Kompetenzbereich beispielsweise der IV-Sekretariate fallen sollten.

Die kantonalen Erlasse zur AHV und IV¹

(Schluß) ¹

a. Schiedsgericht

Außer in den Kantonen Obwalden, St. Gallen, Aargau und Genf enthalten sämtliche Einführungserlasse eine Bestimmung über das in Artikel 26, Absatz 5, IVG vorgesehene paritätische Schiedsgericht. Die meisten Kantone haben die Regelung getroffen, daß die Exekutive von Fall zu Fall das Schiedsgericht ernennt. Sie bezeichnet den Präsidenten und nach Anhören der Beteiligten zwei oder vier Mitglieder und ordnet das Verfahren. In Zürich schlagen nach Eingang eines Schiedsbegehrens die Berufsorganisation des Betroffenen und das Bundesamt für Sozialversicherung auf Aufforderung der Fürsorgedirektion je drei Schiedsrichter vor, worauf der Regierungsrat den Obmann wählt und aus den Vorgeschlagenen je ein Mitglied sowie ein Ersatzmitglied bezeichnet. Vereinzelt werden bereits bestehende Verfahrensvorschriften als anwendbar erklärt. In Zürich kommen die für das Schiedsgericht zur Erledigung von Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Ärzten oder Apotheken geltenden Bestimmungen sinngemäß zur Anwendung. Dem eigentlichen Verfahren geht ein Sühneverfahren voraus. In Bern und Schwyz richtet sich das Verfahren nach dem kantonalen Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege. Basel-Land verweist auf die einschlägigen Vorschriften in der Zivilprozeßordnung und Waadt auf die für das Versicherungsgericht geltende Regelung.

b. Finanzierung des Kantonsanteils gemäß Artikel 78, Absatz 2, IVG

Eine unterschiedliche Regelung zeigen die Einführungsgesetze hinsichtlich der aus öffentlichen Mitteln zu leistenden Beiträge der Kantone an die IV. 21 Kantone haben für die Aufbringung ihrer Anteile den gleichen Verteiler gewählt wie in der AHV.²

Abweichende Regelungen kennen Basel-Land (AHV: $\frac{3}{4}$ Kanton, $\frac{1}{4}$ Gemeinden; IV: $\frac{3}{5}$ Kanton, $\frac{2}{5}$ Gemeinden), Schaffhausen (AHV: vgl. die Ausführungen im Abschnitt über die AHV-Erlasse; IV: je $\frac{1}{2}$

¹ Siehe ZAK 1963, S. 342

² Es wird auf die Ausführungen im Abschnitt über die AHV-Erlasse verwiesen.

Kanton und Gemeinden), St. Gallen (AHV: ganzer Anteil durch Kanton; IV: $\frac{3}{5}$ Kanton, $\frac{2}{5}$ Gemeinden), Graubünden (AHV: je $\frac{1}{2}$ Kanton und Gemeinden; IV $\frac{2}{3}$ Kanton, $\frac{1}{3}$ Gemeinden).

3. Die besonderen Vorschriften über die IV-Kommissionen

a. Organisatorische Bestimmungen

Die IV-Kommissionen bestehen aus den in Artikel 56, Absatz 1, IVG und Artikel 44, Absatz 1, IVV vorgeschriebenen fünf Mitgliedern und drei Ersatzmitgliedern. Die Bevölkerungszahl sowie sprachliche und geographische Gründe erforderten in den Kantonen Zürich, Bern, Waadt und Wallis die Bestellung von je zwei Kammern mit der erforderlichen Besetzung von je fünf Mitgliedern. In Zürich leitet der hauptamtliche Kommissionspräsident (Jurist) und in der Waadt der nebenamtliche Präsident beide Kammern, während in Bern der Präsident und der Vizepräsident je einer Kammer vorstehen. In den Kantonen Zürich, Bern und Waadt ist mit Zustimmung des Bundes die Bildung weiterer Kammern möglich. Um eine einheitliche Praxis zu gewährleisten, kann der Kommissionspräsident in Bern die Gesamtkommission oder die Kammerpräsidenten zu Besprechungen einberufen. In Zürich ist der Präsident befugt, Beschlüsse von Kammern, denen er selbst nicht angehörte, im Interesse einer einheitlichen Praxis zur Neuprüfung zurückzuweisen.

In sämtlichen Kantonen werden die ordentlichen Mitglieder und die Ersatzmitglieder sowie in der Regel auch die Präsidenten und Vizepräsidenten von der Regierung gewählt. Im Kanton Solothurn bestimmt die Kommission den Präsidenten und den Vizepräsidenten. In Zug, Schaffhausen, Thurgau und Tessin bezeichnet die Kommission den Vizepräsidenten, während im Kanton Wallis jede Kammer auf Vorschlag des Präsidenten den Vizepräsidenten ernennt.

In 14 Kantonen beträgt die Amtsdauer der Mitglieder vier und in drei Kantonen drei Jahre. Appenzell A. Rh. hat eine einjährige Amtszeit gewählt. In einigen Kantonen wird bestimmt, daß die Amtsperiode mit derjenigen der kantonalen Behörden bzw. des Regierungsrates zusammenfällt. In den meisten Kantonen sind die Kommissionsmitglieder nach Ablauf der Amtsdauer wieder wählbar. Vielfach besteht die Vorschrift, daß bei Ausscheiden eines Mitgliedes oder Ersatzmitgliedes innert Monatsfrist die Ersatzwahl für den Rest der Amtsdauer zu erfolgen habe. Mehrere Kantone erklären für bestimmte Fragen kantonalen Gesetze als anwendbar, so Zürich hinsichtlich Wählbarkeit, Amtsdauer, Entlassung und Rücktritt, Bern hinsichtlich Amtsverhältnis und Amtsdauer, Uri,

Schwyz, Zug, Aargau und Waadt in bezug auf die Verantwortlichkeit und Solothurn hinsichtlich der Amtspflichten. In St. Gallen richtet sich das Amtsverhältnis nach den kantonalen Vorschriften über die staatlichen Kommissionen.

In den Vorschriften wird ausgeführt, daß der Präsident jeweils Ort und Zeit der Sitzung bestimmt, nach Rücksprache mit dem Sekretariat die Tagesordnung aufstellt und die Verhandlungen leitet. Die Stellvertretung erfolgt durch den Vizepräsidenten und, falls auch dieser verhindert ist, in der Regel durch das amtsälteste oder älteste Mitglied. Falls eines der übrigen Mitglieder an der Sitzung nicht teilnehmen kann, hat das Ersatzmitglied mit dem entsprechenden Fachwissen anzutreten.

Die Entschädigung der Kommissionsmitglieder wurde in den Kantonen verschieden geregelt. Zum Teil sind die Entschädigungsansätze in den Reglementen ziffernmäßig festgelegt; zum Teil bestimmt der Regierungsrat bzw. ein Departement die Vergütung in einem besonderen Erlaß. Eine dritte Gruppe von Kantonen erklärt die für andere Behörden des Kantons geltende Regelung als anwendbar.

b. Das Verfahren der IV-Kommissionen

Da das Verfahren bundesrechtlich weitgehend vorgeschrieben ist, weichen die betreffenden kantonalen Vorschriften nicht wesentlich voneinander ab.

Das Sekretariat der IV-Kommission stellt die Akten zusammen und überweist sie dem Kommissionspräsidenten. Erachtet dieser den Sachverhalt als nicht genügend abgeklärt, so kann er durch das Sekretariat weitere Erhebungen anordnen. Hierauf veranlaßt der Präsident die Einberufung der Sitzung oder ordnet an, daß die Beschlußfassung auf dem Zirkulationsweg zu erfolgen hat. Mit Ausnahme von Basel-Stadt ist das Zirkulationsverfahren in allen kantonalen Erlassen erwähnt. In der Regel entscheidet der Präsident, ob ein Fall durch Zirkulation oder Akten behandelt werden soll. Der Präsident oder ein von ihm bezeichnetes Mitglied arbeitet einen Antrag aus, der sofern alle Mitglieder zustimmen oder kein Gegenantrag gestellt wird, als zum Beschluß erhoben gilt. Bei mündlicher Beratung wird der Entscheid in offener Abstimmung, meistens mit einfachem Stimmenmehr, getroffen. Zwölf Kantone sehen ausdrücklich Stimmzwang vor. In einzelnen Kantonen können entweder der Präsident oder ein Mitglied, in andern Kantonen zwei Mitglieder geheime Abstimmung verlangen.

Vor der Beschlußfassung hat die Kommission die Möglichkeit, weitere Unterlagen einzuverlangen, Fachleute beizuziehen, Erhebungen an-

zuordnen und den Versicherten zur Verhandlung vorzuladen. Über die Verhandlungen wird ein Protokoll geführt, das vom Präsidenten und Schriftführer zu unterzeichnen ist. Zuweilen wird auch vorgeschrieben, daß die Kommissionsbeschlüsse ohne Verzug auszufertigen sind.

Mit Ausnahme von fünf Kantonen findet man auch Bestimmungen über den Ausstand der Mitglieder. Einige Kantone haben die Ausstandsgründe abschließend im Reglement aufgezählt (Schaffhausen, Appenzell I. Rh., Waadt, Wallis, Genf), andere verweisen auf die Regelung in der Zivilprozeßordnung (Nidwalden, Freiburg, Appenzell A. Rh., Thurgau, Tessin, Neuenburg), auf das Gesetz betreffend Wahl und Organisation der Gerichte und der richterlichen Beamtungen (Basel-Stadt), auf das Gesetz betreffend die Gerichts- und Prozeßordnung (Basel-Land), auf das Gerichtsverfassungsgesetz (Zürich), auf das Gesetz über die Ausstandspflicht der Behörden (Uri), und auf das Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege (Bern, Schwyz). In Zug gilt der Kantonsratsbeschluß über die Geschäftsordnung des Regierungsrates und die Direktionen als anwendbar. Solothurn erklärt die für das kantonale Versicherungsgericht getroffene Regelung als maßgebend. Luzern nennt weder besondere Ausstandsgründe, noch wird auf einen besonderen kantonalen Erlaß verwiesen; die Verordnung schreibt jedoch vor, daß die Kommission bei Streitigkeit über einen Ausstandsgrund unter Ausschluß des betroffenen Mitgliedes entscheidet. In Schwyz hat der Arzt der Kommission, der den Versicherten ärztlich betreute, in den Ausstand zu treten.

Durchführungsfragen der IV¹

Geburtsgebrechen: Seitlicher Leistenbruch

Gemäß Artikel 2, Ziffer 96, GgV wird die Behandlung dieses Gebrechens von der IV nur übernommen, wenn es durch Operationsbefund erwiesen ist. Nun kann es aber bei Säuglingen und Kleinkindern vorkommen, daß ein solcher Leistenbruch aus verschiedenen Gründen nicht sofort operiert werden kann, jedoch bis zum Zeitpunkt der Operationsfähigkeit eine längerdauernde konservative Behandlung benötigt. In derartigen, ausreichend abgeklärten Fällen ist es zulässig, daß die IV-Kommission die Kosten einer konservativen Behandlung für eine genau bestimmte Zeit zu Lasten der IV übernimmt und sich hernach durch einen ärztlichen Bericht neu orientieren läßt.

¹ Aus «IV-Mitteilungen» Nr. 47

Hilfsmittel: Brillen und Kontaktgläser

Gemäß Artikel 21, Absatz 1, IVG und Artikel 14, Absatz 2, IVV werden *Brillen* zu Lasten der IV nur abgegeben, wenn sie eine wesentliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen bilden. Dieses Hilfsmittel geht daher nur dann zu Lasten der IV, falls gleichzeitig oder zu verschiedenen Zeitpunkten auch die Voraussetzungen für medizinische Maßnahmen gemäß Artikel 12 oder 13 IVG erfüllt sind (ZAK 1960, S. 381).

Nach geltender Praxis sind *Kontaktgläser* den Brillen gleichgestellt, sofern sie die gleiche Funktion ausüben wie Brillen. Lassen sich aber die Auswirkungen eines Augenleidens nur durch Kontaktgläser, nicht dagegen durch Brillen, beheben oder mildern (wie beispielsweise bei Keratokonus), so gelten die Kontaktgläser als Teilprothese des Auges und damit als Hilfsmittel für Sinnesorgane gemäß Artikel 14, Absatz 1, Buchstabe d, IVV.

Auf sogenannte *Fernrohrbrillen*, die nicht eigentliche Brillen, sondern spezielle Sehgeräte darstellen, findet die Einschränkung gemäß Artikel 21, Absatz 1, IVG bzw. Artikel 14, Absatz 2, IVV keine Anwendung. Solange diese Sehgeräte für die Schulung und berufliche Eingliederung eines Versicherten benötigt werden, sind sie daher als Hilfsmittel zu Lasten der IV zu übernehmen.

Abkürzung für Invalidenversicherung

Die *offizielle Abkürzung* lautet «IV» (siehe Botschaft des Bundesrates vom 24. Oktober 1958, BBl 1958 II 1137). Da die Verwendung anderer Abkürzungen dazu angetan ist, die Versicherten und die für die IV tätigen Stellen zu verwirren, werden die Durchführungsorgane ersucht, im schriftlichen und mündlichen Verkehr ausschließlich die Abkürzung «IV» zu gebrauchen, sofern überhaupt eine solche erforderlich ist.

LITERATURHINWEISE

Saxer Arnold: *Die Soziale Sicherheit in der Schweiz.* 116 Seiten, Verlag Paul Haupt, Bern 1963.

Die Sozialversicherung in der Schweiz war vor zwei Jahren Gegenstand einer kurz gefaßten Publikation der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit. Die besonderen Verhältnisse unseres Landes sind jedoch sehr vielgestaltig, und die Entwicklung in der Sozialversicherung schreitet ständig weiter voran, so daß sich eine Neubearbeitung des Stoffes und eine umfassendere Darstellung aufdrängte. Auf Anregung des kulturellen Auslandpressedienstes der Stiftung Pro Helvetia bearbeitete Dr. Saxer, der langjährige Direktor des BSV, das weitschichtige Thema in allgemein verständlicher Weise. Als Ergebnis liegt eine eindruckliche Zusammenfassung der Sozialen Sicherheit in der Schweiz vor. Die Auffassung, unser Land liege in dieser Hinsicht unter dem internationalen Standard, wird durch die Hinweise auf die Bestrebungen und Vorkehren des Bundes, der Kantone, der Gemeinden, der Berufsverbände, Arbeitgeber, Arbeitnehmer und zahlreicher privater Institutionen widerlegt. Der Autor hat damit der Sache einen großen Dienst erwiesen. Erstmals findet sich in der Arbeit eine ausführliche Darstellung des zwischenstaatlichen Sozialversicherungsrechts und eine synoptische Darstellung der bestehenden Staatsverträge. Eine englische Ausgabe wird vorbereitet, eine französische Fassung ist in Aussicht genommen.

Die Arbeit sei den Ausgleichskassen und den anderen Durchführungsstellen der schweizerischen Sozialversicherung bestens empfohlen.

Rüttimann, Rita: *Invalidensport in der Schweiz.* Heft 18 der Kleinen Schriften zur Psychologie, Pädagogik und Heilpädagogik, herausgegeben vom Institut für Heilpädagogik, Luzern. 136 Seiten. Antonius-Verlag, Solothurn. 1963.

Kunstglieder, Apparate und Technische Hilfen. Internationale medizinisch-technische Zeitschrift, herausgegeben durch die Internationale Gesellschaft zur Förderung Körperbehinderter. Aus dem Inhalt von 1962, Heft 8—9: William A. Tosberg: Das einstellbare Bein und seine Anwendungsmöglichkeiten, S. 17—21. Oberarzt Dr. R. Dederich: Amputationstumpfkrankheiten und ihre chirurgische Behandlung, S. 29—33. Erhältlich durch Gesellschaft und Heim für Körperbehinderte in Dänemark, Esplanaden 34, Kopenhagen.

Die Rehabilitation. Zeitschrift für Fragen der medizinischen, schulisch-beruflichen und sozialen Eingliederung, herausgegeben durch die Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter. Aus dem Inhalt von 1963, Heft 2: L. Stollreiter: Die berufliche Eingliederung und Wiedereingliederung von Epileptikern als psychologisches Problem, S. 62—67. K. Lindemann und E. Marquardt: Doppelseitige Prothesenversorgung bei armlosen Kleinkindern, S. 68—72. Verlag Georg Thieme, Stuttgart.

Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung. Aus dem Inhalt von 1963, Heft 2: Peter Binswanger und Giacomo Bernasconi: Die AHV als Basisversicherung oder als existenzsichernde Versicherung? S. 77—97. Otto Büchi: Verdendes Sozialversicherungsrecht des Bundes, S. 145—158. Verlag Stämpfli & Cie., Bern.

KLEINE MITTEILUNGEN

Neue parlamentarische Vorstöße
Kleine Anfrage
de Courten
vom 17. Juni 1963

Nationalrat de Courten hat in der Sommersession 1963 folgende Kleine Anfrage eingereicht:

- «1. Der Bauer, besonders der Bergbauer, wird durch die Tatsache benachteiligt, daß sich die Höhe der Sozialleistungen in der Landwirtschaft einzig nach dem landwirtschaftlichen Einkommen richtet.
Die Kinderzulagen, die Entschädigungen an den Wehrmann, das Taggeld des Invaliden, die Renten der Alten fallen in der Landwirtschaft verhältnismäßig geringer aus als in den andern Wirtschaftssektoren.
2. Die in der Unfallversicherung vorgesehene Prämienrückvergütung wird für die Landwirtschaft an so strenge Bedingungen geknüpft, daß beispielsweise im Wallis bis heute in keinem einzigen Fall eine Rückvergütung erfolgen konnte.

Ist der Bundesrat bereit, die nötigen Vorkehrungen zu treffen, um die Sozialleistungen als Maßnahme im Kampfe gegen die Landflucht wirksamer zu gestalten?»

Kleine Anfrage
Kolly
vom 20. Juni 1963

Nationalrat Kolly hat in der Sommersession 1963 folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«Nach dem am 16. März 1962 revidierten Familienzulagengesetz haben die hauptberuflich selbständigen Kleinbauern Anspruch auf Familienzulagen, wenn ihr Jahreseinkommen 5500 Franken, erhöht um 700 Franken je Kind, nicht übersteigt.

Wie die Erfahrungen eines Jahres beweisen, ist die Zahl der Anspruchsberechtigten geringer als ursprünglich angenommen. Andererseits wird die rasch abnehmende Zahl von Bauernbetrieben zur Folge haben, daß das Gesetz binnen kurzem die ihm zgedachte Wirkung nicht mehr wird ausüben können.

Da die Sozialgesetzgebung ohnehin im Fluß ist, wird der Bundesrat um Auskunft darüber gebeten, ob der Zweck des Gesetzes wirklich erreicht worden ist und

ob es nicht möglich wäre, die Einkommensgrenze pro Kind zu erhöhen, dies um dem sinkenden Geldwert Rechnung zu tragen, und in Anerkennung der Tatsache, daß die Landwirtschaft den übrigen Wirtschaftszweigen, deren Lage bemerkenswert gut ist, einen bedeutenden Zuschuß an neuen Kräften sichert. Allen bisherigen Vorkehrungen zum Trotz ist die Lage der Landwirtschaft prekär geblieben.»

Erledigte parlamentarische Vorstöße
Kleine Anfrage Kolly vom 20. Juni 1963

Am 3. September 1963 hat der Bundesrat die vorstehende Kleine Anfrage Kolly wie folgt beantwortet:

«Bis zum 1. Juli 1962 hatten nur die Kleinbauern des Berggebietes Anspruch auf Kinderzulagen, sofern das reine Einkommen 4 000 Franken im Jahr zuzüglich 500 Franken je Kind nicht überstieg. Auf den erwähnten Zeitpunkt wurden auch für die Kleinbauern des Unterlandes Kinderzulagen eingeführt, wobei die Einkommensgrenze für sämtliche Kleinbauern auf 5500 Franken zuzüglich 700 Franken je Kind festgesetzt wurde.

Die neuen Bestimmungen über die Kinderzulagen für die Kleinbauern des Unterlandes stehen nur etwas mehr als ein Jahr in Kraft, so daß ihre Auswirkungen noch nicht in zuverlässiger Weise beurteilt werden können. Es wäre daher verfrüht, die Einkommensgrenze schon heute zu erhöhen. Der Bundesrat wird diese Frage zur gegebenen Zeit erneut prüfen.»

Familienzulagen im Kanton Solothurn

Der Kantonsrat des Kantons Solothurn hat am 26. Juni 1963 eine Änderung des Gesetzes über die Familienzulagen für Arbeitnehmer beschlossen, die im wesentlichen folgende Neuerungen vorsieht:

Kinderzulagen

Der Ansatz der Kinderzulage wurde von 10 auf 25 Franken je Kind und Monat erhöht. Die Altersgrenze hat keine Änderung erfahren. Arbeitnehmer, die gerichtlich zur Zahlung von Unterhaltsbeiträgen für Kinder verpflichtet sind, haben die Kinderzulagen zusätzlich zu den gerichtlichen Unterhaltsbeiträgen zu entrichten, sofern vom Richter keine Ausnahme vorgesehen ist.

Ausländische Arbeitnehmer

Ausländische Arbeitnehmer, die mit ihren Kindern in der Schweiz wohnen oder deren Kinder sich dauernd in der Schweiz aufhalten, sind den schweizerischen Arbeitnehmern gleichgestellt.

Ausländische Arbeitnehmer, die mit ihren Kindern im Ausland wohnen oder deren Kinder sich dauernd im Ausland aufhalten, haben Anspruch auf Zulagen für ihre ehelichen und Adoptivkinder bis zum zurückgeleg-

ten 16. Altersjahr. Ein Anspruch besteht nur, wenn der Arbeitnehmer nicht aus einer andern, gleichartigen öffentlichen Kasse Kinderzulagen oder entsprechende Familienzulagen erhalten oder verlangen kann. Auf Grund eines Regierungsratsbeschlusses richtet die kantonale Familienausgleichskasse den ausländischen Arbeitnehmern Kinderzulagen unter den genannten Einschränkungen bereits seit dem 1. Juli 1963 aus.

Inkrafttreten

Die neuen Bestimmungen treten nach ihrer Annahme durch das Volk auf den 1. Januar 1964 in Kraft.

Familienzulagen im Kanton Basel-Landschaft

Am 16. Juli 1963 erging ein «Regierungsratsbeschluß betreffend die Ausrichtung von Kinderzulagen an nicht voll oder nur zeitweilig beschäftigte Arbeitnehmer», der im wesentlichen folgendes vorsieht:

Nicht vollbeschäftigte Arbeitnehmer in unbefristeten Dienstverhältnissen erhalten bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von über 35 Stunden die vollen und bei einer solchen von 15 bis 35 Stunden die halben Zulagen; bei einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden entfällt jede Zulageberechtigung. Diese Regel gilt nicht bei Teilarbeitslosigkeit.

Bei Stellenantritt vor dem 16. und Stellenaustritt nach dem 15. des Monats besteht Anspruch auf die Zulage für den ganzen Monat; bei Stellenantritt nach dem 15. und Stellenaustritt vor dem 16. des Monats entfällt jeder Zulagenanspruch für den betreffenden Monat.

Bei Arbeitsverhältnissen mit einer zusammenhängenden Beschäftigungsdauer von weniger als einem ganzen Monat erhalten die Arbeitnehmer eine Zulage von 1 Franken pro Kind für jeden Arbeitstag sowie für arbeitsfreie Samstage und Feiertage, die auf einen Werktag fallen, sofern die tägliche Arbeitszeit mindestens 6 Stunden beträgt.

Bei unbezahltem Urlaub von mehr als zwei Wochen fällt der Anspruch auf Zulagen während des ganzen Urlaubs dahin.

Familienzulagen im Kanton Neuenburg

Die Vollziehungsverordnung vom 14. November 1945 zum Gesetz über die Familienzulagen für Arbeitnehmer wurde ersetzt durch eine neue Vollziehungsverordnung vom 3. September 1963, die rückwirkend auf den 1. August 1963 in Kraft getreten ist.

Die neue Verordnung enthält nähere Bestimmungen über die Zulage für die berufliche Ausbildung. Bei Krankheit und Unfall sind die Familienzulagen noch während 6 Monaten auszurichten (bisher 3 Monate).

Personelles

Auf Mitte des Jahres ist der langjährige Leiter der AHV-Zweigstelle Zürich, Adolf Baumann, in den Ruhestand getreten. Er verließ den Posten, den er seit dem Inkrafttreten der Lohnersatzordnung anfangs 1940 mit Liebe zur Sache und einem organisatorischen Geschick erfolgreich versehen hatte. Die Leitung der Zweigstelle ist an Hermann Müller übergegangen.

Der Vorstand der Ausgleichskasse schweizerischer Transportunternehmungen hat anstelle des altershalber zurückgetretenen Theodor Studer auf 1. Oktober 1963 Urs Aebi, bisher Revisor bei der Revisionsstelle der Verbandsausgleichskassen in Zürich, als neuen Kassenleiter gewählt.

Auch Theodor Studer gehört zu den «Veteranen», die während mehr als 20 Jahren ihre Arbeitskraft in den Dienst einer Ausgleichskasse stellten und die übernommene Aufgabe mit großer Treue und Gewissenhaftigkeit erfüllten.

Adressenverzeichnis AHV/IV/EO

Seite 15, Ausgleichskasse 69, Transport
Neue Adresse: Bern, Bundesgasse 28, Postfach 103,
Bern 2

Neue Tel. Nr.: (031) 7 72 73
Neue Postcheck-Nr.: III 516

Seite 17, Ausgleichskasse 83, Papier
Neue Adresse: Bergstraße 110, Zürich 7/32
Postfach 115, Zürich 30

Neue Tel. Nr.: (051) 47 97 49

Seite 19, Ausgleichskasse 95, Exfour
Neue Adresse: Grellingerstraße 9, Postfach Basel 6
Neue Tel. Nr.: (061) 42 00 34

Seite 21, Ausgleichskasse 104, Schreiner
Neue Adresse: Dufourstraße 80, Zürich 8
Postfachadresse streichen
Neue Tel. Nr.: (051) 34 00 54

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung Beiträge

Urteil vom 6. November 1962 i. Sa. A. F.

Art. 2, Abs. 4, AHVG. Ein Auslandschweizer-Ehepaar kann grundsätzlich nur als solches freiwillig versichert sein. Die für den persönlichen Beitritt der Ehefrau geltenden einschränkenden Bedingungen sind auch auf die tatsächlich oder gerichtlich getrennt lebende Ehefrau anwendbar.

Die am 10. Juli 1900 geborene Berufungsklägerin ist seit 1926 mit einem im Jahre 1903 geborenen Schweizerbürger verheiratet. Seit Jahren in Nordamerika lebend, betätigt sie sich gegenwärtig als Haushälterin in New York. Am 9. August 1960 stellte sie beim Schweizerischen Generalkonsulat in New York das Gesuch um Aufnahme in die freiwillige Versicherung für Auslandschweizer. Dabei führte sie aus, sie lebe seit langem vom Ehemann getrennt und habe von März 1951 bis Oktober 1952 in der Schweiz gearbeitet.

Das Generalkonsulat überwies die Beitrittserklärung der Ausgleichskasse und erhielt mit Brief vom 27. September 1960 zur Antwort, nicht die Ehefrau, sondern einzig ihr Gatte sei berechtigt, bis spätestens 31. Dezember 1960 der freiwilligen Versicherung beizutreten (Art. 2, Abs. 1 und 4, AHVG). Am 9. Februar 1961 schrieb das Generalkonsulat in New York zurück, erst jetzt habe die Gesuchstellerin ausfindig machen können, daß ihr Ehemann in England wohne.

Die Ausgleichskasse wies das Beitrittsgesuch ab. Die Ehefrau beschwerte sich und schrieb, sie erneuere ihr Begehren, da ihr Ehemann der freiwilligen Versicherung nicht beitreten wolle und sich auch einer Ehescheidung widersetze. Die Beschwerde wurde abgewiesen.

Die Ehefrau legte Berufung ein. Im Februar 1948 habe ihr Ehemann sie verlassen und seither die eheliche Gemeinschaft nicht wieder aufgenommen. Es sei ihr unmöglich, ein Scheidungsurteil zu erwirken.

Das EVG wies die Berufung aus folgenden Erwägungen ab:

1. Auf Grund der Art. 2, Abs. 1, AHVG und Art. 1 IVG hatten alle noch nicht freiwillig versicherten Auslandschweizer, welche am 1. Januar 1960 das 40., aber als Männer noch nicht das 64. und als Frauen noch nicht das 62. Altersjahr vollendet hatten und nicht schon gemäß Art. 1 AHVG obligatorisch versichert waren, das Recht, im Laufe des Jahres 1960 der freiwilligen Versicherung beizutreten. Doch ist laut Art. 2, Abs. 4, AHVG die Ehefrau eines nicht freiwillig versicherten Auslandschweizers nur dann zum persönlichen Beitritt befugt, wenn der Ehemann von Gesetzes wegen keine Möglichkeit zum Beitritt hat oder gehabt hat (*n'en a pas légalement la possibilité ni ne l'a jamais eue; non ne ha o non ne ha mai avuto la possibilità in conformità della presente legge*).

Da AHV-rechtlich — wie zivilrechtlich — der Mann als das Haupt der ehelichen Gemeinschaft gilt, kann ein Auslandschweizer-Ehepaar grundsätzlich nur als solches freiwillig versichert sein oder es nicht sein. Gleich verhält es sich, wenn ein Ehepaar gestützt auf ein Gerichtsurteil oder auch bloß de facto getrennt lebt. In derartigen Fällen dauert eben die Ehe fort und steht die Frau hinsichtlich des Beitritts zur freiwilligen Versicherung nicht einer geschiedenen Frau gleich, weil Art. 2, Abs. 4 AHVG keine entsprechende Ausnahmebestimmung zugunsten der getrennt lebenden Ehefrau enthält.

2. Daß der Ehemann im Jahre 1960 keine Beitrittsmöglichkeit gehabt habe, dürfte nur gesagt werden, wenn er durch von seinem Willen unabhängige Umstände an der rechtzeitigen Beitrittserklärung gehindert gewesen wäre. Ein solcher Sachverhalt hat jedoch nicht vorgelegen. Als 57jährigen Auslandschweizer hatte der Ehemann der Berufungsklägerin im Jahre 1960 den gesetzlichen Anspruch, in die freiwillige Versicherung aufgenommen zu werden, und es stand ihm damals frei, in einem Brief an die Schweizerische Botschaft in London seinen Beitritt zu erklären (Art. 4, Abs. 1, Buchst. a, und Art. 12 der bis Mai 1961 in Kraft gewesenen Verordnung vom 9. April 1954).

Doch hat er diesen Beitritt gar nicht gewünscht. Seit November 1949 auch britischer Staatsangehöriger, ist er seit dem Jahre 1954 nicht mehr als Auslandschweizer immatrikuliert und obendrein für die Post unauffindbar gewesen, als unsere Botschaft in London im September 1960 versuchte, ihn zur Neuimmatrikulation und zum Beitritt zur freiwilligen Versicherung für Auslandschweizer einzuladen. Und noch am 9. Februar 1961 hat das Schweizerische Generalkonsulat in New York der Ausgleichskasse geschrieben, die Ehefrau erkläre, aus beruflichen Gründen interessiere sich ihr Ehemann schon seit Jahren nicht mehr für schweizerische Angelegenheiten. Bei dieser Sachlage muß der angefochtenen Kassenverfügung und dem sie schützenden Urteil der Vorinstanz zugestimmt werden.

Urteil vom 1. März 1963 i. Sa. Erben des D. F.

Art. 24, Abs. 2, AHVV. Der AHV-Richter darf vom Ergebnis der rechtskräftigen Steuerveranlagung nur abweichen, wenn bewiesen ist, daß im Steuerveranlagungsverfahren bestimmte Fehler begangen wurden (Bestätigung der Praxis). (Erwägung 2)

Art. 9, Abs. 1, AHVG. Gewerbsmäßiger Liegenschaftshandel ist, entsprechend der bundesgerichtlichen Praxis, schon bei einer einzigen Transaktion anzunehmen, wenn Kauf und Verkauf der Liegenschaft in engem Zusammenhang mit einer andern Erwerbstätigkeit des Versicherten stehen. (Erwägung 3)

Der am 30. Dezember 1960 verstorbene Erblasser war als selbständiger Architekt tätig gewesen. Die kantonale Wehrsteuerverwaltung meldete der Ausgleichskasse, das Einkommen, das er in den Jahren 1955—1958 erzielt hatte. Darin waren auch, wie die Steuerbehörde eingehend darlegte, Grundstücksgewinne enthalten, die ihm in den Jahren 1955 und 1956 zugeflossen, jedoch

bei der Wehrsteuereinschätzung nicht erfaßt worden waren. Die Wehrsteuerverwaltung begründete dieses Abweichen der Meldung für 1955/56 von der rechtskräftigen Veranlagung damit, nach bundesgerichtlicher Praxis hätten diese Gewinne richtigerweise besteuert werden sollen. Die Ausgleichskasse verfügte entsprechend der Wehrsteuermeldung.

Im Namen der minderjährigen Erben legte der Testamentsvollstrecker Beschwerde ein und verlangte in mehreren Punkten Abänderung der Beitragsverfügungen. Hinsichtlich der in den Jahren 1955/56 erzielten Grundstückgewinne führte er aus, daß die Entgelte bei der Wehrsteuerveranlagung nicht erfaßt wurden, beruhe nicht auf einem Irrtum der Steuerbehörde, die vielmehr wohlüberlegt gehandelt habe. Weil der Erblasser nicht buchführungspflichtig gewesen sei und die Gewinne nicht gewerbsmäßig erzielt habe, seien diese nicht steuerbares Einkommen im Sinne von Art. 21 WStB, und von ihnen dürften deshalb auch keine Beiträge gefordert werden.

Die kantonale Rekurskommission hieß die Beschwerde teilweise gut. Die von den Erben eingelegte Berufung wurde vom EVG aus folgenden Erwägungen abgewiesen:

1. Streitig ist, ob von den in den Jahren 1955 und 1956 erzielten Grundstückgewinnen Beiträge zu fordern sind. Die Berufungskläger verneinen dies, weil die Gewinne nicht gewerbsmäßig erzielt und zudem durch die rechtskräftige Steuerveranlagung, von der nicht abgewichen werden dürfe, nicht erfaßt worden seien. Die Vorinstanz löst sich dagegen in diesem Punkte bewußt von der Veranlagung und bewertet die Gewinne als steuerbares Einkommen im Sinne von Art. 21, Abs. 1, Buchst. a, WStB, von dem die gesetzlichen Beiträge zu entrichten seien.

2. Entgegen der Auffassung der Berufungskläger darf der AHV-Richter vom Ergebnis einer rechtskräftigen Steuerveranlagung abweichen, allerdings nur dann, wenn bewiesen ist, daß im Steuertaxationsverfahren bestimmte Fehler begangen wurden (vgl. Urteile vom 31. August 1953 i. Sa. C. F., EVGE 1953, S. 213, ZAK 1953, S. 425, vom 24. April 1959, i. Sa. R. K., ZAK 1959, S. 258).

Im vorliegenden Fall sind die umstrittenen Grundstückgewinne von der rechtskräftigen Wehrsteuerveranlagung nicht erfaßt worden und deshalb nur dann als maßgebendes Einkommen in die Beitragsverfügung für die Jahre 1958/59 aufzunehmen, wenn sich aus den Akten ohne Zweifel ergibt, daß sie bei der Veranlagung zu Unrecht nicht als steuerbares Einkommen betrachtet worden sind.

3. Es ist unbestritten, daß der Erblasser für die Erstellung eines Postgebäudes Land erwarb, einen Teil davon aber nicht benötigte und deshalb parzellenweise weiterverkaufte, was ihm die umstrittenen Gewinne einbrachte.

Die Berufungskläger schließen aus dem Umstand, daß der Erblasser nur bei diesem einen Geschäft solche Gewinne erzielte, es liege kein gewerbsmäßiger Liegenschaftshandel vor und folglich seien die Gewinne nicht steuerbares Einkommen gemäß Art. 21 WStB. Diese Auffassung ist jedoch irrig. Bei der Auslegung von Art. 21, Abs. 1, Buchst. a, WStB hat das Bundesgericht gefunden, gewerbsmäßiger Liegenschaftshandel sei schon beim Vorliegen einer einzigen Liegenschaftstransaktion anzunehmen, wenn Kauf und Verkauf des Grundstückes in engem Zusammenhang mit einer andern Er-

werbstätigkeit des Steuerpflichtigen stünden (Urteile vom 10. Juli und 9. Oktober 1959, im Archiv für schweizerisches Abgaberecht, Bd. 28, S. 274 und 387). In seinem Urteil vom 9. Oktober 1959 hat das Bundesgericht dabei ausdrücklich auf Umsätze von Grundstücken hingewiesen, die ein Architekt tätigt, um seinem Büro Arbeit zu verschaffen. Gerade in dieser Absicht hat der Erblasser Boden erworben. Dessen Kauf und der Verkauf einiger Restparzellen standen in engstem Zusammenhang mit seiner Erwerbstätigkeit als Architekt. Die Transaktion erfolgte somit gewerbsmäßig, und die erzielten Gewinne sind als Einkommen im Sinne von Art. 21, Abs. 1, Buchst. a, WStB zu werten.

4. Aus den Aktien ergibt sich mithin ohne Zweifel, daß die in Rede stehenden Grundstücksgewinne bei der Wehrsteueranlagung als steuerbares Einkommen hätten erfaßt werden sollen, wie die kantonale Wehrsteuerverwaltung der Ausgleichskasse bereits am 21. Dezember 1960 mitgeteilt hat.

Diese Gewinne sind deshalb, in Abweichung von der Wehrsteueranlagung IX. Periode (1957/58), als Einkommen im Sinne von Art. 9 AHVG und Art. 17 AHVV zu betrachten, von dem die Berufungskläger als Erben und Rechtsnachfolger des Verstorbenen die gesetzlichen Beiträge schulden (Art. 43 AHVV).

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 28. Dezember 1962 i. Sa. H. C.

Art. 12 IVG. Die operative Versteifung des obersten Teils der Halswirbelsäule bei einem Versicherten, der an unfallbedingten nervösen Störungen leidet, gilt als eigentliche Heilbehandlung und wird somit nicht von der IV übernommen.

Art. 22, Abs. 1, IVG. Stellt eine medizinische Vorkehr, die von einem anderen Sozialversicherungszweig (obligatorische Unfallversicherung oder Militärversicherung) übernommen wird, keine Eingliederungsmaßnahme im Sinne der Art. 12 oder 13 IVG dar, so entfällt ein Anspruch auf IV-Taggelder während der Zeit, in der diese Vorkehr durchgeführt wird.

Der im Jahre 1920 geborene Versicherte leidet an einer Mißbildung des Gelenkes zwischen Halswirbelsäule und Schädel, die wahrscheinlich auf einen schweren Unfall zurückgeht, den der Versicherte im Alter von 4 Jahren erlitten hat. Der Versicherte verunfallte erneut im Jahre 1961, wurde ins Spital eingeliefert und einer Operation unterzogen (Versteifung des obersten Teils der Halswirbelsäule mit einem Knochenspan).

Die IV-Kommission anerkannte den Anspruch des Versicherten auf medizinische Eingliederungsmaßnahmen und auf Taggeld seit dem Eintritt ins Spital. Die Ausgleichskasse setzte in der Folge das Taggeld auf 21 Franken fest, verfügte aber später auf Weisung des BSV die Einstellung der bewil-

lichten Leistungen, nachdem sie erfahren hatte, daß der Fall teilweise von der SUVA übernommen wurde und daß diese ein ermäßigtes Taggeld von 40 Prozent ausrichtet. Auf Beschwerde des Versicherten hin entschied die Rekursbehörde, daß der Versicherte Anspruch auf ein IV-Taggeld von 60 Prozent der vollen Entschädigung habe.

Das BSV zog den Fall an das EVG weiter. Dieses hieß die Berufung aus folgenden Erwägungen gut und stellte die Verfügung der Ausgleichskasse wieder her.

1. Im kantonalen Entscheid wird dem Versicherten ein IV-Taggeld von 60 Prozent der vollen Entschädigung zugesprochen mit der Begründung, daß es unverständlich und ungerecht wäre, die IV von jeder Leistungspflicht zu befreien, wenn die SUVA, wie dies im vorliegenden Fall geschah, ihre Leistungen ermäßigt, weil der Versicherte bereits vor dem Unfall an einer Mißbildung litt. Demgegenüber beruft sich das BSV auf Art. 44 IVG und macht geltend, daß das Taggeld der IV nur eine Zusatzleistung zu Eingliederungsmaßnahmen der IV darstelle. Daraus folgert das BSV, daß ein Invalid, der im Genusse von Eingliederungsmaßnahmen der SUVA oder einer anderen Versicherung steht, keinen Anspruch auf Taggelder der IV habe.

Man kann sich fragen, ob die Natur der Zusatzleistung, wie sie dem Taggeld in Art. 22 IVG verliehen wird, tatsächlich jede Lösung im Sinne des kantonalen Entscheides ausschließt. Jedenfalls läßt sich der diesem Urteil zugrunde liegende Gedanke vertreten, daß der Versicherte keinen Nachteil dadurch erleiden soll, daß die SUVA oder eine andere Versicherung eine Leistung erbringt, die grundsätzlich unter Art. 12 oder 13 IVG fällt. Diese Frage kann indessen offen bleiben, da im vorliegenden Fall die in Frage stehenden medizinischen Vorkehren keine von der IV zu übernehmenden Eingliederungsmaßnahmen darstellen.

2. Die IV gewährt einem Versicherten nur dann Anspruch auf medizinische Maßnahmen, wenn die in Art. 12 oder 13 aufgestellten Voraussetzungen erfüllt sind.

a. Im vorliegenden Fall ist nicht rechtsgenüßlich nachgewiesen, daß die Mißbildung des Gelenkes zwischen Halswirbelsäule und Schädel ein Geburtsgebrechen darstellt. Nach dem Arztbericht ist das Gegenteil wahrscheinlich. Es heißt im Bericht, es sei nicht mit Sicherheit auszuschließen, daß der Versicherte in seiner Kindheit eine Fraktur erlitten habe, bevor die verschiedenen Verknöcherungspunkte am zweiten Halswirbelkörper zusammengewachsen seien; denn man wisse, daß er im Alter von 4 Jahren das Opfer eines heftigen Schädeltraumas gewesen sei.

Selbst wenn man annimmt, daß hier ein Geburtsgebrechen im Sinne von Ziffer 34 GgV vorliegt, so heißt dies noch nicht, daß die Behandlung des Versicherten zulasten der IV gehen muß. Gemäß Art. 85, Abs. 2, IVG haben volljährige Versicherte während einer Dauer von fünf Jahren seit dem Inkrafttreten des Gesetzes Anspruch auf Leistungen gemäß Art. 13 IVG, sofern das Geburtsgebrechen durch eine zeitlich beschränkte medizinische Maßnahme behoben oder dauernd gemildert werden kann. Wie das EVG in seinem Urteil vom 30. Mai 1961 i. Sa. O. Sch. (ZAK 1961, S. 315, EVGE 1961, S. 186) festgestellt hat, muß noch eine weitere Voraussetzung erfüllt sein, nämlich die, daß das Leiden schon behandlungsbedürftig im Sinne von Art. 13 IVG war,

bevor der Versicherte volljährig wurde. Diese Voraussetzung ist im vorliegenden Fall nicht erfüllt. Die Ärzte haben nämlich eindeutig erklärt, daß die Mißbildung des Gelenkes zwischen Halswirbelsäule und Schädel des Patienten bis 1959 keine klinischen Erscheinungen hervorgerufen habe. Erst dann, also im Alter von 39 Jahren, seien Schmerzen im Nacken aufgetreten. Nach den Akten ist diese Erklärung glaubwürdig. Nichts weist darauf hin, daß sich der Versicherte schon in seiner Jugend wegen seiner Mißbildung hätte behandeln lassen müssen.

Daraus folgt, daß die hier getroffenen medizinischen Vorkehren nicht als Behandlung eines Geburtsgebrechens im Sinne von Art. 13 IVG gelten.

b. Die in Frage stehende Behandlung kann aber auch nicht als Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG betrachtet werden. Sie wäre dies nur, wenn sie nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet gewesen wäre, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Nach der Rechtsprechung (siehe insbesondere das Urteil vom 17. September 1962 i. Sa. H. F., ZAK 1963, S. 78, und das Urteil vom 5. Oktober 1962 i. Sa. H. H., ZAK 1963, S. 128) gilt eine medizinische Vorkehr in der Regel als eigentliche Leidensbehandlung, wenn sie in erster Linie die Heilung eines labilen pathologischen Zustandes bezweckt und nicht dazu dient, die Folgezustände eines Leidens zu beseitigen oder zu mildern, die klinisch unveränderlich geworden sind oder im Begriffe sind, es zu werden.

Das Leiden des Versicherten, das sich schon im Jahre 1959 mit nervösen Störungen von wechselnder Form und Stärke und an wechselnden Orten bemerkbar machte und das Funktionieren des Zentralnervensystems schwer beeinträchtigte, stellte einen außerordentlich labilen pathologischen Zustand dar, von dem nicht anzunehmen war, daß er sich selbst stabilisieren werde. Wohl war die am 8. Mai 1961 vorgenommene Versteifungsoperation geeignet, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu verbessern (nach einer Rekonvaleszenz von einigen Monaten wurde nämlich der Versicherte in zunehmendem Maße wieder arbeitsfähig), doch stellte sie in erster Linie eine therapeutische Maßnahme dar, d. h. eine medizinische Vorkehr, die zur eigentlichen Leidensbehandlung gehört; denn sie bezweckte die Heilung oder wenigstens die Verbesserung des oben erwähnten labilen pathologischen Zustandes.

Daraus folgt im Gegensatz zur Meinung der Vorinstanz, daß die beim Versicherten angewendeten medizinischen Vorkehren nicht von der IV übernommen werden können, da weder die Voraussetzungen von Art. 12 IVG noch jene von Art. 13 erfüllt sind. Wenn aber die IV nicht verpflichtet ist, solche Maßnahmen zu gewähren, so kann sie auch nicht zur Ausrichtung eines Taggeldes im Sinne von Art. 22, Abs. 1, IVG verhalten werden, um den Ausfall zu vergüten, der auf die von der SUVA nicht gedeckte Mißbildung zurückzuführen ist.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Eine Spondylodese bei einem an schwerster idiopathischer Skoliose leidenden Minderjährigen stellt eine medizinische Eingliederungsmaßnahme dar, wenn die Operation unerlässlich und geeignet ist, die Möglichkeiten der Berufsausbildung und die künftige Erwerbsfähigkeit des Versicherten vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Konservative medizinische Vorkehren bei diesem Leiden gehören hingegen zur eigentlichen Leidensbehandlung.

Die im Jahre 1945 geborene Versicherte leidet seit 1960 an einer idiopathischen Skoliose (Verkrümmung der Wirbelsäule). Auf Anordnung des Arztes begab sie sich vom 1. Juni bis zum 3. Dezember 1961 in Spitalbehandlung, wo sie mit Hilfe eines Gipskorsetts behandelt und einer Heilgymnastik unterzogen wurde. Die IV-Kommission betrachtete die medizinischen Vorkehren als vorwiegend auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet und verneinte deshalb eine Leistungspflicht der IV. Hingegen übernahm sie die Kosten eines orthopädischen Korsetts und der Reisen für dessen Anprobe und Anpassung.

Der Vater der Versicherten erhob Beschwerde, wobei er die Lage seiner Familie, die Entwicklung des Leidens seiner Tochter und die durchgeführten medizinischen Vorkehren schilderte. Im Hinblick auf Art. 12 IVG und gestützt auf eine Erklärung des Arztes behauptete er, daß die medizinischen Vorkehren nicht auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet waren, sondern zum Ziele hatten, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern und die Versicherte vor einer wesentlichen Beeinträchtigung dieser Fähigkeit zu bewahren. Er verlangte die Übernahme der Spitalaufenthalts- und Reisekosten sowie der Auslagen für Arzt und Arznei. Die Vorinstanz schützte die Beschwerde und wies die IV an, die Kosten der wegen des Gebrechens notwendigen medizinischen Vorkehren zu übernehmen.

Das BSV zog diesen Entscheid durch Berufung ans EVG weiter. Nach Einholung eines ärztlichen Gutachtens bei Prof. Baumann, Langenthal (siehe ZAK 1963, S. 324), hieß das EVG die Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. . . .

2. . . . (siehe Urteile des EVG vom 5. Oktober 1962, i. Sa. H. H., ZAK 1963, S. 128, und vom 12. Oktober 1962, i. Sa. H. V., ZAK 1963, S. 130).

3. Die in den zitierten EVG-Urteilen genannten Abgrenzungskriterien zwischen den medizinischen Eingliederungsmaßnahmen im Sinne von Art. 12 IVG und der Behandlung des Leidens an sich führen zum Schluß, daß bei der idiopathischen Skoliose — die kein Geburtsgebrechen darstellt, weshalb Art. 13 IVG nicht anwendbar ist — die Leidensbehandlung deutlich vorherrscht, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle. Die Tatsache, daß die Ursache des Leidens unbekannt bleibt und daß sich die medizinischen Vorkehren auf die Bekämpfung der Symptome beschränken müssen, nimmt ihnen die Eigenschaft der Leidensbehandlung nicht.

Ohne Zweifel gewinnt der Eingliederungszweck, der in der evolutiven Frühphase der idiopathischen Skoliose sozusagen nicht besteht, in der evo-

lutiven Spätphase an Bedeutung, je mehr sich der Jugendliche dem Berufsbildungsalter und dem Eintritt ins Erwerbsleben nähert. Indessen besteht der Hauptzweck der medizinischen Vorkehren, selbst in der evolutiven Spätphase des Leidens, darin, die Entwicklung des Leidens zu bekämpfen und das Fortschreiten des Krankheitsprozesses zu hemmen. Selbst wenn die Eingliederung ins Erwerbsleben umso besser sein wird, je erfolgreicher der Kampf gegen das Leiden ist, so tritt sie in ihrer Bedeutung doch hinter die eigentliche Leidensbehandlung zurück.

