Zeitschrift: Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes

Herausgeber: Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Band: 56 (1964)

Heft: 7-8

Artikel: Die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) : unter besonderer Berücksichtigung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen

Autor: Buser, Walter

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-354136

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 10.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

GEWERKSCHAFTLICHE RUNDSCHAU

MONATSSCHRIFT DES SCHWEIZERISCHEN GEWERKSCHAFTSBUNDES
ZWEIMONATLICHE BEILAGEN: «BILDUNGSARBEIT» UND «GESETZ UND RECHT»

HEFT 7/8 - JULI/AUGUST 1964 - 56. JAHRGANG

Die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV)

(unter besonderer Berücksichtigung der medizinischen Eingliederungsmaßnahmen)

I. Vom Werden der IV

Die IV beruht auf der gleichen verfassungsmäßigen Basis wie die AHV, nämlich dem am 6. Dezember 1925 von Volk und Ständen angenommenen Art. 34quater der Schweizerischen Bundesverfassung. Absatz 1 dieses Artikels ermächtigt und verpflichtet den Bund, «auf dem Wege der Gesetzgebung die Alters- und Hinterlassenenversicherung einzuführen». Gleich damit verbunden aber ist der Nachsatz: «Er (der Bund) ist befugt, auf einen spätern Zeitpunkt auch die Invalidenversicherung einzuführen.» Im übrigen wurden schon in jenem Grundsatzartikel mehrere Einzelheiten der künftigen Gestaltung dieser Sozialversicherungswerke vorweggenommen und geregelt. So wurde die Möglichkeit vorgesehen, diese Versicherungszweige allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch zu erklären. So wurde die Mitwirkung der Kantone statuiert und die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit öffentlichen und privaten Versicherungskassen offengelassen, und so wurde schließlich schon damals festgelegt, daß sich die finanziellen Leistungen des Bundes und der Kantone zusammen auf nicht mehr als die Hälfte des Gesamtbedarfes dieser Versicherung belaufen dürften.

Nach dem Wortlaut von Art. 34quater der Bundesverfassung mußte somit zwangsläufig eine allgemeine Alters- und Hinterbliebenenversicherung geschaffen werden, bevor das eidgenössische Parlament an den Erlaß eines Gesetzes über die Invalidenversicherung denken durfte. Und da sich der AHV etwelche Schwierigkeiten entgegenstellten – ein erster Entwurf wurde am 6. Dezember 1931 vom Volke verworfen –, verzögerte sich in der Folge auch die Schaffung der IV. Seit dem Jahre 1947 aber, als am 6. Juli in einem denkwürdigen Abstimmungskampf die AHV vom Schweizervolke angenommen wurde, kamen die Bestrebungen für deren möglichst rasche Ergänzung durch die IV praktisch nicht mehr zur Ruhe. Im Jahre 1955

setzte der Bundesrat eine Expertenkommission ein, und in der Juni-Session 1959 konnten die eidgenössischen Räte das uns heute als IVG bekannte Bundesgesetz verabschieden.

Im Gegensatz zur AHV wurde nach dem Erlaß des IVG am 19. Juni 1959 das Referendum nicht ergriffen, so daß die für die schweizerische Sozialpolitik ganz allgemein und die schweizerische Sozialversicherung im besondern sehr bedeutende Vorlage unbehelligt auf den 1. Januar 1960 in Kraft gesetzt werden konnte. Am 17. Januar 1961 hat der Bundesrat dazu die allgemeine Vollziehungsverordnung (IVV) erlassen, und bereits am 5. Januar 1961 hatte er die für den Vollzug ebenfalls unerläßliche Verordnung über die Geburtsgebrechen (GgV) verabschiedet.