Der vom Gericht beigezogene Experte erwähnt immerhin eine Besonderheit, welche in der evolutiven Spätphase unmittelbar vor der Skelettreife in Erscheinung tritt. Während in den leichteren oder mittleren, ja sogar auch in gewissen schweren Fällen die übliche Behandlung mit Gipskorsetts genügt, um dem Leiden wirksam zu begegnen, taucht in einigen sehr schweren Fällen die akute Gefahr schwerwiegender Folgen von dauernder und unheilbarer Art auf. Deren Ausmaß würde die Eingliederungsmöglichkeiten und damit die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen. Zudem wäre die Leidensbehandlung für die Bekämpfung dieser Folgen nicht mehr geeignet. Der einzige Ausweg besteht dann in der Operation, Spondylodese genannt, welche — im Gegensatz zu konservativen Vorkehren — nicht auf die Leidensbehandlung, sondern auf die Verhinderung einer Dauerinvalidität hinzielt. Wie das EVG bereits festgestellt hat (Urteil i. Sa. N. B. vom 29. März 1963, ZAK 1963, S. 324), stellt diese Operation eine medizinische Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 12 IVG dar, wenn sie unerlässlich und geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die im Urteil H. V. vom 12. Oktober 1962 (ZAK 1963, S. 130, Erwägung 2) aufgeführten Kriterien der Eingliederung Jugendlicher erlauben bei einem solchen Sachverhalt die Übernahme der Spondylodese sowie der damit verbundenen Vor- und Nachbehandlung durch die IV.

4. Im vorliegenden Falle wurde die an idiopathischer Skoliose leidende Versicherte von Juni bis Dezember 1962 mit Gipskorsetts und Heilgymnastik behandelt. Der Gerichtsexperte stellt in seinem Bericht fest, daß der behandelnde Arzt — ein in Chirurgie und Orthopädie ausgewiesener Spezialist, dessen Fähigkeiten unbestritten sind — keine jener schweren Formen des Leidens festgestellt hat, welche eine Operation erfordern, und daß lediglich die klassischen Maßnahmen konservativer Art durchgeführt worden sind. Ziel dieser Vorkehren ist nun aber die Behandlung des Leidens an sich, was den ebenfalls vorhandenen Eingliederungszweck überschattet.

Wohl bestätigt der behandelnde Arzt, daß die durchgeführten Vorkehren nicht ausschließlich ästhetischen Zwecken dienten, sondern darauf hinzielten, die bestehende Mißbildung zu beseitigen und eine weitere Verschlechterung des Zustandes zu verhindern. Diese Bestätigung vermag indessen die dargelegte Betrachtungsweise nicht zu ändern.

Zudem ist festzuhalten, daß der behandelnde Arzt nicht erklärt hat, das Gebrechen gefährde die Ausbildung und die Tätigkeit der Versicherten in dem von ihr gewählten kaufmännischen Beruf. Weder das vorzeitige Verlassen von Handelsschulkursen, welche die Versicherte erstmals während des Jahres 1961 besuchte, noch die nicht zustande gekommene Anstellung in der

Bundesverwaltung sind genügende Beweise dafür. Die Tatsache, daß die Versicherte während des ersten Halbjahres 1962 einen Schnellkurs besuchte und am 1. November 1962 eine Bürolehre begann, läßt vielmehr den Schluß zu, daß die Versicherte an einer leichten oder nur mittelschweren Skoliose litt. Dieser Punkt braucht nicht noch, wie das die Versicherte wünscht, durch ein zusätzliches Gutachten näher untersucht werden. Selbst bei einem Fall allerschwerster Skoliose hätte nämlich das Alter der Versicherten wahrscheinlich jede Spondylodese zwecklos gemacht, und die kurze Dauer der konservativen medizinischen Vorkehren hätte es nicht erlaubt — abgesehen von der Natur dieser Maßnahmen — ihnen die in Art. 12 IVG verlangte wesentliche Wirkung beizumessen.

Obwohl die medizinischen Vorkehren nicht zu Lasten der IV gehen, bleibt der Anspruch der Versicherten auf andere Leistungen, insbesondere auf Hilfsmittel, gewahrt.

Urteil des EVG vom 16. April 1963 i. Sa. J. S.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Stellt die bei einem an der allerschwersten Form (Status progrediens) einer Epiphysolysis (Loslösung der Wachstumszone, hier am oberen Endstück des Oberschenkelknochens) leidenden Minderjährigen durchgeführte operative Korrektur einer eingetretenen Deformität samt Vor- und Nachbehandlung eine einmalige, für die spätere berufliche Tätigkeit notwendige und geeignete Maßnahme dar, so ist die Leistungspflicht der IV gegeben. In allen andern Fällen sind medizinische Vorkehren bei diesem Leiden zur Leidensbehandlung zu zählen.

Der 1946 geborene Versicherte hatte vom November 1960 an zunehmende Schmerzen im linken Oberschenkel; in der Folge kamen ein Belastungs- und Leistenschmerz sowie ein Hinken dazu. Am 14. Dezember 1960 wurde der Versicherte mit der Diagnose Epiphysenlösung in ein Spital eingewiesen. Die erste Behandlung bestand in «strenger Ruhigstellung und Lagerung» des linken Oberschenkels, womit «ein Stillstand der Knochendystrophie, ein weiteres Abgleiten des Schenkelkopfes und eine erneute Konsolidierung desselben an den Schenkelhals» angestrebt wurden. Am 30. Mai 1961 erfolgte dann eine operative Keilresektion im Schenkelhals zur Reposition des abgerutschten Schenkelkopfes in die Gelenkpfanne. Mit einem Thomasbügel zur weiteren Entlastung der linken Hüfte bis zur endgültigen Festigung des Knochens konnte der Versicherte am 11. August 1961 nach Hause entlassen werden. Prognostisch wurde «eine volle Wiedererlangung der Gehfähigkeit» erwartet, ohne aber die «Möglichkeit späterer, vorzeitiger arthronotischer Erscheinungen» auszuschließen.

Am 2. Januar 1961 wurde der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet. Im April 1961 beschloß die IV-Kommission, die medizinischen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Epiphysolysis nicht zu übernehmen, da sie zur Behandlung des Leidens an sich gehörten. Eine gegen die entsprechende Verfügung erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen.

Da der Versicherte Berufung einlegte, holte das EVG von Prof. Baumann in Langenthal ein Gutachten ein. Dem Gutachten läßt sich entnehmen:

«Die Epiphysenlösung des Schenkelkopfes beruht auf einer Störung in der Wachstumszone zwischen Schenkelhals und -kopf des Oberschenkelknochens. Diese ihrerseits wird verursacht durch eine mehr oder weniger ausgeprägt abnormale Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion, insbesondere der Geschlechtsdrüsen und ihrer Steuerung durch die Hypophyse. Es handelt sich öfters um Knaben im Alter von 12 bis 17 Jahren, etwas seltener um Mädchen von 10 bis 15 Jahren.

Oft wird die Krankheit erst entdeckt, wenn sie über ihr Anfangsstadium hinaus entwickelt ist, weil sie anfänglich nicht immer leicht erkennbar ist. Dieses Anfangsstadium («*Stadium imminens*») besteht in einer Verbreiterung der knorpeligen Wachstumszone. Diese Zone ist gegenüber mechanischer Beanspruchung vermindert widerstandsfähig. Es bilden sich kleinere und größere Zusammenhangstrennungen, die z. T. sogar unvorteilhafte bindegewebige Verknöcherungsansätze aufweisen können, während die regelrechte Verknöcherung der Epiphyse auf sich warten läßt. Statt dessen beginnt nun der Schenkelkopf mit seinem Kern vom Schenkelhals abzugleiten, meist, wenn auch nicht immer, nach unten und hinten.

Beginnt aber ein deutliches Abgleiten und eine winklige Abdrehung des Schenkelkopfes, so bezeichnet man das Stadium als «*Epiphysolysis incipiens*», solange die Gleitstrecke weniger als ein Drittel der Projektion der Epiphysenzone in der axialen Röntgenaufnahme beträgt und die Kippung nach hinten gering ist. Von «*Epiphysolysis progrediens*» spricht man, wenn diese Gleitstrecke über ein Drittel beträgt und wenn die Kippung stärker wird und schließlich 90 Grad erreicht.

Reifen Schenkelhals und -kopf bis zum Abschluß des Skelettwachstums in solcher Mißform aus, so bedeutet dies eine schwere Störung der Beweglichkeit und der Gebrauchsfähigkeit des Hüftgelenkes. Dabei verändern sich in der Regel die mechanischen Druckverhältnisse infolge der Mißform in diesem Gelenk verderblich. Bezirke des Gelenkknorpels werden infolge dauernder Überbelastung zerstört. Es entstehen jene degenerativen Veränderungen und Wucherungen, die als Arthrose bezeichnet werden.

Im Stadium imminens und im Stadium incipiens besteht die Notwendigkeit örtlicher Behandlung. Diese kann konservativ durchgeführt werden. Die Belastung der empfindlichen kranken Epiphyse muß aufgeschoben werden. Dies kann durch geeignete Zugbehandlung mit Bettruhe geschehen. Anschließend, meist nach 3 bis 4 Monaten, kann statt dessen eine Thomasgehschiene in Anwendung kommen. Da diese Behandlung mühselig und langwierig ist, entstand der Wunsch, die Bettlägerigkeit abzukürzen und zugleich eine Sicherung weiteren Abgleitens der Kopfkalotte zu gewinnen. E. Bircher hat schon 1922 von der Außenseite (Trochantergegend) her ein Bohrloch durch die Achse des Schenkelhalses bis in den Schenkelkopf angelegt und einen Span aus dem Schienbein des Kranken eingeschlagen. Diese operative Methode kommt auch heute noch in einigen Variationen zur Anwendung.

Ist der Schenkelkopf weit abgewichen und abgewinkelt (Stadium progrediens), so kommt die «*Korrektur der Deformität*» in Frage. Der Kopf bleibt in seiner Gelenkpfanne. Die Abbruchfläche des Halses ist von

derjenigen des Kopfes abgewichen. Der Kopf liegt im Verhältnis zum Hals hinten und unten. Der Hals hat eine Richtung nach vorn angenommen und ist nach oben gegliedert. Der Oberschenkelknochen und das ganze Bein sind nach außen verdreht und verkürzt. Unter Vornahme einer Durchtrennung des Oberschenkelknochens (subtrochantere oder pertrochantere Osteotomie) kann die falsche Stellung des Schenkelhalses korrigiert werden. Da dadurch die fehlerhafte Stellung zwischen Schenkelhals und -kopf nicht beseitigt wird, erstrebt eine neuere operative Methode — sie wurde beim Versicherten angewandt — die unmittelbare Behebung dieser Fehlstellung. Auch in den Fällen, in denen dieser Eingriff in Anwendung kommt, ist es Regel, daß eine Extensionsbehandlung vorausgeht.

Die Behinderung und die Beseitigung einer Deformation bei der Epiphysolysis capitis femoris bis zum Endzustand gehört grundsätzlich zur Behandlung des Leidens an sich; doch kann der Charakter der Vorkehrungen unter Umständen eine Änderung erfahren, wenn eine «Korrektur der Deformität» eintreten muß. Alsdann tritt die Möglichkeit ein, daß die Vorkehrungen überwiegend der Gewinnung der Erwerbsfähigkeit dienen.

Der Thomasbügel muß in allen Fällen, sei die Behandlung konservativ oder operativ, angewandt werden, weil stets eine langfristige Entlastung des Femurs unbedingt notwendig ist. Im vorliegenden Falle gehörte sie integrierend zur Operation, werde sie nun überwiegend zur Behandlung des Leidens an sich gehörig betrachtet oder billige man ihr nach den Besonderheiten des Falles vorwiegenden Charakter einer Eingliederungsmaßnahme zu.»

Das EVG hieß die Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. . . .

2. Siehe hiezu die Urteile des EVG vom 5. Oktober 1962 i. Sa. H. H. (ZAK 1963, S. 128) und vom 12. Oktober 1962, i. Sa. H. V. (ZAK 1963, S. 130).

3. Der minderjährige, an der allerschwersten Form der Epiphysolysis (Stadium progrediens) leidende Versicherte mußte sich in den Jahren 1960/61 einer operativen «Korrektur der Deformität» samt der damit obligatorisch verbundenen Vor- und Nachbehandlung unterziehen. Er hatte damals das 14. Altersjahr erfüllt und stand an der Schwelle des Berufsbildungsalters. Der finale Defektzustand war im wesentlichen schon vorhanden, als zur Operation geschritten wurde; er wäre nicht erst in absehbarer Zeit eingetreten. Ohne die Operation hätte mit einer wesentlichen Beeinträchtigung in der Berufsbildung und in der späteren Erwerbsfähigkeit gerechnet werden müssen. IV-rechtlich war das Interesse an der Verbesserung oder Bewahrung der kommenden Erwerbsfähigkeit derart groß, daß die operative Vorkehrung zur Erhaltung der beeinträchtigten Hüftgelenkfunktionen zur Eingliederungsmaßnahme wurde. Es handelte sich um eine einmalige Vorkehrung, die für die spätere berufliche Tätigkeit notwendig und geeignet war; überdies war die Vornahme der Operation im Jahre 1961 im Hinblick auf den Zustand des Versicherten angezeigt. Es besteht kein Grund, von der bereits im Urteil i. Sa. H. V. (ZAK 1963, S. 130) enthaltenen Regel abzugehen, daß unter solchen Umständen die Operation samt der damit obligatorisch verbundenen Vor- und Nachbehandlung eine Eingliederungsmaßnahme darstellt, die zu Lasten der IV geht.

Soweit nicht eine operative «Korrektur der Deformität» notwendig ist, sind die medizinischen Vorkehren im Zusammenhang mit einer Epiphysolyse allerdings zur Leidensbehandlung zu zählen. Eine Korrektur der Deformität ist nur in den allerschwersten Formen angezeigt, und bei diesen Formen besteht zwischen dem nichtoperierten und dem operierten Folgezustand ein derart deutlicher Gradunterschied in der körperlichen Integrität, daß eine wesentliche Auswirkung auch auf die Erwerbsfähigkeit anzunehmen ist; das trifft selbst innerhalb eines manuellen Berufes zu, den der Versicherte auch nach der Operation entsprechend seinen Fähigkeiten nach Ansicht des Experten wählen sollte.

In einem der IV-Kommission erstatteten Bericht hat zwar der Arzt die beim Versicherten durchgeführten medizinischen Vorkehren zur Leidensbehandlung gezählt mit dem Hinweis, daß sonst jede Behandlung des durch einen Unfall zugezogenen Knochenbruches zu Lasten der IV ginge. Beim Unfall-Knochenbruch ist aber dieser unmittelbar das Leiden an sich und die medizinischen Vorkehren sind folglich Behandlung des Leidens. Bei der Epiphysolysis dagegen ist das Leiden an sich ein pathologischer Prozeß, der unbehandelt in jeder Phase mit unterschiedlichen Dauerfolgen zum Stillstand kommen kann. Gelangt dieser Prozeß, behandelt oder nicht, in das dritte schwerste Stadium, dann endet er mit einem Defektzustand, der eine operative Korrektur erfordert, die einzig als Maßnahme in Betracht fallen kann; frühere Vorkehren, selbst operative, erscheinen demgegenüber als Leidensbehandlung. Nach rein medizinischer Betrachtungsweise behandelt natürlich auch der letzte schwere Eingriff das Leiden. IV-rechtlich kommt ihm aber trotzdem in der Regel der überwiegende Charakter einer Maßnahme zu, sofern nicht tatbeständliche Besonderheiten eine abweichende Beurteilung begründen; solche Besonderheiten sind hier nicht dargetan.

4. Über die Frage, welche Leistungen dem Versicherten wegen der im Jahre 1961 durchgeführten Operation einschließlich der obligatorischen Vor- und Nachbehandlung zustehen, wird die IV-Kommission zu befinden haben. Nachdem die Operation eine Eingliederungsmaßnahme darstellt, hat die IV auch die Kosten des Thomasbügels und der Schuherhöhung zu übernehmen. Die genannten Hilfsmittel waren zur Eingliederung ins Erwerbsleben ebenfalls notwendig und bildeten zudem eine wesentliche Ergänzung der medizinischen Maßnahmen (vgl. Art. 21 IVG sowie das Urteil vom 7. Dezember 1961 i. Sa. O. S., ZAK 1962, S. 131).

Urteil des EVG vom 31. Mai 1963 i. Sa. H. T.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Eine Spanversteifung der Lendenwirbelsäule eines Erwachsenen bei Spondylolisthesis (Wirbelgleiten), mit welcher die Weiterentwicklung degenerativer Vorgänge unterbunden und die Vorbedingung für konsolidierende Heilungsvorgänge geschaffen werden, sowie die anschließende Behandlung mit Gipskorsett stellen keine medizinische Eingliederungsmaßnahme der IV dar.

Der 1923 geborene, als Chauffeur tätige Versicherte litt seit 1961 an starken Schmerzen im rechten Hüftgelenk (er hatte schon früher immer wieder Rückenbeschwerden gehabt). Ein Spezialarzt für Orthopädie diagnostizierte

«ein schweres Ischiassyndrom bei Übergangswirbel und weitere Anomalien im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule» und nahm an, daß ein Geburtsbrechen vorliege. Am 28. Juli 1961 führte dieser Arzt eine Spanoperation der Lumbosakralgrenze durch; der Operation schloß sich eine Behandlung mittels eines Gipskorsetts an.

Im September 1961 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. Die IV-Kommission lehnte es ab, für die Kosten der Spanoperation aufzukommen, weil es sich nicht um eine medizinische Eingliederungsmaßnahme handle. Dieser Beschluß wurde dem Versicherten von der Ausgleichskasse eröffnet. Die kantonale Rekurskommission wies eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde ab. Zur Begründung ihres Entscheides führte sie im wesentlichen aus, daß nach dem Urteil des EVG vom 30. Mai 1961 i. Sa. O. S. (ZAK 1961, S. 315) eine Operation der Lendenwirbelsäule bei Spondylolisthesis (Wirbelgleiten) auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sei und nicht zu Lasten der IV gehe. Nach den Angaben der IV-Kommission sei hier ein ähnlicher Sachverhalt gegeben. Die Ausführungen des Arztes vermöchten am Ausgang des Verfahrens nichts zu ändern.

Gegen den kantonalen Rekursentscheid legte der Versicherte Berufung ein. Nach Abschluß des Rechtsschriftenwechsels holte das EVG bei Prof. Baumann in Langenthal ein Gutachten ein. Darin wird zunächst bestätigt, daß nach den Röntgenbildern im Bereich des 5. Lendenwirbels und seiner Nachbarschaft krankhafte Veränderungen vorliegen; ferner erklärt der Gutachter, daß ihm auf Grund des medizinischen Sachverhaltes die Ablehnung der Diagnose Spondylolisthesis nicht verständlich sei. Im übrigen läßt sich dem Gutachten entnehmen:

«Die Spondylolisthesis ist kein angeborenes Leiden, denn sie ist noch nie bei einem Neugeborenen festgestellt worden. Sie ist indessen in der Geburtsbrechenliste enthalten. Unbestritten ist die erbliche Krankheitsanlage dazu. Das Leiden tritt etwa im Schulalter auf und entwickelt sich bis in die ersten Zwanzigerjahre. Hierauf tritt eine Stabilisierung ein, so daß ein weiteres Gleiten nach dem Alter von 25 Jahren, von sehr seltenen Ausnahmen abgesehen, nicht mehr stattfindet.

Mit dieser Stabilisierung ist jedoch in einem relativ geringen Prozentsatz der Fälle nicht eine dauernde künftige Beschwerdefreiheit verbunden. Infolge der gestörten Widerstandskraft des mechanisch stark beanspruchten Lenden-Kreuzbeinabschnittes der Wirbelsäule kann es im Laufe der Zeit zu sekundären Störungen kommen. Die Abstützung, die der Organismus mit einer Konsolenbildung am Vorderumfang von S 1 im Laufe langer Zeit entwickelt, vermag manchmal nicht zu verhindern, daß Bandscheibenzermürbungen, Arthrosen der Zwischenwirbelgelenke, Wurzelstörungen der Nerven entstehen und sowohl Wohlbefinden wie Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.

Hiezu gesellen sich regelmäßig auch jene so gut wie alle Menschen vom 4. bis 5. Lebensjahrzehnt an treffenden, degenerativen Abnütterserscheinungen der Wirbelsäule und der Lumbosakralgegend. Diese können schon an und für sich zu Kreuzbeschwerden, Beweglichkeitsstörung, Arthrose der kleinen Wirbelgelenke, Ischias und Neuralgien führen. Wenn außerdem eine alte Spondylolisthesis vorgelegen hat, oder in andern Fällen eine der häufigen Anomalien der Lumbosakralgegend, so begünstigen diese die Entwicklung von Beschwerden, weil sie ihnen als Schwächezustand Vorschub leisten.

Ein ebensolcher Zustand ist beim Versicherten eingetreten. Im Zeitpunkt des chirurgischen Eingriffes waren die beschriebenen späteren Folgezustände der Spondylolisthesis und die Osteochondrose (Spondylose, Spondylarthrose) im Stadium der Entwicklung.

Es handelt sich nicht um einen stabilisierten oder voraussichtlich binnen kurzem stabil werdenden Defekt, sondern um ein aktives, evolutives Leiden. Dieses kann wirkungsvoll bekämpft, die Leistungsfähigkeit wieder gewonnen werden, wenn auch nicht unter Wiederherstellung der normalen Anatomie.

Bei der Operation hat es sich nicht bloß um eine «Stützoperation» gehandelt, sondern es fand ein organischer und funktioneller Einbau des Transplantates in das mechanische Gerüst der untersten Bewegungssegmente der Wirbelsäule statt. Der Weiterentwicklung degenerativer Vorgänge war ein Riegel geschoben, und die Vorbedingung für zwar versteifende, aber konsolidierende, regenerative Heilungsvorgänge war geschaffen.»

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

1. Der Frage, ob beim Versicherten ein Geburtsgebrechen vorliege, braucht nicht nachgegangen zu werden. Gemäß Art. 13 IVG haben grundsätzlich nur Minderjährige Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen. Art. 85, Abs. 2, IVG gibt allerdings für die Dauer von fünf Jahren seit Inkrafttreten des Gesetzes auch volljährigen Versicherten einen Anspruch auf Leistungen gemäß Art. 13 IVG, sofern das Geburtsgebrechen durch eine zeitlich beschränkte medizinische Maßnahme behoben oder dauernd gemildert werden kann. Wie in EVGE 1961, S. 188 (ZAK 1961, S. 315) dargetan wurde, besteht aber der Sinn des Art. 85, Abs. 2, IVG einzig darin, den im Zeitpunkt des Inkrafttretens des IVG bereits volljährigen Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen diejenigen Leistungen zu gewähren, die ihnen als Minderjährigen ohne weiteres zugestanden wären (wenn es zu jenem Zeitpunkt schon eine IV gegeben hätte). Dies setzt aber voraus, daß das Geburtsgebrechen schon vor der Erreichung der Volljährigkeit im Sinne von Art. 13 IVG behandlungsbedürftig war. An dieser Voraussetzung würde es im vorliegenden Fall mangeln, sofern ein Geburtsgebrechen angenommen wird: Denn der 1923 geborene Versicherte bedurfte in bezug auf die Wirbelsäule bis zu seiner Volljährigkeit keiner Behandlung, die gestützt auf Art. 85, Abs. 2, IVG heute noch nachgeholt werden könnte. Zu prüfen ist daher lediglich, ob dem Versicherten medizinische Eingliederungsmaßnahmen gemäß Art. 12 IVG zustehen.

2. . . (Siehe Urteil des EVG vom 5. Oktober 1962 i. Sa. H. H., ZAK 1963, S. 128, Erwägung 1).

3. Prof. Baumann legt in seinem Gutachten überzeugend dar, daß beim Versicherten eine Spondylolisthesis vorliegt. Das Wirbelgleiten hörte einige Zeit nach Erreichung der Volljährigkeit auf. Dagegen kam es wegen der gestörten Statik der Wirbelsäule zu einem sekundären Prozeß, der zusammen mit fortschreitenden, degenerativen Abnützungserscheinungen Beschwerden verursachte. Sowohl der an die Spondylolisthesis anschließende sekundäre Prozeß wie die degenerativen Abnützungserscheinungen waren im Zeitpunkt der Operation im Stadium der Entwicklung. Mit der Operation wurden die Weiterentwicklung der degenerativen Vorgänge unterbunden und die Vorbedingung für konsolidierende Heilungsvorgänge geschaffen.

Aus diesen Darlegungen geht hervor, daß die Spanoperation in erster Linie der Heilung labilen pathologischen Geschehens, somit der Behandlung des Leidens an sich, diene. Nachdem bei einer derartigen Leidensbehandlung der Eingliederungszweck immer in den Hintergrund tritt, verfolgte die Operation nicht vornehmlich und überwiegend den Zweck, die Wiedereingliederung zu erreichen. Der Hinweis des behandelnden Arztes, die Operation sei nicht im Sinne einer Heilbehandlung, sondern im Sinne einer Stützbehandlung durchgeführt worden, vermag hieran nichts zu ändern; denn das vom Arzt erstrebte Ziel kann für die Grenzziehung zwischen der eigentlichen Leidensbehandlung und den medizinischen Eingliederungsmaßnahmen nicht ausschlaggebend sein.

Im übrigen war das EVG bereits im Urteil vom 30. Mai 1961 (i. Sa. O. S., ZAK 1961, S. 315) zum Schluß gekommen, daß eine Spanoperation bei Folgezuständen einer Spondylolisthesis keine Eingliederungsmaßnahme darstelle. Das Gericht ging zwar in diesem Urteil nicht von der Eigenart des Leidens aus (labiles pathologisches Geschehen oder Defektzustand), sondern stellte u. a. auf die Eigenart der ärztlichen Vorkehr ab. Es erklärte in diesem Zusammenhang, die Operation sei nicht als bloße Stützmaßnahme anzusehen, sondern wirke auch im Sinne einer Heilvorkehr in die veränderte Knochen- und Bandpartie selbst ein. Die Feststellung, daß die Spanoperation nicht als bloße Stützmaßnahme anzusehen sei, erweist sich auf Grund der Ausführungen von Prof. Baumann nach wie vor als richtig. Es ist nach Prof. Baumann davon auszugehen, daß ein organischer und funktioneller Einbau des Transplantates in das mechanische Gerüst der Wirbelsäule stattfindet, was die Vorbereitungen für versteifende, konsolidierende und damit regenerative Heilungsvorgänge schafft.

Nachdem die Spanoperation (und die daran anschließende Behandlung mit Gipskorsett) keine medizinische Eingliederungsmaßnahme darstellt, kann der Versicherte auch kein Taggeld beanspruchen; denn gemäß Art. 22, Abs. 1, IVG werden Tagelder nur «während der Eingliederung» bezahlt.

Urteil des EVG vom 31. Mai 1963 i. Sa. H. F.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Die wegen einer Diskushernie (Bandscheibenvorfall) durchgeführte Laminektomie und die diese ergänzende Spanoperation stellen eine eigentliche Leidensbehandlung dar und gehen somit nicht zu Lasten der IV.

Die 1924 geborene Versicherte litt seit 1958 an Rückenschmerzen und Ischias, die sie zur Aufgabe der Hausfrauentätigkeit und des zusammen mit ihrem Ehemann ausgeübten Abwärtsberufes zwangen. Im November 1960 erfolgte in einer neurochirurgischen Klinik die operative Entfernung einer rechtsseitigen lumbosakralen Diskushernie (Bandscheibenvorfall). Da bald wieder Schmerzen auftraten und die Arbeitsfähigkeit hochgradig eingeschränkt blieb, nahm ein Arzt im Juni 1961 eine Spineinpflanzung vor, der sich eine Behandlung mittels eines Gipskorsetts anschloß. Diese medizinischen Vorkehren hatten Erfolg; seit dem 1. Oktober 1962 ist die Versicherte nach ihren Angaben wieder voll arbeitsfähig.

Im Mai 1961 meldete sich die Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV. Die IV-Kommission beschloß, ein Lendenmieder abzugeben; dagegen lehnte sie es ab, für die medizinischen Vorkehren aufzukommen, da diese als «reine Heilbehandlung» zu betrachten seien. Diese Beschlüsse wurden der Versicherten von der Ausgleichskasse eröffnet. Eine von der Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen. Diese kam zum Schluß, daß die beiden durchgeführten Operationen in erster Linie der Heilung des Leidens gedient hätten und daher nicht zu Lasten der IV gingen.

Die Versicherte zog den Fall mit Berufung an das EVG weiter. Dieses holte nach Abschluß des Rechtsschriftenwechsels von Prof. Baumann in Langenthal ein Gutachten ein, dem sich entnehmen läßt:

«Die degenerative Erkrankung der Lendenkreuzbein- und Lendengegend hat bei der Versicherten zu Gewebeschäden der Bandscheiben, der Bänder, der Nervenwurzeln, der Zwischenwirbelgelenke und der Wirbel geführt.

Zuerst wurde ein Hauptsymptom einer solchen fortgeschrittenen Krankheit, eine schmerzhafte Kompression einer, möglicherweise mehrerer Nervenwurzeln durch Operation (Laminektomie) bekämpft. Dies geschah in der Hoffnung auf Befreiung der Kranken von ihren Beschwerden (isolierte Diskushernien ohne fortgeschrittene Degeneration kommen eher im 3. Lebensjahrzehnt als Ende des 4. vor). Oft wird in solchen Fällen der Befreiung der gedrückten Nerven eine Spineinpflanzung sofort beigefügt. Wäre dies geschehen, so hätte der nunmehr festgestellte günstige Endzustand durch einen einzigen Eingriff erreicht werden können.

Da wohl Gründe für Unterlassung dieser gleichzeitigen Spineinpflanzung bestanden haben, gesellten sich zu den nicht beseitigten Folgen degenerativer Vorgänge nun zusätzliche Folgen des Diskusschwundes und der Freilegung des Zugangsweges zur Bandscheibe. Das Zusammenwirken der degenerativen Erkrankung und der zusätzlichen, natürlich unbeabsichtigten Schwächung des Bewegungssegmentes L5/S1, vielleicht auch des nächst höheren, durch Laminektomie hat zu dem Zustand vom Juni 1961 geführt.

Die erfolgreiche Spineinpflanzung hat zur Stabilisierung der aufgelösten mechanischen Festigkeit des Lumbosakralwinkels, zur Beseitigung der schmerzhaften falschen Beweglichkeit und der Bedrohung der Nervenwurzeln, zum Einbau des Spanes in den physikalisch-biologisch stark beanspruchten Skelettabschnitt, zur Begünstigung der regenerativen Kräfte geführt. Grundsätzlich war dieser Eingriff die unentbehrlich gewordene Ergänzung der Laminektomie von 1960.

Es gibt, besonders bei der körperlich arbeitenden Bevölkerung, kaum jemand, der nicht vom 4. oder 5. Lebensjahrzehnt an osteochondrotische Veränderungen in seiner Wirbelsäule aufweist. Mit dem Verschleiß und der Degeneration der Bandscheiben treten Instabilitäten der Bewegungssegmente besonders der untersten Wirbelsäule auf. Bandscheiben werden vorgewölbt (Protrusion), ihr oft degenerierter Kern bricht aus dem Faserring heraus (Prolaps, Hernie), die kleinen Wirbelgelenke werden «arthrotisch», erfahren Formveränderungen und Knorpelverlust, es erscheinen Ischiasbeschwerden infolge Druck auf die austretenden Nervenwurzeln. In manchen Fällen tritt während kurzer oder langer Frist schwere Beeinträchtigung des Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit ein. Konservative Behandlung kann Linde-

rung und Erträglichkeit verschaffen. Während der «Evolution» des Leidens über Jahre und Jahrzehnte lassen sich aber auch regenerative Vorgänge beobachten.

Wenn in einer mehr akuten Phase dieser Entwicklung heftige Schmerzen entstehen, so kann eine operative Behandlung unbedingt angezeigt sein (Laminektomie, Beseitigung einer Diskushernie, Spineinpflanzung). Damit wird nicht ein «Endzustand», ein «Defekt» beseitigt, sondern es wird in die Entwicklung des Leidens als solches eingegriffen. Die spontane oder durch konservative Maßnahmen unterstützte Entwicklung kann durch operative Eingriffe verbessert und beschleunigt werden!»

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

1. ... (Siehe Urteil des EVG vom 5. Oktober 1962 i. Sa. H. H., ZAK 1963, S. 128, Erwägung 1).

2. Aus dem Gutachten von Prof. Baumann geht hervor, daß eine degenerative Erkrankung der Lendenkreuzbein- und Lendengegend bei der Versicherten zu Gewebsschäden der Bandscheiben, der Bänder, der Nervenwurzeln, der Zwischenwirbelgelenke und der Wirbel geführt hat. Im Zeitpunkt, zu dem die Laminektomie erfolgte, waren die degenerativen Prozesse im Stadium der Entwicklung. Es kann daher nicht zweifelhaft sein, daß diese Operation der Heilung und Linderung labilen pathologischen Geschehens diene. Gleich verhält es sich auch hinsichtlich der zweiten Operation (Spanoperation). Denn mit der Laminektomie kam der fortschreitende Prozeß nicht zum Stillstand; nach den Angaben von Prof. Baumann gesellten sich vielmehr zu den nicht beseitigten Folgen degenerativer Vorgänge noch zusätzliche Folgen des Diskusschwundes und der Freilegung des Zugangsweges zur Bandscheibe. (Bei der Laminektomie müssen Teile der Wirbelbogen und Bänder durchtrennt und in mehr oder weniger großem Ausmaß entfernt werden). Erst die erfolgreiche Spineinpflanzung führte dann zur Stabilisierung der aufgelösten mechanischen Festigkeit des Lumbosakralwinkels, zur Beseitigung der schmerzhaften falschen Beweglichkeit und der Bedrohung der Nervenwurzeln. Die Spanoperation, die oft gleichzeitig mit der Laminektomie durchgeführt wird, war eine unentbehrlich gewordene Ergänzung der früheren medizinischen Vorkehren.

Beide Operationen dienten somit in erster Linie der Heilung und Linderung labilen pathologischen Geschehens, d. h. der Behandlung des Leidens an sich. Nachdem bei einer derartigen Leidensbehandlung der Eingliederungszweck immer in den Hintergrund tritt, verfolgten die Operationen nicht vornehmlich und überwiegend den Zweck, die Wiedereingliederung zu erreichen; demzufolge erübrigt sich eine Beweisergänzung, wie sie die Versicherte nach Eingang des Gutachtens beantragt hat.

Schließlich mag noch festgehalten werden, daß das EVG bereits im Urteil vom 30. Mai 1961 i. Sa. O. S. (ZAK 1961, S. 315) bei etwas abweichendem medizinischen Sachverhalt erklärt hat, die Spanoperation stelle keine Eingliederungsmaßnahme dar (Spanoperation bei Folgezuständen einer Spondylolisthesis). Das Gericht ging zwar in diesem Urteil nicht von der Eigenart des Leidens aus (labiles pathologisches Geschehen oder Defektzustand), sondern stellte u. a. auf die Eigenart der ärztlichen Vorkehr ab. Es erklärte in diesem Zusammenhang, die Operation sei nicht als bloße Stützmaßnahme an-

zusehen, sondern sie wirke auch im Sinne einer Heilvorkehr in die veränderte Knochen- und Bandpartie selbst ein. Die Feststellung, daß die Spanoperation nicht als bloße Stützmaßnahme anzusehen sei, erweist sich nach wie vor als richtig. Prof. Baumann hat in einem i. Sa. H. T. (Urteil des EVG vom 31. Mai 1963, ZAK 1963, S. 447) eingeholten Gutachten nämlich erklärt, daß ein organischer und funktioneller Einbau des Transplantates in das mechanische Gerüst der Wirbelsäule stattfindet, was die Vorbedingungen für versteifende, konsolidierende, und damit regenerative Heilungsvorgänge schafft.

Urteil des EVG vom 8. März 1963 i. Sa. E. D.

Art. 12, Abs. 1, IVG; Art. 2, Abs. 1, IVV. Benötigt ein Invalider auf lange Sicht jedes Jahr eine Badekur, so geht diese nicht zulasten der IV, selbst wenn nur eine zeitlich begrenzte Übernahme verlangt wird.

Die im Jahre 1941 geborene Versicherte erkrankte im Alter von 4 Monaten an Poliomyelitis. Die Folgen dieses Leidens beeinträchtigten die Bewegungsfähigkeit des Rumpfes, des Unterleibes und der Beine, vor allem auf der rechten Seite. Nachdem die Versicherte ihre Lehre beendet hatte, betätigte sie sich als Stenodaktylographin. Da ihr Vater im Jahre 1960 gestorben ist und ihre Mutter aus gesundheitlichen Gründen nicht arbeiten kann, kommt sie für deren Unterhalt wie auch für jenen ihres 15jährigen Bruders auf.

Im August 1960 meldete sich die Versicherte zum Leistungsbezug bei der IV an und erneuerte das Begehren bei Erreichen der Volljährigkeit. Die IV-Kommission faßte hintereinander mehrere Beschlüsse zur Festsetzung der dieser Versicherten zustehenden IV-Leistungen. Sie verneinte jedoch eine Leistungspflicht der IV für eine ärztlich angeordnete Badekur mit der Begründung, es handle sich dabei um eine eigentliche Leidensbehandlung im Sinne von Art. 12 IVG. Mit Entscheid vom 16. Oktober 1962 wies der vorinstanzliche Richter die Beschwerde der Versicherten ab und bestätigte die angefochtene Verfügung.

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

1. Wie der vorinstanzliche Richter bereits ausgeführt hat, liegt einzig die Frage im Streite, ob die IV die von der Versicherten angebehrte Badekur zu ihren Lasten nehmen muß. Wiewohl es wünschenswert wäre, der Versicherten tatkräftig zu helfen und ihr vor allem jene Maßnahmen zu gewähren, die ihre Aufgabe erleichtern könnten, gelangt das EVG seinerseits zur Abweisung der Berufung, weil der angefochtene Beschluß der IV-Kommission den gesetzlichen Bestimmungen und der Rechtsprechung entspricht.

Selbst wenn Art. 12, Abs. 1, IVG einer Übernahme der in Frage stehenden Badekur seitens der IV nicht widerspräche, könnte diese Vorkehr trotzdem gemäß Art. 2, Abs. 1, IVV nicht von der IV übernommen werden. Diese Bestimmung wurde in Ausführung von Art. 12, Abs. 2, IVG erlassen und hält sich, wie die Rechtsprechung festgestellt hat, im Rahmen dieses Artikels. Danach muß es sich um «einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte

Vorkehren» handeln. Im vorliegenden Fall ist diese Voraussetzung indessen nicht erfüllt.

Im Arztbericht vom 1. Juni 1960 wird nämlich ausdrücklich ausgeführt, daß jedes Jahr eine Badekur von der Dauer eines Monats notwendig sei. Allerdings erwähnen andere Unterlagen in den Akten nicht mehr ausdrücklich, daß die Badekur jedes Jahr wiederholt werden müsse. Es besteht aber kein Zweifel darüber, daß sich seither nichts geändert hat, und es auch heute noch nützlich, ja sogar unerlässlich ist, daß die Versicherte regelmäßig solche Badekuren durchführt. Dies geht aus dem Bericht eines andern Arztes vom 4. August 1962 hervor. Darin wird gesagt, eine dreiwöchige Badekur sei sehr angezeigt, weil eine solche Kur den gegenwärtigen Zustand der Versicherten erhalten und diese damit vor einer wesentlichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bewahren könne. Diese Auffassung wird auch von einem dritten Arzt in seinem Bericht vom 3. Dezember 1962 geteilt. Die Versicherte selber anerkennt, daß eine solche Badekur in ihrem Falle die beste Vorkehr für die Erhaltung ihrer Arbeitsfähigkeit sei. Niemand jedoch hat den Standpunkt vertreten, daß diese medizinische Vorkehr geeignet sei, die Arbeitsfähigkeit dieser Versicherten dauernd zu verbessern. Es ist im Gegenteil offensichtlich, daß sich die Versicherte regelmäßig und während einer längeren Zeitspanne solchen Kuren unterziehen muß.

Unter Bezugnahme auf die vom dritten Arzt aufgestellten Behandlungsvorschläge verlangt die Versicherte im Berufungsverfahren, die IV solle die Badekuren während der nächsten drei Jahre übernehmen, d. h. bis zu jenem Zeitpunkt, in welchem sie sich der weiteren vom Arzt in Aussicht genommenen Behandlung unterziehen könne. Die Tatsache, daß die Übernahme dieser Badekuren nur für eine begrenzte Zeitspanne verlangt wird, rechtfertigt jedoch keine andere Lösung. Wie das EVG wiederholt dargelegt hat, ist es ausgeschlossen, die Bestimmung von Art. 2 IVV dadurch zu umgehen, daß im voraus die Höchstdauer festgelegt wird, während welcher die gewünschten medizinischen Vorkehren gewährt werden sollen.

2. Im Arztbericht vom 3. Dezember 1962 wird die Ansicht vertreten, daß im vorliegenden Fall chirurgisch-orthopädische Vorkehren angezeigt seien. Hierüber muß aber die IV-Kommission befinden und beschließen. Auf Grund des Sachverhaltes hat sie auch die Frage der Gewährung einer Invalidenrente zu prüfen. Man muß sich nämlich fragen, ob die Versicherte, um für den Unterhalt von Mutter und Bruder aufkommen zu können, nicht eine Tätigkeit entfaltet, die viel größer ist als die ihrer tatsächlichen Arbeitsfähigkeit entsprechende. (Im Arztbericht des ersten Arztes vom 1. Juni 1960 wird die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten auf 60 Prozent geschätzt. Im Bericht des dritten Arztes vom 3. Dezember 1962 wird die Invalidität nicht taxiert, doch behauptet die Versicherte in ihrer Berufung, daß dieser Arzt die Invalidität mit 75 Prozent bewertet habe.) Wenn die IV-Kommission den Grad der Invalidität bemißt, wird sie prüfen müssen, ob die Kosten der Badekuren nicht als für die Erzielung des Einkommens notwendige Unkosten zu werten sind, d. h. ob diese Kosten nicht vom Einkommen abgezogen werden können, weil die Badekuren für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit notwendig sind.

Art. 13, IVG. Die Scheuermannsche Krankheit ist kein Geburtsgebrechen im Sinne der GgV.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Auch bei einem im Berufsbildungsalter stehenden Versicherten gehören konservative Vorkehren (Lagerung, Wärmeanwendung, Massage, krankengymnastische Behandlung, in bezug auf die Scheuermannsche Krankheit (bucklige Wirbelsäulenverkrümmung im Jugendalter) zur eigentlichen Leidensbehandlung.

Der 1945 geborene Versicherte leidet an einer Spondylolisthesis (Wirbelgleiten) und an der Scheuermannschen Krankheit (bucklige Wirbelsäulenverkrümmung im Jugendalter). Im Januar 1961 wurde er zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet. Durch Verfügung teilte die Ausgleichskasse dem Versicherten mit, daß die IV-Kommission für die notwendigen Hilfsmittel sowie für die medizinischen Maßnahmen bezüglich des Geburtsgebrechens (Spondylolisthesis) in der Zeit vom 20. Januar bis 30. Juni 1961 aufkomme; dagegen gehe die Behandlung der Scheuermannschen Krankheit «als reine Heilbehandlung» nicht zu Lasten der IV.

Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen.

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

1. Die IV-Kommission hat die wegen des Geburtsgebrechens (Spondylolisthesis) in der Zeit vom 20. Januar bis 30. Juni 1961 notwendigen medizinischen Maßnahmen gewährt. Über das Begehren um Übernahme einer im November 1962 durchgeführten Operation ist noch keine Verfügung ergangen; dieses Begehren ist daher — entsprechend dem vorinstanzlichen Entscheid — von der IV-Kommission zu prüfen. Im vorliegenden Verfahren stellt sich einzig die Frage, ob die Behandlung der Scheuermannschen Krankheit zu Lasten der IV geht oder nicht.

2. Die Scheuermannsche Krankheit ist kein Geburtsgebrechen im Sinne der bundesrätlichen Liste, weshalb Leistungen gemäß Art. 13 IVG außer Betracht fallen. Es kann sich einzig fragen, ob die wegen dieser Krankheit notwendigen medizinischen Vorkehren Eingliederungsmaßnahmen gemäß Art. 12 IVG darstellen. . . .

Für die Beurteilung der Frage, ob bei minderjährigen Versicherten eine medizinische Vorkehr vorwiegend der beruflichen Eingliederung dient und geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern, ist von Art. 5, Abs. 2, IVG auszugehen. Darnach gelten nichterwerbstätige Minderjährige mit einem körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als invalid, wenn der Gesundheitsschaden wahrscheinlich eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird. Bei nichterwerbstätigen Minderjährigen muß man sich also hinsichtlich der Frage, ob ihre Invalidität Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen gibt, in den Zeitpunkt versetzen, in dem diese jugendlichen Versicherten in das Erwerbsleben eintreten werden; das führt folgerichtig dazu, auch die Verhältnisse im Berufsbildungsalter zu berücksichtigen, wenn anzunehmen ist, daß ohne Invalidität eine Berufsbildung erworben würde. Steht das Berufsbildungsalter bevor (oder ist es bereits eingetreten), dann kann es

auch bei evolutiven Leiden als geboten erscheinen, mit den Eingliederungsmaßnahmen nicht bis zum Eintritt einer Defektheilung oder eines anderwie stabilisierten Zustandes zuzuwarten; es kann genügen, daß ohne diese Vorkehren in absehbarer Zeit eine Defektheilung oder ein sonstwie stabilisierter Zustand einträte, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit oder beide beeinträchtigt würden (vgl. Urteile vom 12. Oktober 1962, i. Sa. H. V., ZAK 1963, S. 130, vom 29. März 1963 i. Sa. N. B., ZAK 1963, S. 324 und vom 16. April 1963 i. Sa. J. S., ZAK 1963, S.).

Die Praxis hat aber festgestellt, daß bei typischen juvenilen Leiden in der Regel nur einmalige operative Eingriffe im Entwicklungsalter (samt der obligatorischen Vor- und Nachbehandlung) Eingliederungsmaßnahmen darstellen, während die konservativen Vorkehren der eigentlichen Leidensbehandlung zuzuzählen sind. Diese Vorkehren setzen in der Regel nicht erst ein, wenn in absehbarer Zeit ein Defektzustand zu erwarten ist, und sie dienen überwiegend der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens. Abgesehen davon, ziehen sie sich oft über längere Zeit hin, so daß sie nicht mehr zu den während begrenzter Zeit durchgeführten Vorkehren im Sinne von Art. 2 IVV gehören (vgl. vor allem das erwähnte Urteil i. Sa. N. B., ZAK 1963, S. 324).

3. Der minderjährige Versicherte, der an der Scheuermannschen Krankheit (juvenile Kyphose) leidet, steht im Berufsbildungsalter. Die Tatsache allein, daß die Kyphose ein evolutives Leiden darstellt, stände somit der Gewährung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen nicht grundsätzlich entgegen. Indessen werden die Kyphosen nur konservativ, nicht operativ behandelt; im Handbuch der Orthopädie von Hahmann/Hackenbroch/Lindemann (II. Band, S. 130 ff.) werden als Behandlungsarten lediglich genannt: «Lagerung und Wärmeapplikation, Massage und krankengymnastische Behandlung, Nieder- und Korsettverordnung». Die konservativen Vorkehren müssen aber nach den oben gemachten Ausführungen zur Leidensbehandlung gezählt werden. ...

Urteil des EVG vom 8. April 1963 i. Sa. H. G.

Art. 21, Abs. 1, IVG, Art. 15, Abs. 2, IVV. Für einen schwer gehbehinderten Pfarrer, der kein Fahrrad benützen kann und ohne Invalidität bei der Ausübung seiner Amtspflichten kein Automobil benötigen würde, stellt ein Motorfahrzeug ein notwendiges Hilfsmittel zur Zurücklegung des Arbeitsweges dar.

Der im Jahre 1925 geborene Versicherte erkrankte im Alter von 3 Monaten an Poliomyelitis, an deren Folgen (Muskelatrophie am rechten Arm und am rechten Bein) er heute noch leidet. Er ersuchte die IV um Abgabe eines Motorfahrzeuges. Aus seinen Erklärungen wie auch aus den von der IV-Kommission eingeholten Auskünften ergibt sich, daß der Versicherte den Beruf eines Pfarrers ausübt und noch mit andern Funktionen betraut ist. Um sein Pfarramt ausüben zu können, muß er sich häufig an verschiedene Orte in und außerhalb der Stadt begeben. Früher benützte er hiefür ein Fahrrad. Wegen seines Gebrechens und des heutigen Verkehrs mußte er später jedoch darauf verzichten. Der Arzt erklärt in seinem Bericht, daß der Versicherte ge-

zwungen sei, sich sehr oft von einem Ort zum andern zu begeben und daß es ihm sein gegenwärtiger Zustand nicht erlaube, allen Anforderungen zu entsprechen, ohne sich einer übermäßigen Ermüdung auszusetzen. Der Arzt hielt daher dafür, daß ein Motorfahrzeug (ausgerüstet mit besonderen Vorrichtungen) für den Versicherten sehr angezeigt sei. Das BSV indessen, welchem die IV-Kommission das Gesuch unterbreitet hatte, sah die für die Abgabe eines Motorfahrzeuges aufgestellten Bedingungen nicht als erfüllt an. Hingegen war es der Meinung, daß die IV in diesem besonderen Falle die Kosten für die Änderung und Anpassung eines vom Versicherten möglicherweise selbst angeschafften Fahrzeuges übernehmen könne.

Entsprechend der Weisung des BSV faßte die IV-Kommission ihren Beschluß. Mit einer Verfügung teilte die Ausgleichskasse dem Gesuchsteller mit, daß seinem Gesuche keine Folge gegeben werden könne. Der Versicherte erhob gegen diese Verfügung Beschwerde und legte ein neues ärztliches Zeugnis vor. Die kantonale Rekurskommission schützte die Beschwerde, hob die angefochtene Verfügung auf, wies die Akten an die IV-Kommission zurück und hielt diese an, einen neuen Beschluß über die Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen in Form eines Motorfahrzeuges zu fassen und die Bedingungen der Abgabe festzulegen.

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

1. Nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen haben Invalide oder von Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern (Art. 9, Abs. 1, IVG). So wird bestimmt, daß die IV gewisse Hilfsmittel abgibt, die zur Eingliederung des Versicherten ins Erwerbsleben notwendig sind, namentlich auch Fahrzeuge mit den jeweils notwendigen Anpassungen an das Gebrechen (Art. 8, Buchst. d, IVG; Art. 14, Abs. 1, Buchst. g, und Art. 15 IVV). Die Bedingungen für die Abgabe eines Motorfahrzeuges durch die IV sind besonders streng. Nach Art. 15, Abs. 2, IVV wird nämlich ein Motorfahrzeug nur abgegeben, «wenn dauernd eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit ausgeübt werden kann und der Versicherte wegen wesentlicher Gehbehinderung den Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug nicht bewältigen kann.» Der deutsche Text dieser Bestimmung ist etwas einschränkender als der französische. Er verlangt, daß es sich um eine «wesentliche Gehbehinderung» handelt, während dieses Erfordernis in der französischen Fassung fehlt.