II. Die Grundzüge des IVG

Ein erster wesentlicher Charakterzug der IV ist das in Uebereinstimmung mit der AHV geschaffene *Versicherungsobligatorium*. Es sind ihr alle natürlichen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz unterstellt, also auch die in unserem Lande wohnhaften Ausländer. Ferner aber auch die natürlichen Personen mit Wohnsitz im Ausland und Erwerbstätigkeit in der Schweiz, also namentlich die ausländischen Saisonarbeiter und die Grenzgänger. Und als dritte Gruppe – im Sinne einer Ausnahme vom Territorialprinzip – auch jene Schweizer Bürger, die im Ausland für einen Arbeitgeber in der Schweiz tätig sind und von diesem entlöhnt werden. Ausgenommen vom Obligatorium sind lediglich die in unserem Lande residierenden ausländischen Diplomaten sowie die ausländischen Funktionäre von internationalen Organisationen. Schließlich besteht, in Uebereinstimmung mit der AHV, noch eine besondere Lösung für die Auslandschweizer, die mit der Aufnahme in die AHV automatisch auch der Invalidenversicherung unterstellt werden.

Alle diese versicherten Personen haben Beiträge an die IV zu leisten, die gemäß Art. 3 des IVG derzeit 10 Prozent ihrer AHV-Beiträge betragen. Sie bringen damit die Hälfte der gesamten Kosten der Versicherung auf, während die andere Hälfte vom Bund und den Kantonen beizusteuern ist.

Das Gegenstück zur Beitragspflicht der Versicherten ist die Leistungspflicht der IV, die sich – soweit wir die Leistungen an den einzelnen Versicherten und nicht die allgemeine Invalidenhilfe im Auge haben – in drei Gruppen unterteilen läßt:

1. Die Eingliederungsmaßnahmen
2. Die Renten
3. Die Hilflosenentschädigungen

Der Gesetzgeber ist dabei von der Ueberlegung ausgegangen, daß der Eingliederung primäre Bedeutung zuzumessen ist. Wo immer

ein Versicherter einen Gesundheitsschaden erleidet – wobei dieser Gesundheitsschaden auch geistig sein kann –, der eine bleibende oder zumindest längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit nach sich zieht, sind in erster Linie alle Möglichkeiten der Wiedereingliederung ins Berufsleben abzuklären. Nur wenn diese im vornherein aussichtslos erscheint oder zu keinem Ergebnis führt, tritt die Rente an die Stelle der Eingliederungsversuche. Und zur Ergänzung der Rente kennt das Gesetz schließlich als dritte Leistungsart die Hilflosenentschädigung für Schwerbehinderte, beziehungsweise – um die genaue Terminologie von Art. 42 des Gesetzes zu verwenden – für «invalide Versicherte, die derart hilflos sind, daß sie besondere Pflege und Wartung benötigen». Voraussetzung des Bezuges dieser Hilflosenentschädigung ist allerdings Bedürftigkeit, für deren Annahme das Eidgenössische Versicherungsgericht die gleichen Einkommens- und Vermögensgrenzen anwendbar erklärt hat wie für den Bezug außerordentlicher AHV-Renten gemäß Art. 42 des AHV-Gesetzes.

Organisatorisch lehnt sich die IV sehr eng an die AHV an. Der Verwaltungsapparat der AHV – die Ausgleichskassen und die zentrale Ausgleichsstelle – bilden auch das administrative Rückgrat der IV. Darüber hinaus aber mußten für die IV zusätzliche Organe geschaffen werden, deren hier namentlich zwei erwähnt seien: Die IV-Kommissionen und die Regionalstellen für die berufliche Eingliederung. Die IV-Kommissionen sind im Verfahren um die Geltendmachung von Ansprüchen die erste Instanz. Sie setzen sich gemäß Art. 56 IVG zwingend aus einem Arzt, einem Fachmann für die Eingliederung, einem Fachmann für Fragen des Arbeitsmarktes und der Berufsbildung, einem Fürsorger und einem Juristen zusammen. Die Regionalstellen anderseits sind Hilfsorgane, die zuhanden der IV-Kommissionen die Möglichkeiten und nähern Voraussetzungen der beruflichen Eingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Versicherter abzuklären haben.

Die *Geltendmachung eines Anspruches* beginnt mit der Einreichung des Gesuches um Leistungen der IV bei der zuständigen Kommission, wobei es sich in der Regel (Art. 51 IVG) um die IV-Kommission des Wohnsitzkantons handelt. Ausnahmen davon gelten für die Bediensteten des Bundes sowie für die Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, für die zwei besondere Kommissionen bestehen. Als dritte und zugleich letzte Ausnahme vom Prinzip der Kommission des Wohnsitzkantons ist der Fall jener Versicherten zu erwähnen, die durch kantonale oder kommunale Fürsorgeorgane in einer Anstalt oder Familie untergebracht sind. In diesem Falle ist die IV-Kommission des Kantons zuständig, in welchem das Fürsorgeorgan seinen Sitz hat.

Von der Anmeldung im formellen Sinne wohl zu unterscheiden ist der Einreichungsort eines Begehrens. Artikel 67 IVV bestimmt, daß

die Entgegennahme der Leistungsbegehren auch durch die Ausgleichskassen erfolgen kann, ferner durch die Regionalstellen sowie durch die öffentlichen und privaten Stellen der Invalidenfürsorge, die die Gesuche dann unverzüglich an die zuständige Kommission weiterzuleiten haben. Selbstverständlich kann ein Gesuch auch andern Amtsstellen (Fürsorger, Pfarrer) oder einer Krankenkasse abgegeben werden. Als Datum der Einreichung – und dieses Datum ist von entscheidender Bedeutung für den Leistungsbeginn! – gilt dann aber erst der Tag der Einreichung bei einer der eben erwähnten, im Gesetz genannten Anmeldestellen.

In diesem Zusammenhang ist es wohl angezeigt, auch kurz *das Problem der Legitimation* zu erwähnen: Nach der zwingenden Formulierung von Art. 66 der Vollziehungsverordnung gibt es neben dem Versicherten nur eine Person, die in seinem Namen, also gegebenenfalls sogar ohne seine Zustimmung, Ansprüche gegenüber der IV geltend machen kann: sein gesetzlicher Vertreter. «Für ihn» – das heißt nur in seinem Einverständnis – sind anderseits auch der Ehegatte, die Blutsverwandten in auf- und absteigender Linie, die Geschwister und Behörden sowie Dritte, «die ihn regelmäßig unterstützen oder dauernd betreuen», zur Geltendmachung von Ansprüchen legitimiert. Es ist somit ohne weiteres denkbar, daß – mit gehöriger Vollmacht – auch eine Krankenkasse, ein Arbeitnehmerverband, ein Fürsorger oder eine Sektion des Schweizerischen Invalidenverbandes, die die Voraussetzung der Unterstützung oder Betreuung erfüllen, in Vertretung eines Versicherten auftreten.

Ein besonderes Kapitel bilden in diesem Zusammenhang *die Fristen* für die Anmeldung. Für die Anordnung von Eingliederungsmaßnahmen aller Art sind grundsätzlich die IV-Kommissionen zuständig, und die Durchführung dieser Maßnahmen darf konsequenterweise erst nach dem Entscheid der IV-Kommission über die Gesuche der Versicherten erfolgen. Aus verschiedenen Gründen und oft auch mit Rücksicht auf die Dringlichkeit bestimmter Maßnahmen ist diese Vorschrift sehr häufig nicht eingehalten worden. Artikel 78 IVV vom 17. Januar 1961 setzte deshalb eine Frist von höchstens drei Monaten an, innert welcher die Anmeldung auch nach dem Beginn der Maßnahmen noch entgegengenommen wurde. Durch Bundesratsbeschluß vom 10. Juni 1963 ist diese Frist nun auf sechs Monate erstreckt worden, und neben der Dringlichkeit einer Maßnahme werden auch andere «wichtige Gründe» als Entschuldigung der Verspätung anerkannt. Zu beachten bleibt aber, daß nach wie vor Rechtsunkenntnis oder die ungenügende Orientierung eines Versicherten durch den Arzt oder eine Krankenanstalt keine Entschuldigungsgründe sind.

Anschließend noch ein Wort zum Rekursverfahren: Hat die IV-Kommission nach der Abklärung des Sachverhalts ihren Entscheid gefällt, wird der Beschluß der zuständigen Ausgleichskasse eröffnet

und von dieser dem Versicherten mitgeteilt (IVV Art. 74 Abs. 2). Aufgabe der Ausgleichskasse ist es gleichzeitig, die für die Festsetzung allfälliger Geldleistungen erforderlichen Berechnungsunterlagen zu beschaffen (IVV Art. 75).