2. Im vorliegenden Fall steht fest, daß der Versicherte eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit ausübt. Nichts läßt darauf schließen, daß er in naher oder ferner Zukunft den jetzigen Beruf nicht mehr ausüben könnte. Die erste Voraussetzung von Art. 15, Abs. 2, IVV ist somit erfüllt, was übrigens unbestritten ist.

3. In seiner Berufung behauptet das BSV nicht, daß das eine oder das andere Erfordernis nicht erfüllt sei, und auch nicht, daß der von der Vorinstanz gefällte Entscheid nicht aufrecht erhalten werden könne. Hingegen ist nach Auffassung des BSV der Sachverhalt nicht in genügender Weise abgeklärt worden, um die Frage entscheiden zu können, ob die Bedingungen für die Abgabe eines Motorfahrzeuges in jeder Hinsicht erfüllt seien. Es

schlägt daher die Rückweisung des Falles an die IV-Kommission vor, welche ganz besonders zu prüfen hätte, ob die Benützung eines Motorfahrzeuges für den Versicherten unerlässlich sei und ob die Möglichkeiten des Versicherten, sich fortzubewegen, wegen des Gebrechens tatsächlich so begrenzt seien, wie er dartut.

Die Berufungsantwort und die vom Versicherten beigelegten Angaben vermitteln ein vollständiges und klares Bild und legen insbesondere die vom BSV gewünschten Einzelheiten genau dar. Das EVG hält daher dafür, daß es im Besitze aller notwendigen Unterlagen ist, um entscheiden zu können, ob der Versicherte die für die Abgabe eines Motorfahrzeuges durch die IV festgesetzten Bedingungen erfüllt oder nicht. Eine Rückweisung des Falles an die IV-Kommission zwecks der vom BSV geforderten ergänzenden Prüfung ist daher nicht nötig, dies umso weniger, als eine solche Rückweisung nur die Erledigung des Rechtsstreites verzögern würde.

4. Im vorliegenden Fall stellt sich — wie übrigens immer bei der Abgabe eines Motorfahrzeuges durch die IV — die Frage, ob der Versicherte wegen seines Gebrechens, d. h. wegen wesentlicher Gehbehinderung, auf ein persönliches Motorfahrzeug angewiesen ist, und nicht etwa deshalb, weil die Benützung eines solchen Fahrzeuges zur Ausübung seines Berufes unerlässlich ist.

Offensichtlich steht fest und wird von keiner Seite bestritten, daß die Ausübung des Pfarramtes durch die Benützung eines Automobils wesentlich erleichtert wird und daß insbesondere die Pfarrer, welche über ein solches Fahrzeug verfügen, ihr Amt innerhalb ihrer Gemeinde mit beträchtlich weniger Mühe und Zeit versehen können als jene, die kein Fahrzeug benützen. Es ist indessen eine bekannte Tatsache, daß heute viele Pfarrer, vor allem die älteren, ihren Beruf ausüben, indem sie sich zu Fuß zu ihren Gemeindegliedern begeben oder die öffentlichen Verkehrsmittel benützen. Selbst wenn die Geistlichen ohne persönliches Motorfahrzeug eine Ausnahme bildeten, könnte man nicht allgemein die Auffassung vertreten, daß heute in einer großen Stadt die Benützung eines persönlichen Motorfahrzeuges unerlässlich oder beinahe unerlässlich sei, damit ein Pfarrer oder Priester die zahlreichen und verschiedenartig gelagerten Aufgaben seines Amtes erfüllen könne.

Die im Berufungsverfahren eingelegten Belege und die Erläuterungen des Versicherten ergeben zudem, daß die Benützung eines Motorfahrzeuges nicht als unerlässliches Mittel zur Ausübung des Pfarramtes in der Stadt betrachtet wird. Dies geht nämlich aus einem Schreiben der IV-Kommission an das BSV am 9. Oktober 1961 hervor. Diese Kommission kennt die örtlichen Verhältnisse. Nach ihrer Ansicht könnte der Versicherte, wäre er nicht invalid, den Anforderungen seines Amtes ohne persönliches Motorfahrzeug genügen. Der Versicherte hat selbst bewiesen, daß dies möglich ist, indem er bis anfangs 1961 die zahlreichen Gänge und Wege, die sein Amt erfordert, mit einem Fahrrad bewältigte. Wenn er in der Folge auf den Gebrauch seines Fahrrades oder eines Motorfahrrades verzichten mußte, so geschah dies wegen der gegenwärtigen Verhältnisse und der Folgen seines Leidens, vor allem wegen der Muskelatrophie des rechten Armes, die ihm das genügend sichere Führen der Lenkstange verunmöglichte. Die von den Kirchenbehörden am 29. August 1962 abgegebene Erklärung liefert schließlich die genaue Angabe, die das BSV zu diesem Punkte zu erhalten wünschte,

nämlich, daß sich die Kirche nie und in keiner Form am Kauf, am Unterhalt oder an der Benützung von Motorfahrzeugen beteiligt habe, um den Pfarrern für die Ausübung ihres Amtes ein Automobil zur Verfügung zu stellen.

Auf Grund dieser Ausführungen wird man also die Abgabe eines Motorfahrzeuges nicht aus dem Grunde ablehnen können, ein solches Fahrzeug sei für die Ausübung der beruflichen Tätigkeit des Versicherten unerlässlich und dieser sei, wäre er nicht invalid, ebenfalls auf ein Fahrzeug angewiesen.

5. Zur Prüfung der Frage, ob der Versicherte wegen seines Gebrechens auf ein persönliches Motorfahrzeug zur Ausübung seines Berufes angewiesen sei, kann man sich auf die vorliegenden Akten stützen. Diese geben die notwendigen Auskünfte über die Verhältnisse, unter welchen der Versicherte sein Pfarramt ausübt, und über sein Gebrechen.

Der Versicherte hat in erster Linie seine Kirchengemeinde zu betreuen. Sein Pfarramt beschränkt sich aber nicht auf diesen Dienst; denn er ist noch Anstaltsgeistlicher in einem Heim für taubstumme Kinder, Präsident eines Invalidensportvereins und Vizepräsident eines Invalidenverbandes. Unter diesen Umständen kann man keinen Unterschied zwischen den verschiedenen Tätigkeiten des Versicherten machen und etwa nur seine zum existenzsichernden Beruf eines Pfarrers gehörenden Aufgaben, nicht aber allfällige Nebenaufgaben, berücksichtigen. Die verschiedenen Tätigkeiten müssen als Ganzes betrachtet und zu seinem Pfarramt gezählt werden. Auf Grund dieser Funktionen muß sich der Versicherte unbestrittenermaßen täglich von einem Ort zum andern begeben, zum Teil mehrmals täglich an Orte in und außerhalb der Stadt (in der Stadt Hausbesuche oder Spitalbesuche bei Gemeindegliedern, sodann Fahrten zum Heim für taubstumme Kinder, schließlich noch Interventionen bei Fürsorgebehörden und Wohlfahrtseinrichtungen).

Aus den ärztlichen Berichten ergibt sich eindeutig, welcher Art die Krankheitsfolgen und die von ihnen verursachten Störungen sind. (Das Gehen ist infolge starken Hinkens mühsam und von einem auffallenden Schwanken begleitet. Daraus ergibt sich eine übermäßige Ermüdung, was zu wiederholten Malen zu einer physischen und nervösen Erschöpfung des Versicherten geführt hat). Daraus folgert der Arzt, daß die Abgabe eines Motorfahrzeuges ein unerlässliches, notwendiges Mittel zur Erhaltung der Gesundheit und daher auch der Erwerbsfähigkeit des Versicherten darstelle.

Bei Berücksichtigung der Erfordernisse des Amtes, welchen der Versicherte nachkommen muß, ferner der beträchtlichen Mühe, die er infolge seines Gebrechens bei seinen Gängen und Wegen aufwenden muß, ist zuzugeben, daß er ohne persönliches Motorfahrzeug an der Ausübung seines Pfarramtes verhindert ist. Würde er sein Amt ohne Fahrzeug versehen, so ginge dies auf Kosten einer physischen und nervlichen Anstrengung, die man ihm vernünftigerweise nicht zumuten kann.

6. In seiner Berufung hat das BSV noch eine bessere und genauere Abklärung des Sachverhaltes gewünscht, vor allem in bezug auf die Frage, ob der Versicherte infolge seiner Invalidität wesentlich an der Ausübung seines Pfarramtes verhindert sei (siehe Erwägungen unter Ziffer 3 hievor). Wenn dies der Fall sei, so stehe der Abgabe eines Motorfahrzeuges seitens der IV nichts im Wege. Es scheint also, daß das BSV die Auffassung fallengelassen hat (die es noch in seiner Antwort an die IV-Kommission vom 13. November 1961 vorgebracht hat), das Gesuch des Versicherten auf Abgabe eines Motor-

fahrzeuges durch die IV müsse abgewiesen werden, weil dieses Hilfsmittel nicht dazu diene, dem Versicherten die Bewältigung des Weges von seiner Wohnung zum Arbeitsplatz zu ermöglichen, sondern dazu, ihm die Erfüllung seiner Amtspflichten zu erleichtern.

Gemäß Art. 15, Abs. 2, IVV erfolgt die Abgabe eines Motorfahrzeuges nur an Versicherte ... «die wegen wesentlicher Gehbehinderung den Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug nicht bewältigen können». Gewiß bezieht sich diese Bestimmung auf den Normalfall, nämlich auf Versicherte, welche regelmäßig eine bestimmte Strecke zum Arbeitsplatz und, nach beendigter Arbeit, zu ihrer Wohnung zurücklegen müssen. Das EVG ist indessen der Ansicht, daß diese Gesetzesbestimmung nicht einschränkend anzuwenden sei und nicht nur für jene Versicherten gelte, die ein persönliches Motorfahrzeug zur Bewältigung des Weges bis zum Arbeitsplatz benötigen. So hat das Gericht in einem Falle die Fahrten, die ein Reisevertreter zum Besuche seiner Kundschaft unternimmt, als «Arbeitsweg» im Sinne jener Gesetzesbestimmung anerkannt, da die Benützung des Motorfahrzeuges in jenem Falle gleichzeitig für die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit notwendig war (Urteil des EVG i. Sa. W. J., vom 6. September 1962, ZAK 1963, S. 139).

In der Eigenschaft als Pfarrer seiner Gemeinde wie auch in den verschiedenen zusätzlichen Funktionen hat der Versicherte ein sehr großes Gebiet zu bearbeiten, wozu er sich häufig innerhalb seiner Gemeinde fortbewegen und auch andere Orte innerhalb und außerhalb der Stadt aufsuchen muß. Diese Besuche und Fahrten bilden einen Teil der zu seinem Pfarramt gehörenden Obliegenheiten und Aufgaben, die er in seiner Eigenschaft als Kirchendiener und Geistlicher erfüllt. Wie im Falle W. J. (ZAK 1963, S. 139), der als Reisevertreter seine Erwerbstätigkeit in einem verhältnismäßig engen Gebiet ausübte, muß man im vorliegenden Falle annehmen, daß angesichts der besonderen Verhältnisse, unter denen der Versicherte als Pfarrer sein Amt versieht, die zahlreichen Besuche und Fahrten des Versicherten ebenfalls zum Begriff des «Arbeitsweges» im Sinne von Art. 15, Abs. 2, IVV gehören. Allerdings handelt es sich hier um einen Grenzfall.

Renten

Urteil des EVG vom 11. März 1963 i. Sa. P. K.

Art. 4 und 28 IVG. Ein Versicherter, dessen psychopathisch bedingte Enuresis (Bettnässen) besonders dann stark auftritt, wenn es ihm an einer Stelle nicht mehr gefällt, ist nicht ohne weiteres zu mindestens 50 Prozent invalid.

Der 1911 geborene Versicherte leidet an Enuresis (Bettnässen), die starken Schwankungen unterliegt. Bis 1936 war er diensttauglich, wurde dann aber mangels charakterlicher Eignung ausgemustert. In den Jahren 1941—1949 arbeitete er bei vier verschiedenen Bauern; er näßte bald mehr, bald weniger das Bett und machte sich auch durch Schmierereien mit Kot unangenehm bemerkbar. In den Jahren 1949 und 1950 hielt er sich in der Klinik Friedmatt auf und kam dann in das Arbeitslager der «Milchsuppe», wo er bis Ende 1952 blieb. Von Ende 1952 bis anfangs 1956 war er als Hilfsarbeiter tätig; in den

Jahren 1954/55 wurde er vom gleichen Arbeitgeber beschäftigt. Seit dem Jahre 1956 arbeitet er wieder in der «Milchsuppe», nachdem ein weiterer Plazierungsversuch auf dem Lande fehlgeschlagen hatte. In der «Milchsuppe» erhält er freie Station sowie 2 Franken Taschengeld je Arbeitstag.

Im Verfahren um Zuspreehung einer Rente — die ihm von der Ausgleichskasse wie von der Versicherung verweigert wurde — holte das EVG ein psychiatrisches Gutachten ein, in welchem u. a. ausgeführt wurde:

Der Versicherte ist «ein willensschwacher, selbstunsicherer und stimmungslabiler Psychopath, der sich zuweilen auch als reizbar und verstimmbar erweist. Demgegenüber ist die Tatsache, daß er auch Enuretiker ist, von untergeordneter Bedeutung. Sie wird überhaupt und nur deshalb bedeutungsvoll, weil der Versicherte seine Enuresis im Laufe der Jahre gewissermaßen zu einem Mittel der Verteidigung ausgestaltet hat: wo es ihm nicht gefällt, näßt er vermehrt und wird allgemein so unreinlich, daß der Ortswechsel nicht mehr lange auf sich warten läßt.»

Die Unterbringung des Versicherten in der «Milchsuppe» ist «zweifellos zweckmäßig und eine Aenderung — auch dann, wenn sie vom Versicherten aus irgendeiner Stimmung heraus gerade gewünscht wird — wegen des großen Risikos erneuten Versagens und neuer Umtriebe nicht empfehlenswert. Die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit an ungeschütztem Ort ist somit für den Versicherten und für die Allgemeinheit vielleicht wirklich nicht mehr zumutbar, wenn sie auch für sie durchaus noch tragbar wäre.»

«Die Schätzung der bestehenden Arbeitsfähigkeit ist deshalb schwierig, weil der Ausfall besonders die Konstanz, also den zeitlichen Faktor betrifft. Es wäre denkbar, daß der Versicherte unter günstigen Voraussetzungen einmal einige Zeit voll arbeitsfähig sein könnte. Sicher würde sich dann aber auch aus seiner Charakteranomalie heraus irgendeine Schwierigkeit einstellen, die ihn vorübergehend völlig arbeitsunfähig machen würde.»

«Versteht man unter Eingliederung die Plazierung an einen Arbeitsort außerhalb der Arbeitsgemeinschaft Milchsuppe, so kann man diese nicht als unmöglich bezeichnen. Sie ist aber sehr wenig aussichtsreich.»

Das EVG ließ sich — indem es eine Berufung gegen den abweisenden Entscheid der Vorinstanz abwies — bei der Beurteilung dieses Falles von folgenden Erwägungen leiten:

1. Gemäß 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. In EVGE 1961, S. 160, ZAK 1961, S. 415, wurde entschieden, daß zu den geistigen Gesundheitsschäden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit und Unfall auch gewisse psychopathische Erscheinungen gezählt werden könnten. Es komme darauf an, ob die Psychopathie eine derartige Schwere aufweise, daß sozial-praktisch die Verwertung der Arbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr zumutbar, ja sogar für die Gesellschaft nicht mehr tragbar sei. Bei diesen schwersten Formen der Psychopathie könne gestützt auf die objektiv feststellbaren Auswirkungen nicht bezweifelt werden, daß der Gesundheitsschaden infolge seelischer Mißbildung juristisch den gesetzlichen Begriff der Krankheit, des Krankseins im weiteren SSinne zu erfüllen vermöge.

2. Nach dem erwähnten Gutachten ist der intelligenzmäßig nur leicht vom Durchschnitt abweichende Versicherte ein willensschwacher, selbstunsicherer, stimmungslabiler Psychopath. Der immer wieder auftretenden Enuresis kommt insofern Bedeutung zu, als der Versicherte vermehrt näßt und allgemein unreinlich wird, sobald es ihm an einem Ort nicht mehr gefällt. Immerhin konnte er in den Jahren 1941—1949 ununterbrochen in der Landwirtschaft beschäftigt werden und er mußte nur dreimal die Stelle wechseln. Außerdem war er in den Jahren 1952—1956 imstande, seinen Lebensunterhalt als Hilfsarbeiter zu verdienen. Seit dem Jahre 1956 befinde er sich allerdings ununterbrochen in der «Milchsuppe», nachdem ein Plazierungsversuch auf dem Lande fehlgeschlagen hatte. Ein weiterer Versuch, den Versicherten auswärts unterzubringen, wurde aber seither nicht mehr unternommen. Der Gutachter hält eine Beschäftigung des Versicherten außerhalb der «Milchsuppe» zwar als sehr wenig aussichtsreich, aber nicht als unmöglich. Bei der gegebenen Sachlage ist nicht dargetan, daß — entgegen der Ansicht der IV-Kommission und der Vorinstanz — die Psychopathie des Versicherten eine mindestens 50prozentige Invalidität bedingt. Im Hinblick auf die frühere jahrelange Erwerbstätigkeit erscheinen nochmalige Eingliederungsversuche als angezeigt, auch wenn damit Umtriebe und Risiken verbunden sind. Daß der Versicherte auf die Dauer kaum beim gleichen Arbeitgeber beschäftigt werden kann, schließt eine Eingliederung nicht aus: Zahlreiche Versicherte in ähnlichen psychischen Verhältnissen müssen von Vormündern und Fürsorgestellen immer wieder neu plaziert werden, ohne daß deswegen von einer rentenbegründenden Invalidität gesprochen würde.

Sollten aber neue Eingliederungsversuche ergeben, daß der Versicherte außerhalb der «Milchsuppe» überhaupt nicht mehr beschäftigt werden kann, so hätte die IV-Kommission die Rentenfrage für die Zukunft erneut zu prüfen. In diesem Zusammenhang wäre auch abzuklären, inwieweit die Leistungen der «Milchsuppe» an den Versicherten, die die Hälfte eines Knechtelohnes erreichen dürften, ein Entgelt für geleistete Arbeit darstellen.

Urteil des EVG vom 22. März 1963 i. Sa. H. A.

Art. 28, Abs. 2, IVG. Bestimmung des mit und ohne Invalidität erzielbaren Erwerbseinkommens des Pächters eines landwirtschaftlichen Betriebes.

Der 1926 geborene Versicherte ist Pächter des väterlichen Bauernhofes, der 45 Jucharten Land umfaßt. Mit etwa 10 Jahren erlitt er einen Hirnschlag mit nachfolgender Lähmung der linksseitigen Gliedmaßen. Die linke Hand und das linke Kniegelenk wurden bleibend fast steif. Der Versicherte hinkt stark. Er kann weder melken noch schwere Säcke heben. Nach ärztlichem Befund ist er zu 50 Prozent arbeitsunfähig.

Die Ausgleichskasse wies das Begehren um Ausrichtung einer Rente gestützt auf einen entsprechenden Beschluß der IV-Kommission mangels Vorliegen einer Invalidität von mindestens 40 Prozent ab. Die kantonale Rekursbehörde wies die gegen die Verfügung erhobene Beschwerde ebenfalls ab und führte unter anderem aus: Es möge zutreffen, daß der Versicherte, wie er in der Beschwerde geltend gemacht hatte, infolge seiner Invalidität ge-

zwungen sei, eine Arbeitskraft zusätzlich in seinem Betrieb anzustellen. Setze man die gemäß Fragebogen für Landwirte zugelassene Lohnsumme von durchschnittlich 15 158 Franken in Beziehung zum ortsüblichen Gesamtlohn einer landwirtschaftlichen Hilfskraft von 5 200 Franken (Fr. 3 600.— Barlohn und Fr. 1 600.— Naturallohn), so ergebe dies einen Invaliditätsgrad von 34 Prozent.

Der Versicherte legte Berufung ein und machte geltend, vom Steuereinkommen (Fr. 11 000.—) müßten der Zins des investierten Kapitals sowie die Krankenkassen- und Versicherungsprämien abgezogen werden. Das maßgebende Einkommen belaufe sich demnach auf höchstens 10 000 Franken. Der Melker, der im Landwirtschaftsbetrieb des Versicherten angestellt sei, erhalte im Jahr 7 404 Franken. Der anzurechnende Mehrverdienst würde zudem den Lohn des Melkers um 1 500 Franken übersteigen, da der Versicherte im Vollbesitz seiner Kräfte neben den Obliegenheiten des Melkers weitere Arbeiten übernehmen könnte.

Entsprechend dem Antrag der Ausgleichskasse und des BSV wies das EVG die Berufung ab. Dies geschah mit folgender Begründung:

1. Aus dem Arzzeugnis geht hervor, daß beim Versicherten keine weiteren Eingliederungsmaßnahmen angezeigt sind: seine Erwerbsfähigkeit kann durch keine medizinische Maßnahme gebessert werden und sein Gesundheitszustand ist stationär. Der Zusprechung einer Rente würde daher nichts entgegenstehen, wenn der Invaliditätsgrad mindestens 50 Prozent erreicht hätte (Art. 28, Abs. 2, und Art. 29, Abs. 1, IVG).

2. Der Versicherte hat gemäß Art. 28, Abs. 1, IVG Anrecht auf eine Rente, wenn er mindestens zur Hälfte (50 Prozent) invalid ist; ist er weniger als zu zwei Dritteln invalid, so wird nur die Hälfte der zutreffenden Rente gewährt. Das Gesetz versteht unter Invalidität eine voraussichtlich bleibende oder länger dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 IVG). Die Erwerbsunfähigkeit wird nach Art. 28, Abs. 2, IVG grundsätzlich in der Weise bemessen, 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». Demnach ist zur Invaliditätsfestsetzung das maßgebend, was ein Versicherter durch zumutbare Ausnutzung seiner Arbeitsfähigkeit noch zu erwerben befähigt ist, im Vergleich zu dem, was er ohne die Behinderung seiner Leistungsfähigkeit, mutmaßlich verdienen könnte.

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 stabilen Verhältnissen tatsächlich erzielten Verdienst — besondere Umstände vorbehalten — entscheidendes Gewicht zu.

Nach den Steuerakten erzielte der Versicherte in der letzten steuerrechtlich erfaßten Periode ein Jahreseinkommen von 11 000 Franken. Er wendet ein, es seien die Zinsen für das Eigenkapital sowie die Krankenkassen- und Versicherungsprämien im Gesamtbetrag von rund 1 000 Franken abzuziehen. Da den Steuerakten nicht entnommen werden kann, daß diese

Aufwendungen bereits angerechnet sind, mag der Einwand des Versicherten berücksichtigt (vgl. ZAK 1962, S. 521; EVGE 1962, S. 146) und von einem zumutbaren Invalideneinkommen von 10 000 Franken ausgegangen werden.

b. Die Vorinstanz hat das ohne Invalidität erzielbare Erwerbseinkommen errechnet, indem sie zum zumutbaren Invalideneinkommen den Lohn schlug, der einem Melker bezahlt werden muß. Sie begründet ihr Vorgehen damit, daß der Versicherte ohne Invalidität diese Arbeit selbst besorgen könnte und vermutlich ohne Melker auskäme. Der Berufungskläger pflichtet dieser Betrachtungsweise im Prinzip bei. Hingegen wendet er in maßlicher Hinsicht ein, daß er seinem Melker ein Monatsgehalt von 617 Franken auszahle, was einem Jahreslohn von 7 404 Franken gleichkomme. Da diese Darstellung durch ein Zeugnis der Gemeindeausgleichskasse gestützt wird, ist darauf abzustellen — im Gegensatz zur Vorinstanz, welche nur 5 200 Franken gelten lassen wollte.

Der Versicherte behauptet weiter, wenn er im Vollbesitz seiner körperlichen Kräfte wäre, könnte er neben den Obliegenheiten des Melkers weitere Arbeiten ausführen, für die er heute fremde Arbeitskräfte einsetzen müsse. Den in Frage stehenden Landarbeitern habe er jährlich 1 500 Franken zu entrichten. Der Betrag von 1 500 Franken sei daher ebenfalls dem ohne Invalidität erzielbaren Erwerbseinkommen zuzurechnen. — Diesem Einwand kann indessen nicht gefolgt werden: es handelt sich bei dem vom Versicherten bewirtschafteten Bauernhof um einen größeren Flachlandbetrieb. Erfahrungsgemäß ist es dem Versicherten trotz erheblicher Gehbehinderung möglich, seine betriebsleitenden Funktionen ohne wesentliche Einschränkung auszuüben. Zudem ist er nach dem Bericht der Gemeindeausgleichskasse in der Lage, alle landwirtschaftlichen Arbeiten (mit Ausnahme des Melkens und Lastenhebens) zu leisten.

c. Da das ohne Invalidität erzielbare Erwerbseinkommen auf 17 400 Franken angesetzt werden darf, geht aus dem Vergleich mit dem Invalideneinkommen von 10 000 Franken eine Einbuße von 43 Prozent hervor. Würde das ohne Invalidität erzielbare Erwerbseinkommen nach dem Antrag des Versicherten auf 18 900 Franken festgesetzt, so ergäbe sich eine Einbuße von 47 Prozent. Das Ergebnis des Vergleiches entspricht überdies den in ZAK 1962, S. 521 (EVGE 1962, S. 148) enthaltenen Ausführungen, wonach in derartigen Fällen, selbst wenn die hypothetischen Einkommen des Art. 28, Abs. 2, IVG nicht ermittelt werden können, ermessensweise angenommen werden darf, daß die Invalidität weniger als 50 Prozent beträgt. Ein Härtefall ist nicht geltend gemacht und kann nach den Akten auch nicht angenommen werden.

Unter diesen Umständen fehlen zurzeit die Voraussetzungen zur Ausrichtung einer Invalidenrente; die Berufung muß daher abgewiesen werden. Sollte sich die Erwerbsfähigkeit künftig dauernd und wesentlich verschlechtern, so bleibt die Möglichkeit vorbehalten, ein neues Rentengesuch zu stellen.

VON MONAT ZU MONAT

Am 10. Oktober tagte die *erweiterte Kommission für Rentenfragen* unter dem Vorsitz von Dr. Naef vom Bundesamt für Sozialversicherung. Sie behandelte einige grundsätzliche Probleme betreffend die Durchführung der sechsten AHV-Revision. So befürwortete sie einhellig die Umrechnung der laufenden Renten durch die Zentrale Ausgleichsstelle. Ferner äußerte sie Bedenken gegen eine rückwirkende Inkraftsetzung der Revision und machte Vorschläge für einen raschen administrativen Vollzug der Rentenerhöhung. Die Kommission wird in der zweiten Hälfte November zu einer weiteren Sitzung zusammentreten.

*

Das *Zusatzabkommen* über Sozialversicherung mit der *Bundesrepublik Deutschland* tritt, nachdem alle erforderlichen formellen Voraussetzungen erfüllt sind, am 17. November 1963 in Kraft.

Die Zentrale Ausgleichsstelle unter neuer Leitung

Der Bundesrat hat am 27. September zum neuen Chef der Zentralen Ausgleichsstelle in Genf, als Nachfolger des so plötzlich verstorbenen Dr. Alois Imbach, lic. iur. *André Colliard* ernannt. Der Gewählte ist Bürger des Kantons Genf und schon im Jahre 1942 in die Dienste der damaligen «Verwaltung der Zentralen Ausgleichsfonds» eingetreten. In der letzten Zeit war er vorwiegend für die Schweizerische Ausgleichskasse tätig und nahm dabei die Stellung eines Sektionschefs ein. Die Redaktion der ZAK wünscht dem neuen Chef der Zentralen Ausgleichsstelle viel Erfolg auf seinem verantwortungsvollen Posten, der ein großes Arbeitsgebiet umfaßt. Die Zentrale Ausgleichsstelle führt bekanntlich nicht nur die zentralen Rechnungs- und Registerdienste für die AHV, IV und EO sowie die Schweizerische Ausgleichskasse, sondern amtet auch als Verbindungsstelle zu den ausländischen Sozialversicherungsinstitutionen und besorgt den Sachleistungsdienst der IV, den Anlagendienst des AHV-Ausgleichsfonds sowie die Sekretariatsführung für den Verwaltungsrat dieses Fonds.

Josef Studer, der bis Ende 1962 Chef der Zentralen Ausgleichsstelle war und deren Geschäfte seit dem Tode von Dr. Imbach interimistisch leitete, ist vom Vorsteher des Eidgenössischen Finanz- und Zolldeparte-

ments mit Spezialaufgaben betraut worden. Für die Ausgleichskassen steht dabei im Vordergrund die praktische Durchführung der sechsten AHV-Revision, für die das große Sozialwerk auf die tatkräftige Mithilfe der Zentralen Ausgleichsstelle angewiesen sein wird.

10 Jahre Erwerbsersatzordnung

Am 1. Januar dieses Jahres waren es 10 Jahre her, daß mit der Erwerbsersatzordnung (EO) die 1940 als Vollmachtenbeschlüsse erlassene Lohnersatzordnung für die Unselbständigerwerbenden, die Verdienstersatzordnung für die Selbständigerwerbenden und die 1945 in Kraft getretene Studienausfallordnung für die Studierenden unter starker Vereinfachung ins ordentliche Recht übergeführt wurden. Es erscheint daher angezeigt, über den Vollzug der EO in den abgelaufenen 10 Jahren zusammenfassend zu berichten. Vorerst sei jedoch darauf verwiesen, daß über die Lohn-, Verdienstersatz- und Studienausfallordnung zwei Berichte erschienen sind, und zwar der erste unter dem Titel «Die Lohn- und Verdienstersatzordnung während des Krieges», die Jahre 1940 bis 1947 umfassend, als Separatdruck aus dem Bericht des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartementes «Die Schweizerische Kriegswirtschaft 1939—1948». Der zweite trägt den Titel «Die Lohn- und Verdienstersatzordnung in der Nachkriegszeit» und betraf die Jahre 1948 bis Ende 1952, also bis zum Zeitpunkt des Dahinfallens der drei Ordnungen. Beide Berichte sind seinerzeit den Ausgleichskassen zugestellt worden.

Als grundlegende Vorarbeit für die EO erschien am 15. Januar 1951 der «Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Vorbereitung eines Bundesgesetzes über den Ersatz des Lohn- und Verdienstausfalles infolge Militärdienstes». Am 23. Oktober 1951 richtete der Bundesrat eine Botschaft an die Bundesversammlung zum «Entwurf eines Bundesgesetzes über die Erwerbsausfallentschädigung an Wehrmänner», die dann zum Erlaß des Bundesgesetzes vom 25. September 1952 über die Erwerbsausfallentschädigungen an Wehrpflichtige (Erwerbsersatzordnung) führte. Sowohl über den Bericht der Expertenkommission und die Botschaft sowie über die ganze Entwicklung auf die EO hin ist in den Jahrgängen 1951 und 1952 dieser Zeitschrift unter dem Titel «Von der Lohn- und Verdienstersatzordnung zur Erwerbsersatzordnung» laufend orientiert worden. Am 6. März 1959 verabschiedeten die eidgenössischen Räte das Bundesgesetz über die Änderung des

Bundesgesetzes über die Erwerbsausfallentschädigungen an Wehrpflichtige, das am 1. Januar 1960 in Kraft trat. Diese Änderung wird im folgenden als erste EO-Revision bezeichnet, da gegenwärtig bereits eine zweite Revisionsvorlage vor den eidgenössischen Räten liegt.

Die Leistungen der EO

Der Entschädigungsanspruch

Nach der ursprünglichen Fassung von Artikel 1 EOG hatten Anspruch auf Entschädigungen für jeden besoldeten Dienstag Wehrpflichtige, die in der *schweizerischen Armee Militärdienst* leisten, sofern sie vor dem Einrücken *erwerbstätig* waren oder sich in einer *Berufslehre* oder im *Studium* befanden. Dabei ergab sich, daß die Teilnahme an eidgenössischen Leiterkursen nicht Militärdienst ist, weswegen die EO auf diese nicht direkt angewendet werden konnte. Dagegen konnte die Ausrichtung von Entschädigungen an diese Kursteilnehmer als übertragene Aufgabe im Sinne von Artikel 63, Absatz 4, AHVG angesehen und daher die EO als sinngemäß anwendbar erklärt werden. Dies hatte zur Folge, daß die Teilnehmer an den genannten Kursen die gleichen Entschädigungen wie die Wehrpflichtigen beziehen und der Vollzug durch die Organe der AHV erfolgt. Jedoch werden die dadurch dem Ausgleichsfonds der EO und den Ausgleichskassen erwachsenden Aufwendungen durch das Eidgenössische Militärdepartement zurückerstattet.

Mit der ersten EO-Revision fiel jede Einschränkung für die Entschädigungsberechtigung hinsichtlich der vordienstlichen Stellung des Wehrpflichtigen dahin, also nicht nur die Erfordernisse der beruflichen Ausbildung und des Studiums, sondern auch der Erwerbstätigkeit, so daß vom 1. Januar 1960 an jeder Wehrpflichtige entschädigungsberechtigt ist, sofern er besoldeten Dienst in der schweizerischen Armee leistet. Der Wegfall der Erwerbstätigkeit als Anspruchsvoraussetzung hatte vor allem die Folge, daß auch die im Frauenhilfsdienst dienstleistenden nichterwerbstätigen Hausfrauen und Haustöchter der Entschädigung teilhaftig werden. Schließlich wurde der Geltungsbereich der EO durch das Bundesgesetz vom 23. März 1962 über den Zivilschutz auch auf die Zivilschutzpflichtigen ausgedehnt. Darnach haben Personen, die im Zivilschutz Dienst leisten, für jeden ganzen Tag, für den sie die soldähnliche Vergütung im Sinne des Zivilschutzgesetzes beziehen, ebenfalls Anspruch auf die Erwerbsausfallentschädigung, so daß sie in dieser Hinsicht den Wehrpflichtigen grundsätzlich gleichgestellt sind.

Die einzelnen Entschädigungsarten und -ansätze

Anspruch auf *Haushaltungsentschädigung* haben alle verheirateten männlichen Wehrpflichtigen sowie männliche und weibliche Wehrpflichtige, die als Ledige, Verwitwete oder Geschiedene mit Kindern zusammenleben. Außerdem haben darauf Anspruch männliche und weibliche Personen, die wegen ihrer beruflichen oder amtlichen Stellung gehalten sind, einen eigenen Haushalt zu führen; Voraussetzung für deren Gewährung ist, daß der Wehrpflichtige entweder zur eigenen Haushaltsführung rechtlich verpflichtet ist oder diese eine betriebliche Notwendigkeit darstellt. Die Durchführung dieser Sonderbestimmung stößt heute auf keine bedeutenden Schwierigkeiten mehr, weil die Gerichtspraxis im wesentlichen abgeklärt hat, unter welchen Voraussetzungen der besondere Entschädigungsanspruch gegeben ist. Über die Anzahl der Fälle während den vergangenen 10 Jahre von Haushaltsentschädigungen wegen der Notwendigkeit zur Führung eines eigenen Haushaltes gibt die nachstehende Tabelle Aufschluß.

Bewilligte Haushaltsentschädigungen wegen der Notwendigkeit eigener Haushaltsführung

Tabelle 1

Jahr	Anzahl Fälle
1953	314
1954	276
1955	321
1956	291
1957	273
1958	276
1959	308
1960	250
1961	288
1962	242

In den Jahren 1953 bis 1959 setzte sich die tägliche Haushaltsentschädigung für *Unselbständigerwerbende* aus einem festen Grundbetrag von 2 Franken und einem veränderlichen Betrag von 40 Prozent des durchschnittlichen vordienstlichen Taglohnes zusammen, betrug jedoch mindestens 4 Franken und höchstens 12 Franken. Die Haushaltsentschädigung für *Selbständigerwerbende* betrug bei einem jährlichen Erwerbseinkommen gemäß AHV-Beitragsverfügung von weniger

als 1 800 Franken 4 Franken, stieg bei einem um je 1 000 Franken höheren Erwerb um 1 Franken und betrug bei einem Jahreseinkommen von über 8 800 Franken 12 Franken im Tag. Durch die erste EO-Revision wurden die beiden bisher getrennten Entschädigungssysteme zusammengelegt und die Ansätze erhöht, so daß sich ab 1. Januar 1960 die tägliche Haushaltungsentschädigung für Wehrpflichtige, die vor dem Einrücken erwerbstätig waren, aus einem festen Grundbetrag von 2,50 Franken und einem veränderlichen Betrag von 40 Prozent des durchschnittlichen vordienstlichen Erwerbseinkommens zusammensetzt, jedoch mindestens 5 Franken und höchstens 15 Franken beträgt. Die Zusammenlegung der bisher getrennten Systeme hat großen Anklang gefunden. Insbesondere hat sie auch eine gerechtere Bemessung des Entschädigungsbetrages in den Fällen der gleichzeitig unselbständigen und selbständigen Erwerbstätigen ermöglicht und allgemein die Arbeit der Ausgleichskassen vereinfacht.

Anspruch auf die *Entschädigung für Alleinstehende* haben alle Wehrpflichtigen, die keinen Anspruch auf Haushaltungsentschädigungen besitzen. Somit haben auch die verheirateten weiblichen Wehrpflichtigen Anspruch auf die Entschädigung für Alleinstehende. Die tägliche Entschädigung für Alleinstehende der *Unselbständigerwerbenden* setzte sich von 1953 bis 1959 aus einem Grundbetrag von 50 Rappen und einem veränderlichen Betrag von 15 Prozent des durchschnittlichen vordienstlichen Taglohnes zusammen, betrug jedoch mindestens 1,50 Franken und höchstens 3,50 Franken, wobei die Entschädigung für Rekruten sich auf den festen Betrag von 1,50 Franken belief. Seit 1960 ist die Entschädigung für Alleinstehende als Funktion der Haushaltungsentschädigung definiert und zwar beläuft sie sich auf 40 Prozent der letztern, beträgt jedoch mindestens 2 Franken und höchstens 6 Franken. Der neue Mindestansatz ist gleichzeitig der feste Ansatz für die Rekruten.

1960 wurden als Neuerung erhöhte Mindestansätze für Beförderungsdienste eingeführt. Sie betragen bei der Haushaltungsentschädigung 7 Franken und der Entschädigung für Alleinstehende 4 Franken. Diese Maßnahme begünstigt Wehrpflichtige, die über kein oder nur ein geringes vordienstliches Einkommen verfügen und für die der lange Beförderungsdienst mit erheblichen wirtschaftlichen Opfern verbunden ist. Die Neuerung, die vor allem Studenten und mitarbeitenden Familiengliedern in Gewerbe und Landwirtschaft zugute kommt, ist militär- wie sozialpolitisch gerechtfertigt und bot — vor allem wegen der Schaffung einer besondern Meldekarte für Beförderungsdienste — auch administrativ keine Schwierigkeiten.

Anspruch auf *Kinderzulagen* haben die Wehrpflichtigen für jedes Kind, welches das 18., oder falls es sich in Ausbildung befindet, das 20. Altersjahr noch nicht vollendet hat. Während für eheliche und vom Wehrpflichtigen oder seinem Ehegatten angenommenen Kinder keine weitem Anspruchsvoraussetzungen verlangt werden, besteht der Anspruch für Stiefkinder und außereheliche Kinder des Wehrpflichtigen nur, wenn er für deren Unterhalt ganz oder überwiegend aufkommt und für Pflegekinder nur, wenn der Wehrpflichtige sie unentgeltlich zur dauernden Pflege und Erziehung zu sich genommen hat. Für Stiefkinder und außereheliche Kinder besteht der Anspruch, wenn der Wehrpflichtige mehr als die Hälfte der Kosten des Unterhaltes trägt, was vermutet wird, wenn das Kind in seinem Haushalt lebt. Die Kosten für den Unterhalt und die Erziehung dieser Kinder sind in jedem Einzelfall auf Grund der besondern Verhältnisse festzustellen. Die Kinderzulagen für Pflegekinder wird unter den gleichen Voraussetzungen gewährt wie die Waisenrente in der AHV.

Bewilligte Kinderzulagen für Stiefkinder und außereheliche Kinder

Tabelle 2

Jahr	Anzahl Fälle
1955	862
1956	698
1957	496
1958	536
Zahlen für 1953, 1954 und seit 1959 nicht erhoben	

Die Kinderzulage betrug für jedes Kind von 1953 bis 1959 1,50 Franken und seither 2 Franken im Tag.

Anspruch auf *Unterstützungszulagen* haben die Wehrpflichtigen, die mindestens 6 Tage ununterbrochen Militärdienst leisten und in Erfüllung einer rechtlichen oder sittlichen Unterhalts- oder Unterstützungspflicht für Blutsverwandte in auf- oder absteigender Linie, für Geschwister oder für geschiedene Ehegatten sowie für Adoptiv-, Pflege-, Stief- oder Schwiegereltern sorgen, soweit diese Personen der Unterstützung bedürfen und für sie nicht schon Anspruch auf Kinderzulage besteht. Bei den Unterstützungszulagen sind gegenüber der Lohn- und

Verdienstersatzordnung im Sinne der Vereinfachung erhebliche Änderungen materiell-rechtlicher Natur vorgenommen worden. So wurde der Personenkreis, der den Anspruch begründet, genau umschrieben und dieser auf Mindestdienstleistungen von 6 Tagen beschränkt, womit die vielen kurzen Dienstleistungen nicht mehr berücksichtigt werden müssen. Die Zahl der anwendbaren Einkommensgrenzen, bei deren Überschreitung der Anspruch nicht mehr besteht, wurde ab 1953 von 18 auf 2 herabgesetzt und anlässlich der ersten EO-Revision auf 4 erhöht. Als bedeutende Vereinfachung gegenüber Lohn- und Verdienstersatzordnung erwies sich die Regelung, daß die gleichzeitige Unterstützung Dritter nicht mehr berücksichtigt wird.

Bewilligte Unterstützungszulagen

Tabelle 3

Jahr	Anzahl Fälle
1953	9 472
1954	10 359
1955	9 549
1956	7 997
1957	6 160
1958	6 566
1959	5 691
1960	5 236
1961	5 007
1962	4 253

Diese Zahlen dürfen als nicht groß bezeichnet werden, wenn bedacht wird, daß jährlich 300 000—350 000 Wehrpflichtige Dienst geleistet haben. Sie geben aber den Ausgleichskassen verhältnismäßig viel Arbeit, weil geprüft werden muß, wie groß die Unterstützungsleistung des Wehrpflichtigen vor dem Einrücken war und wie hoch Einkommen und Vermögen der unterstützten Personen sind.

Von 1953 bis 1959 betrug die Unterstützungszulage 3 Franken im Tag für die erste vom Wehrpflichtigen unterstützte Person und 1,50 Franken im Tag für jede weitere unterstützte Person; sie wurde gekürzt, soweit sie die auf den Tag umgerechnete tatsächliche Unterstützungsleistung des Wehrpflichtigen übersteigt oder zur Folge hat, daß die unterstützte Person nicht mehr als bedürftig gilt. Dabei wurden die Bedarfsgrenzen auf 270 Franken im Monat oder, falls die unterstützten Personen unter sich oder mit dem Wehrpflichtigen zusammenlebten, auf 180 Franken im Monat festgesetzt.

Seit 1960 beträgt die Unterstützungszulage für die erste unterstützte Person 4 und für jede weitere unterstützte Person 2 Franken im Tag. Die Einkommensgrenzen wurden auf monatlich 360 Franken, oder falls die unterstützten Personen mit dem Wehrpflichtigen oder unter sich zusammenleben, auf 300 Franken für die erste, 210 Franken für die zweite und auf 120 Franken für jede weitere unterstützte Person festgelegt. Trotz dieser Neuregelung nahm — wie sich aus der Tabelle 3 ergibt — die Zahl der ausgerichteten Unterstützungszulagen fast ständig ab. Dies dürfte auf die günstige Wirtschaftslage zurückzuführen sein.

Als Neuerung gegenüber der Lohn- und Verdienstersatzordnung werden seit 1953 als Unterstützungsleistungen nicht nur Zuwendungen in Geld oder Naturalien, sondern auch der *Gegenwert nicht entlohnter Arbeit*, die der Wehrpflichtige zugunsten seiner Angehörigen leistet, anerkannt. Solche Leistungen werden von mitarbeitenden Familiengliedern in der Landwirtschaft und im Gewerbe erbracht. Über die Anzahl dieser Fälle gibt Texttabelle 4 Auskunft.

*Unterstützungszulagen auf Grund der Leistung
nicht entlohnter Arbeit*

Tabelle 4

Jahr	Anzahl Fälle
1957	210
1958	224
1959	195
1960	268
1961	237
1962	148
Zahlen für 1953—1956 nicht erhoben	

Anspruch auf *Betriebszulagen* haben die Wehrpflichtigen, die als Eigentümer, Pächter oder Nutznießer einen Betrieb führen oder als Teilhaber einer Kollektivgesellschaft, als unbeschränkt haftende Teilhaber einer Kommanditgesellschaft oder als Teilhaber einer andern, auf einen Erwerbzzweck gerichtete Personengesamtheit ohne juristische Persönlichkeit an der Führung eines Betriebes aktiv beteiligt sind, sofern sie nicht aus unselbständiger Erwerbstätigkeit ein höheres Einkommen erzielen. Die Gerichts- und Verwaltungspraxis gelangte ohne

große Schwierigkeiten zur Klärung des Betriebsbegriffes. Wehrpflichtige, die gleichzeitig ein Erwerbseinkommen aus unselbständiger wie selbständiger Tätigkeit erzielen, haben nur dann Anspruch auf die Betriebszulage, wenn ihr auf den Tag umgerechnetes Einkommen aus selbständiger Tätigkeit gleich groß oder größer ist als dasjenige aus unselbständiger Tätigkeit.

Die Betriebszulage betrug in den Jahren 1953—1959 2 und seither 3 Franken im Tag.

Die *Höchstgrenze der gesamten Entschädigung* betrug bis Ende 1959 19,50 Franken im Tag oder 80 Prozent des maßgebenden Taglohnes, wobei aber die Mindestbeträge der beiden Grundentschädigungen und *eine* Kinderzulage gewährleistet waren. Jetzt darf für Selbständigerwerbende und Unselbständigerwerbende die gesamte Entschädigung — ohne die Betriebszulage — im Tag den Betrag von 28 Franken oder 90 Prozent des durchschnittlichen vordienstlichen Einkommens nicht übersteigen. Auch jetzt sind die Mindestansätze der beiden Grundentschädigungen sowie bis zu *zwei* Kinderzulagen voll auszurichten.

Das Verfahren

Unter der Lohn- und Verdienstersatzordnung stellte der militärische Rechnungsführer die Soldmeldekarte aus, auf der er die Zahl der geleisteten Soldtage bescheinigte und die er direkt dem Arbeitgeber des Wehrpflichtigen zustellte. Daneben hatte der Wehrpflichtige selbst einen Meldeschein mit den Angaben über seine persönlichen Verhältnisse auszufüllen und die Lohnbescheinigung des Arbeitgebers einzuholen. Die beiden Formulare trafen nur ausnahmsweise gleichzeitig beim Arbeitgeber oder der Ausgleichskasse ein, was Verzögerungen in der Auszahlung der Entschädigung zur Folge hatte. Mit dem Inkrafttreten der EO wurden die beiden Formulare in die *Meldekarte* zusammengefaßt. Auf dieser bescheinigt der militärische Rechnungsführer die Zahl der geleisteten Dienstage und übergibt sie dem Wehrpflichtigen, der darauf die Angaben über seine persönlichen Verhältnisse anbringt und sie — als Unselbständigerwerbender — beim Arbeitgeber zur Ergänzung mit der Lohnbescheinigung übermittelt. Der Arbeitgeber setzt dann entweder die Entschädigung selbst fest und zahlt sie aus oder er leitet die Karte zum gleichen Zwecke an die Ausgleichskasse weiter. Der Selbständigerwerbende schickt die Meldekarte direkt seiner Ausgleichskasse.

Eine Sondererhebung in den Jahren 1955 und 1956 hat gezeigt, daß rund 100 000 Arbeitgeber die Entschädigung selbst auszahlten, wovon rund 10 0000, d. h. ein Zehntel die Entschädigung auch selbst festgesetzt

hatten. Rund zwei Drittel der den Ausgleichskassen angeschlossenen Arbeitgeber hatten sich also in den beiden Erhebungsjahren weder mit der Festsetzung noch mit der Auszahlung der Entschädigung zu befassen, sei es, weil beide Aufgaben von der Ausgleichskasse besorgt wurden, sei es, weil sie keine in jenen Jahren dienstleistende Wehrpflichtige beschäftigten. Geht eine Meldekarte verloren, so stellt die Ausgleichskasse auf Grund des Dienstbüchleins des Wehrpflichtigen eine *Ersatzkarte* aus. Müssen Nachzahlungen vorgenommen oder zu Unrecht ausbezahlte Entschädigungen zurückgefordert werden, so stellt die Ausgleichskasse zuhanden der zentralen Ausgleichsstelle *Korrekturkarten* aus. Über das hierbei zu verarbeitende Material gibt die nachstehende Tabelle 5 Auskunft.

Verarbeitete Melde-, Ersatz- und Korrekturkarten

Tabelle 5

Jahr	Meldekarten	Ersatzkarten	Korrekturkarten	Total Karten
1953	*	*	*	473 379
1954	*	*	*	505 285
1955	468 130	1 946	6 591	476 667
1956	467 178	2 053	7 338	476 569
1957 ¹	428 831	2 133	6 240	437 204
1958	505 125	2 134	6 435	513 694
1959	470 265	2 314	5 892	478 471
1960	463 459	2 223	5 963	471 645
1961	488 557	2 562	5 816	496 935
1962	544 310	2 742	5 918	552 970

¹ Im 4. Quartal 1957 wurden die Wiederholungskurse wegen einer Grippe-Epidemie nicht durchgeführt, aber in den nächsten Jahren zum Teil nachgeholt.

Ein Abschnitt der Meldekarte, auf dem die Zahl der geleisteten Soldtage bescheinigt ist, wird von der Zentralen Ausgleichsstelle mit der Buchhaltung der betreffenden militärischen Einheit verglichen. Gegebenenfalls festgestellte Differenzen werden berichtigt.

Die ausbezahlten Entschädigungen

Die Zahlen der Wehrpflichtigen, die Militärdienst geleistet haben, und die der geleisteten Soldtage sowie die Summe der ausbezahlten Entschädigungen und der durchschnittlichen Entschädigung pro Mann und Tag können der Tabelle 6 entnommen werden.

Geleistete Diensttage und ausbezahlte Entschädigungen

Tabelle 6

Jahr	Dienst- leistende Wehr- pflichtige	Geleistete Soldtage	Gesamtbetrag der Entschä- digungen	Entschädi- gungsbetrag pro Mann und Tag
			Franken	Franken
1953	284 675	8 525 100	41 665 272	4,89
1954	321 599	9 167 412	48 483 127	5,29
1955	318 110	9 059 343	46 993 836	5,19
1956	317 768	9 050 995	49 290 298	5,45
1957 ¹	263 183	7 897 569	44 539 928	5,64
1958	340 999	9 371 094	52 634 181	5,62
1959	318 420	9 017 638	52 718 393	5,85
1960	310 416	9 001 371	63 591 280	7,06
1961	324 329	9 508 304	71 529 441	7,52
1962	355 376	10 752 213	84 916 361	7,90

¹ Im 4. Quartal 1957 wurden die Wiederholungskurse wegen einer Grippe-Epidemie nicht durchgeführt, aber in den nächsten Jahren zum Teil nachgeholt.

Die Zahlen der dienstleistenden Wehrpflichtigen und der geleisteten Soldtage beziehen sich auf das betreffende Kalenderjahr. Die ausbezahlten Entschädigungen werden zum Teil erst im darauffolgenden Jahr abgerechnet. Da diese Überschneidung aber alljährlich ungefähr gleich groß sein dürfte, gibt die Gegenüberstellung im großen und ganzen ein richtiges Bild. Die Auswirkungen der Erhöhung der Entschädigungsansätze durch die erste EO-Revision auf den 1. Januar 1960 kommt beim Vergleich der Frankenbeträge des Jahres 1959 mit jenen der Jahre ab 1960 sehr deutlich zum Ausdruck.

Die finanzielle Entwicklung

Die Lohn-, Verdienst- und Studienausfallentschädigungen wurden vom 1. Januar 1948 bis 31. Dezember 1952 aus einem aus den Überschüssen der Lohn- und Verdienstersatzordnung gebildeten Fonds finanziert. Dieser betrug Ende 1952 419,8 Millionen Franken und wurde von 1953 bis 1959 als Rückstellung für die Finanzierung der ausbezahlten Erwerbsausfallentschädigungen verwendet. Seit 1960 werden Beiträge in der Höhe von 4 Promille des maßgebenden Erwerbseinkommens (ein Zehntel der AHV-Beiträge) erhoben. Seither verfügt die Erwerbsersatzordnung auch über einen selbständigen Ausgleichsfonds, der durch die gleichen Organe verwaltet und in gleicher Weise angelegt wird wie der Ausgleichsfonds der AHV. Die Entwicklung ist in der Tabelle 7 dargestellt.

Entwicklung der Rückstellung bzw. des Ausgleichsfonds der EO

Beträge in Millionen Franken

Tabelle 7

Jahr	Jahresausgaben	Jahreseinnahmen		Jährliche Veränderung	Stand Ende Jahr
		Beiträge	Zinsen		
1953	42,5	—	12,6	— 29,9	389,9
1954	49,7	—	—	— 49,7	340,2
1955	48,1	—	—	— 48,1	292,1
1956	50,7	—	—	— 50,7	241,4
1957	45,7	—	—	— 45,7	195,7
1958	53,8	—	—	— 53,8	141,9
1959	53,7	—	—	— 53,7	88,2
1960	63,9	74,9	2,8	+ 13,8	102,0
1961	71,8	88,7	3,3	+ 20,2	122,2
1962	85,1	99,9	4,0	+ 18,8	141,0

Zu Unrecht bezogene Entschädigungen sind zurückzuerstatten, gleichgültig ob der Wehrpflichtige am unrechtmäßigen Bezug ein Verschulden trifft oder nicht. Bei gutem Glauben und gleichzeitigem Vorliegen einer großen Härte kann die Rückforderung erlassen werden. Uneinbringliche Rückerstattungsforderungen sind abzuschreiben. Über die bezüglichen Beträge gibt Tabelle 8 Aufschluß.

*Geltendgemachte, erlassene und abgeschriebene
Rückerstattungsforderungen*

Beträge in Franken

Tabelle 8

Jahr	Rückerstattungsforderungen		
	geltendgemacht	erlassen	abgeschrieben
1953	21 967	517	248
1954	28 134	621	455
1955	28 499	1 761	45
1956	32 815	1 576	204
1957	32 891	913	485
1958	45 573	401	14
1959	44 451	287	445
1960	29 314	550	409
1961	38 107	8	90
1962	36 903	839	8

Die Beträge, die dem Ausgleichsfonds der Erwerbersersatzordnung jährlich tatsächlich verloren gehen, d. h. die Summe aus den erlassenen

und abgeschriebenen Rückerstattungsforderungen, bewegen sich in der Regel zwischen 500 und 2 000 Franken und machen nur einen Bruchteil eines Promilles der jährlich ausbezahlten Entschädigungen aus.

Die Rechtsprechung

Die Rechtsprechung auf dem Gebiete der EO obliegt den gleichen Rechtspflegebehörden wie in der AHV und der IV, also den Rekursbehörden der Kantone und des Bundes als erste und dem Eidgenössischen Versicherungsgericht als zweite und letzte Instanz. Über deren Tätigkeit betreffend die EO orientiert die Tabelle 9.

Anzahl der Beschwerde- und Berufungsfälle

Tabelle 9

Jahr	Beschwerden an die Rekurs- behörden	Berufungen an das EVG
1953	89	16
1954	133	22
1955	119	12
1956	104	13
1957	95	9
1958	98	9
1959	93	8
1960	51	5
1961	63	2
1962	71	0

Zusammenfassung

Sowohl die Anwendung des materiellen Rechtes der EO wie die administrative Durchführung bieten keine Schwierigkeiten, sondern gehen praktisch reibungslos vor sich. Dies ist umso beachtlicher, wenn man die große Arbeit aller Beteiligten in Betracht zieht, wie sie — wenigstens zum Teil — in den vorstehenden Ausführungen und den zugehörigen Tabellen zum Ausdruck gelangt. Den militärischen Rechnungsführern, den Arbeitgebern und den Ausgleichskassen gebührt Dank für ihre Tätigkeit im Interesse der wirtschaftlichen Sicherung der Wehrpflichtigen.

Statistik der AHV-Renten 1962

Nachstehende Tabellen vermitteln die wesentlichen Ergebnisse der Erhebung über die im Jahre 1962 in der Schweiz ausgerichteten ordentlichen AHV-Renten.

Wie 1960 und früher handelt es sich um eine *Ganzjahresstatistik*, welche die *ausbezahlten Rentensummen* zum Gegenstand hat. Die Zahlen lassen sich nicht mit jenen von 1961 vergleichen, weil damals eine Stichtagerhebung durchgeführt wurde.

Ordentliche Renten

Bezüger und Rentensummen nach durchschnittlichem Jahresbeitrag

Tabelle 1

Rentenarten	Durchschnittlicher Jahresbeitrag in Franken					
	bis 105 ¹	106—150	151—300	301—570	571 und mehr ²	Zusammen
Bezüger						
Einfache Altersrenten	104 165	37 941	76 490	44 169	14 851	277 616
Ehepaar-Altersrenten	10 005	10 598	43 084	46 309	17 752	127 748
Witwenrenten	2 476	3 099	17 591	23 408	7 592	54 166
Einfache Waisenrenten	2 800	3 269	17 168	17 373	4 540	45 150
Vollwaisenrenten	201	151	733	543	180	1 808
Total	119 647	55 058	155 066	131 802	44 915	506 488
Rentensummen in tausend Franken						
Einfache Altersrenten	105 573	41 958	106 151	75 978	28 088	357 748
Ehepaar-Altersrenten	15 978	18 569	98 459	131 798	55 521	320 325
Witwenrenten	1 918	2 771	21 591	36 220	12 763	75 263
Einfache Waisenrenten	1 086	1 441	10 415	13 168	3 756	29 866
Vollwaisenrenten	111	96	624	572	209	1 612
Total	124 666	64 835	237 240	257 736	100 337	784 814
¹ Minimalrenten ² Maximalrenten						

Ordentliche Renten
Bezüger und Rentensummen nach Rentenskalen

Tabelle 2

Rentenarten	Rentenskalen 1—19 Teilrenten	Rentenskala 20 Vollrenten	Zusammen
	Bezüger		
Einfache Altersrenten	169 103	108 513	277 616
Ehepaar-Altersrenten	71 077	56 671	127 748
Witwenrenten	7 536	46 630	54 166
Einfache Waisenrenten	4 187	40 963	45 150
Vollwaisenrenten	193	1 615	1 808
Total	252 096	254 392	506 488
	Rentensummen in tausend Franken		
Einfache Altersrenten	207 501	150 247	357 748
Ehepaar-Altersrenten	166 304	154 021	320 325
Witwenrenten	8 147	67 116	75 263
Einfache Waisenrenten	2 003	27 863	29 866
Vollwaisenrenten	129	1 483	1 612
Total	384 084	400 730	784 814

Ordentliche Renten
Bezüger und Rentensummen nach Kantonen

Tabelle 3

Kantone	Bezüger			Rentensummen in tausend Franken		
	Alters- renten	Hinter- lassenen- renten	Zusammen	Alters- renten	Hinter- lassenen- renten	Zusammen
Zürich	72 941	15 829	88 770	128 379	18 395	146 774
Bern	68 334	16 645	84 979	115 094	17 582	132 676
Luzern	16 592	5 732	22 324	26 335	5 543	31 878
Uri	1 802	658	2 460	2 763	586	3 349
Schwyz	5 423	1 740	7 163	8 079	1 630	9 709
Obwalden	1 471	500	1 971	2 050	396	2 446
Nidwalden	1 239	511	1 750	1 848	440	2 288
Glarus	3 387	691	4 078	5 767	720	6 487
Zug	3 133	957	4 090	5 145	961	6 106
Freiburg	10 648	3 651	14 299	16 070	3 257	19 327
Solothurn	13 017	3 656	16 673	23 725	3 972	27 697
Basel-Stadt	18 221	4 153	22 374	32 468	5 169	37 637
Basel-Land	9 038	2 155	11 193	16 129	2 455	18 584
Schaffhausen	5 266	1 243	6 509	9 288	1 417	10 705
Appenzell A. Rh.	5 362	869	6 231	8 410	873	9 283
Appenzell I. Rh.	1 346	247	1 593	1 840	185	2 025
St. Gallen	27 094	6 547	33 641	43 937	6 467	50 404
Graubünden	10 919	2 799	13 718	16 191	2 513	18 704
Aargau	23 603	6 835	30 438	40 574	7 143	47 717
Thurgau	12 879	2 970	15 849	21 149	3 025	24 174
Tessin	15 681	4 151	19 832	23 621	4 199	27 820
Waadt	33 728	7 491	41 219	55 700	8 186	63 886
Wallis	10 758	4 610	15 368	15 392	3 899	19 291
Neuenburg	12 130	2 634	14 764	21 316	3 050	24 366
Genf	21 352	3 850	25 202	36 803	4 678	41 481
Schweiz	405 364	101 124	506 488	678 073	106 741	784 814

Außerordentliche Renten
Bezüger und Rentensummen nach Kantonen

Tabelle 4

Kantone	Bezüger			Rentensummen in tausend Franken		
	Alters- renten	Hinter- lassenen- renten	Zusammen	Alters- renten	Hinter- lassenen- renten	Zusammen
Zürich	26 017	3 478	29 495	26 649	2 189	28 838
Bern	25 447	4 244	29 691	26 239	2 554	28 793
Luzern	6 482	1 448	7 930	6 598	806	7 404
Uri	709	221	930	741	116	857
Schwyz	2 060	537	2 597	2 099	298	2 397
Obwalden	631	154	785	656	89	745
Nidwalden	441	183	624	456	93	549
Glarus	1 263	181	1 444	1 303	110	1 413
Zug	1 138	289	1 427	1 160	158	1 318
Freiburg	4 204	1 042	5 246	4 308	554	4 862
Solothurn	4 760	808	5 568	4 853	464	5 317
Basel-Stadt	7 330	951	8 281	7 560	656	8 216
Basel-Land	3 589	475	4 064	3 645	291	3 936
Schaffhausen	1 839	316	2 155	1 863	185	2 048
Appenzell A. Rh.	2 127	208	2 335	2 207	134	2 341
Appenzell I. Rh.	341	70	411	343	40	383
St. Gallen	10 335	1 607	11 942	10 679	928	11 607
Graubünden	4 290	924	5 214	4 446	546	4 992
Aargau	8 664	1 511	10 175	8 751	882	9 633
Thurgau	4 543	676	5 219	4 659	388	5 047
Tessin	7 135	1 123	8 258	7 426	726	8 152
Waadt	14 743	1 954	16 697	15 288	1 256	16 544
Wallis	4 172	1 399	5 571	4 297	799	5 096
Neuenburg	5 095	621	5 716	5 278	393	5 671
Genf	7 903	1 007	8 910	8 209	699	8 908
Schweiz	155 258	25 427	180 685	159 713	15 354	175 067

Aus den Jahresberichten 1962 der IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen¹

Die nachstehenden Ausführungen stützen sich auf die Jahresberichte 1962 der IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen, soweit darin organisatorische und verfahrensmäßige Fragen der IV behandelt werden.

Organisation

In organisatorischer Hinsicht sind keine wesentlichen Änderungen eingetreten. Immerhin haben sich verschiedene IV-Organen gezwungen gesehen, auch im Berichtsjahr wiederum eine Verstärkung ihres Personalbestandes vorzunehmen. Dies erwies sich vor allem für die das Sekretariat der IV-Kommissionen führenden kantonalen Ausgleichskassen sowie für die IV-Regionalstellen als notwendig, was darauf hindeutet, daß die erhoffte Entspannung auf dem Gebiete der IV nicht eingetreten ist. Verschiedene IV-Organen vertreten denn auch die Auffassung, daß der Arbeitsanfall in diesem Versicherungszweig heute in einen Beharrungszustand eingetreten ist, der für die Zukunft keinen wesentlichen Rückgang mehr erwarten läßt.

Die IV-Kommissionen übernahmen aus dem Vorjahr 19 960 hängige Anmeldungen; neu wurden im Berichtsjahr 41 617 Anmeldungen entgegengenommen. Davon konnten insgesamt 46 796 Anmeldungen durch Beschluß erledigt werden. Ferner wurden 39 008 Zusatzbeschlüsse in bereits früher behandelten Fällen gefaßt, was ein Total von 85 804 ergangenen Beschlüssen ergibt. In etlichen Jahresberichten kommt die Überraschung über diesen hohen Anteil von «Altfällen» am Gesamtetat zum Ausdruck.

Die IV-Regionalstellen ihrerseits konnten von 1 915 aus dem Jahre 1961 übernommenen sowie den im Laufe des Berichtsjahres neu dazugestoßenen 9 054 Aufträgen bis Jahresende insgesamt 8 352 erledigen. Ganz allgemein wird festgestellt, daß die behandelten Fälle die Regionalstellen gesamthaft betrachtet vor bedeutend größere Probleme stellten als im Vorjahr und ihre Abklärung daher auch mit einem entsprechenden zeitlichen Mehraufwand verbunden war. Neben diesen laufenden Aufträgen hatten sich die Regionalstellen immer wieder mit Versicherten zu befassen, die bereits früher durch die IV plazierte oder auf ihre Kosten ausgebildet worden waren.

¹ Siehe auch ZAK 1963, S. 419

Trotz größter Anstrengungen gelang es bis Ende 1962 nicht durchwegs, den Stand der unerledigten Fälle auf das gewünschte Maß zu vermindern. So mußten die IV-Kommissionen 20 415 Geschäfte — was den Eingängen von 3 bis 4 Monaten entspricht — wovon 14 781 Neuansmeldungen, in das neue Jahr übertragen. Den IV-Regionalstellen blieben auf Jahresende 2 617 pendente Aufträge, d. h. ungefähr die Eingänge von 2 bis 3 Monaten. Standen somit die Regionalstellen Ende 1962 hinsichtlich der Geschäftserledigung gesamthaft eher besser da als die IV-Kommissionen, so hat sich dieses Verhältnis seither stark zu ihren Ungunsten verändert, was vor allem darauf zurückzuführen sein dürfte, daß die Arbeitsbelastung in jüngster Zeit nochmals zugenommen hat und die dringlich notwendige Einstellung zusätzlicher Arbeitskräfte bei dem heute herrschenden Personenmangel auf Schwierigkeiten stößt.

Verfahren

IV-Kommissionen

Ganz allgemein geht aus den Jahresberichten hervor, daß sich im Berichtsjahr das Schwergewicht von den Renten- auf die Eingliederungsfälle und unter diesen vorab auf die Maßnahmen für Jugendliche verlagert hat. Verschiedentlich wird festgestellt, daß die Versicherten trotz der periodisch erscheinenden Publikationen nicht durchwegs über ihre Ansprüche gegenüber der IV im Bilde waren, was in Fällen verspäteter Anmeldung vielfach zu einem gänzlichen oder teilweisen Verlust des Anspruchs geführt hat.

Die IV-Kommissionen waren bestrebt, die eingehenden Anmeldungen so rasch als möglich zu behandeln. Nicht überall ist es allerdings gelungen, die Fälle laufend zu bearbeiten, so daß hie und da von den Versicherten längere Wartefristen in Kauf genommen werden mußten. Steht aber einmal eine Anmeldung in Bearbeitung, so hängt die rasche Erledigung nicht mehr ausschließlich von der IV-Kommission ab. Einmal hat es der Versicherte in der Hand, durch eine möglichst vollständige und genügend dokumentierte Anmeldung dem Sekretariat zeitraubende Rücksprachen zu ersparen. Zudem können die mit der Ausarbeitung der Arztberichte betrauten Ärzte zu einer Beschleunigung des Verfahrens beitragen, wenn sie ihren Auftrag innert nützlicher Frist erledigen. Nach den Feststellungen der IV-Kommissionen trafen die Arztberichte im allgemeinen rascher ein als früher. Manchmal war jedoch immer noch eine vorgängige Mahnung notwendig. Wo diese nicht zum Ziele führte, sind verschiedene IV-Kommissionen dazu übergegangen, dem Versicherten

ein orientierendes Schreiben mit Kopie an den Arzt zuzustellen. Reagierte dieser auch dann nicht innert angemessener Frist, so wurde der Auftrag annulliert und ein anderer Arzt beigezogen.

Das weitere Verfahren wickelt sich in der Regel so ab, daß das Sekretariat der IV-Kommission — nachdem es sich vom Vorliegen der versicherungsmäßigen Anspruchsvoraussetzungen überzeugt hat — alle für die Beschlußfassung der IV-Kommission notwendigen Unterlagen beschafft. Soweit es sich um gewöhnliche Abklärungsmaßnahmen wie den bereits erwähnten Arztbericht, die Akten anderer Versicherungseinrichtungen, Auskünfte von Arbeitgebern usw. handelt, trifft das Sekretariat von sich aus die notwendigen Anordnungen. Einzelne Sekretariate verfügen für Abklärungszwecke über einen Außendienst, den sie beispielsweise zur Prüfung der betrieblichen und persönlichen Verhältnisse von Versicherten, die eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, einsetzen. Weitere Vorkehren, deren Anordnung bereits bestimmte Fachkenntnisse voraussetzt, wie zusätzliche medizinische Untersuchungen, der Beizug von Spezialstellen zur Abklärung der Invalidität bei Hausfrauen, der Hilflosigkeit oder der Bildungsfähigkeit schulpflichtiger Kinder sowie der Beizug von Regionalstellen in Fällen beruflicher Eingliederung werden durch die IV-Kommission über das Sekretariat veranlaßt.

Sind die Akten soweit vervollständigt, daß die IV-Kommission gestützt darauf über die Leistungsansprüche des Versicherten befinden kann, so wird der Fall auf die Traktandenliste für eine der nächsten Sitzungen gesetzt. In der Regel wurden die Akten vor der Sitzung mindestens dem Präsidenten und dem Kommissionsarzt, zum Teil auch den übrigen Kommissionsmitgliedern zum Studium zugestellt. Wo die Akten nicht bei allen Mitgliedern zirkulierten, standen sie ihnen auf dem Sekretariat der IV-Kommission zur Einsichtnahme offen. Von der Möglichkeit, die Beschlußfassung statt in mündlicher Beratung auf dem Zirkulationsweg herbeizuführen, wurde unterschiedlich Gebrauch gemacht. Während verschiedene IV-Kommissionen ihre Entscheide überhaupt nie oder nur ausnahmsweise (einfache oder dringliche Fälle, Zusatzbegehren usw.) im Zirkulationsverfahren fällten, arbeiteten andere vorwiegend mit Zirkulationsbeschlüssen. So konnte die IV-Kommission eines größeren Kantons im Berichtsjahr mit nur 15 halbtägigen Sitzungen auskommen und die restlichen Fälle durch Zirkulationsbeschlüsse erledigen. Einzelne IV-Kommissionen setzen sich statt dessen für eine Vereinfachung des Verfahrens für die Beschlußfassung in dem Sinne ein, daß dem Präsidenten bzw. dem Kommissionsarzt Einzelkompetenz eingeräumt wird. Eine solche Lösung, so schreibt eine IV-Kommission,

ist einem Zustand vorzuziehen, bei dem die überwiegende Mehrzahl aller Fälle im Zirkulationsverfahren, also ohne echte Diskussion des Einzelalles, erledigt wird.

Der Vorladung von Versicherten vor die IV-Kommission, wie sie in Artikel 73 IVV vorgesehen ist, kommt, nach den Ausführungen in den Jahresberichten zu schließen, in der Praxis nur geringe Bedeutung zu. Das fehlende Bedürfnis dürfte wesentlich auf die gute Abklärungsarbeit der Sekretariate zurückzuführen sein; zudem haben die Versicherten in der Regel die Möglichkeit, ihre Anliegen dem Sekretariat mündlich vorzutragen, so daß sich ein persönliches Erscheinen vor der IV-Kommission erübrigt.

*IV-Regionalstellen*¹

Die Zusammenarbeit zwischen IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen hat sich im allgemeinen gut eingespielt. Gelegentlich werden Regionalstellenfunktionäre zu Kommissionssitzungen eingeladen, was nach Auffassung der betreffenden Regionalstellen viel zum gegenseitigen Verständnis beigetragen hat. Einzelne Regionalstellen sahen sich nach wie vor veranlaßt, auf die Wichtigkeit einer klaren Auftragserteilung mit gezielter Fragestellung und Orientierung über die Ergebnisse der Vorberatungen der IV-Kommission hinzuweisen.

Große Bedeutung messen die Regionalstellen im Abklärungsverfahren der psychotechnischen Eignungsuntersuchung bei, die insbesondere für die erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Kapitalhilfe, oft aber auch für die Arbeitsvermittlung als unentbehrlich erachtet wird. Als Hilfsmittel werden dabei verschiedene Tests zur Erfassung der Persönlichkeit und Intelligenz, der Neigungen und Interessen angewendet, wobei jedoch immer das Gespräch zwischen Sachbearbeiter und Versichertem im Mittelpunkt steht. Wo eine ambulante Abklärung kein genügendes Resultat ergab, insbesondere bei Schwerstbehinderten, wurde der IV-Kommission ein Aufenthalt in einer Eingliederungsstätte beantragt. Diese waren allerdings im Berichtsjahr z. Teil derart überlastet, daß öfters längere Wartezeiten in Kauf genommen werden mußten.

Die Beschaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen stieß noch da und dort auf Schwierigkeiten. Vor allem wird der Mangel an Plätzen für die industrielle Anlehre geistesschwacher Jugendlicher als Lücke empfunden, für deren Schließung die IV-Regionalstellen lebhaft eintreten.

¹ Weitere Ausführungen zum Verfahren der IV-Regionalstellen in ZAK 1963, S. 419

Auch nach durchgeführter Eingliederung bedarf der Versicherte oft noch der Ratschläge und tatkräftigen Unterstützung der IV-Regionalstelle, wenn der Erfolg von Dauer sein soll. Leider war es verschiedentlich infolge Zeitmangels nicht möglich, diese Bewährungskontrolle im gewünschten Umfang durchzuführen. Die Regionalstellen mußten sich deshalb vielfach darauf verlassen, daß sie von den Arbeitgebern über allenfalls auftretende Störungen orientiert wurden. Im gemeinsamen Bestreben, geeignete Mittel und Wege zu finden, gelang es dann in der Regel, die Schwierigkeiten zu überwinden.

Hand in Hand mit der beruflichen geht auch die soziale Eingliederung. Diese wird jedoch nicht als Aufgabe der IV betrachtet, sondern der öffentlichen und privaten Fürsorge überlassen. Um so größere Bedeutung kommt daher der Zusammenarbeit dieser Sozialeinrichtungen bei der Eingliederung Invaliden zu. Diese hat sich jedoch nach Auffassung verschiedener IV-Regionalstellen in der Praxis nicht immer als einfach erwiesen, weil keine übergeordnete, verantwortliche Stelle für die Koordination der Arbeiten besorgt ist.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, daß die IV-Regionalstellen auch im Berichtsjahr die positive Haltung und Einstellung der Versicherten gegenüber einer Eingliederung ins Erwerbsleben wiederum lobend erwähnten. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, haben die Versicherten durch ihre aktive Mitarbeit die Bemühungen der Regionalstellen kräftig unterstützt. Auch dort, wo infolge Überlastung der Regionalstellen längere Wartefristen entstanden, zeigten die Versicherten in der Regel großes Verständnis.

Die Beiträge der IV an die Organisationen der privaten Invalidenhilfe für die Durchführung von Kursen

Die Durchführung von Kursen der Invalidenhilfe gehört auch seit dem Inkrafttreten der IV zum Aufgabenkreis der Dachorganisationen und der ihnen angeschlossenen gemeinnützigen privaten Organisationen der Invalidenhilfe. Dank der in den Artikeln 74 IVG und 108 bis 110 IVV vorgesehenen großzügigen Beitragsleistungen der IV, die im Einzelfall bis zu drei Viertel der Kurskosten betragen können, hat das Kurswesen der Invalidenhilfe einen erfreulichen Auftrieb erhalten.

Es hat sich indessen bald gezeigt, daß die praktische Anwendung dieser gesetzlichen Bestimmungen eine nähere Umschreibung des Kursbegriffes erfordert. So gelten nun als Kurse im Sinne des IVG Lehrgänge, Vorträge und Übungen, die nach einem im voraus festgelegten Programm unter fachtechnischer Leitung zu einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort für eine Mehrzahl von Personen durchgeführt werden. Die Mindestdauer eines solchen Kurses muß vier Stunden betragen, wobei sich diese vier Stunden auch in kurzfristigen Abständen auf mehrere Tage verteilen können.

Beitragsberechtigt sind nur von inländischen Organisationen in der Schweiz durchgeführte Kurse. Diese können einerseits der Ertüchtigung und Beratung Invaliden oder der Beratung der Angehörigen Invaliden dienen, andererseits aber auch die Aus- und Weiterbildung von Lehr-, Fach- und Hilfspersonal zum Ziele haben. Wettkampfveranstaltungen, Ferienlager und andere, vorwiegend der Erholung oder Unterhaltung dienende Veranstaltungen gelten nicht als Kurse im Sinne des IVG.

Veranstalter von Kursen, die sich um Beiträge bewerben, haben dem Bundesamt für Sozialversicherung vor Beginn der Veranstaltung ein entsprechendes Gesuch mit einem ausführlichen Kursprogramm und einem detaillierten Kostenvoranschlag einzureichen. Als beitragsberechtigten Ausgabenposten gelten hauptsächlich Honorare, Reisespesen, Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, Platz- oder Lokalmieten und bei Sportkursen auch die Kosten für die ärztliche Betreuung sowie für kollektive Unfall- und Haftpflichtversicherungen. Ergibt die Prüfung des eingereichten Gesuches, daß die betreffende Veranstaltung als Kurs anerkannt werden kann, so wird den Veranstaltern grundsätzlich ein Beitrag zugesichert und der Beitragsansatz festgelegt. Nach Abschluß eines Kurses sind dem Bundesamt eine Kursabrechnung mit sämtlichen Originalbelegen, ein ausführlicher Kursbericht sowie eine Teilnehmerliste einzureichen. Auf Grund dieser Unterlagen wird der definitive Beitrag ermittelt und ausbezahlt. Grundsätzlich darf dieser Beitrag in keinem Fall das anrechenbare Kursdefizit überschreiten.

Es lassen sich vier Kategorien von Kursen unterscheiden, nämlich

- Allgemeine Kurse für Invalide und deren Angehörige (Kurse zur Ertüchtigung Invaliden, wie Abseh- und Hörtrainingskurse, Handfertigkeit- und Sprachkurse, ferner Kurse zur Beratung Invaliden, z. B. für Blinde über Hygiene und Kleidung, für Gehörlose über die Verwendung amtlicher Formulare und den Verkehr mit Behörden oder über Politik, Geschichte, Geographie, Kurse zur Beratung der Angehörigen Invaliden, z. B. für Eltern von geistesschwachen Kindern).

- Allgemeine Ausbildungskurse für Fachpersonal (z. B. Ausbildung von Therapeutinnen in der Behandlung Cerebralgelähmter, Aus- und Weiterbildung von Taubstummenlehrern, Weiterbildung von Fürsorgerinnen).
- Sportkurse für Invalide (Schwimmkurse, Turnkurse zum Teil durch Heilgymnastinnen und Heilgymnasten geleitet, Rollball, Bogenschießen z. B. für an Fahrstuhl gebundene Invalide). Bei den Turnkursen und z. T. bei den Schwimmkursen — nämlich dort, wo Hallenbäder vorhanden sind — handelt es sich zum größten Teil um Ganzjahreskurse.
- Ausbildungskurse für Invalidensportleiter (diese finden größtenteils zentral statt, z. B. in Magglingen).

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die in den Jahren 1960 bis 1962 eingegangenen Gesuche:

Art der Kurse	Eingegangene Gesuche				abgelehnte Gesuche	als Kurs subventioniert
	1960	1961	1962	Total		
Allg. Kurse für Invalide und deren Angehörige	54	98	73	225	10	215
Allg. Ausbildungskurse für Fachpersonal	8	22	19	49	3	46
Sportkurse für Invalide	22	49	24	95	1	94
Ausbildungskurse für Sportleiter	1	4	6	11	—	11
Total	85	173	122	380	14	366

Die abgelehnten Gesuche betrafen Vereinsversammlungen, eine Wettkampfveranstaltung und Veranstaltungen, die der Erholung und Unterhaltung dienen.

Im Jahre 1960 konnte kein Gesuch abschließend behandelt werden, weil die Vollziehungsverordnung erst auf 1. Januar 1961 in Kraft trat. Sie wurden daher mit denjenigen des Jahres 1961 abgerechnet. Bis Ende Geschäftsjahr 1961 gelangten Beiträge von rund 99 000 Franken zur Auszahlung. Im Jahre 1962 erreichten die Auszahlungen den Betrag von 128 467 Franken.

An den in den Jahren 1961 und 1962 als beitragsberechtigt anerkannten Kursen, die sich auf die ganze Schweiz mit Ausnahme des Kantons Tessin verteilten, dürften schätzungsweise 4 100 Invalide und Angehörige von Invaliden sowie 900 Fachpersonen der Invalidenhilfe teilgenommen haben bzw. ausgebildet worden sein.

Allgemeine Durchführungsfragen

Der Fristenlauf an Samstagen

Am 3. Oktober 1963 ist das Bundesgesetz vom 21. Juni 1963 über den Fristenlauf an Samstagen in Kraft getreten. Sein Artikel 1 lautet wie folgt: «Hinsichtlich der gesetzlichen Fristen des eidgenössischen Rechts und der kraft eidgenössischen Rechts von Behörden angesetzten Fristen wird der Samstag einem anerkannten Feiertag gleichgestellt.»

Diese Regelung gilt somit auch für die Fristenberechnung gemäß Artikel 96 AHVG (die sinngemäß in der IV, EO sowie in der Familienzulagengesetzgebung des Bundes Anwendung findet) und ist insbesondere bei den Anmelde-, Beschwerde- und Berufungsfristen zu beachten. *Ist inskünftig der letzte Tag einer solchen Frist ein Samstag, so endigt sie am nächstfolgenden Werktag.*

KLEINE MITTEILUNGEN

Neue parlamentarische Vorstöße

Kleine Anfrage Glarner

vom 2. Oktober 1963

Nationalrat Glarner hat in der Herbstsession 1963 folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«In der Botschaft zur 6. Revision der AHV wird auf Seite 46 dargelegt, daß der Bundesrat über die volkswirtschaftlichen Auswirkungen ein Gutachten von drei kompetenten Wirtschaftswissenschaftlern hat erstellen lassen.

Erachtet es der Bundesrat angesichts der Dringlichkeit, mit der die eidgenössischen Räte die Revisionsvorlage behandeln sollen, nicht als ein Gebot der Zeitökonomie, dieses Gutachten im Interesse einer Erleichterung der Meinungsbildung allen Mitgliedern des Parlamentes und nicht nur den Kommissionsmitgliedern unverzüglich zuzustellen?»

Kleine Anfrage
Pradervand
vom 2. Oktober 1963

Nationalrat Pradervand hat in der Herbstsession 1963 folgende Kleine Anfrage eingereicht:

«Unter den ältern AHV-Bezügern finden sich insbesondere auch zahlreiche Landwirte, Gewerbetreibende und Kleinkaufleute, die auf der einen Seite die moralische Pflicht verspüren, ihren Söhnen einen finanziell gesunden Betrieb zu übertragen, die auf der andern Seite aber auf die betrieblichen Einnahmen zur Ergänzung der AHV-Rente unbedingt angewiesen sind. Einzelne Berufszweige haben dieser Tatsache durch Schaffung einer zusätzlichen Altersversicherung auf privater Grundlage Rechnung getragen. Der Landwirtschaft war dies nicht möglich, obwohl hier das Bedürfnis besonders dringend ist, stößt doch die Übernahme des väterlichen Betriebes heute oft auf fast unüberwindliche Schwierigkeiten, Schwierigkeiten, die ihren Grund in der Verschuldung, verursacht durch die Mechanisierung und die gestiegenen Bodenpreise finden.

Der Bundesrat wird deshalb angefragt, ob er es nicht für richtig hält,

1. die von den Kantonen geschaffenen Einrichtungen zur Ergänzung der Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidenversicherung künftig in vermehrtem Maße zu subventionieren;

2. den Kantonen zu empfehlen, die zusätzliche Altersfürsorge — wie dies seit kurzem im Kanton Waadt der Fall ist — so zu organisieren, daß die ältern, in bescheidenen Verhältnissen lebenden Selbständigerwerbenden in die Lage versetzt werden, den Familienbetrieb unter finanziell gesunden Verhältnissen auf ihre Söhne zu übertragen.»

Personelles

Der Leiter der Ausgleichskasse Transithandel, Walter E. Meyer, ist zurückgetreten und durch Max Holliger ersetzt worden.

Familienzulagen im Kanton Solethurn

In der Volksabstimmung vom 29. September 1963 wurde die Änderung des Gesetzes über die Familienzulagen für Arbeitnehmer mit 15 105 Ja gegen 5 681 Nein angenommen (vgl. ZAK 1963, S. 433).

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Beiträge

Urteil des EVG vom 17. Mai 1963 i. Sa. K. P.

Art. 3, Abs. 1, des Sozialversicherungsabkommens mit Deutschland ist auf Selbständigerwerbende nicht anzuwenden. (Erwägung 1)

Art. 4 AHVG. Die systematische Verwertung von Patentrechten bildet eine Erwerbstätigkeit. (Erwägung 2a)

Art. 1, Abs. 1, lit. b, AHVG. Der im Ausland wohnende Komplementär einer Kommanditgesellschaft, die ihren Sitz in der Schweiz hat und hier im Handelsregister eingetragen ist, gilt als in der Schweiz erwerbstätig, obwohl sich die Geschäftstätigkeit weitgehend im Ausland abspielt. (Erwägung 2b)

Art. 39 AHVV. Die Ausgleichskassen sind nach dem Grundsatz der Gesetzmäßigkeit verpflichtet, geschuldete Beiträge nachzufordern. Eine Ausgleichskasse, die Beiträge nachfordert, die sie früher als nicht geschuldet bezeichnete, handelt damit nicht gegen Treu und Glauben. (Erwägung 3b)

Der in Deutschland wohnhafte Berufungsbeklagte ist deutscher Staatsangehöriger und unbeschränkt haftender Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft, die ihren Sitz in der Schweiz hat, seit dem 13. April 1957 im Handelsregister des Kantons Y. eingetragen ist, die Verwertung eines Erfindungspatentes bezweckt und deren Einkommen aus Lizenzgebühren besteht.

Die Ausgleichskasse verfügte am 5. Februar 1962, der Gesellschafter habe für die Zeit vom 1. Mai 1957 bis 31. Dezember 1961 persönliche Beiträge von insgesamt 60 232,60 Franken zu entrichten. Dagegen erhob dieser Beschwerde und machte geltend, sein aus der Gesellschaft fließendes Einkommen sei als Kapitalertrag zu betrachten, womit die Beitragspflicht dahinfalle. Die AHV-Verwaltung habe diese Auffassung seinerzeit ebenfalls vertreten und nur paritätische, nicht aber persönliche Beiträge erhoben, was als definitive Erledigung der Frage, ob er beitragspflichtig sei, angesehen werden müsse. Die nun trotzdem erlassene und rückwirkende Beitragsverfügung verstoße gegen den Grundsatz von Treu und Glauben. Sofern jedoch die Beitragspflicht behauptet werden sollte, sei die Berechnung der Beiträge zu überprüfen und der Zins des Eigenkapitals dem Gesetz entsprechend in Abzug zu bringen.

Die kantonale Rekurskommission hieß die Beschwerde gut. Das EVG hingegen schützte die Berufung des BSV aus folgenden Erwägungen:

1. Streitig ist, ob der Berufungsbeklagte vom Einkommen, das er als

Komplementär der Gesellschaft in der Zeit vom 1. Mai 1957 bis 31. Dezember 1961 erzielt hat, Beiträge schulde.

Weil der Berufungsbeklagte deutscher Staatsangehöriger ist und seinen zivilrechtlichen Wohnsitz in Deutschland hat, stellt sich die Vorrage des anwendbaren Rechts. Die Ausgleichskasse hat den Berufungsbeklagten als Selbständigerwerbenden erfaßt. In Art. 3, Abs. 1, des zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz geltenden Sozialversicherungsabkommens wird nun die Zuständigkeit der Vertragsstaaten nur hinsichtlich der Versicherung der Arbeitnehmer abgegrenzt, in bezug auf die Versicherung der Selbständigerwerbenden dagegen nicht eingeschränkt (Urteil vom 31. Dezember 1958 i. Sa. A. F., EVGE 1959, S. 17, ZAK 1959, S. 482). Mithin ist der Rechtsstreit nach schweizerischem Landesrecht (d.h. gemäß AHVG) zu entscheiden.

2. Beitragspflichtig ist laut Art. 3, Abs. 1, AHVG unter anderm jeder männliche Versicherte von der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, auf jeden Fall aber vom 1. Januar des der Vollendung des 20. Altersjahres folgenden Jahres an, bis zum letzten Tag des Monats, in welchem er das 65. Altersjahr vollendet hat.

Versichert sind nach Art. 1, Abs. 1, Buchst. b, AHVG alle natürlichen Personen, die in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben. Streitig ist, ob der im Jahre 1907 geborene Berufungsbeklagte die Voraussetzungen dieser Gesetzesbestimmung erfülle.

a. Der Berufungsbeklagte ist einziger Komplementär der Kommanditgesellschaft. Auf Grund von Art. 17, Buchst. c, und Art. 20, Abs. 3, AHVV wird vermutet, eine Kommanditgesellschaft sei ein auf Erwerb gerichtetes Unternehmen (Urteil vom 14. März 1959 i. Sa. B. G., EVGE 1959, S. 39, ZAK 1959, S. 207). Der Berufungsbeklagte behauptet nun allerdings, seine Patentgesellschaft sei als nicht kaufmännische Kommanditgesellschaft anzusehen. Dies ist jedoch angesichts der hohen, von der Gesellschaft erzielten Gewinne (durchschnittlich rund 300 000 Franken im Jahr) abwegig. Es widerspricht auch dem mit «Patentverwertung und Patentberatung» umschriebenen Gesellschaftszweck (Siegwart, Kommentar zum OR, Noten 16 und 17 zu Art. 552), ganz abgesehen davon, daß die Erzielung von Erwerbseinkommen keineswegs ein nach kaufmännischer Art geführtes Gewerbe voraussetzt (Urteil vom 14. März 1959 i. Sa. B. G., EVGE 1959, S. 39, ZAK 1959, S. 207).

Die vom Gesetz begründete Vermutung wird auch dadurch erhärtet, daß die in die Firma eingebrachten Patente systematisch verwertet werden, was als Erwerbstätigkeit zu betrachten und der entsprechenden Tätigkeit eines beruflichen Erfinders gleichzusetzen ist (Urteil vom 18. September 1954 i. Sa. J. D., EVGE 1954, S. 176, ZAK 1954, S. 430). Der Berufungsbeklagte behauptet zwar, das Gesellschaftseinkommen sei bloß Kapitalertrag. Das EVG hat jedoch, gestützt auf die aus der Rechtsprechung gewonnene Erfahrung, entschieden, Lizenzgebühren seien nur ausnahmsweise als Kapitalertrag zu betrachten (Urteil vom 17. Juni 1957 i. Sa. D. H. AG, EVGE 1957, S. 174, ZAK 1958, S. 28), beispielsweise dann, wenn der Inhaber einer Erfindung sich durch Einräumung einer ausschließlichen Lizenz persönlich derart von seinem Rechte löse, daß er keinerlei Einfluß mehr auf die Auswertung und Weiter-

entwicklung der Erfindung habe. In einem solchen Fall ist die Lizenzgebühr ein Einkommen, das dem Lizenzgeber in vertraglich bestimmter Höhe und ohne weiteres Zutun, wie ein Kapitalertrag zufließt. Im vorliegenden Fall wird jedoch mit den Patenten, die der Berufungsbeklagte von einer deutschen Firma für 300 000 Deutsche Mark erworben hat, gewerbsmäßig Handel getrieben, wobei Arbeitnehmer mitwirken und ein jährlicher Gewinn herausgewirtschaftet wird, dessen Höhe allein schon die Annahme, es liege Kapitalertrag vor, verbietet. Viel stärker als einer nicht gewerblichen Liegenschaftsverwaltung, womit der Berufungsbeklagte seinen Betrieb identifizieren möchte, gleicht dieser dem gewerbsmäßigen Liegenschaftshandel eines Architekten, was als selbständige Erwerbstätigkeit im Sinne des Gesetzes gilt (vgl. Urteil vom 14. März 1959 i. Sa. B. G., EVGE 1959, S. 59, ZAK 1959, S. 207).

b. Steht somit fest, daß die Patentgesellschaft erwerbstätig ist, so ist ferner zu fragen, ob diese Tätigkeit «in der Schweiz» ausgeübt wird, was die zweite Bedingung von Art. 1, Abs. 1, Buchst. b, AHVG ist. Dafür genügt AHV-rechtlich, daß eine natürliche Person an einer in der Schweiz domizilierten Personengesellschaft beteiligt ist, falls sie das Unternehmerrisiko im Sinne von Art. 17, Buchst. c, und Art. 20, Abs. 3, AHVV trägt (EVGE 1949, S. 143, ZAK 1950, S. 79).

Die Kommanditgesellschaft hat ihren Sitz in der Schweiz und ist im Handelsregister des Kantons Y. eingetragen. Sie ist in der Schweiz besteuert worden, ohne daß sie dagegen Einspruch erhoben hätte (vgl. dazu Blumenstein, System des Steuerrechts, Bd. 1, 2. Aufl., S. 44 und 84; ferner: Känzig, Wehrsteuer, Note 196 zu Art. 3, Ziff. 3, Buchst. b und c, WStB). Ihr in der Schweiz wohnhafter Prokurist unterzeichnet jeweils die Verträge, nimmt die am Rechtsdomizil zu erfüllenden Vertragsleistungen entgegen, kontrolliert das Verhältnis zu den Lizenznehmern, honoriert die Patentanwälte, benützt, wie die Akten lehren, das mit dem schweizerischen Domizil gekennzeichnete Geschäftspapier und führt Buch. Es geht daraus klar hervor, daß die Geschäftstätigkeit von der Schweiz, d. h. vom Lande des Geschäftssitzes ausgeht. Das Gesellschaftseinkommen gilt demzufolge als in der Schweiz erzielt. Soweit es dem Berufungsbeklagten als Komplementär zufließt, hat er davon grundsätzlich Beiträge zu entrichten (Art. 1, Abs. 1, Buchst. b, AHVG in Verbindung mit Art. 3, Abs. 1, AHVG und Art. 20, Abs. 3, AHVV).

3. Zu prüfen ist ferner, ob der Einwand Stich hält, das Vorgehen der Ausgleichskasse verstoße gegen den Grundsatz von Treu und Glauben und komme einer unzulässigen Praxisänderung ex tunc gleich.

a. . . .

b. Ein Handeln gegen Treu und Glauben liegt nicht vor. Gemäß Art. 39, AHVV ist jede Kasse verpflichtet, die Nachzahlung geschuldeter Beiträge zu verfügen. Dies entspricht dem Grundsatz der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung. Einzige gesetzliche Schranke einer Nachzahlungsverfügung ist die Verjährungsbestimmung des Art. 16, Abs. 1, AHVG. Kommt eine Kasse, sei es aus rechtlichen oder tatsächlichen Erwägungen, zum Schluß, eine Person, die sie bisher nicht erfaßte, sei nunmehr als beitragspflichtig zu erklären, so hat sie eine entsprechende Nachzahlungsverfügung zu erlassen. Das Prinzip von Treu und Glauben könnte, wie das EVG entschieden hat, eine solche Nachforderung nur dann beschränken, wenn ganz besondere Umstände es als

schlechthin unbillig und mit dem Gedanken der Rechtssicherheit unvereinbar erscheinen ließen, den gesetzlichen Zustand rückwirkend herzustellen (Urteil vom 17. Juni 1957 i. Sa. D. H. AG, EVGE 1957, S. 174, ZAK 1958, S. 28). Derartige besondere Umstände sind hier nicht gegeben.

Der Berufungsbeklagte erhebt den Vorwurf, die Verwaltung habe mit dem Erlaß der Beitragsverfügung in doloser Absicht zugewartet. Dafür findet sich jedoch in den Akten kein Anhaltspunkt, und es kann deshalb die Frage, wie in einem solchen Fall zu entscheiden wäre, offen gelassen werden.

*

Das EVG hat in einem zweiten Urteil vom gleichen Tag i. Sa. W. E. H. in gleicher Weise entschieden. Der Sachverhalt stimmte weitgehend mit dem Fall K. P. überein. Er wich lediglich insofern von diesem ab, als W. E. H. Inhaber einer in der Schweiz im Handelsregister eingetragenen Einzelfirma war, und daß die Beziehungen dieser Firma zur Schweiz noch lockerer waren als im Falle K. P., indem sich in der Schweiz lediglich das Rechtsdomizil befand, während die Geschäftsleitung ausschließlich im Ausland vor sich ging; so wurde die am Domizil in der Schweiz eintreffende Post ungeöffnet ins Ausland weitergeleitet.

Urteil vom 30. April 1963 i. Sa. M. T.

Art. 20, Abs. 3, AHVV. Kraft des elterlichen Nutzungsrechtes am Kindesvermögen gehören die Gewinnanteile minderjähriger und nicht beitragspflichtiger Kinder, die diesen als Erben eines Kollektivgesellschafters zukommen, zum selbständigen Erwerbseinkommen des überlebenden Elternteils (Erwägung 2).

Ist indessen ein minderjähriges und nicht beitragspflichtiges Kind als Kollektivgesellschaftler im Handelsregister eingetragen, so gehören dessen Gewinnanteile, unbekümmert um das elterliche Nutzungsrecht, nicht zum Erwerbseinkommen der Eltern, sondern sind gemäß Art. 3, Abs. 2, Buchst. a, AHVG von der Beitragserhebung ausgenommen (Erwägung 3). Die Witwe legte Beschwerde ein. Sie machte geltend, dieses Einkommen sei Kapitalertrag, denn sie habe im Geschäft nicht mitgearbeitet. Jedenfalls aber schulde sie von den Anteilen ihrer Söhne keine Beiträge.

Der Ehemann der Beschwerdeführerin starb am 24. Januar 1957. Er war zusammen mit seinem Bruder Inhaber einer Kollektivgesellschaft gewesen. Nach seinem Tod wurde die Gesellschaft unverändert weitergeführt. Auf den 30. Juni 1961 übernahm der Bruder das Geschäft mit Aktiven und Passiven. Die Ausgleichskasse verfügte, die Witwe habe von dem ganzen ihr vom 1. Februar 1957 bis zum 30. Juni 1961 aus der Kollektivgesellschaft zugeflossenen Einkommen Beiträge zu entrichten.

Die Rekursbehörde hieß die Beschwerde der Witwe teilweise gut, indem sie erkannte, die Witwe habe von den Anteilen ihrer beiden Söhne am Geschäftsergebnis der Gesellschaft keine Beiträge zu entrichten. (Die Söhne selbst waren altershalber nicht beitragspflichtig).

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

1. Streitig ist, ob die Witwe vom gesamten Gewinnanteil, der auf die Beteiligung des Erblassers an der Kollektivgesellschaft in der Zeit vom 1. Februar 1957 bis 30. Juni 1961 entfiel, Beiträge bezahlen müsse. Dies hängt davon ab, ob dieser Gewinn gemäß Art. 9, Abs. 1, AHVG und Art. 20, Abs. 1, AHVV als Erwerbseinkommen der Witwe zu betrachten sei oder nicht.