Infolge der Ueberlastung der IV-Kommissionen ist es in der ersten Zeit leider oft vorgekommen, daß zwischen dem Entscheid der IV-Kommission und dessen Weiterleitung an die zuständige Ausgleichskasse zu lange Zeit verstrich – oft viele Wochen. Für den Versicherten war das vielfach eine harte Geduldsprobe, bedeutete aber wenigstens insofern keine Benachteiligung, als die Rekursfrist von 30 Tagen erst mit dem Empfang der Verfügung der Ausgleichskasse zu laufen beginnt. Innert dieser Frist kann der Versicherte in formloser Beschwerde an die in Art. 69 IVG vorgesehenen Rekursinstanzen gelangen: nämlich die Rekursbehörden erster Instanz auf kantonaler Ebene sowie das Eidgenössische Versicherungsgericht in Luzern als zweite und zugleich letzte Rekursinstanz.

Entsprechend der Praxis bei den AHV-Beschwerden verfolgen die eidgenössischen wie die kantonalen Gerichtsinstanzen bei der Entgegennahme dieser Rekurse eine sehr large Praxis. Ein als «Reklamation» gedachter Brief, aus dem hervorgeht, daß der Versicherte durch den IV-Kommissionsentscheid nicht restlos befriedigt ist, ja sogar die bloße Rückfrage, ob man sich bei der Berechnung von Renten oder Taggeldern wirklich nicht getäuscht habe, wird von den kantonalen Rekursinstanzen wie auch vom EVG in der Regel großzügig als Beschwerde anerkannt und zum Ausgangspunkt einer vollständigen Ueberprüfung des Entscheides der IV-Kommission genommen.

Zur Abrundung dieses summarischen Ueberblicks über das IVG nun zum Schluß noch ein Blick auf die jetzt gesetzlich verankerten *Maßnahmen zur Förderung der Invalidenhilfe:* In den Art. 71 ff. IVG ist vorgesehen, daß – und zwar nicht etwa aus allgemeinen Bundesmitteln, sondern zulasten der Rechnung der IV – ganz erhebliche Beträge an die Institutionen der Invalidenhilfe ausgerichtet werden können. Als Empfänger sind namentlich genannt die Arbeitsämter, die öffentlichen Berufsberatungsstellen sowie die Spezialstellen der öffentlichen und gemeinnützigen privaten Invalidenhilfe. Diesen Organisationen werden u. a. 50 Prozent der für die Berufsberatung und Arbeitsvermittlung Invalider entstandenen Personal- und Sachkosten zurückvergütet. Ferner gewährt die Versicherung Beiträge an die Errichtung, den Ausbau, die Erneuerung und den Betrieb von öffentlichen und gemeinnützigen privaten Anstalten und Werkstätten, die in wesentlichem Umfange Eingliederungsmaßnahmen durchführen, beziehungsweise für die Dauerbeschäftigung von Invaliden bestimmt sind.

III. Die Eingliederung

A. Die medizinischen Maßnahmen

Gemäß Art. 8 des Bundesgesetzes über die IV sind die Leistungen zur Eingliederung Invalider ins Erwerbsleben nach fünf Richtungen zu unterscheiden:

1. Medizinische Maßnahmen.
2. Maßnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung).
3. Maßnahmen für die Sonderschulung und Pflegebeiträge für bildungsunfähige Minderjährige.
4. Die Abgabe von Hilfsmitteln, und
5. Die Ausrichtung von Taggeldern.

Erste allgemeine Voraussetzung für die Geltendmachung von Eingliederungsmaßnahmen ist, daß der Versicherte invalid oder von einer Invalidität unmittelbar bedroht ist – und gewährt werden diese Maßnahmen, «soweit sie notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern.