2. Mit dem Tode des Erblassers wurde die Kollektivgesellschaft aufgelöst und trat in das Liquidationsstadium ein (Hartmann, Kommentar zum Recht der Kollektiv- und Kommanditgesellschaft, insbesondere Note 10 und 11 zu Art. 574 und N 1 zu Art. 584 OR). Laut Beschwerde erfolgte kein Beschluß, die Kollektivgesellschaft mit den Erben fortzusetzen, und jedenfalls fand im AHV-rechtlich maßgebenden Außenverhältnis keine Fortsetzung statt. In der Übergangszeit nutzte die Witwe kraft ihrer erb- und familienrechtlichen Stellung den gesamten von ihrem verstorbenen Ehemann hinterlassenen Gesellschaftsanteil. Ihr standen in diesem Umfang auch die entsprechenden Dispositionsbefugnisse in der Kollektivgesellschaft bis zum Abschluß der Liquidation (30. Juni 1961) zu, wobei es nach feststehender Praxis nicht entscheidend ist, wie weit sie ihre Rechte praktisch wahrnahm (vgl. u. a. Kommentar Hartmann, N 11, Abs. 2, zu Art. 574 OR). Darin erschöpft sich der AHV-rechtliche Tatbestand, und die Berufungsbeklagte hat deshalb auf dem ganzen ihr aus der Liquidationsgesellschaft zufließenden Gewinnanteil Beiträge im Sinne von Art. 8, Abs. 1, AHVG bzw. Art. 20, Abs. 1, AHVV zu entrichten. Art. 3, Abs. 2, Buchst. a, AHVG steht dem nicht entgegen, indem nach den entscheidenden wirtschaftlichen Gegebenheiten nicht die minderjährigen Kinder erwerbstätig waren, auch nicht durch ihre Mutter als gesetzliche Vertreterin; diese nutzte vielmehr den Gesellschaftsanteil soweit nicht aus eigenem Erbrecht aus dem direkten elterlichen Nutzungsrecht.

3. Das BSV nimmt anscheinend an, das Gericht habe im Fall R. & Sohn (Urteil vom 17. Januar 1955, ZAK 1955, S. 110), anders entschieden. Das trifft jedoch insofern nicht zu, als in jenem Fall die Kollektivgesellschaft fortgesetzt wurde und die Erben die Eigentums- und Haftungsverhältnisse mit Gesellschaftsvertrag geregelt hatten unter Eintragung im Handelsregister. Im maßgebenden Außenverhältnis war deshalb auch das minderjährige Kind neben seinem Elternteil als Kollektivgesellschaftler erwerbstätig.

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 19. Juni 1963 i. Sa. J. E.

Art. 12, Abs. 1, IVG; Art. 2, Abs. 1, IVV. Auf unabsehbare Zeit hinaus jährlich notwendige Badekuren bei Lähmungserscheinungen nach Poliomyelitis bilden keine Maßnahme zur dauernden und wesentlichen Verbesserung oder Bewahrung der Erwerbsfähigkeit.

Die 1931 geborene, als Krankenschwester tätige Versicherte erkrankte im Oktober 1955 an Poliomyelitis, die schwere Lähmungen zurückließ. Mit einem Oberschenkelapparat links, Knieriegel, Beckengurt und elastischem Tibialiszug, Stahlspangenkorsett und Schuheinlagen kann sie nur unter Mithilfe von zwei Krückstöcken gehen. Nach der Krankheit wurde die Versicherte

zunächst im Telephondienst und in der Anmeldung einer Klinik beschäftigt. In der Folge besuchte sie eine Handelsschule. Seit dem 1. März 1960 arbeitet sie in einer öffentlichen Verwaltung.

Die IV übernahm die Kosten von zwei in den Jahren 1960 und 1961 durchgeführten Badekuren; außerdem bezahlte sie die seit dem 1. Januar 1960 entstandenen Kosten der Umschulung in der Handelsschule. Mit Schreiben vom 15. April 1962 verlangte die Versicherte unter Berufung auf ein ärztliches Zeugnis die Übernahme einer weiteren Badekur im Juni/Juli 1962. Die Versicherte wies u. a. darauf hin, daß eine jährliche Badekur unerlässlich sei, um weiteren Kontrakturen vorzubeugen und die erlangte Kraft zu bewahren.

Durch Verfügung brachte die Ausgleichskasse der Versicherten zur Kenntnis, die IV-Kommission habe die Übernahme der angebotenen Badekuren abgelehnt, da es sich nicht mehr um eine Eingliederungsmaßnahme handle. 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:

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. In Art. 2, Abs. 1, IVV hat der Bundesrat außerdem bestimmt, daß als medizinische Maßnahme unter den in Art. 12, Abs. 1, IVG genannten Bedingungen «einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte Vorkehren» gewährt werden. Diese Umschreibung hält sich nach den Darlegungen in EVGE 1961, S. 318 (ZAK 1962, S. 79) im Rahmen des allgemeinen Begriffes von Art. 12 IVG. Ob eine Vorkehr nur während «begrenzter Zeit» wiederholt wird, läßt sich einzig auf Grund einer Abwägung der Verhältnisse im Einzelfall bestimmen (EVGE 1962, S. 322, ZAK 1963, S. 177).

Die von der Versicherten im Jahre 1962 durchgeführte Badekur gehört nicht zur Behandlung des Leidens an sich, jedenfalls nicht zu einer solchen, die einen allfälligen Eingliederungszweck überschattet; sie diente nicht der Linderung oder Heilung labilen pathologischen Geschehens, da als Folge der Poliomyelitis ein Defektzustand gegeben ist (EVGE 1962, S. 308, ZAK 1963, S. 128). Dagegen erhebt sich die Frage, ob die erwähnte Badekur noch zu den während begrenzter Zeit wiederholten Vorkehren im Sinne von Art. 2, Abs. 1, IVV gezählt werden kann. Diese Frage ist zu verneinen. Nachdem die Versicherte bereits mehrere Badekuren, z. T. schon vor 1960, absolviert hatte, bestand im Jahre 1962 keine hinreichende Aussicht mehr auf die in Art. 2, Abs. 1, IVV geforderte zeitliche Begrenzung. Vielmehr mußte auf Grund der gemachten Erfahrungen und des Zustandes der Versicherten angenommen werden, daß auf unabsehbare Zeit hinaus jährlich eine Badekur notwendig sein werde. Das ergibt sich übrigens aus den eigenen Angaben der Versicherten, die eine jährliche Badekur als unerlässlich erachtet. Unter diesen Verhältnissen kann die IV die Kosten der Badekur des Jahres 1962 nicht übernehmen, auch wenn sie nach dem ärztlichen Zeugnis medizinisch indiziert war; sie bildete kein Element dauernder und wesentlicher Verbesserung oder Bewahrung der Erwerbsfähigkeit.

Urteil des EVG vom 30. Mai 1963 i. Sa. C. V.

Art. 16 IVG. Ein Invalider in erstmaliger beruflicher Ausbildung hat Anspruch auf Ersatz der Mehrkosten im Vergleich zu denjenigen Aufwendungen, die ohne Invalidität zur Erreichung des gleichen beruflichen Zieles nötig wären. (Erwägung 2)

Art. 16 IVG. Die IV übernimmt die gesamten Kosten einer erstmaligen beruflichen Ausbildung, wenn das angestrebte berufliche Ziel für einen Nichtinvaliden ohne jegliche Ausbildung zu erreichen wäre. (Erwägung 2)

Der 1943 geborene Versicherte ist seit Geburt geistesschwach, praktisch aber bildungsfähig. Die IV-Kommission beschloß deshalb, seine Ausbildungsfähigkeit vom 1. März 1962 bis zum 31. Mai 1962 auf Kosten der IV in einem Arbeitsheim für Gebrechliche abklären zu lassen. Dieser Aufenthalt ergab, daß sich der geistesschwache Minderjährige für eine Anlehre als Haushaltshilfe eignet; insbesondere wegen der Notwendigkeit einer «zielstrebigem arbeitscharakterlichen Förderung» müsse mit einer Ausbildungszeit von einem Jahr gerechnet werden. Demzufolge faßte die IV-Kommission den Beschluß, die invaliditätsbedingten Mehrkosten dieser vom 22. Juni 1962 bis zum 21. Juni 1963 währenden erstmaligen beruflichen Ausbildung im betreffenden Heim zu übernehmen. Die Kommission berechnete die Mehrkosten wie folgt:

	Franken
Gesamtkosten der einjährigen Anlehre laut Tarifvereinbarung (Fr. 7.— täglich für Verpflegung und Unterkunft, Fr. 3.40 täglich für Ausbildung, bei insgesamt 360 Tagen)	3744
Abzug der Kosten von Verpflegung und Unterkunft, die entstanden wären, wenn der Versicherte ohne Invalidität eine 3½-jährige Mechanikerlehre am Wohnort seiner Eltern absolviert hätte (Fr. 1.50 während 1260 Tagen)	1890
Die von der IV zu tragenden Mehrkosten betragen somit	1854

Der gesetzliche Vertreter des Versicherten beschwerte sich und machte geltend, es gehe nicht an, bei der Mehrkostenberechnung den tatsächlichen Kosten der einjährigen Anlehre diejenigen einer hypothetischen Mechanikerlehre von 3½ Jahren gegenüberzustellen. Das kantonale Gericht hieß die Beschwerde gut, im wesentlichen mit folgender Begründung: Der Kostenvergleich habe «ohne Rücksicht auf einen Vergleich der Länge einer hypothetischen längeren Lehrzeit mit der kürzeren Anlehre» pro rata temporis dieser letzteren zu erfolgen. Es sei mithin den monatlichen Kosten der effektiven Anlehre (Fr. 312.—) der monatliche Versorgeranteil, den die Eltern während der Lehre ihres Sohnes ohne dessen Invalidität zu tragen gehabt hätten (dieser Anteil sei auf Fr. 3.— im Tag zu veranschlagen und betrage demnach Fr. 90.—) gegenüberzustellen, so daß sich ein von der Invalidenversicherung zu übernehmender monatlicher Mehrkostenanteil von 222 Franken ergebe.

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

1. Das Berufungsgericht hält die von der IV-Kommission angewandte Methode der Mehrkostenberechnung für unrichtig. Doch ist zuzugeben, daß diese an sich durch den Wortlaut der in Art. 5, Abs. 2, Satz 2, IVV enthaltenen Ausnahmebestimmung gedeckt wird, welche u. a. vorschreibt, daß, wenn der Versicherte ohne die Invalidität offensichtlich eine weniger kostspielige Ausbildung erhalten hätte, die Kosten dieser Ausbildung als Berechnungsgrundlage dienen sollen. Dieser Ausnahmetatbestand wäre eigentlich im vorliegenden Fall erfüllt, nachdem doch die von der IV-Kommission angeführten Zahlen zeigen, daß beispielsweise die 3½jährige Ausbildung als Mechaniker viel weniger gekostet hätte als die 12monatige Anlehre im Arbeitsheim. Zwar vertritt das BSV die Ansicht, die erwähnte Ausnahmebestimmung sei auf den in Frage stehenden Tatbestand nicht anwendbar, freilich ohne klar zu sagen, aus welchem Grunde. Dies kann indessen dahingestellt bleiben, denn die Lösung zumindest des vorliegenden Rechtsstreites ergibt sich aus dem Gesetze selber, und zwar aus Art. 16 IVG.

2. Art. 16 IVG handelt von der erstmaligen beruflichen Ausbildung, die der versicherte Invalide als solcher erhält, und gibt diesem Anspruch auf Ersatz der Mehrkosten dieser Ausbildung im Vergleich zu denjenigen Aufwendungen, die bei fehlender Invalidität zur Erreichung des gleichen beruflichen Zieles nötig wären. Dies ist auch die grundsätzliche Meinung des BSV, das daraus richtigerweise den Schluß zieht, es könne vorkommen, daß die Kosten einer bestimmten einmaligen beruflichen Einarbeitung als Ganzes «Mehrkosten» im Sinne von Art. 16 IVG seien, und zwar dann, wenn das angestrebte berufliche Ziel für einen Nichtinvaliden ohne jegliche Ausbildung erreichbar wäre. Letzteres trifft hier sicher zu; denn die Ausbildung besteht im vorliegenden Falle in einer Anlehre als Haushalthilfe, bei der dem Versicherten nur einfachste Verrichtungen, die an sich keine besondere Fertigkeiten voraussetzen, zugemutet werden. Nach den Ausführungen der Heimleitung scheint das Schwergewicht dieser «Ausbildung» denn auch auf die Steigerung der Konzentrationsfähigkeit des Versicherten gelegt worden zu sein, der vor allem «zielstrebigere arbeitscharakterlicher Förderung» bedürfe. Es handelt sich somit um ein berufliches Ziel, das ein Nichtinvaliden ohne besondere Aufwendungen erreichen würde.

3. Es stellt sich demnach nurmehr die Frage, ob die von der IV zu vergütenden Mehrkosten den gesamten Aufwand für die Unterbringung des Versicherten im Arbeitsheim für Gebrechliche zu umfassen habe oder ob hiervon die Kosten des Unterhaltes, die auch ohne die «Ausbildung» bestritten werden müßten, abzuziehen seien. Das EVG hält einen solchen Abzug grundsätzlich für gerechtfertigt, denn der Anspruch des Versicherten erstreckt sich nur auf die Mehrkosten der eigentlichen Ausbildung, welche den ohnehin notwendigen und daher von ihr unabhängigen Unterhaltsaufwand nicht umschließt. Denn auch der Nichtinvaliden, der vergleichsweise mit der entsprechenden Erwerbstätigkeit sogleich beginnen könnte, müßte seinen Unterhalt selber bestreiten (auch in der Form des Naturallohnes). Zudem verdient der Berufungsbeklagte seinen Unterhalt wenigstens zum Teil durch die eigene Arbeit im Heim selber: Die Heimleitung sagt, daß sie in der Lage wäre, dem Versicherten «als Entgelt für seine Leistung eine Prämie von 70 Franken im Monat zu vergüten.»

Die vorstehenden Erwägungen führen, wenngleich aus etwas anderen Erwägungen, zum gleichen Ergebnis wie der vorinstanzliche Entscheid. Darnach umfassen die von der IV zu vergütenden «Mehrkosten» im vorliegenden Falle die während der einjährigen Ausbildungsperiode entstehenden Heimkosten von 312 Franken monatlich, abzüglich des Aufwandes für den Unterhalt, der ja auch ohne Invalidität zu Lasten des Versicherten oder seiner Angehörigen ginge. Diesen Aufwand hat die kantonale Rekursbehörde auf 90 Franken im Monat veranschlagt, eine Schätzung, von der abzuweichen umso weniger Anlaß besteht, als das Arbeitsheim in der Beschwerde selber ausgeführt hat, die Bewertung des Versorgeranteils für Kost und Logis zu Hause variere — je nach den verfügbenden kantonalen Organen — in ähnlichen Fällen von monatlich 60 bis 100 Franken. Der von der IV zu tragende Mehrkostenbetrag beläuft sich mithin auf 222 Franken im Monat. Die Berechnung, die zu diesem Ergebnis führt, erweist sich als ausreichend fundiert, so daß es sich erübrigt, die Sache zur maßlichen Festsetzung an die IV-Kommission

Urteil des EVG vom 14. Juli 1962 i. Sa. P. J.

Art. 16 und 17 IVG. Wird eine berufliche Ausbildung durchgeführt, so ist wegen des verschiedenen Umfanges der von der IV zu gewährenden Leistungen in jedem Falle klarzustellen, ob es sich um eine erstmalige berufliche Ausbildung oder um eine Umschulung bzw. Wiedereinschulung handelt.

Die Versicherte leidet seit ihrer Geburt an einer spastischen Halbseitenlähmung, welche dank orthopädischer Eingriffe gemildert werden konnte. Zur Zeit der Pubertät trat eine Jackson-Epilepsie hinzu, die seither durch entsprechende Behandlung unter Kontrolle gehalten wird. Die Versicherte besuchte die Primarschule von 1942 bis 1949, allerdings mit krankheitsbedingten Unterbrüchen. 1954 schlug ein Professor des Instituts für Erziehungswissenschaft eine Ausbildung als Buchbinderin vor, was von der Versicherten abgelehnt wurde, da sie lieber Kinder betreuen wollte. Nachdem sie sich vorerst mit Büroarbeiten in der väterlichen Druckerei betätigt hatte, war die Versicherte seit 1957 als Hilfskindergärtnerin in mehreren öffentlichen und privaten Institutionen tätig. Sie wurde dazu durch die Ergebnisse einer weiteren Eingliederungsabklärung ermuntert und besuchte später auch noch bestimmte Kurse.

Im Jahre 1960 verlangte die Versicherte Leistungen von der IV. Vor allem auf Grund der Berichte des behandelnden Arztes, von Pro-Infirmis und der IV-Regionalstelle, wie auch gestützt auf die Zeugnisse der Institute, in welchen die Versicherte gearbeitet hatte, ordnete die IV-Kommission eine psychotechnische Prüfung durch den oben erwähnten Professor an. In seiner Vernehmung unterstrich der Experte, daß die Eigenwilligkeit der Versicherten, Kinder betreuen zu wollen, es nicht ermögliche, eine andere Betätigung als diejenige einer Hilfskindergärtnerin in einer Krippe oder in einem Kinderheim ins Auge zu fassen. Es sei daher, so führte der Experte weiter aus, der Mühe wert, ihr diese Chance zu geben, trotz der Zweifel, welche man hin-

sichtlich eines genügenden Erwerbseinkommens bei dieser Betätigung haben könne. Die IV-Regionalstelle schlug ihrerseits eine kürzere Ausbildung als Hilfskindergärtnerin in einem in einer andern Stadt gelegenen Institut vor. Die IV-Kommission konnte indessen dieser, dem Wunsche der Versicherten entsprechenden Eingliederung nicht zustimmen und lehnte Leistungen seitens der IV ab, da die Versicherte keiner andern Eingliederung zustimmen wollte. Dieser Beschluß wurde der Versicherten mit Verfügung vom 8. Mai 1961 durch die Ausgleichskasse eröffnet.

In der gegen diese Verfügung erhobenen Beschwerde machte die Versicherte geltend, sie habe von jeher eine besondere Neigung für den Umgang mit Kindern gehabt; die vorgelegten Zeugnisse zeigten, daß die verlangte Ausbildung ihren Fähigkeiten entspreche; weiter habe sie nie andere Eingliederungsmöglichkeiten abgelehnt, sei aber des langen Wartens überdrüssig geworden und habe deshalb ab 17. April 1961 die Kurse in einem von der IV-Regionalstelle empfohlenen Institut besucht.

Die kantonale Rekurskommission hielt dafür, daß die Versicherte die für den Beruf einer Kindergärtnerin erforderlichen Fähigkeiten besitze, in diesem Beruf eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit entfalten könne, und die Eingliederungsmaßnahmen zweifelsohne geeignet seien, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu verbessern oder ihre Verwertung zu fördern. Wenn auch die Frage offen gelassen werden könne, ob diese Leistungen im Rahmen der erstmaligen beruflichen Ausbildung (Art. 16 IVG) zu gewähren seien, sei indessen offensichtlich der Anspruch auf Umschulung (Art. 17 IVG) gegeben. Die Vorinstanz schützte daher die Beschwerde, sprach der Versicherten Eingliederungsmaßnahmen im Sinne von Art. 17 IVG zu und wies die Sache zu neuer Beschlußfassung an die IV-Kommission zurück.

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

1. Gemäß Art. 9 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen, «soweit diese Vorkehren notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern». Die beruflichen Maßnahmen bestehen in der Berufsberatung (Art. 15 IVG), der erstmaligen beruflichen Ausbildung (Art. 16 IVG), in der Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit oder in der Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf (Art. 17 IVG), in der Arbeitsvermittlung sowie in der Kapitalhilfe (Art. 18 IVG).

Vorliegendenfalls stellte sich, nach einer psychotechnischen Prüfung als beruflicher Abklärungsmaßnahme, die Frage der beruflichen Ausbildung. Der noch vor der Vorinstanz im Streite liegende Anspruch auf solche Maßnahmen beruflicher Art ist im Berufungsverfahren unbestritten. Wie der kantonale Richter, so stellt auch das BSV fest, daß die von der Versicherten in einem von der IV-Regionalstelle empfohlenen Institut besuchten Kurse notwendig und geeignet waren, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Das EVG teilt diese Ansicht, obwohl neuerdings Zweifel auftauchen, da die Versicherte zwei Monate nach Beendigung der Eingliederungsmaßnahmen und dem Erlangen des Kindergärtnerinnendiploms noch keine Anstellung gefunden hatte. Nun muß aber dieses Diplom der Versicherten die Ausübung einer ihrer Aus-

bildung entsprechenden Erwerbstätigkeit ermöglichen, und die IV-Organen haben sich zu bemühen, daß die Versicherte ihre Kenntnisse verwerten kann. Sie müssen vor allem dafür besorgt sein, daß das Ergebnis der Eingliederung weder durch einen fehlenden Arbeitswillen der Versicherten noch durch ungünstige Familieneinflüsse in Frage gestellt wird.

2. Da der Anspruch auf Maßnahmen beruflicher Art anerkannt ist, braucht nur noch entschieden zu werden, ob die Vorkehrungen eine erstmalige berufliche Ausbildung oder eine Umschulung darstellen.

Gemäß Art. 16 IVG hat ein Versicherter, der noch nicht erwerbstätig war und dem infolge Invalidität bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung in wesentlichem Umfang zusätzliche Kosten entstehen, Anspruch auf Ersatz dieser Kosten, sofern die Ausbildung den Fähigkeiten des Versicherten entspricht. Nach Art. 5, Abs. 2, IVV liegen zusätzliche Kosten dann vor, wenn die Aufwendungen für die Ausbildung des Versicherten jährlich um mindestens 240 Franken höher sind, als sie ohne Invalidität für eine gleichartige Ausbildung gewesen wären. Hätte er ohne Invalidität offensichtlich eine weniger kostspielige Ausbildung erhalten, so bilden die Kosten dieser Ausbildung die Grundlage für die Berechnung der durch die Invalidität bedingten zusätzlichen Aufwendungen.

Laut Art. 17 IVG hat der Versicherte Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder wesentlich verbessert werden kann. Der Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit ist die Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf gleichgestellt. Art. 6 IVV bestimmt im weiteren, daß die IV bei einem Versicherten, der Anspruch auf Umschulung besitzt, die Kosten der Ausbildung sowie der Verpflegung und Unterkunft in der Ausbildungsstätte übernimmt.

Das EVG kann sich der Auffassung der Vorinstanz nicht anschließen, welche die Frage des Vorliegens einer erstmaligen beruflichen Ausbildung offen gelassen und die Sache zur Beschlußfassung auf Grund von Art. 17 IVG an die IV-Kommission zurückgewiesen hat. Einerseits ist nämlich der Umfang der IV-Leistungen stark verschieden, je nachdem es sich um erstmalige berufliche Ausbildung oder um Umschulung handelt. Die Frage der Art der Eingliederungsmaßnahmen kann daher nicht offen bleiben. Andererseits führt die Prüfung der Verhältnisse im vorliegenden Fall zum Schlusse, daß die hier vorliegenden Eingliederungsmaßnahmen eine erstmalige berufliche Ausbildung darstellen, was einen Anspruch auf Leistungen im Rahmen von Art. 16 IVG auslöst.

3. Eine Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit oder eine Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf im Sinne von Art. 17 IVG läge nur dann vor, wenn die Versicherte bereits eine Erwerbstätigkeit (auch ungelernete Arbeit) ausgeübt hätte (Urteil des EVG vom 30. April 1962 i. Sa. A. H., ZAK 1962, S. 379). Dies ist hier nicht der Fall. Ohne Zweifel war die Versicherte seit ihrem Austritt aus der Primarschule im väterlichen Druckereibetrieb mit kleineren Büroarbeiten beschäftigt. Dies stellte aber offensichtlich nur eine Beschäftigung, hingegen keine Erwerbstätigkeit dar. Was die als Hilfskindergärtnerin versehenen Volontariate in mehreren öffentlichen und privaten Ein-

richtungen anbelangt (in der Regel völlig unentgeltlich, ausnahmsweise mit einem bescheidenen Taschengeld), so dienten diese der Vorbereitung auf eine Erwerbstätigkeit, bildeten aber selber nicht die Ausübung einer eigentlichen Erwerbstätigkeit. Die seit Beendigung der Schulpflicht verflossene Zeit hat für sich allein keinen Einfluß auf die Art der Eingliederungsmaßnahmen. Die im Institut besuchten Kurse stellen somit den Abschluß der erstmaligen beruflichen Ausbildung dar, während die vorangehenden Volontariate lediglich eine Vorbereitung dazu bildeten.

Demzufolge hat die Versicherte im Sinne von Art. 16 IVG Anspruch auf Rückerstattung der zusätzlichen durch die erstmalige berufliche Ausbildung infolge Invalidität entstandenen Kosten. Auf Grund der Akten können indessen die mutmaßlichen, ohne Invalidität entstandenen Ausbildungskosten und deshalb auch der Umfang allfälliger invaliditätsbedingter Mehrkosten nicht ermittelt werden. Die Akten sind daher an die IV-Kommission zur Prüfung und neuen Beschlußfassung im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen.

Urteil des EVG vom 29. Juni 1963 i. Sa. R. G.

Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 15, Abs. 1, IVV. Ein zur Eingliederung eines Versicherten ins Erwerbsleben notwendiges Hilfsmittel geht selbst dann zu Lasten der IV, wenn es daneben auch der Linderung eines Leidens dient, dessen Behandlung nicht unter Art. 12 oder 13 IVG fällt. (Erwägung 1)

Art. 21, Abs. 1, IVG. Die IV übernimmt bei einem an Epiphysolyse (Loslösung des oberen Endstückes des Oberschenkelknochens, deren konservative Behandlung nicht zu Lasten der IV geht) erkrankten Versicherten die für den Schulbesuch benötigte Thomasschiene. (Erwägung 2)

Art. 11 IVV. Die im Rahmen dieser Bestimmung von der IV zu vergütenden Transportkosten sind bei Motorradfahrten nach einer Kilometerentschädigung von 11 Rappen und bei Taxifahrten nach den nachgewiesenen tatsächlichen Auslagen zu bemessen. (Erwägung 3)

Die 1948 geborene Versicherte leidet an einer Epiphysolyse des rechten Femurkopfes (Loslösung des oberen Endstückes des Oberschenkelknochens) mit Abweichen nach hinten unten. Sie mußte sich deswegen vom 6. Januar 1960 an im Spital während drei Monaten einer Extensionsbehandlung unterziehen; nach der Behandlung wurde ihr eine Thomasschiene abgegeben, mit deren Hilfe sie gehen konnte. Sie vermochte aber den Schulweg (je 3 km) nur zu bewältigen, wenn ihr Vater sie mit seinem Motorrad zur Schule brachte und wieder abholte. Bei Verhinderung des Vaters waren Taxifahrten erforderlich.

Durch Verfügung brachte die Ausgleichskasse dem Vater der Versicherten zur Kenntnis, die IV-Kommission habe die Gewährung medizinischer Maßnahmen und die Übernahme von Transportkosten zur Ermöglichung des Schulbesuches abgelehnt. Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde

wurde von der kantonalen Rekursbehörde gutgeheißen und die Ausgleichskasse angewiesen, «die Kosten der im Jahre 1960 erworbenen Hüftstützen zu übernehmen und vom 1. Januar 1960 hinweg pro Schulwoche einen Beitrag von 7 Franken an die invaliditätsbedingten Transportkosten zum Schulbesuch auszurichten».

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

1. Gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG hat der Versicherte im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. Art. 14, Abs. 1, IVV, der die bundesrätliche Liste enthält, zählt die Hilfsmittelgruppen (a. künstliche Glieder mit Zubehör, b. Stütz- und Führungsapparate, c. Hilfsmittel für Kopfschäden usw.) abschließend auf. Daneben enthält die Liste Beispiele von Gegenständen, die unter die einzelnen Gruppen fallen (a. künstliche Glieder mit Zubehör «wie Fuß-, Bein-, Hand- und Armprothesen» usw.).

Aus dem in Art. 21, Abs. 1, IVG umschriebenen Zweck des Hilfsmittels ergibt sich zunächst, daß es seiner Konstruktion nach geeignet sein muß, der Eingliederung ins Erwerbsleben zu dienen. Gegenstände, die diesem Zweck nicht dienlich sein können (z. B. bloße Extensionsvorrichtungen, Gipsbette), erfüllen den Hilfsmittelbegriff nicht. Sodann wird durch die in Art. 14, Abs. 1, IVV enthaltene Liste bestätigt, daß unter einem Hilfsmittel — entsprechend dem allgemeinen Sprachgebrauch — ein Gegenstand zu verstehen ist, den die Person, die ihn verwendet, ablegen und wieder verwenden kann, ohne daß er einer strukturellen Abänderung bedürfte. Demzufolge sind angewinkelte oder angegossene Verbände (Gaze-Bandagen, Gehgipse, Gipskorsette) keine Hilfsmittel.

Erfüllt ein Gegenstand den Hilfsmittelbegriff, so ist er von der IV abzugeben, falls er zur Eingliederung des Versicherten ins Erwerbsleben im Sinne von Art. 21, Abs. 1, IVG notwendig ist. Diese Voraussetzung wird in Art. 15, Abs. 1, IVV u. a. dahin erläutert, daß der Versicherte auf das Hilfsmittel zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder für die Schulung angewiesen sein müsse. Grundsätzlich kann es nicht darauf ankommen, ob, und wenn ja, wie weit das Hilfsmittel neben diesem Eingliederungszweck auch andern Zwecken dient. Eine Abwägung nach dem überwiegenden Zweck, wie sie Art. 12 IVG hinsichtlich der medizinischen Vorkehrungen erforderlich macht, kennt Art. 21, Abs. 1, IVG nicht. Demgemäß geht ein Hilfsmittel, das den genannten Eingliederungszweck erfüllt, zu Lasten der IV, wenn es auch zur Linderung eines Leidens abgegeben wird, dessen Behandlung nicht unter Art. 12 IVG (oder Art. 13 IVG) fällt. So sind beispielsweise Stützmieder, die zu den Stütz- und Führungsapparaten des Art. 14, Abs. 1, Buchst. b, IVV gehören, von der IV auch dann zu übernehmen, wenn sie zur Linderung der Folgen von Rücken- oder Hüftleiden dienen, deren Behandlung keine medizinischen Eingliederungsmaßnahmen darstellen; es muß genügen, daß die Mieder zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit (oder auch zur Ausübung der Hausfrauentätigkeit, Art. 5, Abs. 1, IVG) notwendig sind.

Inwieweit Ausnahmen vom Grundsatz zu machen sind, daß es nur auf die Notwendigkeit des Hilfsmittels zur Eingliederung ins Erwerbsleben ankommt, braucht heute nicht abschließend beurteilt zu werden. Einmal ordnet

schon der zweite Satz des Art. 21, Abs. 1, IVG an, daß gewisse Hilfsmittel (Zahnprothesen, Brillen, Schuheinlagen) nur als wesentliche Ergänzung medizinischer Maßnahmen abgegeben werden. Darüber hinaus ist es denkbar, daß Gegenstände mit Hilfsmittelcharakter abgegeben sind, wenn sie die einzig mögliche und notwendige Vorkehr darstellen zur Erreichung eines wesentlichen, vom Gesetz geschützten Erfolges, auch wenn sie nicht unmittelbar der Eingliederung dienen oder auch nicht wesentliche Ergänzung medizinischer Maßnahmen sind (in dieser letzten Hinsicht ist beispielsweise an die Abgabe von Brillen bei hochgradigen, angeborenen Refraktionsanomalien im Sinne von Art. 2, Ziff. 158, GgV zu denken). Ausnahmen vermögen aber am Grundsatz nichts zu ändern, daß der Versicherte auf jene Hilfsmittel Anspruch hat, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind.

2. Im vorliegenden Fall wurde der an Epiphysolyse erkrankten Versicherten eine Thomasschiene abgegeben, die ihr das Gehen ermöglichte. Diese Schiene ist ein Hilfsmittel. Sie ist geeignet, eine Erwerbstätigkeit bzw. eine Schulung zu ermöglichen, und gehört zu den Stütz- und Führungsapparaten im Sinne von Art. 14, Abs. 1, Buchst. b, IVV, die ohne strukturelle Abänderung abgelegt und wieder verwendet werden können.

Die 1948 geborene Versicherte benötigt offensichtlich eine Thomasschiene, um die Schule besuchen zu können. Sie ist im Sinne von Art. 15, Abs. 1, IVV für ihre Schulung auf diese Hilfsmittel angewiesen, ebenso sehr wie auf die bereits bewilligten Fahrten. Es geht nicht an, nur die Fahrten zu gewähren, daneben es aber der Versicherten zu überlassen, wie sie sich gehfähig mache. Die Vorinstanz hat daher die IV mit Recht verhalten, für die Kosten der Thomasschiene aufzukommen. Daß die durchgeführte konservative Behandlung der Epiphysolyse keine Eingliederungsmaßnahme darstellt (vgl. hiezu das Urteil des EVG vom 16. April 1963, i. Sa. J. S., (ZAK 1963, S. 444) und die Thomasschiene auch dieser Behandlung dient, vermag, wie oben dargetan, am Ausgang des Verfahrens nichts zu ändern.

3. Es ist heute unbestritten, daß die IV die wegen des Schulbesuches notwendigen Transportkosten vom 1. Januar 1960 an zu übernehmen hat. Dagegen muß die IV-Kommission die durch die Motorradfahrten entstandenen Kosten entsprechend den Angaben des BSV auf Grund einer Kilometerentschädigung von 11 Rappen bestimmen. Für die wegen des Schulbesuches notwendigen Taxifahrten sind gemäß dem vom BSV erlassenen Kreisschreiben über die Vergütung der Reisekosten die tatsächlichen Auslagen zu erstatten. Der Vater der Versicherten hat für die Vergangenheit soweit möglich Unterlagen zur schätzungsweisen Bemessung dieser Aufwendungen zu beschaffen; für die Zukunft sind die Taxifahrten zu belegen, sofern solche noch notwendig sein sollten. Die gesamte Entschädigung darf aber 50 Franken im Monat nicht übersteigen (Art. 11 IVV).

4. ...

Urteil des EVG vom 6. Juni 1963 i. Sa. F. Z.

Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 15, Abs. 2, IVV. Für einen beim Arbeitgeber wohnhaften Versicherten stellt ein Motorfahrzeug kein notwendiges Hilfsmittel für die berufliche Eingliederung und für die Zurücklegung des Arbeitsweges dar.

Der ledige, 1907 geborene Versicherte leidet an schweren Folgen einer im Kindesalter durchgemachten Poliomyelitis. Er hat den Schneiderberuf erlernt und arbeitet seit 1953 bei einem Schneidermeister. In den Jahren 1960 und 1961 hat er je 2700 Franken Barlohn und 1800 Franken Naturallohn (Kost und Logis) bezogen. Er besitzt seit 1954 ein motorisiertes Dreirad. Der Arzt bescheinigte, der Versicherte sei hochgradig gehbehindert (starke Verkürzung des rechten Beines; rechtsseitige Versteifung von Knie- und Fußgelenk; Deformierung des linken Beins, des Beckens und der Wirbelsäule). Der Zustand sei stationär, könnte sich aber mit der Zeit durch Arthrose der Hüftgelenke verschlimmern. Der motorisierte Fahrstuhl des Versicherten sei abgenutzt und gelegentlich durch ein neues Modell zu ersetzen. Der Versicherte erklärte, für orthopädische Schuhe habe er bisher rund dreimal soviel ausgelegt «wie einer mit normalen Füßen».

Gestützt auf den Beschluß der IV-Kommission verfügte die Ausgleichskasse die Übernahme der Kosten von Anschaffung und Reparatur der orthopädischen Schuhe. Zur Abklärung der Frage, ob ein neuer Fahrstuhl notwendig sei, wurde PRO INFIRMIS beigezogen. Diese meldete der IV-Kommission, der Versicherte gehe außerordentlich mühsam an zwei Krückstöcken. Im Jahre 1954 habe sie die Motorisierung des von ihm gekauften dreirädrigen Occasions-Selbstfahrers finanziert. Da dieses Fahrzeug bald ausgedient haben werde, ersuche man die IV um Abgabe eines modernen motorisierten Dreirades (Preis rund Fr. 1600.—). Der Versicherte müsse keinen Arbeitsweg zurücklegen, da er beim Arbeitgeber Kost und Unterkunft habe. Doch benötige er ein Dreirad, um sich auch einmal zu andern Menschen begeben zu können. Gemäß Kommissionsbeschluß verfügte die Ausgleichskasse, die IV gewähre kein Motorfahrzeug, da im vorliegenden Fall kein Arbeitsweg zurückzulegen sei (Art. 15, Abs. 2, IVV).

Der Versicherte beschwerte sich und schrieb, sein altes Dreirad taue zu nichts mehr. Er bitte um ein neues, damit er bisweilen seinen Arbeitsort verlassen könne. Das kantonale Gericht wies die Beschwerde ab. Weil hier kein Arbeitsweg zurückzulegen sei, bestehe keine Leistungspflicht der IV (Art. 15, Abs. 2, IVV), und es möge der Beschwerdeführer mit seinem Begehren an private Fürsorgeeinrichtungen gelangen.

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

1. Gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG rüstet die IV einen Invaliden mit den Hilfsmitteln aus, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. In Betracht fallen laut Art. 14, Abs. 1, Buchst. g, IVV Fortbewegungsmittel wie zum Beispiel Straßenfahrräder, Selbstfahrer oder bestimmte Motorfahrzeuge. Der Anspruch auf die Abgabe eines Hilfsmittels entsteht, sobald ein Invaliden für seine Erwerbstätigkeit, Schulung oder Ausbildung oder für seine funktionelle Angewöhnung eines Hilfsmittels bedarf (Art. 15, Abs. 1, IVV).

Namentlich werden Motorfahrzeuge nur abgegeben, wenn der Versicherte dauernd eine existenzsichernde Tätigkeit ausüben, aber wegen wesentlicher Gehbehinderung seinen Arbeitsweg nicht ohne persönliches Motorfahrzeug bewältigen kann (Art. 15, Abs. 2, IVV).

2. Der Versicherte wird an seinem Arbeitsort vom Arbeitgeber gepflegt und beherbergt und muß somit zur Zeit keinen Arbeitsweg zurücklegen, für welchen er auf ein Fahrzeug angewiesen wäre. Er und PRO INFIRMIS geben dies ohne weiteres zu und fügen einzig bei, nur ein Fahrzeug versetze ihn in die Lage, hin und wieder seinen Arbeitsort zu verlassen und unter die Leute zu gehen. Dieser Einwand schlägt deswegen nicht durch, weil die IV nach dem geltenden Recht ein Hilfsmittel nur schuldet, sofern ein solches für die berufliche Eingliederung des Versicherten notwendig ist (Erwägung 1 hievör; EVGE 1961, S. 52 und 1962, S. 73; ZAK 1961, S. 461 und 1962, S. 231). Solange im vorliegenden Fall diese Notwendigkeit fehlt, darf die IV dem Berufungskläger kein Fahrzeug abgeben. Verhilft ihm aber PRO INFIRMIS demnächst zu einem neuen Fahrzeug, so wird die IV ihre gesetzlichen Leistungen erbringen, sobald künftighin alle Voraussetzungen des Art. 15 IVV bestehen werden...

Renten und Taggelder

Urteil des EVG vom 12. Februar 1963 i. Sa. J. C.

Art. 22, Abs. 3, IVG und Art. 18 IVV. Die rückwirkende Zusprechung von Taggeldern für Wartezeiten vor der Anordnung der Eingliederungsmaßnahme ist möglich, wenn zwischen der Anmeldung zum Leistungsbezug und der Anordnung der Eingliederungsmaßnahme eine ungebührliche Verzögerung eingetreten ist. Erfolgt die Anordnung erst 18 Monate nach der Anmeldung, so liegt eine solche Verzögerung vor.

Der Versicherte, von Beruf Magaziner, leidet an einem angeborenen rechtsseitigen Hydrophthalmus (Augenwassersucht) und infolge eines 1946 erlittenen Unfalls verlor er sein linkes Auge. Trotz zahlreichen Behandlungen verschlechterte sich sein Gesundheitszustand; die Sehkraft seines rechten Auges ist nur noch ganz schwach. Da er somit fast völlig erblindet ist, wurde er am 14. Juli 1961 von seinem Arbeitgeber entlassen. Schon am 15. März 1960 hatte der Versicherte eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen (insbesondere Eingliederungsmaßnahmen) eingereicht. Die Regionalstelle konnte für ihn vom 2. November 1961 an einen neuen Arbeitsplatz finden.

Mit Beschluß vom 4. Oktober 1961 anerkannte die IV-Kommission den Anspruch des Versicherten auf Eingliederungsmaßnahmen und auf Taggelder für die Wartezeit vom 16. Juli 1961 bis zum Beginn der Eingliederungsmaßnahmen. Die Ausgleichskasse teilte ihm diesen Beschluß durch Verfügung vom 1. November 1961 mit, bestimmte aber gleichzeitig, daß der Anspruch auf die Taggelder erst mit dem Tag der Verfügung beginne.

Auf Beschwerde des Versicherten hin sprach ihm die kantonale Rekursbehörde seinem Antrag entsprechend das Taggeld schon ab 1. August 1961

(d. h. vom 1. Tage seiner Arbeitsunfähigkeit an) zu. Sie ging davon aus, daß die am 1. November 1961 ergangene Verfügung ungebührlich verzögert worden sei.

Die vom BSV gegen dieses Urteil eingereichte Berufung wurde vom EVG abgewiesen und zwar mit folgender Begründung:

1. Gemäß dem Wortlaut des Art. 22, Abs. 1, IVG hat der «Versicherte während der Eingliederung Anspruch auf ein Taggeld, wenn er an wenigstens drei aufeinanderfolgenden Tagen wegen der Eingliederung verhindert ist, einer Arbeit nachzugehen, oder zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig ist.» Der Anspruch auf Taggelder ist somit grundsätzlich nur während der Zeit gegeben, in welcher Eingliederungsmaßnahmen von einer gewissen Dauer durchgeführt werden, wobei diesen Taggeldern im Verhältnis zu den Eingliederungsmaßnahmen nur akzessorischer Charakter zukommt. Gemäß Art. 22, Abs. 3, IVG hat der Bundesrat zu bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Taggelder für nicht zusammenhängende Tage sowie für Untersuchungs-, Warte- und Anlernzeiten gewährt werden können. Gestützt auf diese Ermächtigung erließ der Bundesrat die Art. 17 bis 20 IVV, die am 1. Januar 1961 in Kraft getreten sind, aber auch auf die bei ihrem Inkrafttreten noch nicht erledigten Leistungsbegehren anwendbar sind (Art. 117, Abs. 1, IVV).

So bestimmt Art. 18, Abs. 1, IVV, daß «der Versicherte, der zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig ist und auf die Durchführung der angeordneten Eingliederungsmaßnahmen wartet, für jeden ganzen Tag der Wartezeit Anspruch auf ein Taggeld hat». Der zweite Absatz dieses gleichen Artikels präzisiert, daß «das Taggeld für die Wartezeit frühestens von der Anordnung der Eingliederungsmaßnahmen an und längstens für insgesamt 120 Tage gewährt» wird. Diese Regelung übernimmt die bereits durch Verwaltungsweisungen eingeführte und bis zum Inkrafttreten der IVV anwendbar gewesene Ordnung, mit dem einzigen Unterschied, daß der Anspruch auf Taggelder mit dem Beschluß der IV-Kommission und nicht mehr mit dem Datum der entsprechenden Verfügung der Ausgleichskasse beginnt.

2. Das EVG hatte hinsichtlich der obenerwähnten Verwaltungsweisungen festgestellt, daß kein Grund bestehe, diese Richtlinien nicht als gesetzesmäßig zu betrachten (ZAK 1961, S. 130). Diese gleiche Feststellung gilt offensichtlich auch für die von Art. 18, IVV vorgesehene Regelung. Das Gericht hatte aber bei dieser Gelegenheit darauf hingewiesen, daß die Frage offen bleibe, ob ein Wartezeit-Taggeldanspruch schon vor Erlaß der Verfügung — jetzt des Beschlusses — über Eingliederungsmaßnahmen entstehen könne, wenn diese z. B. ungebührlich verzögert wird. Diese Frage muß nun heute bejaht werden.

In Art. 18 sind — entsprechend der dem Bundesrat ohne gesetzliche Einschränkung eingeräumten Ermächtigung — die Voraussetzungen, unter denen Taggelder für die Zeit vor der Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen gewährt werden können, abschließend umschrieben. So wird namentlich verlangt, daß die Eingliederungsmaßnahmen angeordnet seien, wobei das Taggeld frühestens vom Datum des Beschlusses der IV-Kommission an gewährt werden kann. Der Beschluß steht aber in engem Zusammenhang mit der Anmeldung zum Leistungsbezug. Das von Art. 18 IVV aufgestellte Erforder-

nis und der dort vorgesehene Anspruchsbeginn setzen ihrer Natur entsprechend voraus, daß dieser Zusammenhang — der sich aus dem gesetzlichen System selbst ergibt und deshalb in der IVV nicht ausdrücklich erwähnt zu werden brauchte — nicht gestört wurde, d. h. daß sich das Verwaltungsverfahren normal abwickelte. Übersteigt nun die zwischen der Anmeldung zum Leistungsbezug und zum Beschluß der IV-Kommission verfllossene Zeitspanne jede objektiv noch vertretbare Grenze, so liegt keine normale Abwicklung des Verwaltungsverfahrens mehr vor. Wollte man in solchen Fällen den Beginn des Taggeldanspruchs auf das Datum des verspätet ergangenen Beschlusses der IV-Kommission festsetzen, so würde dies reinem Zufall entsprechen und wäre willkürlich. Als Anordnung der Eingliederungsmaßnahme im Sinne von Art. 18 IVG kann demnach nicht das Datum des verspäteten Beschlusses gelten; vielmehr muß im Falle eines offensichtlich verspäteten Beschlusses das Datum gelten, in welchem der Beschluß gefaßt worden wäre, wenn sich das Verwaltungsverfahren normal abgewickelt hätte. Es geht hierbei nicht darum abzuklären, ob die Verspätung den Organen der Versicherung zur Last gelegt werden kann oder nicht; beim normalen Ablauf des Verfahrens handelte es sich um einen objektiven Begriff, welcher sich aus der Würdigung der gesamten Umstände des Einzelfalles ergibt.

3. Im vorliegenden Fall ist unbestritten, daß dem Versicherten während der Durchführung der von der kantonalen IV-Kommission mit Beschluß vom 4. Oktober 1961 angeordneten Eingliederungsmaßnahmen der Anspruch auf die Taggelder zusteht. Das BSV streitet diesen Anspruch auch für die Wartezeit seit Anordnung dieser Maßnahmen nicht ab. Streitig ist somit nur, ob das Recht auf Taggelder für die zwischen der Aufgabe der Erwerbstätigkeit und dem Beschluß der IV-Kommission liegende Zeit gegeben sei. Während der kantonale Richter die Auffassung vertrat, die Anordnung der Eingliederungsmaßnahmen sei ungebührlich verspätet erfolgt, weshalb dem Versicherten das Taggeld schon ab 1. August 1961 auszurichten sei, bestreitet das BSV in seiner Berufung, daß eine ungebührliche Verspätung eingetreten sei, und spricht dem Versicherten jeglichen Anspruch auf ein Taggeld während der fraglichen Zeit ab.

Es besteht kein Zweifel, daß der Versicherte seit der Entlassung aus seiner während mehr als 4 Jahren innegehabten Stelle eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 Prozent aufwies. Es steht ferner fest, daß sein Zustand in diesem Zeitpunkt die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen erlaubt hätte (vgl. ZAK 1963, S. 36). Der Anspruch auf Taggelder wäre also offensichtlich gegeben gewesen, wenn die Eingliederungsmaßnahmen bereits angeordnet worden wären. Nun hat der kantonale Richter seine Ermessensbefugnis keineswegs überschritten, wenn er im vorliegenden Fall die ergangene Anordnung als ungebührlich verspätet erachtet. In der Tat hat der Versicherte seine Anmeldung zum Leistungsbezug bereits am 15. März 1960 eingereicht. Am 2. Dezember 1960 hat dann die IV-Kommission, nachdem sie den notwendigen ärztlichen Bericht erhalten hatte, der zuständigen IV-Regionalstelle den Auftrag erteilt, zu prüfen, in welchem Betrieb der Versicherte beruflich wiederingegliedert werden könnte. So verständlich das Verhalten der Regionalstelle angesichts eines noch berufstätigen Versicherten auch ist, so ist es doch objektiv betrachtet als nicht normal zu bezeichnen,

daß der Beschluß erst am 4. Oktober 1961 erging, also 10 Monate nachdem die Regionalstelle den Auftrag zur Arbeitsvermittlung erhalten hatte und mehr als 18 Monate nachdem der Versicherte seine Anmeldung zum Leistungsbezug eingereicht hatte.

Es besteht deshalb für das Eidg. Versicherungsgericht kein genügender Grund, von der vom kantonalen Richter getroffenen Lösung abzugeben. Der kantonale Entscheid wird daher bestätigt. Da dem Versicherten ab 1. August 1961 der Anspruch auf Taggelder zusteht, braucht nicht geprüft zu werden, ob und unter welchen Bedingungen ihm im gegenteiligen Fall das Recht auf eine IV-Rente während der der Eingliederung vorangegangenen Zeit zugestanden hätte.

Urteil des EVG vom 11. Mai 1963 i. Sa. H. S.

Art. 26 IVV. Ohne eindeutige Anhaltspunkte ist nicht anzunehmen, daß eine teilinvalide Versicherte, welche eine Lehre als Schneiderin bestanden hat, ohne Invalidität Kindergärtnerin geworden wäre und ein entsprechend höheres Erwerbseinkommen erzielen könnte.

Die 1910 geborene Versicherte ist seit vielen Jahren leidend, namentlich wegen Mißbildungen an einem Bein, Polyarthrits und Folgen von Lungentuberkulose. Sie erlernte den Schneiderinnenberuf, hat ihn jedoch nie ausgeübt, sondern arbeitet seit Januar 1959 halbtagsweise auf dem Büro einer Fürsorgestelle zu einem Jahresgehalt von 4116 Franken.

Gemäß Beschluß der IV-Kommission lehnte die Ausgleichskasse die Gewährung einer Invalidenrente ab. Auf Beschwerde hin hat die kantonale Rekursbehörde die angefochtene Verfügung bestätigt. Die Versicherte ließ den Entscheid an das EVG weiterziehen. Dieses hat die Berufung mit folgender Erwägung abgewiesen:

1. Es darf unter den gegebenen Umständen davon ausgegangen werden, daß die Versicherte zur Zeit der Kassenverfügung (31. Januar 1962) im Rahmen des Möglichen ins Erwerbsleben eingegliedert ist: sie arbeitet seit drei Jahren als Hilfskraft bei einer Fürsorgestelle und der Arzt erachtet ihren Gesundheitszustand als stationär. Die Zusprechung einer Rente wäre daher statthaft gewesen, wenn der Invaliditätsgrad mindestens 50 Prozent erreicht hätte (Art. 28, Abs. 2, und Art. 29, Abs. 1, IVG).

2. ...

3. Für die Invaliditätsbemessung sind grundsätzlich zwei hypothetische Einkommen, wie sie Art. 28, Abs. 2, IVG, umschreibt, zu vergleichen:

a. Unbestritten ist, daß im vorliegenden Fall das Invalideneinkommen, das durch eine zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielbar wäre, nach dem tatsächlich erzielten Verdienst bemessen werden darf, obwohl es sich nur um eine Halbtagsstelle handelt. Das erzielbare Invalideneinkommen ist daher mit 4116 Franken anzurechnen.

b. Streitig ist dagegen das Erwerbseinkommen, das die Versicherte ohne Invalidität erzielen würde. Die Vorinstanz ist gestützt auf Art. 26 IVV vom durchschnittlichen Jahreseinkommen einer gelernten Arbeiterin ausgegangen.

Die Versicherte wendet in der Berufung ein, sie könnte bei voller Gesundheit als Kindergärtnerin, zum mindesten als qualifizierte Schneiderin tätig sein.

In Art. 26 IVV wird bestimmt, daß in der Regel auf das durchschnittliche Erwerbseinkommen gelernter und ungelernter Berufsarbeiter abzustellen ist, wenn der Versicherte wegen der Invalidität keine oder keine ausreichenden 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 (Urteil des EVG vom 12. Oktober 1962 in Sachen F. M., ZAK 1963, S. 238). Diese Bedingung ist hier bezüglich des Schneiderinnen-, nicht aber hinsichtlich des Kindergärtnerinnenberufes erfüllt. Denn die Versicherte hat die Lehre als Schneiderin erfolgreich beendet; dafür, daß sie Kindergärtnerin hätte werden können, wäre sie nicht invalid, bestehen keine eindeutigen Anhaltspunkte: auf bloße Möglichkeiten darf nach der Rechtsprechung des EVG nicht abgestellt werden (Urteil in Sachen F. M., ZAK 1963, S. 238).

Die Versicherte macht geltend, als gelernte Schneiderin könnte sie — ohne Invalidität — jährlich mindestens 8500 bis 9000 Franken verdienen. Dieser optimalen Rechnung kann sich das Gericht indessen nicht anschließen: Die Rechtsgleichheit gebietet, bei der Bemessung hypothetischer Einkommen — klar ausgewiesene Sonderfälle vorbehalten — auf durchschnittliche und nicht auf maximale Einkommenswerte abzustellen (Urteil vom 12. Oktober 1962 in Sa. F. M., ZAK 1963, S. 238). Deshalb kann nicht, wie es die Versicherte will, vom qualifizierten Einkommen einer selbständig arbeitenden Angestellten in städtischen Verhältnissen ausgegangen werden. Vielmehr ist auf die 1962 in der ganzen Schweiz geltenden Löhne abzustellen. Nach Auskunft des Bundesamtes für Industrie, Gewerbe und Arbeit beträgt der durchschnittliche Stundenlohn gelernter Schneiderinnen gesamtschweizerisch 2,73 Franken. Da in den Gesamtarbeitsverträgen eine Arbeitszeit von 45 Wochenstunden vereinbart ist, so ist das Jahreseinkommen, wie das Bundesamt für Sozialversicherung richtig bemerkt, auf 6388 Franken zu veranschlagen.

Die Versicherte läßt schließlich ausführen, ohne Invalidität würde sie das Doppelte ihres jetzigen, durch eine halbtägige Arbeit erzielten Einkommens verdienen. Diese Behauptung ist durch die Akten in keiner Weise belegt, so daß nicht näher darauf eingetreten werden kann.

c. Da das ohne Invalidität erzielbare Erwerbseinkommen auf 6388 Franken angesetzt werden darf, geht aus dem Vergleich mit dem Invalideneinkommen von 4116 Franken eine Einbuße von 36 Prozent hervor.

Unter diesen Umständen fehlen zur Zeit die Voraussetzungen zur Ausrichtung einer Invalidenrente; die Berufung muß demzufolge abgewiesen werden. Bei einer wesentlichen Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit bleibt die Möglichkeit vorbehalten, ein neues Rentengesuch zu stellen (Art. 87 IVV).

Urteil des EVG vom 17. Mai 1963 i. Sa. N. F.

Art. 41 und 69 IVG. Auf die Beschwerde gegen eine nach Durchführung des Rentenrevisionsverfahrens erlassene Verfügung ist auch dann einzutreten, wenn diese Verfügung lediglich feststellt, daß der Gesundheitszustand des Versicherten sich nicht verändert habe und daher eine Aenderung der Rente nicht erfolgen könne.

Der 1907 geborene Versicherte leidet an den Folgen eines im Januar 1959 erlittenen Wirbelbruches sowie an Scheuermann-Residuen im Bereich der Wirbelsäule. Im Februar 1960 meldete er sich zum Leistungsbezug bei der IV. Die IV-Kommission schätzte die für den Rentenanspruch maßgebende Invalidität auf 70 Prozent und sah gleichzeitig eine Revision der Rente auf den 31. Dezember 1960 vor. Gestützt auf diesen Beschluß gewährte die Ausgleichskasse dem Versicherten eine ganze Rente mit Zusatzrenten für die Kinder. Die entsprechenden Kassenverfügungen vom 20./22. September 1960 erwuchsen in Rechtskraft.

Für die Zeit vom 1. Januar 1961 an setzte die IV-Kommission den Invaliditätsgrad revisionsweise auf 50 Prozent herab; eine weitere Rentenrevision wurde auf den 31. Dezember 1961 vorgesehen. Gemäß Verfügung vom 10. April 1961 richtete daher die Ausgleichskasse vom 1. Januar an nurmehr eine halbe Rente mit den entsprechenden Zusatzrenten aus. Die Kassenverfügung vom 10. April 1961 erwuchs ebenfalls in Rechtskraft.

Ende 1961 überprüfte die IV-Kommission den Invaliditätsgrad erneut. Sie kam zum Schluß, daß mangels eines Revisionsgrundes der Invaliditätsgrad von 50 Prozent weiterhin maßgebend sei; dagegen werde auf den 31. Dezember 1963 eine erneute Revision vorgesehen. Diese Beschlüsse wurden dem Versicherten von der Ausgleichskasse durch Verfügung vom 20. März 1962 eröffnet mit dem Bemerken, daß es bei der Ausrichtung der halben Rente mit den entsprechenden Zusatzrenten bleibe.

Gegen die Kassenverfügung vom 20. März 1962 beschwerte sich der Versicherte bei der kantonalen Rekurskommission; er stellte den Antrag, es sei statt der halben die ganze Rente auszurichten.

Am 8. Oktober 1962 erkannte die kantonale Rekurskommission, die Beschwerde werde «aus formellen Gründen» abgewiesen. Die Begründung des Rekursentscheides läßt sich wie folgt zusammenfassen: Die angefochtene Verfügung befasse sich mit der Weitergewährung der bereits zugesprochenen Rente und mit der Verschiebung der Rentenrevision auf den 31. Dezember 1964. Ueber die Höhe der Rente sei jedoch bereits am 10. April 1961 eine Verfügung ergangen, die damals innert der Beschwerdefrist hätte angefochten werden müssen. Die bloße Verschiebung des Revisionstermins vermöge hieran nichts zu ändern, weshalb auf den Fall materiell nicht eingetreten werden könne. Dagegen stehe es dem Versicherten frei, bei der IV-Kommission um Revision der Rente nachzusuchen.

Diesen Entscheid hat der Versicherte durch Berufung an das EVG weitergezogen mit dem Antrag, es sei vom 1. Januar 1962 an die ganze Rente mit den entsprechenden Zusatzrenten auszurichten. Das EVG hieß die Berufung aus folgenden Erwägungen gut und wies die Sache zur materiellen Beurteilung an die Vorinstanz zurück.

1. Laut Art. 41, Abs. 1, IVG ist die Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Die Revision erfolgt von Amtes wegen oder auf Gesuch hin. Eine Revision wird von Amtes wegen durchgeführt, wenn sie bei der Festsetzung der Rente auf einen bestimmten Termin in Aussicht genommen worden ist oder wenn Tatsachen bekannt oder Maßnahmen angeordnet werden, die eine erhebliche Aenderung des Grades der Invalidität als möglich erscheinen lassen (Art. 87, Abs. 1 und 2, IVG). Die von Amtes wegen durchgeführte Revision besteht immer in der materiellen Ueberprüfung des Rentenanspruches. Dagegen können — wie das BSV in einem Kreisschreiben vom 26. November 1962 ausführt — Revisionsgesuche Versicherter administrativ durch Nichteintretensverfügung erledigt werden, wenn eine vorläufige Prüfung ergibt, daß die Gesuche für die Durchführung eines eigentlichen Revisionsverfahrens nicht genügen.

2. Im vorliegenden Fall hat die IV-Kommission den Rentenanspruch des Versicherten auf den in Aussicht genommenen Termin hin (31. Dezember 1961) im Revisionsverfahren von Amtes wegen materiell überprüft. Das Ergebnis dieser Ueberprüfung, das auf Weitergewährung der bisherigen Rente lautet — das aber auch zur Rentenaufhebung oder zur Rentenerhöhung hätte führen können — wurde dem Versicherten durch eine Verfügung eröffnet. Über die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hätte der kantonale Richter materiell befinden sollen. Nachdem die Verfügung auf Weitergewährung der laufenden Rente lautete, wäre zu prüfen gewesen, ob am 31. Dezember 1961 eine erhebliche Änderung im Invaliditätsgrad eingetreten war oder nicht. Der Hinweis der Vorinstanz auf die Beschwerdemöglichkeit gegen die erste Revisionsverfügung vom 11. April 1961 ist in diesem Zusammenhang ohne Belang; denn auf Beschwerde gegen diese Verfügung hätte einzig geprüft werden können, ob der für die Zeit vom 1. Januar 1961 an festgesetzte Invaliditätsgrad bis zum Eintritt eines allfälligen weiteren Revisionsgrundes den Verhältnissen entspreche (was der Versicherte gar nicht bestreitet). Aus dem Gesagten geht auch hervor, daß in der angefochtenen Verfügung keineswegs eine Verschiebung des Revisionstermins angeordnet wurde, wie das die Vorinstanz annimmt; vielmehr entschied die IV-Kommission über den Rentenanspruch im Zeitraum des vorgesehenen Revisionstermins unter gleichzeitiger Ansetzung eines neuen Termins für eine weitere Revision. Der vorinstanzliche Entscheid bringt den Versicherten praktisch um sein Beschwerderecht gegen die auf Ende 1961 erfolgte materielle Überprüfung des Rentenanspruches. Der Hinweis, daß der Versicherte bei der IV-Kommission ein Revisionsgesuch anbringen könne, vermag hieran nichts zu ändern; denn ein Gesuch um Revision der Rente auf Ende 1961 würde die IV-Kommission durch Nichteintreten erledigen, da über diese Frage bereits die Verfügung vom 20. März 1962 erging.

3. Die Sache ist daher in Aufhebung des angefochtenen Entscheides zur materiellen Beurteilung der Beschwerde an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Berichtigung

**ZAK 1963, Seite 494; Urteil des EVG
vom 30. April 1963 i. Sa. M. T.**

Irrtümlich wurden die drei Sätze: «Die Witwe legte Beschwerde ein. Sie machte geltend, dieses Einkommen sei Kapitalertrag, denn sie habe im Geschäft nicht mitgearbeitet. Jedenfalls aber schulde sie von den Anteilen ihrer Söhne keine Beiträge.» am Schluß des fettgedruckten Regestes zur Erwägung 3 angehängt.

Sie gehören jedoch an den Schluß des ersten Textabschnittes.

VON
MONAT
ZU
MONAT

Unter dem Vorsitz von Nationalrat Meyer-Boller (Zürich) und im Beisein von Bundesrat Tschudi und Direktor Frauenfelder vom Bundesamt für Sozialversicherung behandelte die *Kommission des Nationalrates* am 29. Oktober den Gesetzesentwurf über die zweite *Revision der EO*.

Die Kommission beschloß einstimmig, auf die Vorlage einzutreten, und stimmte ihr in der Fassung des Ständerates grundsätzlich zu, sprach sich aber mehrheitlich dafür aus, Wehrpflichtigen mit Kindern nicht nur — wie vorgeschlagen — mindestens zwei, sondern drei Kinderzulagen zu garantieren. Eine Minderheit wird überdies die Erhöhung der Mindestentschädigung für Alleinstehende und der Entschädigung für Rekruten beantragen.

*

Vom 4. bis 8. November fanden in Paris schweizerisch-französische Expertenbesprechungen über verschiedene Probleme der zwischenstaatlichen Sozialversicherung statt. Die schweizerische Delegation, der auch Vertreter der Kantone Waadt und Genf angehörten, stand unter der Leitung von Vizedirektor Motta vom Bundesamt für Sozialversicherung. Zur Erörterung gelangten vor allem Fragen aus dem Gebiet der Kinderzulagen, insbesondere im Zusammenhang mit den beiden schweizerisch-französischen Abkommen über die waadtländischen Weidgänger einerseits und die Grenzgänger vom und nach dem Kanton Genf andererseits, sowie der Krankenversicherung in Verbindung mit der grenzärztlichen Praxis, ferner Vereinfachungen in bezug auf entsandte Arbeitnehmer gemäß dem Abkommen über die AHV vom 9. Juli 1949. Die Begegnung erlaubte schließlich eine erste Aussprache über die bei einer kommenden Revision des vorgenannten Abkommens sich stellenden Probleme.

*

Die *Kommission des Nationalrates* für die Vorberatung der *sechsten AHV-Revision* tagte am 6./7. November unter dem Vorsitz von Nationalrat Bratschi (Bern) und im Beisein von Bundesrat Tschudi sowie von Direktor Frauenfelder und Dr. Kaiser vom Bundesamt für Sozialversicherung.

Nach einer mehrstündigen Eintretensdebatte, in der die sozialen, finanziellen und konjunkturpolitischen Auswirkungen der geplanten AHV-Revision ausgiebig erörtert wurden, sprach sich die Kommission einstimmig für Eintreten auf die Vorlage aus. In der nachfolgenden Detailberatung stimmte sie den Anträgen des Bundesrates auf Verbesserung der Renten durchwegs zu. Hinsichtlich der künftigen Finanzierung

der AHV pflichtete sie dem Vorschlag des Bundesrates auf Erhöhung des Beitrages der öffentlichen Hand und der fiskalischen Belastung des Tabaks bei. Sie lehnte es dagegen einstimmig ab, die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber für die kommenden fünf Jahre um ein Achtel zu erhöhen.

Was das Inkrafttreten betrifft, so sprach sich die Kommission grundsätzlich dafür aus, das Gesetz auf den 1. Januar 1964 wirksam werden zu lassen. Sie ist sich dabei bewußt, daß die erhöhten Renten erst nach Ablauf der Referendumsfrist, voraussichtlich also im April 1964, ausgerichtet und die Nachzahlungen für das erste Quartal in den nachfolgenden Monaten erfolgen werden. Dieses Vorgehen drängt sich auf, weil für rund 800 000 Rentner die ihnen nach neuer Ordnung zustehende Nachzahlung einzeln berechnet werden muß.

*

Die *gemischte Kommission für die Zusammenarbeit zwischen AHV- und Steuerbehörden* hielt am 14./15. November ihre 31. Sitzung ab. Zur Behandlung stand ein Entwurf über die Änderung der Verfahrensvorschriften zur Ermittlung des Einkommens und zur Festsetzung der Beiträge der Selbständigerwerbenden. Ferner ließ sich die Kommission über die sechste AHV-Revision und die sich für die Steuerbehörden daraus ergebenden Probleme orientieren.

*

Am 19. und 20. November führten auf Einladung des Bundesamtes für Sozialversicherung die Leiter der *IV-Regionalstellen* und verschiedener *Eingliederungsstätten* einen Erfahrungsaustausch auf dem Gebiete der beruflichen Eingliederung durch. Damit verbunden war eine Besichtigung der Werke der Firma Landis und Gyr in Zug und eine Orientierung über die Probleme, die sich bei der Eingliederung Invaliden, insbesondere Blinder, in diesem Unternehmen stellen.

*

Unter dem Vorsitz von Ständerat Dietschi (Basel) und im Beisein von Bundesrat Tschudi sowie von Direktor Frauenfelder und Dr. Kaiser vom Bundesamt für Sozialversicherung tagte am 20. November die *Kommission des Ständerates* für die Vorberatung der *sechsten AHV-Revision*. Nach einläßlicher Debatte beschloß die Kommission einstimmig, auf die Vorlage einzutreten. Die nachfolgende erste Aussprache über die einzelnen Artikel ergab grundsätzliche Übereinstimmung mit den Beschlüssen der nationalrätlichen Kommission. Die Kommission des

Ständerates wird nach der Behandlung des Geschäftes im Nationalrat nochmals zusammentreten, um ihre Anträge endgültig festzulegen.

*

Am 22. November trat die *erweiterte Kommission für Rentenfragen* unter dem Vorsitz von Dr. Granacher vom Bundesamt für Sozialversicherung zu einer zweiten Sitzung zusammen, um die Durchführung der sechsten AHV-Revision zu besprechen. Sie legte einen Zeitplan für die zu treffenden Vorkehren fest und erörterte die administrativen und technischen Probleme, die durch die voraussichtlich rückwirkende Inkraftsetzung entstehen. Die Kommission befürwortete ferner eine eingehende Aufklärung der Öffentlichkeit und der Rentenbezüger über die Durchführung der Revision.

Zum Jahreswechsel

Traditionsgemäß nimmt die ZAK den Jahreswechsel zum Anlaß, einen Blick nach rückwärts auf das zu Ende gehende Kalenderjahr zu werfen und zugleich die Leser der Zeitschrift in großen Zügen darüber zu orientieren, was das kommende Jahr auf ihrem Fachgebiet voraussichtlich Neues bringen wird.

Das Jahr 1963 stand im Zeichen der gesetzgeberischen Vorarbeiten für die zweite Revision der EO und die sechste Revision der AHV sowie deren Behandlung in den eidgenössischen Räten. Diese Arbeiten wickelten sich in einem außerordentlich raschen Rhythmus ab. So drängten sich z. B. bei der EO-Revision die Beratungen des Ausschusses für die EO der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, das Vernehmlassungsverfahren bei den Kantonen und Verbänden sowie die Ausarbeitung der Botschaft auf die fünf Monate Januar-Mai zusammen. Im September wurde die Vorlage vom Ständerat behandelt. Der Nationalrat wird sie voraussichtlich in der Dezember-Session verabschieden.

Für die sechste AHV-Revision fanden im ersten Halbjahr 1963 zwei Sitzungen der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sowie drei Sitzungen eines Sonderausschusses dieser Kommission statt. Am 16. September 1963 erschien die Botschaft des Bundesrates betreffend die Änderung des AHVG. Die Behandlung im Parlament konzentriert sich bei dieser Vorlage auf die

Dezember-Session. Es ist damit zu rechnen, daß beide Räte das Gesetz beraten und noch vor Weihnachten verabschieden. Schon frühzeitig wurden auch die erforderlichen Studien für die praktische Durchführung der sechsten AHV-Revision aufgenommen. Das Bundesamt für Sozialversicherung bestellte hierfür eine besondere Kommission, in der vor allem die Ausgleichskassen und die Zentrale Ausgleichsstelle vertreten waren. Daneben gingen die Vorarbeiten für die in Aussicht gestellte Vorlage über Zusatzleistungen an AHV- und IV-Rentner weiter, welche im ersten Halbjahr 1964 «parlamentsreif» werden soll.

Alle diese Arbeiten haben die Kräfte des Bundesamtes für Sozialversicherung aufs äußerste beansprucht. Dies hatte zur Folge, daß mehrere andere Vorhaben der Aufsichtsbehörde zurückgestellt oder nur zu einem Teil verwirklicht werden konnten. So war es z. B. nicht möglich, die vorgesehene Bereinigung der Verwaltungsweisungen zur IV zu Ende zu führen.

*

Für die Durchführungsorgane der AHV, IV und EO könnte das Jahr 1963 als ein Jahr der «ruhigen Entwicklung» bezeichnet werden, wenn es nicht mit vielen Schwierigkeiten, vor allem solchen des Personaleinsatzes und einer weiteren Zunahme des Arbeitsumfanges, belastet gewesen wäre. Das Anwachsen der Arbeitslast ist eine Folge der wirtschaftlichen Hochkonjunktur und des fortschreitenden Ausbaus der sozialen Sicherheit (kantonale Familienzulagenordnungen, zusätzliche Beihilfen und Versicherungen für Alte und Hinterlassene usw.). Bei der AHV werden im Jahre 1963 nicht nur die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, sondern auch die Versicherungsleistungen die Summe von einer Milliarde Franken überschreiten.

Besonders zu bemerken ist, daß sich bei der IV kein Rückgang des Arbeitsanfalles feststellen läßt. Vor allem die IV-Kommissionen und ihre Sekretariate sowie die IV-Regionalstellen haben ein Pensum zu bewältigen, das viel größer ist, als man seinerzeit schätzte, müssen doch im Monatsdurchschnitt von den IV-Kommissionen mehr als 7 000 Geschäfte behandelt werden. Die von Mitgliedern dieser Kommissionen, aber auch die von allen Mitarbeitern der Ausgleichskassen, ihrer Zweigstellen und der IV-Regionalstellen geleistete Arbeit sei hier dankbar anerkannt.

*

Die zweite EO-Revision und die sechste AHV-Revision werden die Aufsichtsbehörde, vor allem aber die Ausgleichskassen und die Zentrale

Ausgleichsstelle im Jahre 1964 nebst der Bewältigung aller «laufenden» Arbeiten in hohem Maße in Anspruch nehmen. Die Beanspruchung ist umso größer, als damit zu rechnen ist, daß beide Revisionen nach Ablauf der Referendumsfrist rückwirkend auf den 1. Januar 1964 in Kraft gesetzt werden, was die Aufgabe beträchtlich erschwert. Die Erfahrungen bei der fünften AHV-Revision lassen indessen hoffen, daß die Ausgleichskassen mit Hilfe der technischen Einrichtungen der Zentralen Ausgleichsstelle auch dieses Mal imstande sein werden, eine umfassende Revision aller Rentenzahlungen rasch und zuverlässig durchzuführen.

Für viele kantonale Ausgleichskassen dürfte die Neuordnung der Zusatzleistungen für AHV- und IV-Rentner, die bekanntlich einen Bestandteil der sechsten AHV-Revision bildet, aber aus verschiedenen Gründen erst in einer zweiten Phase erfolgen kann, neue Aufgaben bringen. Vorerst muß der entsprechende Gesetzesentwurf den Kantonen zur Stellungnahme unterbreitet werden. Nachher werden Bundesrat und Parlament ihre Beschlüsse fassen. Somit kann über den voraussichtlichen Zeitpunkt des Inkrafttretens noch nichts gesagt werden. Ebenso wenig sind Prognosen möglich über die von bundesrätlicher Seite angekündigte Revision der IV.

*

Das Jahr 1964 bringt sowohl der Aufsichtsbehörde wie den Durchführungsorganen wieder ein voll gerütteltes Maß an Arbeit. Zu deren Bewältigung wünschen wir allen in der AHV, IV und EO tätigen Mitarbeitern Kraft und Gesundheit. Ihnen und allen übrigen Lesern der ZAK entbieten wir unsere besten Wünsche zum Jahreswechsel!

Für die Redaktion und ihre Mitarbeiter
aus der Unterabteilung AHV/IV/EO

Albert Granacher

Statistik der IV-Renten und Hilflosenentschädigungen 1962

Nachstehende Tabellen vermitteln die wesentlichen Ergebnisse der Erhebung über die im Jahre 1962 in der Schweiz ausgerichteten IV-Renten und Hilflosenentschädigungen.

Gegenstand der Statistik sind die Bezüger, die im Erhebungsjahr jemals eine Leistung erhalten haben, und die an sie ausgerichteten

Rentensummen bzw. Entschädigungen. Es handelt sich somit um eine *Ganzjahresstatistik*, deren Zahlen sich nicht mit jenen von 1961 (Stichtagerhebung) vergleichen lassen.

Tabelle 1 vermittelt die Gesamtübersicht. In den Tabellen 3 und 4 sind die ordentlichen bzw. außerordentlichen Renten, in Tabelle 5 die Hilflosenentschädigungen nach Kantonen aufgeteilt. Tabelle 2 gibt die Gliederung der Invalidenrenten nach dem Invaliditätsgrad sowie nach der Ursache der Invalidität wieder. Die Gliederung nach dem Invaliditätsgrad läßt den Rückschluß auf ganze und halbe Renten zu, allerdings nur unter Berücksichtigung folgender *Einschränkung*: Bei den Ehepaaren lag der Invaliditätsgrad des Ehemannes in 778 Fällen unter 66 $\frac{2}{3}$ Prozent. Trotzdem wurden nur 66 halbe Invalidenrenten zugesprochen. In den 712 übrigen Fällen konnten nämlich ganze Renten gewährt werden, weil die Ehefrau entweder das 60. Altersjahr zurückgelegt hatte oder mindestens zu zwei Dritteln invalid war.

Ordentliche und außerordentliche Renten

Bezüger und Rentensummen nach Rentenarten und Rentenkategorien

Tabelle 1

Rentenarten	Bezüger			Rentensummen in Franken		
	Ordentliche Renten	Außerordentliche Renten	Zusammen	Ordentliche Renten	Außerordentliche Renten	Zusammen
Einfache Invalidenrenten	51 372	10 319	61 691	57 266 726	9 456 547	66 723 273
Ehepaar-Invalidenrenten	6 151	159	6 310	14 306 805	238 824	14 545 629
Invalidenrenten	57 523	10 478	68 001	71 573 531	9 695 371	81 268 902
Zusatzrenten für Ehefrauen	12 455	382	12 837	6 713 674	133 049	6 846 723
Einfache Kinderzusatzenrenten	15 526	4 007	19 533	7 084 697	1 238 600	8 323 297
Doppel-Kinderzusatzenrenten	930	90	1 020	645 971	49 745	695 716
Zusatzrenten	28 911	4 479	33 390	14 444 342	1 421 394	15 865 736
Gesamttotal	86 434	14 957	101 391	86 017 873	11 116 765	97 134 638

Ordentliche und außerordentliche Renten

Bezüger und Rentensummen

nach Invaliditätsgrad, Ursache der Invalidität und Rentenarten

Tabelle 2

Invaliditätsgrad in Prozenten	Bezüger			Rentensummen in Franken		
	Einfache Renten	Ehepaar- renten ¹	Zu- sammen	Einfache Renten	Ehepaar- renten ¹	Zu- sammen
	Invaliditätsgrad					
Unter 50	161 ²	14	175	103 851	26 942	130 793
50 bis 66 ² / ₃	10 298	764	11 062	6 406 794	1 578 286	7 985 080
66 ² / ₃ und mehr	51 232	5 532	56 764	60 212 628	12 940 401	73 153 029
Total	61 691	6 310	68 001	66 723 273	14 545 629	81 268 902
	Ursache der Invalidität					
Geburtsgebrechen	14 112	64	14 176	14 298 686	124 616	14 423 302
Krankheit	44 303	5 748	50 051	48 981 818	13 376 039	62 357 857
Unfall	3 276	498	3 774	3 442 769	1 044 974	4 487 743
Total	61 691	6 310	68 001	66 723 273	14 545 629	81 268 902
¹ Invaliditätsgrad des Ehemannes. ² Härtefälle.						

Ordentliche Renten

Bezüger und Rentensummen nach Kantonen

Tabelle 3

Kantone	Bezüger			Rentensummen in Franken		
	Invali- diden- renten	Zusatz- renten	Zu- sammen	Invaliden- renten	Zusatz- renten	Zusammen
Zürich	7 667	2 899	10 566	10 135 497	1 612 901	11 748 398
Bern	10 855	5 100	15 955	12 861 800	2 332 351	15 194 151
Luzern	2 641	1 337	3 978	3 077 788	675 013	3 752 801
Uri	496	274	770	598 381	127 214	725 595
Schwyz	988	649	1 637	1 103 534	284 686	1 388 220
Obwalden	294	199	493	297 058	81 072	378 130
Nidwalden	205	177	382	230 998	82 619	313 617
Glarus	412	155	567	494 577	77 344	571 921
Zug	341	221	562	376 793	106 004	482 797
Freiburg	2 106	1 117	3 223	2 404 974	507 466	2 912 440
Solothurn	1 769	1 001	2 770	2 304 288	541 044	2 845 332
Basel-Stadt	2 443	891	3 334	3 605 232	528 996	4 134 228
Basel-Land	1 145	648	1 793	1 557 577	357 867	1 915 444
Schaffhausen	673	265	938	832 509	154 063	1 036 572
Appenzell A.Rh.	614	187	801	698 132	87 998	786 130
Appenzell I.Rh.	334	193	527	330 043	72 035	402 078
St. Gallen	3 442	1 634	5 076	3 955 900	809 202	4 765 102
Graubünden	1 957	1 038	2 995	2 221 295	468 627	2 689 922
Aargau	2 977	1 350	4 327	3 685 747	705 435	4 391 182
Thurgau	1 678	660	2 338	1 977 222	317 141	2 294 363
Tessin	3 106	1 844	4 950	4 086 429	1 007 739	5 094 168
Waadt	5 157	2 580	7 737	6 853 867	1 345 860	8 199 727
Wallis	3 033	3 051	6 084	3 397 161	1 344 776	4 741 937
Neuenburg	1 237	540	1 777	1 678 048	307 377	1 985 425
Genf	1 953	901	2 854	2 758 681	509 512	3 268 193
Schweiz	57 523	28 911	86 434	71 573 531	14 444 342	86 017 873

Außerordentliche Renten

Bezüger und Rentensummen nach Kantonen

Tabelle 4

Kantone	Bezüger			Rentensummen in Franken		
	Invali- diten- renten	Zusatz- renten	Zu- sammen	Invali- diten- renten	Zusatz- renten	Zusammen
Zürich	1 112	346	1 458	1 044 738	118 116	1 162 854
Bern	1 549	750	2 299	1 388 484	214 497	1 602 981
Luzern	556	341	897	518 535	110 196	628 731
Uri	58	40	98	56 088	14 166	70 254
Schwyz	185	102	287	175 770	31 194	206 964
Obwalden	75	45	120	68 598	14 652	83 250
Nidwalden	58	33	91	56 052	13 500	69 552
Glarus	45	29	74	41 400	10 476	51 876
Zug	72	56	128	60 339	13 721	74 060
Freiburg	633	239	872	628 353	80 424	708 777
Solothurn	325	164	489	309 717	54 090	363 807
Basel-Stadt	392	76	468	366 566	25 880	392 446
Basel-Land	223	99	322	200 034	29 874	229 908
Schaffhausen	93	37	130	85 905	12 600	98 505
Appenzell A.Rh.	98	26	124	96 570	8 208	104 778
Appenzell I.Rh.	41	31	72	37 692	13 104	50 796
St. Gallen	624	235	859	580 866	78 844	659 710
Graubünden	399	232	631	366 972	70 938	437 910
Aargau	528	214	742	493 130	65 178	558 308
Thurgau	289	97	386	272 934	32 130	305 064
Tessin	608	216	824	576 582	73 644	650 226
Waadt	994	322	1 316	902 106	106 560	1 008 666
Wallis	817	571	1 388	680 598	163 114	843 712
Neuenburg	254	67	321	243 891	23 184	267 075
Genf	450	111	561	443 451	43 104	486 555
Schweiz	10 478	4 479	14 957	9 695 371	1 421 394	11 116 765

Hilflosenentschädigungen nach Kantonen und Geschlecht

Tabelle 5

Kantone	Bezüger			Ausbezahlte Entschädigungen in Franken		
	Männer	Frauen	Zu- sammen	Männer	Frauen	Zusammen
Zürich	310	313	623	227 310	231 120	458 430
Bern	279	344	623	178 440	234 240	412 680
Luzern	81	96	177	59 610	60 312	119 922
Uri	27	29	56	19 200	21 600	40 800
Schwyz	46	74	120	31 830	50 760	82 590
Obwalden	12	29	41	9 360	23 220	32 580
Nidwalden	17	26	43	10 290	18 570	28 860
Glarus	—	8	8	—	5 700	5 700
Zug	9	19	28	6 480	12 810	19 290
Freiburg	122	136	258	84 660	95 790	180 450
Solothurn	112	123	235	74 400	85 560	159 960
Basel-Stadt	65	104	169	51 390	80 850	132 240
Basel-Land	62	71	133	38 640	48 990	87 630
Schaffhausen	24	33	57	20 130	22 260	42 390
Appenzell A.Rh.	34	28	62	25 470	21 660	47 130
Appenzell I.Rh.	22	20	42	15 480	11 100	26 580
St. Gallen	142	143	285	88 470	85 080	173 550
Graubünden	103	131	234	72 420	96 630	169 050
Aargau	148	195	343	90 300	133 260	223 560
Thurgau	48	78	126	33 240	53 850	87 090
Tessin	136	119	255	84 540	84 630	169 170
Waadt	145	156	301	105 090	110 160	215 250
Wallis	80	109	189	57 120	85 890	143 010
Neuenburg	23	33	56	19 230	26 340	45 570
Genf	111	130	241	79 890	94 110	174 000
Schweiz	2 158	2 547	4 705	1 482 990	1 794 492	3 277 482

Durchführungsfragen der IV

Geburtsgebrechen: Mißbildungen des Gebisses und der Kiefer¹

Die unter die Bezeichnungen *Makroglossie* (Riesenzunge), *Mikrognathie* (Kleinheit des Kiefers), *Mordex apertus gravis* (schwere Form des offenen Bisses) und *Prognathia inferior gravis* (schwere Form des vorstehenden Unterkiefers) bekannten und in Artikel 2, Ziffern 61, 62, 63 und 65, GgV aufgeführten Anomalien treten nicht nur als Geburtsgebrechen auf. Sehr viel häufiger werden in der Zahnheilkunde mit den gleichen Namen Anomalien bezeichnet, die bei starker Ausprägung ähnlich wie Geburtsgebrechen in Erscheinung treten können, die jedoch erst lange nach der Geburt durch Krankheit, Dysfunktion oder Wachstumsstörungen entstanden sind und keineswegs unter die Geburtsgebrechen fallen. Wird ein solches Gebrechen erst nach zwei oder mehr Lebensjahren erkannt, so bedarf es besonderer fachlicher Erfahrungen, um entscheiden zu können, ob es sich dabei um ein Geburtsgebrechen oder um eine nach der Geburt verursachte Anomalie handelt. Um eine einheitliche und objektive Beurteilung zu gewährleisten, sollen die IV-Kommissionen ein entsprechendes Gutachten durch die kieferorthopädische Abteilung eines zahnärztlichen Universitätsinstitutes (Basel, Bern, Genf, Zürich) einholen. Zur Begutachtung werden neben dem üblichen Arztbericht benötigt: Gesockelte Studienmodelle mit Okklusionsmarken, Profil-Fernröntgenbild des Schädels und Photoaufnahmen von Profil und en face. Nur bei einem kleineren Teil der Fälle ist persönliche Untersuchung durch den Gutachter notwendig.

Geburtsgebrechen: Anerkennung im Einzelfall¹

Das Eidgenössische Departement des Innern hat mit Verfügung vom 21. August 1963 gestützt auf Artikel 3, Absatz 2, GgV in einem Einzelfall die *Embryopathia diabetica* (Stoffwechselstörung des Neugeborenen infolge Zuckerkrankheit der Mutter während der Schwangerschaft) als Geburtsgebrechen bezeichnet.

Gesuche um Anerkennung dieses Leidens als Geburtsgebrechen in künftig zur Beurteilung gelangenden Fällen sind dem Bundesamt für Sozialversicherung unter Vorlage sämtlicher Akten zu unterbreiten.

¹ Aus «IV-Mitteilungen» Nr. 48

Kumulation von Rente und Taggeld bei Beginn und Abschluß von Eingliederungsmaßnahmen¹

Erweist sich ein Rentenbezüger nachträglich als eingliederungsfähig und wird deshalb seine Rente von der zuständigen IV-Kommission in Revision gezogen, so ist es möglich und zulässig, daß bis zum Ende des Monats, in welchem mit der Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen begonnen wird, dem Versicherten Rente und Taggeld kumulativ ausgerichtet werden. Einerseits wird nämlich gemäß Artikel 22, Absatz 1, IVG das Taggeld schon vom ersten Tag der Eingliederung an gewährt, andererseits ist gemäß Artikel 30, Absatz 2, IVG die Rente für den Monat, in dem der Rentenanspruch erlischt, noch voll auszurichten. Haben die Eingliederungsmaßnahmen z. B. am 3. April begonnen, so wird dem bisher rentenberechtigten Versicherten die Rente für den Monat April noch voll ausbezahlt, obgleich er vom 3. April hinweg auch das IV-Taggeld beanspruchen kann.

Eine ähnliche Sachlage kann auch beim Abschluß von Eingliederungsmaßnahmen eintreten, da gemäß Artikel 29, Absatz 1, IVG die Rente für den Monat in dem der Anspruch entsteht, voll auszurichten ist. War der Eingliederung kein oder nur ein teilweiser Erfolg beschieden, so ist die Rente gegebenenfalls für den ganzen Monat, in deren Verlauf die Eingliederungsmaßnahmen abgebrochen oder abgeschlossen wurden, voll auszurichten. Erweist es sich z. B., daß ein Versicherter auch nach Durchführung der am 12. August abgeschlossenen Eingliederungsmaßnahmen noch hälftig erwerbsunfähig ist, so ist ihm für den Monat August die halbe IV-Rente voll auszurichten, obgleich er bis zum 12. noch ein IV-Taggeld bezogen hat.

Um derartige Überschneidungen von Taggeldern und Renten bei Eingliederungsmaßnahmen nach Möglichkeit zu verhindern, sollte — soweit sich dies sachlich vertreten läßt — danach getrachtet werden, den Abschluß der Eingliederung auf das Ende eines Monats anzusetzen, worauf dann die allfällige Rente vom 1. des folgenden Monats an zu laufen beginnen würde.

Neubemessung des Taggeldes von Selbständigerwerbenden, die sich Eingliederungsmaßnahmen unterziehen¹

Bei selbständigerwerbenden Versicherten, die sich Eingliederungsmaßnahmen unterziehen, gibt es immer wieder Fälle, in denen zwar nach

¹ Aus «IV-Mitteilungen» Nr. 48

dem Erlaß der Eingliederungsverfügung, aber vor Beginn der Eingliederungsmaßnahmen bzw. vor der Festsetzung des Wartezeit-Taggeldes eine neue Beitragsverfügung ergeht. Ist nun das Taggeld gemäß Artikel 24, Absatz 1, IVG bzw. Artikel 21, Absatz 1, IVV auf Grund des unmittelbar vor der Eingliederung erzielten Einkommens zu bemessen, so stellt sich die Frage, ob die Ausgleichskasse vor der Festsetzung des Taggeldes von Amtes wegen zu prüfen hat, ob in der Zwischenzeit eine neue Beitragsverfügung erging.

Artikel 21, Absatz 1, IVV bestimmt, daß für die Bemessung der Taggelder unter Vorbehalt von Artikel 24, Absatz 2, IVG die Artikel 1 bis 12 EOV sinngemäß anwendbar sind. In Artikel 5 EOV ist nun vorgesehen, daß in Fällen, in denen nach dem Einrücken eine neue Beitragsverfügung für das Jahr der Dienstleistung ergeht, der Wehrpflichtige innert drei Monaten seit der rechtskräftigen Festsetzung des Beitrages die Neubemessung der Entschädigung verlangen kann. Sinngemäß auf die IV-Taggelder angewandt bedeutet diese Regelung, daß die Ausgleichskassen vor Beginn der Eingliederungsmaßnahmen bzw. vor Festsetzung des Wartezeit-Taggeldes von Amtes wegen zu prüfen haben, ob seit Verfügung der Maßnahmen eine neue Beitragsverfügung erlassen wurde. Nach Beginn der Eingliederungsmaßnahmen ergangene neue Beitragsverfügungen sind dagegen nur auf Verlangen des Versicherten für die Neubemessung der Taggelder zu berücksichtigen.

Geburtsgebrechen: Amblyopie (Sehchwäche), Refraktionsanomalie (Lichtbrechungsstörung), Strabismus concomitans (Begleitschienen)²

In Zusammenarbeit mit dem Vorstand der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft und der Verbindung der Schweizer Ärzte wurden neue, leicht geänderte Richtlinien für die Behandlung der Fälle von Strabismus concomitans und dessen Abgrenzung als Geburtsgebrechen aufgestellt. Die Mitteilung in ZAK 1961, Seite 492, wird daher aufgehoben und durch folgende Regelung ersetzt:

1. Artikel 2, Ziffer 139, GgV, *Amblyopia congenita (angeborene Sehchwäche oder Schwachsichtigkeit)*

Die *Amblyopia congenita* gilt nur dann als ein Geburtsgebrechen im Sinne der IV gemäß Artikel 2, Ziffer 139, GgV, wenn die Sehschärfe trotz Korrektur der Refraktionsanomalie 0,2 und weniger beträgt. Die

² Aus «IV-Mitteilungen» Nr. 49, bereinigte Fassung

Behandlungskosten sowie die Kosten der Sehschulung und die Kosten eines Mattglases zur Abdeckung des gesunden Auges gehen in diesem Falle zu Lasten der IV.

Dagegen übernimmt die IV keine Kosten von Brillen oder Brillengläsern, wenn nicht gleichzeitig eine hochgradige Refraktionsanomalie vorliegt (siehe nachstehende Ziffer 2 sowie das Urteil des EVG vom 5. Juli 1963 i. Sa. B. und M. W., ZAK 1963, S. 541).

*2. Artikel 2, Ziffer 158, GgV, hochgradige Refraktionsanomalien
(Sehstörungen infolge hochgradiger Formfehler des Augapfels)*

Als hochgradige Refraktionsanomalien werden betrachtet:

- a. *Myopie*, wenn sie vor vollendetem 7. Altersjahr bei 6 und mehr Dioptrien liegt, eine starke Neigung zur Verschlimmerung aufweist und insbesondere, wenn typische myopische Augenhintergrundsveränderungen nachweisbar sind;
- b. *Hyperopie*, wenn sie 6 Dioptrien und mehr beträgt;
- c. *Astigmatismus* von 3 und mehr Dioptrien, wenn er vor dem vollendeten 7. Altersjahr festgestellt wurde;
- d. *Astigmatismus compositus*, wenn er die Grundametropie in einer Achse bis auf 6 Dioptrien erhöht und vor vollendetem 7. Altersjahr festgestellt wurde.

Nur wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist, kann die IV bei Refraktionsanomalien die ärztliche Behandlung und die Abgabe einer Brille übernehmen.

3. Artikel 2, Ziffer 161, GgV, Strabismus concomitans
(Begleitschielen)*

- a. Nicht jeder Strabismus ist ein Geburtsgebrechen im Sinne von Artikel 2, Ziffer 161*, GgV. So sind Fälle mit beidseitiger zentraler Fixation von offensichtlich erworbenem Strabismus concomitans zum vornherein auszuschließen.
- b. Beim angeborenen *einseitigen Schielen* (Strabismus concomitans unilateralis congenitalis) mit Amblyopie gemäß Artikel 2, Ziffer 139, GgV, ist die notwendige Behandlung ohne Einschränkung zu übernehmen.
- c. In den Fällen von angeborenem *Wechselschielen* (Strabismus concomitans alternans) können gemäß Artikel 1, Absatz 2, GgV, medizinische Maßnahmen nur gewährt werden, wenn es eine *entstellende*

Wirkung auf das Gesicht ausübt, wobei das Gebrechen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten offensichtlich zu beeinflussen vermag. Das dürfte in der Regel, beim Blick in die Ferne, bei einem *Schielwinkel von 30 Grad* und mehr zutreffen.

- d. Die zu gewährenden medizinischen Maßnahmen können umfassen:
- die notwendigen ärztlichen Untersuchungen und Kontrollen
 - die orthoptisch-pleoptische Sehschulung (ambulant oder intern)
 - die notwendigen Operationen mit Spitalaufenthalt.
- e. Brillen gehen bei Strabismus nur dann zu Lasten der IV, wenn gleichzeitig eine hochgradige Refraktionsanomalie vorliegt (siehe die vorstehende Ziffer 2 sowie das oben angeführte Urteil des EVG). Hingegen kann ein Brillengestell mit einem Mattglas von der IV übernommen werden, wenn die Behandlung der Amblyopie gemäß Artikel 2, Ziffer 139, GgV oder der anomalen Korrespondenz ein solches erfordert.

LITERATURHINWEISE

Augsbourger, C. und Troger, J.: Intégration professionnelle et sociale des débilés mentaux. 103 S. vervielfältigt. Diplomarbeit der Ecole d'études sociales de Genève, 1963.

KLEINE MITTEILUNGEN

Erledigte parlamentarische Vorstöße

**Kleine Anfrage
Glarner
vom 2. Oktober 1963**

Am 1. November 1963 hat der Bundesrat die Kleine Anfrage Glarner vom 2. Oktober 1963 (S. 489) wie folgt beantwortet:

Der Bundesrat hat am 4. Oktober 1963 beschlossen, das Gutachten der drei Wirtschaftswissenschaftler allen Mitgliedern der Bundesversammlung und der Presse zu übergeben. Dies ist inzwischen geschehen.

Familienzulagen im Kanton Gené

Am 1. November 1963 hat der Staatsrat die Vollziehungsverordnung vom 25. November 1955 zum Gesetz über die Familienzulagen für selbständigerwerbende Landwirte revidiert. Dadurch wurden die für den Bezug der Ausbildungszulage maßgebenden Begriffe über die Lehre und das Studium den Begriffen angepaßt, wie sie in der neuen Vollziehungsverordnung vom 11. Juni 1963

zum Gesetz über Familienzulagen für Arbeitnehmer verankert sind. Die neuen Vorschriften sind rückwirkend auf den 16. Juni 1963 in Kraft getreten.

Personelles

Dr. iur. Nicola Gaudenz, Leiter der Steuerverwaltung des Kantons Graubünden, ist am 7. Oktober 1963 nach kurzer Krankheit unerwartet gestorben. Der Verstorbene war seit 1947 Mitglied der Gemischten Kommission für die Zusammenarbeit zwischen AHV- und Steuerbehörden.

Am 4. Dezember ist Maître Alfred Vouilloz, Fürsprecher und Notar in Martigny-Bourg unerwartet gestorben. Er war seit 1960 als Präsident der IV-Kommission des Kantons Wallis tätig.

Adressenverzeichnis AHV/IV/EO

Seite 11, Ausgleichskasse 39, Warenhäuser
Neue Adresse ab 8. Januar 1964: Zürich 2, Bleicherweg 33

Postfachadresse bleibt unverändert.

Seite 28, Kantonale Rekursbehörde Schwyz
Neue Adresse: Regierungsgebäude, Schwyz

Nachtrag zum Drucksachenkatalog AHV/IV/EO

Neu erschienen sind:

318.104 d	Wegleitung über die Renten	5.50*	
318.104 f	Directives concernant les rentes	5.50*	
318.105 d	Wegleitung über die Stellung der Ausländer und Staatenlosen in der AHV und IV	bei EMZ fragen	
318.105 f	Directives sur le statut des étrangers et des apatrides dans l'AVS et AI	demander à la CFIM	
318.300 d	Textausgabe AHVG/AHVV (Stand 1. Juli 1963)	3.70*	C
318.520.01 d	Geburtsgebrechen (Separatdruck aus ZAK 1963, Nr. 8)	— .80*	
318.520.01 f	Les infirmités congénitales (Tirage à part de la RCC 1963, no 8)	— .80*	
318.808 dfis	Merkblatt für ausländische landwirtschaftliche Arbeitnehmer mit Kindern im Ausland (viersprachig deutsch/franz./ital./spanisch)	4.—	

GERICHTSENTSCHEIDE

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Beiträge

Urteil des EVG vom 19. April 1963 i. Sa. W. S.

Art. 23, Buchst. b, AHVV. Diese Vorschrift ist ausnahmsweise auch dann anwendbar, wenn ein Kollektivgesellschafter, der bisher Geschäftsführer der Gesellschaft war, diese Tätigkeit aufgibt und dadurch eine wesentliche Einkommenseinbuße erleidet, aber Kollektivgesellschafter bleibt. (Erwägungen 2 und 3).

Die Ausgleichskasse forderte vom Versicherten für das Jahr 1960 Beiträge, berechnet auf Grund seines Einkommens in den Jahren 1957 und 1958. Dagegen beschwerte sich der Versicherte, indem er geltend machte, seine Einkommensverhältnisse hätten sich seit dem 1. Oktober 1959 wesentlich verändert, weshalb die Beiträge gemäß Art. 23, Buchst. b, AHVV zu berechnen seien. Die Rekurskommission wies die Beschwerde ab. Der Versicherte legte Berufung ein. Das EVG hies die Berufung aus folgenden Erwägungen gut.

1. Nach der in den Art. 22 und 24 AHVV getroffenen Ordnung werden die Beiträge der Selbständigerwerbenden auf Grund des Erwerbseinkommens der letzten rechtskräftigen Wehrsteuerveranlagung festgesetzt. Gemäß Art. 23, Buchst. b, AHVV ist indessen das Erwerbseinkommen in Abweichung von der letzten Wehrsteuerveranlagung durch die Ausgleichskasse selber zu ermitteln, wenn sich die Einkommensgrundlagen des Versicherten «infolge Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit, Berufs- oder Geschäftswechsels, Wegfalls oder Hinzutritts einer dauernden beträchtlichen Einkommensquelle oder Neuverteilung des Betriebs- oder Geschäftseinkommens wesentlich verändert hat». Wie das EVG wiederholt erklärt hat, bildet Art. 23, Buchst. b, AHVV eine Ausnahmenvorschrift, die nicht weit ausgelegt werden darf. Die Verminderung des Einkommens für sich allein genügt nicht zur Anwendung dieser Vorschrift; vielmehr bedarf es einer wesentlichen Änderung der Einkommensgrundlagen, die zu einer Minderung des Einkommens um mindestens 25 Prozent geführt hat (vgl. namentlich Urteil vom 13. Dezember 1951 i. Sa. H. P., EVGE 1951, S. 254, ZAK 1952, S. 54).