Diese Bestimmungen haben seit der Einführung der IV schon zu zahllosen Mißverständnissen Anlaß gegeben, und es unterliegt keinem Zweifel, daß noch heute weder die Verwaltung noch die Justiz zu einer Interpretation in der Lage wären, die diese Mißverständnisse für die Zukunft restlos ausschließen würde. Dabei liegt der neuralgische Punkt zur Hauptsache bei der ersten Gruppe dieser Leistungen der IV, nämlich bei den *medizinischen Eingliederungsmaßnahmen.* Sie werden in Art. 12 des Bundesgesetzes näher umschrieben, indem dort statuiert wird, daß der Versicherte Anspruch hat auf all jene medizinischen 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*». Und das EVG hat in einem Entscheid vom 30. Dezember 1960 dazu präzisierend ausgeführt:

> Der gemeinsame Zweck aller Eingliederungsmaßnahmen besteht nicht darin, den körperlichen oder geistigen Gesundheitszustand *an sich* zu verbessern, sondern darin, die Auswirkungen eines Gesundheitsschadens auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu beseitigen, zu mildern oder zu verhüten.

Werden medizinische Maßnahmen dieser Art zugesprochen, so übernimmt die IV die vollen Behandlungskosten des Arztes und unter bestimmten Voraussetzungen auch der medizinischen Hilfspersonen, sie übernimmt die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien sowie, wenn die Behandlung in einer Kranken- oder Kur-

anstalt erfolgt, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung. Die Behandlungskosten bei Chiropraktoren, die über kein eidgenössisches Arztdiplom verfügen, werden nur übernommen, wenn die betreffenden Vorkehren durch einen eidgenössisch diplomierten Arzt angeordnet und kontrolliert wurden.

Die große Frage, die sich in diesem Zusammenhang immer wieder stellt, betrifft die Grenzziehung zwischen der «Behandlung des Leidens an sich» und den medizinischen Maßnahmen, die «unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet sind». Nehmen wir zur Illustration ein typisches Beispiel:

Ein Erwachsener erkrankt an Kinderlähmung. Er wird in einem Spital während mehrerer Monate mit allen Methoden und Mitteln der modernen Medizin behandelt, vor dem Tode bewahrt und schließlich durch physiotherapeutische Maßnahmen, wie Massagen, Bäder usw., für den Wiedereintritt ins Erwerbsleben vorbereitet. Liegt hier eine Heilbehandlung oder eine medizinische Maßnahme zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit vor? Oder haben wir gleich beides miteinander? Um die Antwort vorwegzunehmen: In der modernen Behandlung der Polio werden in der Regel beide Arten von Maßnahmen vertreten sein, womit aber die Frage bleibt: Welche der von den Aerzten getroffenen Maßnahmen sind als Behandlung des Leidens «an sich» zu betrachten und berühren somit die IV nicht – und welche Maßnahmen gehören in den Bereich der Eingliederungsmaßnahmen, die die IV vergütet? Das Gesetz allein gibt uns die Antwort auf diese subtilen Fragen nicht. Aber auch die Vollzugsverordnung vom 17. Januar 1961, auf die man in diesem Punkte große Hoffnungen gesetzt hatte, führte nur wenig weiter. Sie enthielt als wesentliche Neuerung hingegen eine tiefschneidende Einschränkung des Anwendungsbereiches medizinischer Eingliederungsmaßnahmen. In Art. 2 dieser Vollziehungsverordnung vom 17. Januar 1961 wird ausgeführt, daß als medizinische Maßnahmen im Sinne von Art. 12 Abs. 1 des IVG nur «*einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte Vorkehren insbesondere chirurgischer, physiotherapeutischer und psychotherapeutischer Art*» gewährt werden. Und Abs. 2 des Art. 2 präzisierte im gleichen Sinne: «Nicht als medizinische Maßnahmen der Versicherung gelten intern-medizinische Vorkehren im Falle von Leiden, die dauernd oder periodisch der Behandlung bedürfen.» Da diese Beschränkung auf die einmaligen Maßnahmen, beziehungsweise die während begrenzter Zeit wiederholten Vorkehren sowie der ausdrückliche Ausschluß aller Leiden, die dauernd oder periodisch der Behandlung bedürfen, gegenüber der Formulierung von Art. 12 des Gesetzes eine erhebliche Einschränkung brachte, war es nicht verwunderlich, daß bei den Rekursinstanzen wie in der öffentlichen Diskussion die Frage nach der Gesetzmäßigkeit dieser Verordnungsbestimmung aufgeworfen wurde. Die Anfechtung dieser Einschränkung mußte zwangsläufig zu einem Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes führen. Er fiel am 21. Oktober 1961, und zwar in dem Sinne, daß die Gesetzmäßigkeit der angefochtenen Bestimmung in der bundesrätlichen Verordnung bejaht wurde. «Die Beschränkung der medizinischen Maßnahmen auf einmalige oder während beschränkter Zeit wiederholte Vorkehren gemäß Art. 2 Abs. 1 IVV – entschied das EVG – hält sich im Rahmen der Begriffsumschreibung von Art. 12 IVG.» Damit entfiel wohl ein Teil der bis dahin