2. Die Vorinstanz hat einen Anwendungsfall von Art. 23, Buchst. b, AHVV verneint im wesentlichen mit der Begründung, der Versicherte sei Kollektivgesellschafter geblieben und der Verzicht auf die intensivere Mitarbeit bedeute lediglich eine Verminderung des Einkommens bei erhaltener Einkommensquelle (Kollektivgesellschaft). In der Regel wird zwar — entsprechend den Darlegungen der Vorinstanz — gesagt werden können, daß der Kollektiv-

gesellschaftlicher beitragsrechtlich wie der Inhaber eines Einzelbetriebes zu behandeln sei und daß es AHV-rechtlich keinen Unterschied ausmache, ob der Selbständigerwerbende seinen Verdienst im Eigenbetrieb oder als Teilhaber einer Kollektivgesellschaft realisiere; wenn also im einen oder andern Falle bei Erhaltung der Einkommensquelle (des Betriebes) lediglich ein Einkommensschwund eintrete — z. B. Einschränkung der eigenen Mitarbeit, unkostenvermehrende Anstellung eines fremden Ersatzes —, dann gingen die ordentlichen Beitragsperioden des Art. 24 AHVV ungestört weiter und sei kein Platz für die Ausnahmebestimmung des Art. 23, Buchst. b, AHVV. Man kann diese Regel umso eher bejahen, als es kollektivgesellschaftliche Verhältnisse gibt, bei denen ein Gesellschafter praktisch dem Einzelinhaber gleicht; es kann nicht Sache der Verwaltung sein, internen Verhältnissen nachzugehen.

Das schließt aber unter besonderen, offen zu Tage tretenden Umständen Ausnahmen nicht aus; es gibt Einzelfälle, die — nach der Regel behandelt — mit dem Sinn des Beitragsrechtes in Widerspruch geraten würden. Eine solche Ausnahme im Gebiete des Einzelbetriebes stellt der in EVGE 1961, S. 220, ZAK 1962, S. 419, publizierte Fall dar. Dort wurde gegenüber einem an beiden Beinen amputierten Landwirt eines höchstens mittleren Betriebes ausgeführt, seine Einkommensquellen beständen in der Betriebsleitung und in der körperlichen Mitarbeit, und der voraussichtlich bleibende Wegfall dieser Mitarbeit sei derart wichtig, daß er die Voraussetzungen des Art. 23, Buchst. b, AHVV zu erfüllen vermöge.

3. Ähnliche Überlegungen könnten auch im vorliegenden Falle angestellt werden. Hinzu kommt, daß der Versicherte — wie er in der Berufung glaubhaft dartut — ursprünglich lediglich dienstvertraglicher Geschäftsführer war, bevor er Gesellschafter wurde, und daß sein Geschäftsführersalär 51 0000 Franken betrug, während ihm aus der Beteiligung und als Mitglied des Verwaltungsausschusses angeblich nur noch 20 500 Franken zukommen. Das deutet darauf hin, daß sich die gewählte Organisationsform — entsprechend den Angaben in der Berufung — der Kapitalgesellschaft nähert. Auf alle Fälle steht fest, daß sich das Erwerbseinkommen des Versicherten nicht einfach global aus seiner Beteiligung an der Kollektivgesellschaft herleitete, sondern wirtschaftlich und rechtlich von jeher aus zwei besonderen Bestandteilen zusammensetzte, dem Gewinnanteil und dem Geschäftsführerhonorar, das gemäß Art. 558, Abs. 3, OR als Gesellschaftsschuld zu behandeln ist; das besondere Rechtsverhältnis zwischen Gesellschaft und Geschäftsführer — auch wenn dieser Gesellschafter ist — hebt die Geschäftsführertätigkeit überhaupt von der bloßen Gesellschaftsbeteiligung ab (vgl. Kommentar Hartmann, N. 7 und 16a zu Art. 557 und N. 15 ff. zu Art. 558 OR).

Bei derartigen Verhältnissen geht es beitragsrechtlich nicht an, Einzelbetrieb und Gesellschaft als solche einander gleichzustellen; man könnte nur den Einzelbetrieb und die Beteiligung an der Gesellschaft vergleichen. Hinsichtlich der Einkommensquelle bedeutet also die Fortdauer der Gesellschaft nicht ohne weiteres das Gleiche wie die Fortdauer des Einzelbetriebes; entscheidend ist vielmehr, ob sich in der Struktur der Beteiligung quellenmäßig wesentlich und dauernd etwas geändert habe. Das muß im vorliegenden Fall bejaht werden, nachdem die Geschäftsführertätigkeit endgültig aufgegeben

wurde und einen wesentlichen Einkommensausfall mit sich brachte; im übrigen trat dieser Einkommensausfall unmittelbar vor dem Ende der Beitragspflicht ein, so daß ein Ausgleich nicht mehr möglich ist. Schließlich mag noch darauf hingewiesen werden, daß in Art. 20, Abs. 3, AHVV (in Verbindung mit Art. 17, Buchst. c, AHVV) nur vom «Anteil am Einkommen der Personengesamtheiten» die Rede ist; man kann sich daher fragen, ob die besonderen Geschäftsführerhonorare nicht einer besonderen Beurteilung vorbehalten bleiben sollten.

4. Die Ermittlung des Erwerbseinkommens gemäß Art. 23, Buchst. b, AHVV und die Festsetzung des vom Versicherten geschuldeten Beitrages sind Sache der Ausgleichskasse, an die die Akten zurückzuweisen sind.

Invalidenversicherung

Eingliederung

Urteil des EVG vom 18. Juli 1963 i. Sa. U. W.

Art. 12, Abs. 1, IVG. Eine Hornhautübertragung (Keratoplastik) bei einer infolge Entzündung narbig veränderten Hornhaut stellt keine eigentliche Leidensbehandlung dar. Vermag sie die Sehkraft einer 38jährigen Fabrikarbeiterin dermaßen zu verbessern, daß die Versicherte wieder voll an ihrem Arbeitsplatz tätig sein kann, so dient die Operation vornehmlich der beruflichen Eingliederung. (Erwägung 2)

Art. 78, Abs. 2, IVV. Die Anordnung des Arztes zur Durchführung einer medizinischen Maßnahme ohne Beschluß der IV-Kommission kann als «wichtiger Grund» gelten. (Erwägung 3)

Die 1925 geborene Versicherte ist als Fabrikarbeiterin tätig. Im Januar 1961 meldete sie sich wegen ihres Augenleidens bei der IV an und beanspruchte medizinische Maßnahmen. Sie wies darauf hin, daß sie sich einer operativen Hornhautübertragung unterziehen müsse, um der Gefahr der Erblindung vorzubeugen. Ein Augenspezialist gab der IV-Kommission folgende Diagnose bekannt: Status nach Keratitis (Hornhautentzündung); Leucoma corneae (weiße Narbe der Hornhaut) beidseits. Er teilte ferner mit, daß am linken Auge der Versicherten während eines Spitalaufenthaltes (vom 10. April bis zum 31. Mai 1961) eine Keratoplastik (Hornhauttransplantation) vorgenommen wurde, weil die Versicherte durch die beidseitige Verminderung der Sehschärfe in ihrer beruflichen Tätigkeit stark behindert gewesen sei. Hierauf teilte die Ausgleichskasse der Versicherten mit, die IV-Kommission habe es abgelehnt, ihr Leistungen zu gewähren, weil keine rentenbegründende Invalidität vorliege und die in Frage stehende medizinische Maßnahme als Behandlung des Leidens an sich zu betrachten sei.

Gegen diese Verfügung reichte die Versicherte Beschwerde ein und stellte den Antrag, die IV habe sämtliche die Operation betreffenden Arzt- und Behandlungskosten nebst den entsprechenden Reisespesen sowie die Auslagen

für eine neue Brille zu übernehmen und überdies ein angemessenes Taggeld zu gewähren. Zur Begründung wurde namentlich geltend gemacht, das Augenleiden der Versicherten gehe auf ein Geburtsgebrechen zurück. Der Präsident der kantonalen Rekurskommission wies die Beschwerde ab.

Den kantonalen Rekursentscheid hat die Versicherte unter Erneuerung der erstinstanzlichen Begehren durch Berufung ans EVG weitergezogen. Sie hält an der Behauptung, es liege ein Geburtsgebrechen vor, fest und verlangt eine weitere Abklärung dieser Frage. Zudem sei die Operation dringlich gewesen und als Eingliederungsmaßnahme zu bewerten. In seinem Mitbericht beantragt das BSV Gutheißung der Berufung und beschreibt das Leiden der Versicherten sowie Wesen und Funktion der Keratoplastik wie folgt:

«Aus den Akten geht einwandfrei hervor, daß es sich im vorliegenden Falle nicht um ein Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 2 GgV handelt, sondern um den Endzustand einer im Alter von 11 Jahren erlittenen Hornhautentzündung beider Augen, welche nach ihrer sogenannten Defektheilung eine schwere Beeinträchtigung des Sehvermögens hinterließ. Diese kommt dadurch zustande, daß die klare, durchsichtige Hornhaut infolge der Entzündung sich mit Blutgefäßen und -zellen durchsetzt und nach der Abheilung eine weiße, bindegewebige Narbe hinterläßt. Je nach Ausdehnung, Lokalisation und Dichte der Narbe ist und bleibt die Sehschärfe mehr oder weniger stark herabgesetzt und kann einen solchen Grad erreichen, daß nur noch eine Lichtempfindung hell-dunkel möglich ist.

Die Hornhautübertragung hat in den letzten zwei Jahrzehnten derartige Fortschritte erzielt, daß heute bei solchen Patienten die Sehkraft mit guten Aussichten ganz wesentlich verbessert werden kann. Hierbei wird ein kreisrundes Stück aus der narbig-undurchsichtigen Hornhaut herausgestanzt und durch ein entsprechendes Stück gesunder Hornhaut (eines eben Verstorbenen) ersetzt. Dadurch entsteht sozusagen ein neues Fenster. Hier kann nun ebensowenig wie bei der Staroperation von einer eigentlichen Heilbehandlung im pathologisch-biologischen Sinne gesprochen werden, wenn sich auch gezeigt hat, daß dadurch allfällige restliche entzündliche Hornhauterscheinungen noch günstig beeinflusst werden können. Das Hauptziel dieser Operation besteht im wesentlichen darin, die narbig veränderte Hornhaut durch eine durchsichtige und gesunde zu ersetzen.»

Das EVG hieß die Berufung aus folgenden Erwägungen gut:

1. Gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG hat der Versicherte Anspruch auf medizinische Maßnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und zudem geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.

Die Erfahrung lehrt, daß eine ärztliche Vorkehr zugleich Merkmale der Behandlung des Leidens an sich und Eigenschaften einer Eingliederungsmaßnahme aufweisen kann. Wenn deshalb nicht von vorneherein feststeht, daß eine medizinische Anordnung oder ein ärztlicher Eingriff entweder als Behandlung des Leidens an sich oder als Eingliederungsmaßnahme zu bewerten ist, so muß geprüft werden, welche Merkmale vorwiegen. Es ist zu untersuchen, ob die Vorkehr hauptsächlich der Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens oder anderen eingliederungsfremden Zwecken diene oder aber vornehmlich zur beruflichen Eingliederung im zeitlichen und

maßlichen Umfang des Art. 12, Abs. 1, IVG bestimmt sei, wobei die erwerblichen Verhältnisse des Versicherten ausschlaggebend sind (EVGE 1962, S. 308 und S. 312, ZAK 1963, S. 128 und 135).

2. Wie das BSV im Mitbericht auf einleuchtende Art darlegt, hatte die in Frage stehende Operation einen im wesentlichen stationären Zustand, eine Defektheilung, zum Gegenstand. Der Eingriff kann deshalb nicht als Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens betrachtet werden.

Somit ist abzuwägen, ob die Maßnahme überwiegend der Eingliederung im Sinne des Art. 12, Abs. 1, IVG oder andern Zwecken diene.

Die Berufungsklägerin steht im 38. Lebensjahr und hat mithin noch einen ganz wesentlichen Teil ihrer Aktivitätsperiode vor sich. Aus den von der IV-Kommission beim Steueramt der Gemeinde und beim Arbeitgeber, bei welchem die Versicherte seit 1950 als Laminierarbeiterin tätig ist, eingeholten Auskünften ergibt sich, daß die Berufungsklägerin in wesentlichem Maße zum notwendigen ehelichen Einkommen beiträgt. Vor der Operation konnte sie nur noch «bestimmte grobe Arbeit verrichten» und war «durch die beidseitige Visusverminderung in ihrer beruflichen Tätigkeit sehr gehindert». Dank dem Eingriff ist sie seit Mitte August 1961 wieder voll an ihrem alten Arbeitsplatz tätig. Der Visus links ist, mit Brillengläsern korrigiert, auf 0,4 gesteigert worden, während er vorher unkorrigierbar 0,1 betragen hatte.

Angesichts dieser Umstände rechtfertigt sich die Annahme, die in Rede stehende medizinische Vorkehr habe vornehmlich der Eingliederung im Sinne des Art. 12, Abs. 1, IVG gedient.

Demzufolge braucht die Frage, ob nicht sogar ein Geburtsgebrechen im Sinne des Art. 13 IVG vorliege, nicht weiter abgeklärt und entschieden zu werden; denn die Versicherte hätte auch dann, wenn man diese Frage bejahen müßte, im konkreten Fall keinen umfassenderen Anspruch, als ihn Art. 12, Abs. 1, IVG ihr gewährt.

3. Die Vorinstanz erklärt, ein gemäß Art. 12, Abs. 1, IVG allfällig bestehender Anspruch wäre nach Art. 78, Abs. 2, IVV verwirkt, weil die nicht dringliche Operation durchgeführt wurde, bevor die IV-Kommission ihren Beschluß faßte.

Es kann dahingestellt bleiben, wie hinsichtlich der Frage der Verwirkung nach der alten Fassung des Art. 78, Abs. 2, IVV, die zur Zeit, da die Vorinstanz ihr Urteil fällte, noch in Kraft stand, zu entscheiden wäre. Die neue am 15. Juni 1963 in Kraft getretene Fassung dieser Bestimmung ist nämlich auch auf die bei Inkrafttreten noch nicht erledigten Leistungsbegehren anzuwenden. Darnach übernimmt die IV außer den von ihr vor der Durchführung angeordneten Eingliederungsmaßnahmen auch «die Kosten für Maßnahmen, die aus wichtigen Gründen vor der Beschlußfassung der Kommission durchgeführt werden mußten, sofern die Anmeldung innert 6 Monaten seit Beginn der Durchführung eingereicht wurde».

Die neue Fassung ist in gewisser Beziehung wohl etwas umfassender als die alte, welche betont einzig die Ausnahme im Interesse des Versicherten zuließ. Ob aber so weit gegangen werden könnte, wie das BSV mit Hinweis auf den Nachtrag vom 26. Mai 1963 zum «Kreisschreiben über die Vergütung der Kosten von Eingliederungsmaßnahmen der Invalidenversicherung» meint, daß nämlich bei medizinischen Maßnahmen «die Anordnung des Arztes zur Durchführung ohne weiteres als wichtiger Grund» gelte, erscheint doch ab-

klärungsbedürftig. Allerdings ist die Frage, ob der Grund wichtig sei, von der Person des Versicherten aus zu beurteilen, jedoch in dem Sinne, daß ihr Grund nach objektiver Bewertung wichtig sein muß. In diesem Zusammenhang kann nun die Anordnung des Arztes, in dessen Behandlung und Abhängigkeit sich der Versicherte begab, für diesen wichtig sein, besonders da er ja nicht die nötigen Kenntnisse hat, um sich ein eigenes Urteil über den angezeigten Zeitpunkt der Durchführung zu bilden. Da es aber nach der gesetzlichen Ordnung Sache des Versicherten ist, die rechtserheblichen Erfordernisse der IV gegenüber zu erfüllen, so fragt sich doch, ob der Versicherte bei einer ärztlichen Durchführungsanordnung vor ergangenem Beschluß der IV-Kommission nicht wenigstens eine Erkundigungspflicht auch dem Arzt gegenüber habe, wobei dann ersichtlich würde, ob die Maßnahme medizinisch nicht hinausgeschoben werden könnte, sofern nicht andere triftige Gründe dagegen sprächen.

Im vorliegenden Fall aber wurde die Operation schon im April 1959 ärztlich empfohlen. Es steht ferner fest, daß eine erhebliche berufliche Behinderung bestand und, wenigstens nach der Darstellung der Berufungsklägerin, eine weitere Beeinträchtigung drohte. Zudem ist zu bedenken, daß Kliniken erfahrungsgemäß oft derart überlastet sind, daß es sich im Einzelfall u. U. aufdrängen kann, die erste sich bietende Gelegenheit zum Eintritt wahrzunehmen. Und schließlich ist nicht außer acht zu lassen, daß das Nichtabwarten des Beschlusses der IV-Kommission hier insofern seine rechtliche Wirkung verlor, als der Beschluß lange auf sich warten ließ — die Anmeldung der Versicherten erfolgte ungefähr 3 Monate vor der Durchführung der Operation; die Verfügung der Ausgleichskasse erging ungefähr 16 Monate nach der Anmeldung — und zudem den Anspruch der Versicherten abwies, so daß diese ohnehin nicht gehalten gewesen wäre, mit der Operation bei zur Zustellung des Berufungsentscheides zuzuwarten (EVGE 1962, S. 316, ZAK 1963, S. 130).

Angesichts dieses Sachverhaltes kann mit dem BSV angenommen werden, es hätten wichtige Gründe im Sinne der neuen Fassung des Art. 78, Abs. 2, IVV vorgelegen und der Anspruch sei deshalb nicht verwirkt.

4. Demzufolge ist die Beufung begründet. Die Sache wird zur Festsetzung der Leistungen (Kosten der Maßnahmen und Taggeld) an die IV-Kommission zurückgewiesen; diese wird insbesondere auch zu entscheiden haben, ob die beanspruchte Brille im Sinne des Art. 21, Abs. 1, IVG eine «wesentliche Ergänzung» der medizinischen Maßnahme sei.

5. ...

Urteil des EVG vom 15. Juli 1963 i. Sa. F. S.

Art. 13 IVG. Ist die im Rahmen der medizinischen Behandlung als Hilfsperson mitwirkende Mutter eines an schweren cerebralen Lähmungen leidenden Kindes aus beachtlichen Gründen an der Pflege verhindert, so übernimmt die IV die Kosten einer vorübergehenden Hospitalisierung des Kindes, wenn dadurch eine Verschlimmerung des Zustandes vermieden werden kann.

Die im Jahre 1956 geborene Versicherte ist in ihrer Entwicklung infolge einer geburtsbedingten cerebralen Lähmung stark behindert. Sie leidet namentlich an einer schweren Athetose (unwillkürliche, schlangenartige Bewegungen, insbesondere der Finger und Zehen) und an erheblichen Sprachstörungen. Nachdem die IV-Kommission der Versicherten für den Zeitraum vom 1. Januar 1960 bis 30. April 1964 ärztliche Kontrollen und Behandlung sowie heilgymnastische Maßnahmen bei einer auswärts wohnenden Therapeutin (mit Vergütung der entsprechenden Reisekosten) und ferner einen Sonderschulbeitrag sowie die leihweise Abgabe eines Invalidenwagens gewährt hatte, erkundigte sich die Mutter der Versicherten bei der IV, in welchem Umfange die Kosten eines ihrer Tochter ärztlich verordneten Aufenthaltes in einem Kinderheilbad übernommen werden könnten. Die IV-Kommission beschloß, für die Zeit dieses Aufenthaltes (d. h. für ca. zwei bis drei Monate) die tarifmäßigen Kosten der im Kinderheilbad durchzuführenden Heilgymnastik zu tragen; hingegen lehnte es die Kommission ab, den Aufenthalt als solchen und die entsprechenden Reisekosten zu übernehmen, weil es sich um einen Ferienaufenthalt handle.

Dagegen erhob der Vater der Versicherten Beschwerde, wurde jedoch von der kantonalen Rekursbehörde abgewiesen, im wesentlichen aus folgenden Gründen: Wie einer Aktennotiz zu entnehmen sei, habe die Ärztin, die das Kind behandle, den Aufenthalt zur Entlastung der Mutter angeordnet. Dieser Umstand spreche aber dafür, daß keine zur Behandlung des Geburtsgebrechens notwendige medizinische Maßnahme in Frage stehe, was überdies durch andere Tatsachen bestätigt werde. Es handle sich bloß um einen Ferienaufenthalt, der von der IV nicht übernommen werden könne.

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

1. Gemäß Art. 13 IVG haben minderjährige Versicherte Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen, sofern diese Gebrechen ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können.

Im vorliegenden Fall ist streitig, ob der vorgesehene Aufenthalt der Berufungsklägerin im Kinderheilbad als zur Behandlung ihres Geburtsgebrechens notwendige medizinische Maßnahme zu werten sei.

2. In ihrem an die IV-Kommission gerichteten Schreiben vom 27. Mai 1963 stellt die behandelnde Ärztin fest, nach ihrer Kenntnis sei die Berufungsklägerin «eines der schwerst behinderten Kinder», dessen Behandlung und Pflege an die Mutter große Anforderungen stellten. Aus dem Bericht eines andern Arztes vom 17. August 1961 ist ferner zu entnehmen, daß die Mutter der Versicherten bei deren Behandlung sehr gut mitarbeitete und insbesondere bei der wöchentlich zweimal durchgeführten speziellen Physiotherapie angeleitet wird. Die Mutter der Versicherten wirkt demzufolge im Rahmen des Heilprogrammes als Hilfsperson mit. Ist sie daran, sei es wegen Krankheit oder aus andern beachtlichen Gründen, gehindert, so muß für Ersatz gesorgt werden, beispielsweise in der Form einer vorübergehenden Hospitalisierung.

Die behandelnde Ärztin erachtete nun eine Entlastung der Mutter als notwendig, weshalb ein zeitlich begrenzter Aufenthalt im Kinderheim ange-

zeigt sei, wo die Versicherte unter spezialärztlicher Kontrolle stünde und heilgymnastisch behandelt werden könnte. Die Ärztin betont, es sei wichtig, daß während des Ausscheidens der Mutter die therapeutischen Maßnahmen fortgesetzt würden, damit keine Verschlechterung des Zustandes eintrete, welche die bisherigen Anstrengungen und Aufwendungen zunichte mache.

Als Zweck des umstrittenen Aufenthaltes im Hinblick auf die Versicherte erscheint daher die Durchführung heilgymnastischer Maßnahmen — diese würden gemäß der angefochtenen Verfügung von der IV ohnehin übernommen — und die Vermeidung einer Verschlimmerung des vom schweren Geburtsgebrechen beherrschten Zustandes. Bei dieser Sachlage darf mit dem BSV angenommen werden, die Einweisung sei eine einheitliche Maßnahme und im Sinne des Art. 13 IVG medizinisch notwendig.

3. Dieses Ergebnis steht nicht im Widerspruch zu den Erwägungen, die das EVG in seinem Urteil vom 8. Mai 1962 i. Sa. R. R. (ZAK 1962, S. 428) geleitet haben. Damals wurde der Aufenthalt in einem Kinderheim nämlich deshalb nicht als notwendige medizinische Maßnahme betrachtet, weil für die Einweisung lediglich die ungünstigen Verhältnisse im Elternhaus maßgebend waren — die Eltern waren den erhöhten erzieherischen Anforderungen nicht gewachsen — und weil der Aufenthalt laut ärztlicher Feststellung nicht als spezifische Behandlung des in Rede stehenden Geburtsgebrechens bewertet werden konnte. Im vorliegenden Fall dagegen ist ein wesentlich anderer Sachverhalt gegeben. Zur Einweisung zwingt nicht ein Mangel in der elterlichen Betreuung, sondern im Gegenteil der Umstand, daß die Versicherte zu Hause — über die übliche Wartung hinaus — eine Pflege erhält, welche die Folgen des Geburtsgebrechens mildert, jedoch nicht ununterbrochen gewährt werden kann, weil die Mutter sonst überfordert wäre. Ferner steht als Aufenthaltsort nicht ein gewöhnliches Kinderheim in Frage, sondern ein unter spezialärztlicher Leitung stehendes Kinderheilbad, mit dem das BSV eine Tarifvereinbarung bezüglich Heilgymnastik und Sonderschulung abgeschlossen hat und wo, gemäß ärztlicher Erwartung, der vom Geburtsgebrechen beherrschte Zustand der Versicherten vor wesentlicher Beeinträchtigung bewahrt werden dürfte.

4. Daraus folgt, daß die Berufung begründet ist. Damit nimmt jedoch das EVG zur Frage nach Weiterdauer und Inhalt der Ansprüche aus Art. 13 IVG für dieses sehr schwer gebrechliche Kind nicht Stellung. Es wird Sache der IV-Kommission sein, über das Maß der Leistungen zu befinden, auf welche die Versicherte zur Zeit Anspruch hat.

Urteil des EVG vom 18. September 1963 i. Sa. D. B.

Art. 13 IVG; Art. 2, Ziffer 161, GgV. Beim Auftreten von Strabismus concomitans (Schielen) im frühen Kindesalter ist anzunehmen, daß es sich um ein Geburtsgebrechen im Sinne der IV handelt, sofern diese Vermutung nicht durch hinreichende Gründe widerlegt wird.

Die 1954 geborene Versicherte leidet unter starkem Schielen (Strabismus concomitans convergens mit starker akkomodativer Komponente) infolge Augenmuskelschwäche (Abducensschwäche). Diese Anomalie mit «drohender Am-

byopie» wurde im 2. oder 3. Altersjahr festgestellt. Dank der Behandlung (Sehschulung mit Okklusion sowie Schieloperation im Jahre 1961) konnte eine wesentliche Besserung des Zustandes erreicht werden. Im März 1962 nahm ein Augenarzt die Weiterführung der Sehschulung sowie periodische augenärztliche Kontrollen in Aussicht. Der Augenarzt empfahl, die Behandlung auf Grund von Ziff. 151 der bundesrätlichen Geburtsgebrechenliste zu übernehmen («Musculi oculi externi: Lähmung einzelner oder aller»); immerhin bezeichnete er das Vorliegen eines solchen Geburtsgebrechens als nicht ganz sicher. Die IV-Kommission lehnte es ab, für medizinische Maßnahmen (einschließlich Sehschulung) aufzukommen, «da es sich nicht um ein nachgewiesenes Geburtsgebrechen handelt». Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen.

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

1. Ist ein Gebrechen in der bundesrätlichen Geburtsgebrechenliste aufgeführt, so hat die IV bei minderjährigen Versicherten für die Behandlung des Gebrechens grundsätzlich aufzukommen (die mit dem Zeichen * ausgedrückten Einschränkungen vorbehalten). Ob die Ursachen des Gebrechens ebenfalls als angeborene Leiden in der Liste figurieren oder nicht, ist gleichgültig. Daß im vorliegenden Fall die Abducensschwäche, auf die der Strabismus concomitans zurückgeht, nach Ansicht der Vorinstanz kein Geburtsgebrechen gemäß Ziffer 151 der Liste darstellt, steht somit der Anerkennung des Strabismus concomitans als Geburtsgebrechen (Ziff. 161*) nicht entgegen.

2. Was den Strabismus concomitans selber anbetrifft, so gibt es nach den Angaben von Prof. Verrey in einem i. Sa. B. und M. W. (Urteil vom 5. Juli 1963, ZAK 1963, S. 541) erstatteten Gutachten «vorläufig keine praktisch anwendbaren Kriterien, um generell zu beurteilen, ob das Gebrechen bei vollendeter Geburt als solches oder als bloße Veranlagung zu einem Leiden bestand». (Prof. Verrey ist der Auffassung, daß der Strabismus concomitans bei vollendeter Geburt nicht existiere und nicht existieren könne, da das binoculare Sehen in diesem Moment noch nicht entwickelt ist.) Immerhin hat die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft, deren Präsident Prof. Verrey ist, hinsichtlich des Strabismus concomitans folgende Empfehlungen erlassen:

1. Nicht jeder Strabismus ist ein Geburtsgebrechen im Sinne der IV. So sind Fälle mit beidseitiger zentraler Fixation von offensichtlich erworbenem Strabismus concomitans zum vorneherein auszuschneiden.
2. Beim «angeborenem» einseitigen Schielen (Strabismus concomitans unilateralis congenitalis) mit Amblyopie ist die notwendige Behandlung grundsätzlich zu übernehmen.
3. In Fällen von «angeborenem» Wechselschielen (Strabismus concomitans alternans) darf die IV nur medizinische Leistungen gewähren, wenn es eine entstellende Wirkung auf das Gesicht ausübt. Das dürfte in der Regel bei einem Schielwinkel beim Blick in die Ferne von 30 Grad und mehr zutreffen.

Die Verwaltungspraxis hält sich an diese Empfehlungen und geht somit im wesentlichen von der widerlegbaren Vermutung aus, der im frühen Kindesalter festgestellte Strabismus concomitans sei als angeboren zu betrachten. Gleich wie hinsichtlich der Abgabe von Brillen bei Strabismus concomitans und Refraktionsanomalien (vgl. das zitierte Urteil i. Sa. B. und M. W., ZAK 1963, S. 541) sieht sich das EVG auch hinsichtlich der Anerkennung des Strabismus concomitans als Geburtsgebrechen im Sinne von Ziff. 161* der bundesrätlichen Liste nicht veranlaßt, in die Verwaltungspraxis einzugreifen.

3. Unter den gegebenen Verhältnissen bestehen im vorliegenden Fall keine hinreichenden Gründe, die Vermutung als widerlegt zu betrachten, daß der Strabismus concomitans ein Geburtsgebrechen im Sinne von Ziff. 161* der bundesrätlichen Liste darstelle. Demzufolge hat die minderjährige Versicherte — entsprechend dem Antrag des BSV — Anspruch auf Behandlung dieses Gebrechens.

In maßlicher Hinsicht bedarf aber der Fall der weiteren Abklärung. Vor allem erhebt sich die Frage, ob die Fortsetzung der Okklusionsbehandlung, die der Augenarzt im März 1962 zur Beseitigung eines «kleinen Höherstandes des rechten Auges von 2^o» in Aussicht nahm, angesichts des Zeichens * zu Art. 2, Ziff. 161, GgV noch zu Lasten der IV geht. Über den Umfang der zu erbringenden Leistungen wird die IV-Kommission zu beschließen haben. Eine Brille scheint die Versicherte nicht zu verlangen (sie besaß eine solche bereits vor der Anmeldung zum Leistungsbezug). Immerhin mag darauf hingewiesen werden, daß Brillen, die bei Strabismus zur Korrektur leichterer Refraktionsanomalien dienen, von der IV nicht übernommen werden; dagegen hat die IV für das Brillengestell mit der Vorrichtung zur Abdeckung eines Auges aufzukommen, sofern die Okklusionsbehandlung zu ihren Lasten geht (vgl. dazu das zitierte Urteil i. Sa. B. und M. W., ZAK 1963, S. 541).

Urteil des EVG vom 18. September 1963 i. Sa. H. B.

Art. 13 IVG; Art. 1, Abs. 2, GgV. Bildungsunfähige haben keinen Anspruch auf Behandlung der in der GgV mit einem * versehenen Geburtsgebrechen zulasten der IV.

Die 1951 geborene Versicherte leidet an hochgradiger erethischer Idiotie mit Mikrozephalie (abnormer Kleinheit des Kopfes) und Anencephalie (Fehlen des Großhirns), an Klumpfüßen beidseits und an spastischen Reflexen. Sie ist laut ärztlicher Feststellung völlig bildungsunfähig, kann weder stehen noch sitzen, ist unrein und zerreißt Gegenstände, die sie in die Hände bekommt. Von ihrer Mutter wird sie vorbildlich gepflegt. Seit dem 1. Januar 1960 richtet ihr die IV einen Pflegebeitrag von 3 Franken im Tag aus. Auf Ersuchen der Eltern ließ die IV-Kommission die Frage prüfen, ob eine Operation der Klumpfüße angezeigt sei. Der Oberarzt der orthopädischen Abteilung eines Kantonsospitals erklärte, daß sich vom medizinischen Standpunkt aus der Aufwand nicht lohne. «Der Patientin fehlen sämtliche psychischen Voraussetzungen, daß durch die Verbesserung der Füße irgend ein Gewinn zu erreichen wäre». Immerhin empfahl der Oberarzt, einen «kompetenteren Orthopäden» zu be-

fragen, sofern die Eltern auf der Operation beharren sollten. Hierauf brachte die Ausgleichskasse dem Vater der Versicherten zur Kenntnis, daß es die IV-Kommission gestützt auf den fachärztlichen Bericht abgelehnt habe, die Operation der Klumpfüße zu übernehmen.

Gegen diese Kassenverfügung beschwerte sich der Vater der Versicherten bei der kantonalen Rekurskommission. Ein während des Beschwerdeverfahrens befragter Spezialarzt befürwortete eine Stellungskorrektur der Füße in erster Linie aus «pflegerischen Gründen», weil damit die Versicherte zum Stehen gebracht werden könne. Ob auch Gehübungen Erfolg haben würden, sei allerdings nicht sicher, «da die oberen Extremitäten athetoide Bewegungen zeigen und das Kind keine Greifbewegungen macht, so daß es recht fraglich erscheint, ob man dasselbe zur unumgänglich notwendigen Benützung von Krücken oder Stöcken wird bringen können. Ganz abgesehen davon fehlen hier selbstverständlich die geistigen Voraussetzungen für eine Eingliederung». Die kantonale Rekursbehörde wies die Beschwerde ab, weil auch bei Geburtsgebrechen die Gewährung medizinischer Maßnahmen davon abhängt, daß sie auf die berufliche Eingliederung positiv einwirken; die vorhandene pflegerische Erleichterung vermöge keinen Anspruch auf medizinische Maßnahmen zu begründen.

Das EVG wies die vom gesetzlichen Vertreter der 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 diesen gesetzlichen Auftrag hat der Bundesrat die GgV mit einem entsprechenden Verzeichnis erlassen. In diesem sind einzelne Gebrechen mit dem Zeichen * aufgeführt. Art. 1, Abs. 2, GgV bestimmt, daß für derartige Gebrechen medizinische Maßnahmen nicht gewährt werden, «wenn im Einzelfall das Gebrechen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten offensichtlich nicht zu beeinflussen vermag.»

2. Wie das BSV zutreffend feststellt, hat sich das EVG zur Frage des Anspruches bildungsunfähiger Minderjähriger auf medizinische Maßnahmen gemäß Art. 13 IVG noch nie ausdrücklich ausgesprochen. Freilich ist das EVG schon in mehreren Fällen einfach davon ausgegangen, daß die unteren Organe der Rechtsanwendung den Anspruch des Bildungsunfähigen auf die Behandlung eines bestimmten Gebrechens grundsätzlich anerkannt hätten; das Gericht beschränkte sich darauf, die Rechtserheblichkeit des Zusammenhangs zwischen anerkannten Gebrechen und dessen Folgezuständen zu untersuchen, wie das beispielsweise in dem vom Versicherten angerufenen, in EVGE 1962, S. 213 (ZAK 1963, S. 81) publizierten Urteil der Fall war. Damit wurde die Frage, ob Bildungsunfähige Anspruch auf Maßnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen hätten, nicht entschieden. Dagegen hat das EVG in einem nichtpublizierten Urteil vom 7. Mai 1963 hinsichtlich der mit dem Zeichen * versehenen Geburtsgebrechen erklärt, daß Bildungsunfähigen keine Maßnahmen zur Behandlung derartiger Gebrechen gewährt werden könnten; hiebei

stützte sich das Gericht auf den Wortlaut des Art. 1, Abs. 2, GgV, der für Gebrechen mit dem Zeichen * Maßnahmen ausschließt, wenn sie im Einzelfall das Gebrechen des Versicherten offensichtlich nicht zu beeinflussen vermögen.

3. Gestützt auf das Urteil vom 7. Mai 1963, an dem festzuhalten ist, erweist sich die vorliegende Berufung als unbegründet. Die Klumpfüße der Versicherten, die operiert werden sollen, stellen eines der in Art. 1, Abs. 2, GgV erwähnten Geburtsgebrechen dar (Ziff. 43*); da die Versicherte offensichtlich bildungsunfähig ist, fällt die Übernahme der Operation schon im Hinblick auf den Wortlaut des Art. 1, Abs. 2, GgV außer Betracht.

Im übrigen läßt es sich fragen, ob medizinische Maßnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen bei Bildungsunfähigen gestützt auf Art. 13 IVG nicht allgemein ausgeschlossen sind. Wenn auch diese Frage nicht zu entscheiden ist, so seien doch einige Gründe angeführt, die für eine solche Auslegung des Art. 13 IVG sprechen könnten. Die Maßnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen gehören zu den Eingliederungsmaßnahmen, die grundsätzlich durch Art. 9 IVG beherrscht werden. Nach Abs. 1 dieser Bestimmung besteht Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen, «soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern». Weitergehende Leistungen werden allerdings in dem ebenfalls unter den Eingliederungsmaßnahmen figurierenden Art. 20 IVG zugestanden, der von den Pflegebeiträgen an Bildungsunfähige handelt. Daß Art. 13 IVG gleich wie Art. 20 IVG einen Anspruch auf Leistungen ohne Eingliederungscharakter gibt, läßt sich aber nicht ohne weiteres sagen. Im Bericht der Expertenkommission für die Einführung der IV wird erklärt, daß auch bei den Geburtsgebrechen nur die zur Erreichung des gesteckten Zieles notwendigen medizinischen Maßnahmen gewährt werden sollen und nur diejenigen, die geeignet sind, eine wesentliche und dauernde Verbesserung der Erwerbsfähigkeit herbeizuführen (S. 61). Die Botschaft des Bundesrates zum Entwurf des IVG scheint grundsätzlich auf dem gleichen Boden zu stehen. So wird auf S. 43 oben ausgeführt: «Der direkte Einsatz von Mitteln der IV für die Behebung von Geburtsgebrechen im Einzelfall stellt somit nichts anderes dar als eine Abgeltung von Leistungen, auf die der Versicherte später in irgendeiner Form ohnehin Anspruch hätte.» Etwas weiter unten wird allerdings im Anschluß an das Versprechen, daß die vorgesehene Geburtsgebrechenliste nur Gebrechen aufführen werde, die ihrer Natur nach den Betroffenen inskünftig erwerbsunfähig machen können, folgendes ausgeführt: «Es kann somit, was von praktischer Bedeutung ist, im Einzelfall darauf verzichtet werden, die Frage nach der künftigen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zu beantworten.» Damit wird aber nur festgestellt, daß die Aufnahme in die GgV die Vermutung begründe, das Leiden werde die künftige Erwerbsunfähigkeit des Betroffenen beeinträchtigen. Wenn es auch wohl mit der Widerlegung der Vermutung streng zu nehmen ist, so kann doch aus diesen Ausführungen nicht auf eine Vermutung juris et de jure geschlossen werden, die selbst dann verbindlich wäre, wenn es naturwissenschaftlich als sicher erscheint, daß das gebrechliche Kind ohnehin nie wird erwerbstätig sein können. Schließlich geht aus den Materialien noch hervor, daß die Abänderung des Wortlautes des Art. 13 IVG während der Gesetzesberatungen lediglich eine Präzisierung der Erläuterungen des

Bundesrates auf S. 123 der Botschaft bezweckte (gemeint sind wohl die Erläuterungen zu Art. 13 auf S. 121 der Botschaft). Auf S. 121 der Botschaft bemerkt aber der Bundesrat, daß der Unterschied der Sonderregelung für Geburtsgebrechen gegenüber den Leistungen gemäß Art. 12 vor allem darin bestehe, «daß auch Maßnahmen zur Behandlung des Leidens an sich eingeschlossen sind» (vgl. zu diesen Ausführungen neben der Botschaft: Kommissionsprotokolle des Nationalrates, I. Session S. 59, Sten. Bull. des Nationalrates März 1959, S. 109, des Ständerates April 1959, S. 139).

Urteil des EVG vom 5. Juli 1963 i. Sa. B. u. M. W.

Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 14, Abs. 2, IVV. Die Abgabe von Brillen bei Strabismus (Schielen), Amblyopie (Schwachsichtigkeit) und leichter oder mittlerer Refraktionsanomalie stellt keine wesentliche Ergänzung medizinischer Maßnahmen dar. (Erwägung 2)

Art. 21, Abs. 1, IVG; Art. 2, Ziff. 158, GgV. Die IV übernimmt die Kosten einer Brille, die der Korrektur einer angeborenen hochgradigen Refraktionsanomalie dient, selbst wenn sie keine wesentliche Ergänzung medizinischer Maßnahmen darstellt. Ebenso geht eine Vorrichtung zur Abdeckung eines Auges zu Lasten der IV, wenn das Gerät zur Eingliederung des Versicherten ins Erwerbsleben notwendig ist. (Erwägung 3)

Die 1950 geborene Versicherte B. W. leidet an Strabismus convergens links mit Amblyopie des linken Auges. Die Sehschärfe beträgt an diesem Auge 0,2—0,3 mit und ohne Korrektur der leichten Refraktionsanomalie. Das rechte Auge weist eine Sehschärfe von 0,9 auf mit und ohne Korrektur der leichten Refraktionsanomalie. Die Versicherte, die 1955 operiert wurde, stand wegen des Schielens von 1955—1959 in der Behandlung der Augenklinik eines Kantonsospitals. Im Jahre 1953 wurde ihr die erste Brille verordnet.

Der 1952 geborene Versicherte M. W., dem im Jahre 1955 erstmals eine Brille verordnet wurde, leidet an Strabismus convergens rechts von ungefähr 10 Grad mit Überfunktion des Obliquus inferior rechts. Ein kleiner Nystagmus besteht auch rechts, sowie eine mäßige Amblyopie von 0,5, die mit einem entsprechenden Glas auf 0,8—0,9 korrigiert werden kann. Durch Operation und Sehschulung, die 1959 in einer Augenklinik durchgeführt wurden, konnten die Augenstellung und die Amblyopie wesentlich gebessert werden.

Im Oktober 1960 meldete der Vater die beiden Kinder zum Leistungsbezug bei der IV an. Die IV-Kommission beschloß, die Kosten der augenärztlichen Kontrolle vom 1. Januar 1960 an zu übernehmen, und stellte fest, daß weitere medizinische Maßnahmen und Hilfsmittel zur Zeit nicht nötig seien. Gegen die entsprechende Verfügung beschwerte sich der Vater bei der kantonalen Rekurskommission. Er machte geltend, daß seine beiden Kinder außer den augenärztlichen Kontrollen dauernd Brillen benötigten; für die Kosten dieser Brillen habe die IV ebenfalls aufzukommen. Die kantonale Rekurskommission hieß die Beschwerde gut und verhielt die IV, die Kosten der von den Versicherten benötigten Brillen zu übernehmen.

Den kantonalen Rekursentscheid hat das BSV durch Berufung an das EVG weitergezogen. Nach Abschluß des Rechtsschriftenwechsels holte das EVG von Prof. Verrey (Präsident des Vorstandes der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft) ein Gutachten ein, welchem sich entnehmen läßt:

Es bestehen vorläufig keine praktisch anwendbaren Kriterien, um generell zu beurteilen, ob die Refraktionsanomalie, der Strabismus concomitans und die Amblyopie bei vollendeter Geburt als solche oder als bloße Veranlagung zu einem Leiden bestanden. Wegen des Fehlens praktisch anwendbarer Kriterien hat die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft in den meisten Fällen Normen aufstellen müssen. Es ist klar, daß die nach dem besten Wissen und Gewissen aufgestellten Normen nur einen Kompromiß darstellen und daß sie den Fortschritten der Forschung allmählich angepaßt werden müssen.

Als hochgradige Refraktionsanomalien gelten:

a. die Myopie, wenn sie bis zum vollendeten 7. Altersjahr bei 6 und mehr Dioptrien liegt, wenn sie eine starke Neigung zu Verschlimmerung aufweist und insbesondere, wenn typische myopische Augenhintergrundsveränderungen nachweisbar sind,

b. die Hyperopie, wenn sie bei 6 Dioptrien und mehr liegt,

c. der Astigmatismus bei 3 Dioptrien und mehr und auch der Astigmatismus compositus, wenn er die Grundametropie in einer Achse bis auf 6 Dioptrien erhöht, wenn sie bis zum vollendeten 7. Altersjahr festgestellt werden.

Der Standpunkt des BSV, daß die Refraktionsanomalie eine der Ursachen des Strabismus darstellt, ist allgemein anerkannt; deren Korrektur gehört zur Selbstverständlichkeit und wird bei einem schielenden Kinde als erste Maßnahme getroffen. Bei leichten Fällen von «Strabismus accommodativus» genügt manchmal die Korrektur einer an sich nicht «hochgradigen Refraktionsanomalie», um den Strabismus zu beseitigen, solange die Brille getragen wird. Bei den Strabismen verbunden mit Amblyopie und den Strabismen mit hohem Winkel genügt die Korrektur einer allfälligen Refraktionsanomalie nicht. Sie wird jedoch immer angestrebt, da ihre Rolle beim Strabismus nicht zum voraus beurteilt werden kann und ihre Korrektur nützlich sein kann. Sehr schwache Refraktionsanomalien spielen beim Strabismus eine sehr untergeordnete oder gar keine Rolle, obschon sie von gewissen Schulen trotzdem konsequent durch die entsprechenden Gläser korrigiert werden.

Neben den Gläsern zur Korrektur der Refraktionsanomalien dient nicht selten ein Brillengestell als Träger eines Mattglases oder einer andern Vorrichtung zur Abdeckung eines Auges bei der Prävention und der Behandlung der Amblyopie sowie zur Unterdrückung einer anomalen Korrespondenz der Netzhautbilder.

In seinen weiteren Ausführungen vertritt Prof. Verrey die (der Praxis des BSV entsprechende) Ansicht, daß bei Strabismus concomitans und leichten oder mittleren Refraktionsanomalien die Brillengläser nicht als wesentliche Ergänzung medizinischer Maßnahmen anzuerkennen und von der IV nicht zu übernehmen seien; anders verhalte es sich dagegen bei hochgradigen Refraktionsanomalien gemäß Art. 2, Ziff. 158, GgV. Auch das Gestell und die Vorrichtung zur Abdeckung eines Auges bei der pleoptischen

und orthoptischen Behandlung sowie bei der Amblyopieprophylaxe sollten von der IV bezahlt werden. Prof. Verrey weist darauf hin, daß die Mehrzahl seiner Kollegen die geäußerten Ansichten unterstütze; eine Minderheit vertrete allerdings einen andern Standpunkt. Schließlich hält der Gutachter fest, daß die beiden Versicherten B. und M. W. nicht zu der Gruppe gehörten, der die Brillen bisher von der IV bezahlt worden seien.

Das EVG hieß in der Folge die Berufung des BSV aus nachstehenden Erwägungen gut:

1. Gemäß Art. 21, Abs. 1, IVG hat der Versicherte im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. Art. 14, Abs. 1, IVV, der die Liste der Hilfsmittel enthält, führt bei der Gruppe «Hilfsmittel für Sinnesorgane» als Beispiel die Brillen an (Buchst. d). Kosten für Brillen werden indessen von der IV nur übernommen, wenn diese Hilfsmittel eine wesentliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen bilden (2. Satz des Art. 21, Abs. 1, IVG).

2. Nach der auf einer Weisung des BSV beruhenden Verwaltungspraxis stellen Brillen keine wesentliche Ergänzung medizinischer Maßnahmen dar, wenn sie bei Strabismus und leichter oder mittlerer Refraktionsanomalie abgegeben werden. Für diese Verwaltungspraxis, die auf Vorschlägen des Vorstandes der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft beruht und von der Mehrzahl der Ophthalmologen gebilligt wird, lassen sich gute Gründe anführen.

Die Brillen dienen auch dann, wenn ein Strabismus besteht, der Korrektur von Refraktionsanomalien; derartige Anomalien werden bei Schielenden und Nichtschielenden durch Brillen korrigiert. Für Schielende ist diese Korrektur in der Regel eine unumgängliche Voraussetzung, nicht eine Ergänzung der Strabismusbehandlung. Außerdem muß die Korrektur der Refraktionsanomalie durch Abgabe einer Brille auch nach der Behandlung des Strabismus (und der damit verbundenen Amblyopie) weitergeführt werden, und zwar unter Umständen während des ganzen Lebens. Eine Behandlung des Strabismus und der Amblyopie kann dagegen gemäß den Angaben von Prof. Verrey nach Erreichung des 12. bis 13. Lebensjahres nicht mehr erfolgreich sein. Sehr schwache Refraktionsanomalien spielen beim Strabismus eine sehr untergeordnete oder gar keine Rolle, werden aber von gewissen Schulen konsequent durch Gläser korrigiert. Wenn in einzelnen Fällen das Schielen durch das Tragen einer Brille beseitigt wird, so besagt das nur, daß sich das Schielen auf der Grundlage einer Refraktionsanomalie entwickeln kann und wieder verschwindet, sobald eine Korrektur der Anomalie durch geeignete Gläser erfolgt.

Unter diesen Umständen sieht sich das EVG nicht veranlaßt, in die von der Mehrheit der Ophthalmologen gebilligte Verwaltungspraxis einzugreifen. Dies umsoweniger, als sehr schwer zu beurteilen ist, ob bzw. inwieweit Strabismus überhaupt als Geburtsgebrechen anerkannt und behandelt werden soll (Prof. Verrey vertritt die Auffassung, daß der Strabismus concomitans bei vollendeter Geburt nicht existiere).

3. Der Verwaltungspraxis ist auch insofern beizupflichten, als sie die Brillen immer dann übernimmt, wenn diese der Korrektur einer angeborenen

hochgradigen Refraktionsanomalie im Sinne von Art. 2, Ziff. 158, GgV dienen. Ob in derartigen Fällen die Brille eine wesentliche Ergänzung der Behandlung eines als Geburtsgebrechen anerkannten Strabismus (oder der Behandlung einer angeborenen Amblyopie) bildet, kann offen bleiben. Bei hochgradigen angeborenen Refraktionsanomalien stellt die Brille die einzig mögliche und notwendige Vorkehrung zur Erreichung eines wesentlichen, vom Gesetz geschützten Erfolges dar. Wie bereits im Urteil vom 29. Juni 1963 i. Sa. R. G. (ZAK 1963, S. 502) ausgeführt wurde, ist es unter derartigen Umständen gerechtfertigt, ein Hilfsmittel selbst dann abzugeben, wenn es nicht unmittelbar der Eingliederung dient (1. Satz des Art. 21, Abs. 1, IVG) und auch nicht wesentliche Ergänzung medizinischer Maßnahme ist (2. Satz des Art. 21, Abs. 1, IVG).

Schließlich hat die IV — entsprechend dem Vorschlag von Prof. Verrey — eine Vorrichtung zur Abdeckung eines Auges mit einem Brillengestell als deren Träger immer dann abzugeben, wenn das Gerät zur Eingliederung ins Erwerbsleben im Sinne des 1. Satzes des Art. 21, Abs. 1, IVG notwendig ist. Ob ein solches Gerät auch medizinische Maßnahmen wesentlich ergänzt oder nicht, ist rechtlich unerheblich. Wohl fällt das Gerät unter die Gruppe «Hilfsmittel für Sinnesorgane» des Art. 14, Abs. 1, Buchst. d, IVV; doch handelt es sich hierbei weder begrifflich, noch funktionell um eine Brille. Denn unter Brille ist ein Hilfsmittel zu verstehen, das das Sehen ermöglicht, während ein Gestell mit Abdeckvorrichtung das Sehen mit dem einen Auge vorübergehend ausschalten soll. Daß der Versicherte dieses Gerät durch Einsetzen von Gläsern in eine eigentliche Brille verwandeln kann, vermag hieran nichts zu ändern.

4. Die beiden Versicherten leiden an Strabismus, Amblyopie und leichten Refraktionsanomalien. Nachdem die IV-Kommission die Kosten der augenärztlichen Kontrollen übernommen hat, sind der Strabismus und die Amblyopie als Geburtsgebrechen anerkannt. Indessen dienen die Brillen, die die beiden Versicherten benötigen, der Korrektur leichterer Refraktionsanomalien und gehen nach dem oben Gesagten nicht zu Lasten der IV. Bei B. W. scheint übrigens die eigentliche Behandlung (Operation und Sehschule) bereits vor dem Inkrafttreten der IV zum Abschluß gekommen zu sein; außerdem wird durch die Korrektur der Refraktionsanomalie die Sehschärfe nach den Angaben von Prof. Verrey gar nicht beeinflusst. Sofern sich M. W. einer weiteren Amblyopieschulung unterzieht und für die Okklusion ein Brillengestell mit einer Abdeckvorrichtung benötigen sollte, bleiben ihm alle Rechte gewahrt.

Renten und Taggelder

Urteil des EVG vom 20. Juni 1963 i. Sa. A. K.

Art. 22, Abs. 1, IVG; Art. 18, Abs. 1, IVV. Zögert ein Versicherter die Durchführung angeordneter Eingliederungsmaßnahmen selber ohne rechtserhebliche Veranlassung längere Zeit hinaus, so steht ihm für die Wartezeit kein Anspruch auf IV-Taggelder zu.

Der 1909 geborene Versicherte betätigte sich als Maurervorarbeiter, bis er 1959 infolge Coxarthrose auf die Ausübung seines Berufes verzichten mußte. Am 2. Mai 1960 meldete er sich zum Leistungsbezug bei der IV. Im Dezember 1960 schrieb der behandelnde Arzt der IV-Kommission, er habe dem Versicherten wegen Verschlimmerung seines Zustandes eine intertrochantere Osteotomie vorgeschlagen; der Versicherte habe sich aber zu diesem Vorschlag nie ausgesprochen und sei später nicht mehr erschienen. Die IV-Kommission holte dann den Bericht eines zweiten Arztes ein. Dieser erklärte, eine Operation der Coxarthrose sei eine absolute Notwendigkeit und werde die Erwerbsfähigkeit verbessern. Am 16. Mai 1961 beschloß die IV-Kommission, die Kosten der vorgeschlagenen Operation mit Aufenthalt im Kantonsspital zu übernehmen. Dieser Beschluß wurde dem Versicherten am 18. Juli 1961 durch Verfügung der Ausgleichskasse eröffnet mit dem Hinweis, es bestehe ein Taggeldanspruch während des Spitalaufenthaltes und während der Rekonvaleszenz, sofern die Arbeitsunfähigkeit mindestens 50 Prozent betrage.

Inzwischen aber hatte der Versicherte im Juli 1961 begonnen, ein eigenes Reinigungsgeschäft zu betreiben, nachdem er vorher während einigen Monaten als Putzer in einer Rekrutenschule gearbeitet und sonstige Putzarbeiten verrichtet hatte. Ende März 1962 schrieb er der IV-Kommission, er habe sich bisher vergeblich bemüht, in das Kantonsspital aufgenommen zu werden. Auf Drängen der IV-Kommission und des behandelnden Arztes wurde er auf den 2. April 1962 zur Operation aufgeboten. Er berichtete aber dem Spital, der Zeitpunkt passe ihm nicht, da er jetzt eine gute Arbeit habe und es sich nicht leisten könne, während mehreren Wochen nichts zu verdienen. Auch dem zweiten Aufgebot, am 24. Mai 1962 ins Spital einzutreten, gab er keine Folge. Dagegen ersuchte er am 29. Mai 1962 die IV-Kommission unter Hinweis auf seine neu aufgebaute Existenz um Verschiebung der Operation und erklärte, der ihn behandelnde Arzt empfehle einen weniger weit gehenden Eingriff. Am 23. August 1962 schrieb der behandelnde Arzt der IV-Kommission, der Versicherte sei am 18. Mai 1962 bei ihm erschienen und habe sich einer Operation unterziehen wollen, weigere sich aber, ins Kantonsspital einzutreten. Seither habe er nichts mehr von ihm gehört, obwohl er versprochen habe, in einigen Tagen Bericht zu geben. Am 27. September 1962 unterzog sich dann der Versicherte im Kantonsspital dennoch der von der IV-Kommission vorgesehenen Operation.

Der Versicherte erhob Beschwerde gegen die am 18. Juli 1961 erlassene Verfügung mit dem Begehren um rückwirkende Zusprechung von Leistungen. Die Beschwerde wurde von der kantonalen Rekurskommission abgewiesen mit der Begründung, daß die Voraussetzungen für die Gewährung eines Taggeldes nicht erfüllt seien und auch die Zusprechung einer IV-Rente ab 1. Januar 1960 nicht in Betracht falle. Der Versicherte legte gegen diesen Entscheid Berufung ein, mit dem Antrag, es sei ihm ein IV-Taggeld für 120 Tage Wartezeit auszurichten.

Die Berufung des Versicherten wurde vom EVG mit folgender Begründung abgewiesen:

1. Gemäß Art. 22, Abs. 1, IVG hat der Versicherte Anspruch auf ein Taggeld, wenn er an wenigstens drei aufeinanderfolgenden Tagen wegen der Eingliederung verhindert ist, einer Arbeit nachzugehen, oder zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig ist. 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. Die Ausgleichskasse und das BSV erklären übereinstimmend, der Versicherte erfülle die Voraussetzungen für die Ausrichtung von Taggeldern während Wartezeiten. Es sei nachgewiesen, daß er sich vom Erlaß der Verfügung vom 18. Juli 1961 bis zum ersten Aufgebot durch das Kantonsspital der angeordneten Operation habe unterziehen wollen; ferner ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 Prozent aus den ärztlichen Attesten.

Es erhebt sich jedoch die Frage, ob ein Versicherter Taggeld für Wartezeiten beanspruchen kann, wenn er zwar eine Zeitlang auf die Durchführung einer angeordneten Eingliederungsmaßnahme gewartet hat, diese aber vom Moment an, da er hierzu aufgeboten wird, selber monatelang verzögert. Grundsätzlich ist unter solchen Umständen ein Anspruch auf Taggeld für Wartezeiten zu verneinen; denn dieses Taggeld wird in der Regel nur unter der Bedingung geschuldet, daß der angeordneten Maßnahme auf erste Möglichkeit hin nachgelebt werde. Anders kann es sich allerdings verhalten, wenn die nachträgliche Verzögerung der Eingliederungsmaßnahmen auf wesentlich veränderte Verhältnisse zurückzuführen ist. Zögert dagegen ein Versicherter ohne rechtserhebliche Veranlassung die Maßnahme selber längere Zeit hinaus, so begründet er die Vermutung, daß er gar nicht im Sinne der Art. 22 IVG und Art. 18 IVV auf die Maßnahme «wartete». Eine abweichende Lösung könnte dazu führen, daß der Versicherte nach Bewilligung einer Eingliederungsmaßnahme, die er im Grunde nicht oder noch nicht will, Wartegeld bezieht, bis er zur Durchführung der Maßnahme aufgeboten wird und dann erklärt, er wünsche sie erst später oder gar nicht.

3. Im vorliegenden Fall hat der Versicherte den beiden Aufgeboten des Kantonsspitals, sich der angeordneten Operation zu unterziehen, keine Folge geleistet und erst einige Monate später zur Durchführung der Maßnahme Hand geboten. Die Verhältnisse zur Zeit der Aufgebote ins Spital waren im wesentlichen dieselben wie zur Zeit der Anordnung der Operation. Wohl dachte der Versicherte anscheinend, er könne vielleicht ohne Operation auskommen oder dann mit einem weniger weitgehenden Eingriff als der Hüftversteifung (Arthrodese). Der Arzt, der im April 1960 eine intertrochantere Osteotomie vorgeschlagen hatte, hielt jedoch schon im Februar 1961 an seinem Vorschlag nur unter der Bedingung fest, daß «die Gelenkdestruktion in der Zwischenzeit nicht wesentliche Fortschritte gemacht» habe. Und nach dem Ergebnis einer am 18. Mai 1962 durchgeführten Untersuchung kam er dann selber zur Auffassung, daß in erster Linie eine Hüftversteifung angezeigt sei. Die vom zweiten Arzt vorgeschlagene Arthrodese war offenbar schon seit 1961 die einzig indizierte Operation, und sie wurde dann schließlich auch durchgeführt. Im übrigen sind die teilweise abweichenden Vorschläge des ersten Arztes für die Verzögerung der Operation kaum ausschlaggebend gewesen; das geschilderte Verhalten des Versicherten läßt vermuten, daß er damals einer Operation überhaupt ausweichen wollte. Nach der Anordnung der Maßnahme durch die IV-Kommission scheinen sich allerdings die Erwerbsver-

hältnisse des Versicherten geändert zu haben, und zwar im Sinne einer Besserung, dank dem trotz der Behinderung offenbar befriedigend angelaufenen Reinigungsgeschäft. Eine derartige Änderung ist aber rechtlich nicht so erheblich, daß sie einen Wartegeldanspruch für die Zeit vor den beiden nicht befolgten Aufgeböten zur Operation im April/Mai 1962 doch noch begründen würde. Wenn es dem Versicherten nichts ausmachte, die Operation vom April bis Ende September 1962 ohne Not hinauszuzögern, so kann er nicht dafür entschädigt werden, daß man es ihm nicht schon vor dem April 1962 anheimstellte, sich auf Kosten der IV operieren zu lassen.

Im übrigen mag noch erwähnt werden, daß der Versicherte vor der Operation einer Erwerbstätigkeit nachging, über welche die Akten zwar nur bruchstückweise, aber doch hinreichend Auskunft geben, um die Annahme nahezulegen, daß sie ziemlich umfangreich war und kontinuierlichen Charakter aufwies: Der Versicherte beschäftigte Drittpersonen als Arbeitskräfte, so daß sein Reinigungsgeschäft auch während der Zeit laufen konnte, da er stärkere Beschwerden verspürte. Es läßt sich fragen, ob die Ausübung einer derartigen Erwerbstätigkeit noch mit dem gesetzlichen Begriff der Wartezeit vereinbar ist.

4. ...

Urteil des EVG vom 29. April 1963 i. Sa. G. W.

Art. 28, Abs. 2, IVG; Art. 69 ff IVV. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades kommt dem Grad der Arbeitsunfähigkeit nur die Bedeutung eines mitzubehrsichtigenden Faktors zu, dagegen ist der Unterschied zwischen dem Erwerbseinkommen mit und ohne Invalidität entscheidend.

Der im Jahre 1916 geborene Versicherte ist seit 1940 als selbständiger Schuhmacher tätig. Im Juni 1961 meldete er sich bei der IV zum Bezuge von Leistungen an. Sein Arzt gab am 23. August 1961 auf dem amtlichen Formular folgende Diagnose bekannt: Mikrognathie; totale Versteifung beider Hüftgelenke. Aus der Anamnese läßt sich entnehmen, daß der Versicherte im Alter von 15 Jahren von einem Reck gestürzt ist und hernach während langer Zeit haus- und spitalärztlicher Pflege bedurfte.

Der Arzt schätzte die Arbeitsunfähigkeit auf rund 10 bis 20 Prozent und erklärte, der Versicherte könne «momentan» als Schuhmachermeister gut arbeiten. Auf Grund dieses ärztlichen Berichtes lehnte die IV-Kommission das Rentengesuch des Versicherten am 28. September 1961 ab.

Dagegen erhob der Versicherte Beschwerde bei der kantonalen Rekurskommission und machte geltend, er sei nur teilweise arbeitsfähig. Ein entsprechendes Arzzeugnis werde er sobald als möglich zu den Akten geben. Dieser Bericht eines Spezialarztes für Chirurgie wurde der Vorinstanz im Januar 1962 übergeben. Der Arzt hielt darin einen Status nach schwerer Rachitis und das Bestehen einer leichten Hüftgelenkverrenkung (subluxatio coxae) sowie einer Coxarthrose mit Beugekontrakturen fest, schätzte die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf höchstens 40 Prozent und sagte deren rasche Verminderung voraus. Die kantonale Rekurskommission stellte jedoch auf den Bericht des ersten Arztes ab und bestätigte die Kassenverfügung. Im

Hinblick auf das Zeugnis des zweiten Arztes machte die Vorinstanz den Versicherten auf die Möglichkeit eines neuen Rentengesuches aufmerksam.

Den kantonalen Rekursentscheid hat der Versicherte mit Berufung an das EVG weitergezogen. Er weist darauf hin, daß er sich seit Oktober 1959 sehr matt fühle und nur mit großer Mühe arbeiten könne. Der erste Arzt habe dies nicht gewürdigt, weshalb er sich zu einem Herzspezialisten begeben habe. Dieser habe ihm erklärt, er habe vor einiger Zeit einen Herzinfarkt erlitten. Dank der Behandlung dieses Arztes sei seine Arbeitsfähigkeit wieder gestiegen, so daß er Ende August 1961 den Arbeiter, den er während der Krankheit habe einstellen müssen, nicht mehr benötigt habe. Ohne den Verdienst seiner Ehefrau wäre er in dieser Zeit in Schulden geraten. Aus seiner Schuhmacherwerkstatt wäre zwar an und für sich «etwas herauszuholen», aber die Invalidität verhindere dies. Seit Ende 1959 sei er nur noch zu 60 Prozent arbeitsfähig. Im Januar 1961 habe er überhaupt nicht mehr arbeiten können. Zur Zeit vermöge er ungefähr 40 bis 45 Prozent der anfallenden Arbeit zu bewältigen — wobei ihm die Frau noch helfen müsse, deren Verdienstmöglichkeit damit dahinfalle. Die übrigen Aufträge müsse er anderswo ausführen lassen.

Das EVG hat die Berufung mit folgender Begründung gutgeheißen, den vorinstanzlichen Entscheid und die Kassenverfügung aufgehoben und die Sache zur Neuurteilung im Sinne der Erwägungen an die IV-Kommission zurückgewiesen:

1. Der Versicherte hat gemäß Art. 28, Abs. 1, IVG Anspruch auf eine Rente, wenn er mindestens zur Hälfte invalid ist. Ist er weniger als zu zwei Dritteln invalid, so wird ihm nur die Hälfte der zutreffenden Rente gewährt. Diese Rente kann in Härtefällen auch bei einer Invalidität von mindestens zwei Fünfteln ausgerichtet werden.

Unter Invalidität versteht das Gesetz eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit, die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursacht ist (Art. 4, IVG).

Der Invaliditätsgrad wird in der Weise bestimmt, daß das Erwerbseinkommen, welches der Versicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmaßnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt wird zu dem Erwerbseinkommen, das er zu erzielen vermöchte, wenn er nicht invalid geworden wäre (Art. 28, Abs. 2, IVG).

2. IV-Kommission und Vorinstanz haben einen Rentenanspruch des Berufungsklägers, dessen Arbeitsunfähigkeit der erste Arzt in seinem Bericht auf rund 10 bis 20 Prozent geschätzt hat, auf Grund dieser Schätzung verneint. Indessen kommt dem Grad der Arbeitsunfähigkeit bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades nach dem Gesetz nur die Bedeutung eines mitzubeherrückachtenden Faktors zu (Art. 69 ff. IVV). Daneben sind noch andere Faktoren wesentlich. Entscheidend ist der Unterschied zwischen dem mutmaßlichen jährlichen Erwerbseinkommen, das der Versicherte ohne Invalidität erzielen könnte, und dem Erwerbseinkommen, das er als eingegliedert Invaliden zumutbarerweise zu erzielen vermag (Art. 28, Abs. 2, IVG, Art. 25, Abs. 1 IVV). Diese Erwerbseinkommen sind bisher nicht festgestellt worden, müssen aber nunmehr ermittelt werden, wobei unter anderm die konkreten

Angaben des Berufungsklägers auf dem Einlageblatt zum Anmeldeformular (Ziffer 33) und in der Berufungsschrift zu beachten sind.

3. Aber auch die medizinische Abklärung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit reicht nicht aus. Festzuhalten ist immerhin, daß der Berufungskläger durch die neu vorgelegten Berichte eines Spezialarztes für Chirurgie, und eines Spezialarztes für innere Medizin, den Bericht des ersten Arztes entkräftet hat. Der Spezialarzt für innere Medizin stellt fest, der Berufungskläger leide an Angina pectoris und habe, wie das Elektrokardiogramm zeige, einen Vorderwandinfarkt erlitten, der nach der Anamnese auf den Januar 1961 zu datieren sei. Der Spezialarzt für Chirurgie schätzt die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf 20 Prozent, weil dieser wegen fast vollständiger Versteifung der beiden Hüften, wegen Lumbalgien und Herzbeschwerden nicht mehr gehfähig sei.

Es bleibt nun vor allem zu untersuchen, wie der Umfang, bzw. die Abnahme der Arbeitsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht zu bewerten und wie die erblichen Verhältnisse dadurch beeinflußt worden sind.

4. Der Spezialarzt für Chirurgie weist in seinem neuen Bericht darauf hin, daß die Ehefrau dem Berufungskläger im Geschäft dauernd helfen müsse. Bereits im ersten Bericht hatte er darauf aufmerksam gemacht, der Berufungskläger vermöge nicht länger als eine Viertelstunde zu stehen und könne sich überdies seit Jahren nicht mehr allein an- und ausziehen. Es stellt sich somit unter Umständen die Frage der Hilflosigkeit. Ferner ist abzuklären, ob der Berufungskläger als eingegliedert zu betrachten ist und ob ihm die Arbeit des Schuhmachers zugemutet werden kann. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens wird die Mitarbeit der Ehefrau gebührend in Rechnung zu stellen sein. Allenfalls ist zu untersuchen, ob ein Härtefall im Sinne von Art. 28, Abs. 1, IVG vorliege.

Es bleibt der IV-Kommission, an welche die Akten zurückgewiesen werden, überlassen, ob sie unter den obwaltenden Umständen den Versicherten nicht persönlich einvernehmen will, damit er seine Lage und seinen Standpunkt mündlich erläutern könne.

Urteil des EVG vom 26. Februar 1963 i. Sa. H. G.

Art. 48, Abs. 2, IVG. Einer Versicherten, die seit 1. Januar 1960 (Eintritt des Versicherungsfalles) mindestens zur Hälfte und seit 1. August 1961 zu mehr als zwei Dritteln invalid ist, ihre Anmeldung zum Leistungsbezug aber erst am 5. Dezember 1961 einreichte, kann eine Invalidenrente wegen verspäteter Anmeldung erst vom 1. Dezember 1961 an ausbezahlt werden.

Art. 36 IVG und Art. 33 IVV. Für die Berechnung der Invalidenrenten ist auch bei Nachzahlungsverjährung wegen verspäteter Anmeldung der frühere Eintritt des Versicherungsfalles maßgebend und nicht der Zeitpunkt, von welchem an die Rente ausbezahlt werden kann.

Die als Heimarbeiterin in der Uhrenbranche tätige Versicherte leidet seit 1949 an fortschreitender chronischer Polyarthrititis. Ende August 1961 mußte sie jede Erwerbstätigkeit aufgeben. Am 5. Dezember 1961 meldete sie sich bei der IV zum Leistungsbezug an. Die zuständige Ausgleichskasse sprach ihr mit

Wirkung ab 1. August 1961 eine ganze einfache Invalidenrente zu. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte Beschwerde, indem sie geltend machte, ihre Beiträge hätten erhöht werden sollen, um dem Umstande Rechnung zu tragen, daß ihr Einkommen gerade wegen ihrer Invalidität sich zunehmend vermindert habe. Der erstinstanzliche Richter wies die Beschwerde ab.

Auf Berufung der Versicherten hin hob das EVG die Verfügung sowie den kantonalen Entscheid auf und wies die Sache an die IV-Kommission zurück zu neuer Beschlußfassung im Sinne folgender Erwägungen:

Der schwere Gesundheitsschaden, unter dem die Versicherte leidet, und die Tatsache, daß ihr Invaliditätsgrad $\frac{2}{3}$ übersteigt, werden nicht bestritten. Die Versicherte hat gegen die Verfügung der Ausgleichskasse, die ihre Invalidenrente auf 100 Franken im Monat festgesetzt hatte, Beschwerde erhoben, weil sie der Ansicht war, daß die für die Rentenberechnung maßgebenden Beiträge hätten erhöht werden sollen, und daß demnach ihre Rente auf einen höheren Betrag festzusetzen gewesen wäre. Ihrer Meinung nach hätten die von der Ausgleichskasse berücksichtigten Beiträge erhöht werden sollen, um der Tatsache Rechnung zu tragen, daß sie wegen ihrer Invalidität verhindert war, eine normale Berufstätigkeit auszuüben.

Bei der Berechnung der strittigen Rente sind IV-Kommission und Ausgleichskasse davon ausgegangen, daß die Versicherte ab 1. August 1961 als invalid zu betrachten sei. Obwohl die kantonale Rekursbehörde feststellte, daß dieser Standpunkt in Anbetracht des Sachverhalts kaum haltbar sei, hat sie es doch vorgezogen, die angefochtene Verfügung aufrecht zu erhalten, um sie nicht zum Nachteil der Versicherten abändern zu müssen. Wenn man annimmt, daß die Versicherte erst seit dem 1. August 1961 invalid ist, so muß die Rentenberechnung, wie sie von der Ausgleichskasse vorgenommen wurde, bestätigt werden; denn sie entspricht dann — wie auch das BSV in seinem Mitbericht zur Berufung festhält — den im vorliegenden Falle anwendbaren Gesetzesbestimmungen (Art. 36 und 37 IVG; Art. 29bis, 30 und 31 AHVG).

Die kantonale Rekursbehörde äußert indessen mit Recht Zweifel hinsichtlich des Datums vom 1. August 1961, auf welches die IV-Kommission und die Ausgleichskasse den Beginn des Rentenanspruchs festsetzten. Es geht in der Tat aus den Akten, insbesondere aus den Angaben der Versicherten selber hervor, daß ihre Invalidität schon lange vor diesem Zeitpunkt bestanden hat. Wenn dies zutrifft, so ist Art. 85, Abs. 1, IVG anwendbar: es ist davon auszugehen, die Invalidität sei im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes, also am 1. Januar 1960 eingetreten.

Da die Berufungsklägerin viele Jahre als Arbeiterin in der Uhrenindustrie tätig war, ist anzunehmen, daß sie ohne Invalidität diese Tätigkeit weiterhin ausgeübt hätte. Ihre Invalidität muß daher nach dem allgemeinen Grundsatz, der gemäß Art. 28, Abs. 2, IVG auf die erwerbstätigen Versicherten anwendbar ist, bemessen werden. Einerseits ist dem Umstand Rechnung zu tragen, daß im Laufe der letzten Jahre ihr Verdienst immer mehr zurückging bis zum 1. August 1961, an welchem Tag sie ihre Erwerbstätigkeit endgültig aufgeben mußte. Andererseits ist der Lohn der Versicherten mit demjenigen einer Arbeiterin der gleichen Kategorie im normalen Arbeitsverhältnis zu vergleichen, das sind durchschnittlich 600 Franken im Monat nach den Angaben ihres letzten Arbeitgebers. So wird man wahrscheinlich feststellen

können, daß die Erwerbsfähigkeit der Versicherten bereits im Januar 1960 um 50 Prozent geringer war und daß von 1961 an ihre Invalidität mehr als $\frac{2}{3}$ betrug.

Die IV-Kommission, an welche die Akten zurückzuwiesen sind, hat demnach die notwendigen Erhebungen durchzuführen. Wenn diese Untersuchung die Richtigkeit der vorgenannten Überlegungen ergibt, wird die Rentenberechnung durch die Ausgleichskasse revidiert werden müssen. In diesem Fall wäre die Anmeldung zum Leistungsbezug vom 5. Dezember 1961 als verspätet eingereicht zu betrachten. Wenn der Rentenanspruch im Jahre 1960 begann, so war die in Art. 48, Abs. 2, IVG vorgesehene Frist von 6 Monaten im Zeitpunkt der Einreichung der Anmeldung abgelaufen. Folglich wird die Rente erst vom 1. Dezember 1961 an, von dem Monat an also, in dem sich die Versicherte angemeldet hat, ausgerichtet werden können. Dagegen wird man zur Berechnung der Rente auf die bis zum 31. Dezember 1959 entrichteten Beiträge abstellen müssen. So wird es möglich sein, nicht nur das Jahr 1959 als schlechtestes Beitragsjahr zu streichen, sondern auch auf die Berücksichtigung des Jahres 1960 zu verzichten (Art. 30, Abs. 3, AHVG und Art. 36, Abs. 4, IVG). Der auf diese Weise berechnete durchschnittliche Jahresbeitrag wird um einen Zuschlag von 5 Prozent zu erhöhen sein, da die Versicherte am 1. Januar 1960 ihr 50. Altersjahr noch nicht erreicht hatte (Art. 36, Abs. 3, IVG und Art. 33 IVV). Schließlich wird noch die ab 1. Juli 1961 auf Grund der AHV-Gesetzesnovelle vom 23. März 1961 erfolgte Rentenerhöhung zu berücksichtigen sein. Andererseits wird die Ausgleichskasse über die Frage der eventuellen Rückerstattung unrechtmäßig bezogener Leistungen zu befinden haben (Art. 49 IVG und Art. 85 IVV; Art. 47 AHVG).

Urteil des EVG vom 19. April 1963 i. Sa. R. Z.

Art. 41 IVG. Ist eine erste Rentenverfügung infolge Beschwerde der Berechtigten noch nicht in Rechtskraft erwachsen, so ist in einem folgenden Rentenrevisionsverfahren eine Rückwirkung der Rentenerhöhung in die Zeit vor der ersten Beschlußfassung durch die IV-Kommission unter Umständen zulässig.

Die IV-Kommission beschloß am 26. Oktober 1960, der wegen charakterlicher Veränderungen vermindert erwerbsfähigen Versicherten ab 1. Januar 1960 eine halbe Invalidenrente zu gewähren. Gegen die entsprechende Verfügung der Ausgleichskasse hat die Versicherte Beschwerde erhoben. — Gestützt auf einen zusätzlichen Bericht der IV-Regionalstelle beschloß die IV-Kommission am 24. Mai 1961, wegen Verschärfung der Abnormität der Versicherten eine ganze Rente ab 1. Oktober 1960 zu gewähren. Gegen die diesbezügliche zweite Kassenverfügung vom 1. September 1961 erhob die Betroffene gleichfalls Beschwerde. Durch Entscheid der kantonalen Rekursbehörde vom 19. Februar 1962 wurde die Beschwerde abgewiesen. Schließlich hat das EVG eine Berufung der Versicherten gegen den erwähnten Beschwerdeentscheid abgewiesen, und zwar mit folgender Begründung:

1. Nach Art. 41 IVG ist die Rente für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert.

Mit Rücksicht auf den Verdienst, den die Versicherte bis Ende September 1960 noch zu erzielen fähig war, beschloß die IV-Kommission am 26. Oktober 1960, daß der Versicherten eine halbe Rente zugesprochen werde. Als die IV-Kommission im April 1961 von der Regionalstelle benachrichtigt wurde, eine Eingliederung könne nicht mehr verantwortet werden, beschloß sie eine vom 1. Oktober 1960 hinweg laufende ganze Rente. Ist dieser Beschluß auch als Wiedererwägung zum ersten bezeichnet und die zweite Verfügung als Ersatz der früheren, so handelt es sich doch um einen Revisionsbeschluß gemäß Art. 41 IVG. Dem steht nicht entgegen, daß die Rentenerhöhung in die Zeit vor dem ersten Beschluß zurückwirkt. An sich wäre diese rückwirkende Abänderung allerdings Wiedererwägung, und eine Verfügung darüber wegen der Rechtshängigkeit nicht angängig. Da die Hauptsache des zweiten Beschlusses jedoch die revisionsweise Erhöhung der seit dem ersten Beschluß laufenden Rente ist, so mag die Rückbeziehung der Erhöhung auf jenes frühere Datum als angängige Nebenwirkung gelten, sie ist auch sachlich gerechtfertigt: Erst infolge der nachträglichen Entwicklung wurde nämlich erkennbar, daß die höhere Invalidität schon zur Zeit des ersten Beschlusses vorhanden war.

2. Nachdem erst die Beschwerde gegen die zweite Verfügung das Beschwerdeverfahren in Gang brachte, steht anhand der Erwägungen im Rekursentscheid nicht fest, ob beide Beschwerden materiell behandelt wurden. Laut Dispositiv des Rekursentscheides wurde denn auch nur «die Beschwerde» abgelehnt. Wie dem auch sei: beide Verfügungen sind dem Inhalte nach zu bestätigen, sofern die Berufung, die den gesamten Tatbestand umfassen will, abzuweisen ist.

3. . . .

4. . . .

Urteil des EVG vom 12. Juni 1963 i. Sa. K. A.

Art. 77, Abs. 1, und Art. 85, Abs. 2, IVV. Eine den guten Glauben ausschließende Verletzung der Meldepflicht durch den Versicherten bzw. seinen Vormund liegt nur dann vor, wenn eine für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung in den Verhältnissen nicht angezeigt wurde.

Der im Jahre 1914 geborene Versicherte arbeitete seit 1940 als Elektromonteur. Im März 1959 erlitt er einen Schlaganfall, der unter anderem eine teilweise Lähmung der rechten Hand verursachte. Im Oktober des gleichen Jahres stürzte er mit dem Velo und brach die Nase und den Unterkiefer. Er nahm in der Folge die Arbeit wieder auf, mußte dann aber im Juni 1960 wegen psychischen Störungen in die kantonale Heil- und Pflegeanstalt eingeliefert werden. Seit dem 11. März 1961 ist er gemäß Art. 369 ZGB bevormundet. Ende März 1961 wurde der Versicherte aus der Heil- und Pflegeanstalt unter der Bedingung entlassen, daß er anschließend während mindestens 6 Monaten bei seiner Schwester verweile und erst dann wieder nach Hause zurückkehre. Am Wohnort der Schwester konnte er als Hilfsarbeiter von Mai 1961 bis April 1962 rund 400 Franken monatlich verdienen. Seit dem 23. April 1962 arbeitet er wieder als Elektromonteur an seinem frühern Wohnort.

Ende Juli 1960 hatte sich der Versicherte bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet. Die IV-Kommission schätzte seinen Invaliditätsgrad auf 72 Prozent und beschloß, ihm ab 1. Januar 1960 eine ganze einfache IV-Rente sowie die entsprechenden Zusatzrenten für seine Frau und seine drei unmündigen Kinder auszurichten. Dieser Beschluß wurde von der Ausgleichskasse mit Verfügung vom 25. Mai 1961 sowohl dem Versicherten als auch seinem Vormund eröffnet, wobei die Kasse in je einem Begleitschreiben noch ausdrücklich auf die Meldepflicht bei Änderung der persönlichen Verhältnisse hinwies.

Die Arbeitsaufnahme des Versicherten anfangs Mai 1961 wurde weder der Ausgleichskasse noch der IV-Kommission mitgeteilt. Diese erhielt erst im März 1962 davon Kenntnis und stellte daraufhin mit Beschluß vom 29. März 1962 fest, daß der Versicherte ab 1. Mai 1961 nur noch zu 54 Prozent invalid gewesen sei. Demzufolge verfügte die Ausgleichskasse, der Versicherte habe ab 1. Mai 1961 insgesamt 2764 Franken zu unrecht bezogene Renten zurückzuerstatten.

Mit Schreiben vom 5. Juni 1962 ersuchte der Vormund um Erlaß der Rückforderung. Dieses Gesuch wurde von der Ausgleichskasse abgewiesen. Die gegen diese Verfügung eingereichte Beschwerde des Vormundes wurde dagegen von der kantonalen Rekurskommission gutgeheißen, indem sie die ganze Rückforderung erließ. Die Rekurskommission ging davon aus, daß der Vormund in gutem Glauben gehandelt habe und die Rückerstattung für den Versicherten eine große Härte bedeuten würde.

Die vom BSV gegen diesen Entscheid eingereichte Berufung wurde vom EVG teilweise gutgeheißen und zwar mit folgender Begründung:

1. Streitig ist, ob die Rückerstattungsforderung von 2764 Franken, welche die Ausgleichskasse mit der nicht angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 1962 geltend machte, ganz oder teilweise zu erlassen sei.

Ein Erlaß kommt nur in Frage, wenn der Versicherte bzw. dessen gesetzlicher Vertreter in gutem Glauben annehmen konnte, die Rente zu Recht bezogen zu haben, und wenn die Rückerstattung für den Pflichtigen angesichts seiner Verhältnisse eine große Härte bedeuten würde (Art. 49 IVG und Art. 85, Abs. 2, IVV in Verbindung mit Art. 47, Abs. 1, AHVG sowie Art. 79, Abs. 1, AHVV).

2. a. Wie der Vormund in der Berufungsantwort festhält, beträgt das monatliche Gesamteinkommen des Versicherten zur Zeit 790 Franken (ca. Fr. 420.— Arbeitseinkommen + Fr. 130.— Sozialzulagen + Fr. 241.— Invalidenrente). Das Sparguthaben hat sich von 3000 Franken auf 744,35 Franken vermindert. Gerade dieser Umstand läßt darauf schließen, daß die fünfköpfige Familie Mühe hat, ihren Lebensunterhalt aus dem verhältnismäßig bescheidenen Einkommen zu bestreiten. Müßte der Berufungsbeklagte, dessen Gesundheitszustand nach wie vor labil ist, die ganze Rückerstattungsforderung tilgen, so würde dies eine große Härte bedeuten.

b. Hinsichtlich der Frage des guten Glaubens ist davon auszugehen, daß der Vormund des Versicherten von der Ausgleichskasse über die Meldepflicht gemäß Art. 77, Abs. 1, IVV orientiert worden ist. Guter Glaube kann ihm nur dann zugerechnet werden, wenn er besondere Gründe hatte, die ihm bekannte Arbeitsaufnahme des Versicherten am Wohnort der Schwester als eine Tatsache zu bewerten, die er der Ausgleichskasse nicht zur Kenntnis bringen mußte.

Die Vorinstanz ist der Auffassung, solche besondere Gründe hätten bestanden. Sie weist darauf hin, daß die Arbeitsaufnahme nur ein Versuch für die spätere Wiedereingliederung gewesen sei. Zudem müsse man bei Geisteskranken immer mit Rückschlägen rechnen. Der Berufungsbeklagte sei denn auch von Ende September bis Ende Oktober 1961 der Arbeit wegen Depressionen ferngeblieben. Sein Vormund, eine pflichtbewußte und korrekte Persönlichkeit, habe auf Grund des ärztlichen Befundes nicht annehmen müssen, die Invalidität sei behoben. Er habe eine Mitteilung deshalb in gutem Glauben unterlassen können.

Demgegenüber erklärt das BSV, der Vormund habe trotz genauer Kenntnis der Meldepflicht der Sache ihren Lauf gelassen, weshalb ihm der Vorwurf, er habe grob fahrlässig gehandelt, nicht erspart werden könne.

Sowohl die Argumente der Vorinstanz als auch diejenigen des BSV enthalten Zutreffendes. Der Rekurskommission ist insofern zu folgen, als sie den provisorischen Charakter der an einem fremden Arbeitsort und zunächst nur halbtagsweise erfolgenden Arbeitsaufnahme betont und ferner auf den labilen Gemütszustand des Versicherten hinweist. Angesichts dieser Umstände durfte sich der Vormund für berechtigt halten, mit einer Mitteilung an die Ausgleichskasse solange zuzuwarten, bis erkennbar war, ob der Versuch mißlingt oder erfolgreich sei. Auch darf nicht übersehen werden, daß nach Art. 77, Abs. 1, IVV die Meldepflicht nur «jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung» umfaßt, nicht jede Änderung schlechthin. Die Invalidität ist nämlich gemäß IVG ein durchschnittlicher, während längerer Zeit dauernder Zustand, und ihr Grad wird mithin nicht durch jede Änderung der Erwerbsverhältnisse wesentlich beeinflußt. Sobald jedoch ein Versicherter bzw. dessen gesetzlicher Vertreter annehmen muß, es liege eine wesentliche Änderung vor, hat er strikte zu melden, wie das BSV mit Recht verlangt. Dem ehemaligen Vormund kann für die erste Zeit nach der Arbeitsaufnahme, da die Verhältnisse noch unsicher waren, der gute Glaube zugerechnet werden. Daß er aber eine Mitteilung während der ganzen Zeit (Mai 1961 bis April 1962), während welcher der Versicherte am Wohnort seiner Schwester tätig war, unterließ, widerspricht dem Art. 77, Abs. 1, IVV, zumal der Versicherte seine Vollrente auf Grund eines Invaliditätsgrades von 72 Prozent bezog und demzufolge diesen Anspruch bereits bei einer relativ kleinen bleibenden Zunahme der Erwerbsfähigkeit einbüßen mußte (Art. 4 sowie Art. 28, Abs. 1 und 2, IVG). Von der Mitteilungspflicht konnte den Vormund auch nicht der Umstand entbinden, daß die IV-Kommission auf Ende März 1962 eine Rentenrevision vorgesehen hatte.

Daraus folgt, daß die zu Unrecht bezogenen Rentengelder nur während einer gewissen Zeit in gutem Glauben entgegengenommen wurden. Ein vollständiger Erlaß der Rückerstattungsforderung kommt deshalb nicht in Frage, obwohl ein Härtefall vorliegt. Angesichts aller Umstände erscheint es als angemessen, die Forderung der Ausgleichskasse auf einen Betrag von 1300 Franken herabzusetzen.

Inhaltsverzeichnis des Jahrganges 1963

A. Alters- und Hinterlassenenversicherung

Allgemeines

Das Statut der Flüchtlinge in der AHV und IV	99
Zu den Betriebsrechnungen 1962 der AHV, IV und EO	257
Der Stand der sechsten AHV-Revision	338
Die kantonalen Erlasse zur AHV und IV	342, 426
Die sechste Revision der AHV, Referat von Bundesrat Tschudi	394
Der Gesetzesentwurf zur sechsten AHV-Revision	401

Versicherte Personen

Gerichtsentscheide	436, 491
------------------------------	----------

Beiträge

Unselbständigerwerbende

Die Beitragspflicht der mitarbeitenden Töchter in der Landwirtschaft	13
Dienstaltersgeschenk oder Lohn?	14
Beitragsabrechnung für Personen, die im Auftrag der kantonalen Zentralstellen für Obstbau tätig sind	15
Kurse für Waldarbeiterlehrlinge	276
Beitragsabrechnung für Mitglieder von Schätzungskommissionen beim Autobahnbau	371
Gerichtsentscheid	18

Selbständigerwerbende

Gerichtsentscheide	437, 494, 529
------------------------------	---------------

Beitragsbezug

Gerichtsentscheide	123, 124, 318, 373
------------------------------	--------------------

Rückvergütung

Gerichtsentscheid	20
-----------------------------	----

Renten

Allgemeines und Rentenanspruch

Die Entwicklung der monatlichen Geldleistungen von AHV und IV	149
Statistik der AHV-Renten 1962	478
Gerichtsentscheid	282

Ordentliche Renten

Die Anrechnung der Beiträge und Beitragsmonate im Jahre des Rentenbeginns	118
Gerichtsentscheid	125

Außerordentliche Renten

Gerichtsentscheid	22
-----------------------------	----

Organisation

Die AHV-Ausgleichskassen im Dienste anderer Sozialwerke	2
Die Praxis des Bundesamtes für Sozialversicherung in Kassenzugehörigkeitsfragen	157

Rechtspflege und Strafbestimmungen

Wiedererwägung von rechtskräftigen Verfügungen	273
Gerichtsentscheide	72, 284

Verschiedenes

Von Monat zu Monat 1, 49, 98, 99, 145, 257, 297, 298, 337, 393, 465, 513, 514, 515	
Parlamentarische Vorstöße	
Dringliche Kleine Anfrage Dellberg, vom 6. März 1963	231, 232
Kleine Anfrage Geißbühler, Zollbrück, vom 8. März 1963	232
Postulat Vontobel, vom 14. März 1963	232
Kleine Anfrage Bächtold, vom 18. März 1963	232, 233
Kleine Anfrage Freiburghaus, vom 21. März 1963	315, 316
Motion Malzacher, vom 21. Juni 1962	317
Kleine Anfrage Glarner, vom 2. Oktober 1963	489, 527
Vor 50 Jahren	233
Ausgleichsfonds der AHV	371
Literaturhinweise	67, 432

B. Alters- und Hinterlassenenfürsorge

Parlamentarische Vorstöße

Postulat Roggo, vom 5. Dezember 1962	16, 164
Postulat Malzacher, vom 19. Dezember 1962	69
Kleine Anfrage Pradervand, vom 2. Oktober 1963	490
Literaturhinweise	315

C. Invalidenversicherung

Allgemeines

Wirksame Hilfe der Invalidenversicherung	6, 303
Das Statut der Flüchtlinge in der AHV und IV	99
Statistik der Gebrechensarten in der Invalidenversicherung	105
Die Invalidenversicherung im Jahre 1962	145
Die Entwicklung der monatlichen Geldleistungen von AHV und IV	149
Drei Jahre Invalidenversicherung und Pro Infirmis	193
Die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes auf dem Gebiete der Invalidenversicherung im Jahre 1962	203
Zu den Betriebsrechnungen 1962 der AHV, IV und EO	257
Neurosen und Invalidenversicherung	306

Die kantonalen Erlasse zur AHV und IV	342, 426
Aus den Jahresberichten 1962 der IV-Kommissionen und IV-Regionalstellen	419, 482
Versicherungsleistungen	
Eingliederung im allgemeinen	
Gerichtssentscheide	168, 170, 375
Medizinische Maßnahmen	
Die Übernahme unmittelbarer und mittelbarer Folgen von Geburtsgebrechen durch die Invalidenversicherung	110
Geburtsgebrechen: Mit Kauunfähigkeit verbundenes Fehlen von Zähnen	119
Geburtsgebrechen: Anerkennung im Einzelfall	120, 277, 315, 523
Operationen als medizinische Eingliederungsmaßnahmen der Invalidenversicherung	154
Medizinische Vorkehren bei Jugendlichen im Berufsbildungsalter	155
IV-Interimstarif für ärztliche Leistungen	271
Medizinische Maßnahmen bei Frühgeburten	314
Geburtsgebrechen (Liste mit erläuternder Übersetzung usw.)	348
Geburtsgebrechen: Seitlicher Leistenbruch	429
Geburtsgebrechen: Mißbildungen des Gebisses und der Kiefer	523
Geburtsgebrechen: Amblyopie (Sehschwäche), Refraktions- anomalie (Lichtbrechungsstörung), Strabismus concomitans (Begleitschielen)	525
Gerichtssentscheide	24, 26, 74, 76, 78, 81, 126, 128, 130, 134, 135, 171, 173, 175, 177, 178, 285, 287, 289, 320, 322, 324, 376, 378, 439, 442, 444, 447, 450, 453, 455, 495, 531, 534, 536, 538
Maßnahmen beruflicher Art	
Umschulung: Wochenendfahrten	161
Gerichtssentscheide	137, 162, 179, 234, 329, 497, 499
Sonderschulung und Maßnahmen für bildungsunfähige Minderjährige	
Beiträge der Invalidenversicherung an bildungsunfähige Minderjährige	54
Gerichtssentscheide	27, 30, 82, 138, 181, 236, 291
Hilfsmittel	
Leistungen der Invalidenversicherung im Zusammenhang mit der Abgabe von Prothesen	111
Krampfadernstrümpfe	120
Abgabe von Motorfahrrädern bei erstmaliger beruflicher Ausbildung und bei Umschulung	120
Berufsnotwendige Geräte (Webstuhl)	162
Umfang der Leistungen bei Abgabe von Motorfahrzeugen	162
Beiträge an Taxikosten nach erfolgter Eingliederung	163
Zum Begriff des Arbeitsweges bei der Abgabe von Motorfahrzeugen durch die Invalidenversicherung	229
Blindenführhunde	310
Brillen und Kontaktgläser	430
Gerichtssentscheide	31, 33, 84, 139, 183, 185, 293, 326, 328, 379, 383, 456, 502, 505, 541

Taggelder	
Kumulation von Rente und Taggeld bei Beginn und Abschluß von Eingliederungsmaßnahmen	524
Neubemessung des Taggeldes von Selbständigerwerbenden, die sich Eingliederungsmaßnahmen unterziehen	524
Gerichtsentscheide	36, 385, 506, 544
Renten	
Hinweise zur Rentenrevision nach Artikel 41 IVG	8
Statistik der Renten und Hilflosenentschädigungen 1962	517
Kumulation von Rente und Taggeld bei Beginn und Abschluß von Eingliederungsmaßnahmen	524
Gerichtsentscheide	37, 87, 88, 141, 143, 187, 238, 240, 241, 243, 248, 331, 388, 390, 460, 462, 509, 511, 547, 549, 551, 552
Hilflosenentschädigungen	
Statistik der Renten und Hilflosenentschädigungen 1962	517
Zum Begriff der Hilflosigkeit	66
Gerichtsentscheide	90, 189, 190, 250, 252
Organisation und Verfahren	
Allgemeines	
Invalidenversicherung und Spezialstellen der Invalidenhilfe in den Jahren 1960 bis 1962	108
Die Kosten der IV-Regionalstellen im Jahre 1962	340
Festsetzung der Leistungen	
Einholung von Kostenvoranschlägen für Eingliederungsmaßnahmen	163
Rechnungsstellung und Kostenvergütung	
Kostenvergütung der Invalidenversicherung an Krankenkassen	52
Zur Revision des Artikels 78, Absatz 2, IVV	416
Gerichtsentscheide	39, 41, 91, 93
Rechtspflege	
Beschwerdeverfahren; Stellungnahme des Bundesamtes für Sozialversicherung	164
Wiedererwägung von rechtskräftigen Verwaltungsverfügungen	273
Gerichtsentscheide	42, 253, 295
Förderung der Invalidenhilfe	
Bundessubvention für die Gebrechlichenhilfe	58
Betriebsbeiträge an Sonderschulen	267
Invalidenversicherung und Invalidenhilfe	269
Die Beiträge der IV an die Organisationen der privaten Invalidenhilfe für die Durchführung von Kursen	486
Verschiedenes	
Von Monat zu Monat	49, 98, 99, 193, 297, 298, 337, 514
Parlamentarische Vorstöße	
Postulat Klinger, vom 10. Dezember 1962	68
Postulat Allemann, vom 19. Dezember 1962	69, 165
Postulat Landolt, vom 26. September 1962	165

Kleine Anfrage Primborgne, vom 3. Oktober 1962	316
Kleine Anfrage Gnägi, vom 4. Oktober 1962	316
Eröffnung der IV-Regionalstelle Aarau	71
Abkürzung für Invalidenversicherung	430
Literaturhinweise 15, 16, 67, 120, 121, 164, 230, 231, 277, 315, 371, 431, 527	

D. Erwerbsersatzordnung

Von Monat zu Monat	49, 98, 99, 193, 257, 393, 394, 513
Zu den Betriebsrechnungen 1962 der AHV, IV und EO	257
Die zweite Revision der Erwerbsersatzordnung	298
10 Jahre Erwerbsersatzordnung	466
Parlamentarische Vorstöße	
Postulat Berger-Neuenburg, vom 20. September 1962	16
Postulat Schütz, vom 5. Juni 1962	16
Postulat Kurmann, vom 3. Oktober 1962	16
Postulat Raissig, vom 18. Dezember 1962	68
Literaturhinweis	121

E. Familienzulagenordnung

Das Gesetz des Kantons Basel-Landschaft über Kinderzulagen für Arbeitnehmer	60
Das Gesetz des Kantons Schaffhausen über Kinderzulagen für Arbeitnehmer	113
Parlamentarische Vorstöße	
Kleine Anfrage de Courten, vom 17. Juni 1963	432
Kleine Anfrage Kolly, vom 20. Juni 1963	432, 433
Kleine Mitteilungen über kantonale Familienzulagen	
Freiburg	69, 122
Neuenburg	70, 372, 434
Nidwalden	70
Bern	122, 279
Genf	165, 372, 527
Waadt	166
Obwalden	166
Zürich	166, 278
St. Gallen	167
Glarus	279
Basel-Landschaft	280, 434
Schaffhausen	281
Solothurn	433, 490
Gerichtssentscheide	45, 333

F. Sozialversicherungsabkommen und ausländische Sozialversicherungen

Von Monat zu Monat	1, 99, 297, 337, 393, 465, 513
Das neue Abkommen über soziale Sicherheit mit Italien	50
Die Rentenversicherung in Schweden	410

G. Verschiedenes

Der neue Chef der Zentralen Ausgleichsstelle (Dr. Imbach)	2
Berichterstattung der AHV/IV/EO-Organen über das Jahr 1962	17
† Dr. Alois Imbach	97
Schweizerische Landesausstellung 1964	151
Schweizerische Sozialversicherung 1955—1961	152
Die Zentrale Ausgleichsstelle unter neuer Leitung (A. Colliard)	465
Fristenlauf an Samstagen	489
Zum Jahreswechsel	515
Personelles	17, 71, 121, 122, 167, 233, 435, 490, 528
Adressenverzeichnis AHV/IV/EO	71, 233, 317, 372, 435, 528
Nachträge zum Drucksachenkatalog	281, 528
Literaturhinweise	67, 277, 431, 432