besonders zahlreichen Interpretationsschwierigkeiten – nicht minder viele aber blieben und beschäftigen unsere Gerichtsinstanzen in hohem Maße weiter.

Es ist dies, angesichts der sehr heiklen Abgrenzungsfragen, die hier zur Diskussion stehen, auch keineswegs verwunderlich. Man ist sich schon in der *Expertenkommission* wie auch später in den eidgenössischen Räten durchaus bewußt gewesen, daß die große Aufgabe dieser Abgrenzung im einzelnen erst noch zu lösen sei. Als sich die eidgenössische Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung in ihrem Bericht vom 30. November 1956 für das ausschließliche Abstellen auf *den Zweck* einer Maßnahme entschieden hatte, fügte sie gleich bei, daß diese Unterscheidung sich allerdings nicht in allen Fällen ohne weiteres vornehmen lasse, denn *jede Behandlung einer Krankheit oder Unfallfolge bezwecke «letzten Endes die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und damit die Eingliederung»*. Die Expertenkommission hielt aber dafür, daß diese Unterscheidung nach dem Zweck dessenungeachtet «das geeignetste Kriterium für die Bestimmung der von der IV zu übernehmenden medizinischen Maßnahmen und deren Abgrenzung gegenüber den entsprechenden Leistungen der Kranken- und Unfallversicherung» sei.

In der *Botschaft des Bundesrates* zum Entwurf eines BG über die IV vom 24. Oktober 1958 wurde ebenfalls schon mit der Möglichkeit eines Nichtgenügens der ausschließlich auf den Zweck der einzelnen Maßnahmen abstellenden Unterscheidung gerechnet und für diesen Fall eine Abgrenzung in zeitlicher Hinsicht in Aussicht gestellt, wobei man namentlich die Schwierigkeiten bei der Behandlung der Kinderlähmung mehr als nur ahnte.

Die ersten Entscheide der Rekursinstanzen der IV kennzeichneten sich zwangsläufig durch ein suchendes Tasten nach weitern Kriterien der Abgrenzung. Dabei tauchte u. a. der Vergleich zwischen erwerbs- und nichterwerbstätigen Versicherten auf: Man versuchte all jene Maßnahmen, die auch ein Nichterwerbstätiger vorgekehrt hätte, als Behandlung des Leidens an sich zu charakterisieren. Diese Methode führte aber ebenso wenig zu befriedigenden Ergebnissen als die Abgrenzung nach lebensbedrohenden und nicht-lebensbedrohenden Erkrankungen, wobei die Behandlung der ersten als Behandlung des Leidens an sich und der zweiten als Eingliederung gegolten hätte. All diese Kriterien scheiterten nicht zuletzt daran, daß bei sehr vielen Erkrankungen beide Arten von Maßnahmen zur Anwendung gelangen, und zwar unmittelbar nacheinander – wobei der Zeitpunkt des Beginns der der Leidensbehandlung auf dem Fuß folgenden Eingliederungsmaßnahmen zu bestimmen ist – oder sogar nebeneinander, wobei das Auseinanderhalten der Leidensbehandlung und der Eingliederung ganz besondere Probleme aufwarf.

Aus der reichen Praxis des EVG sei in diesem Zusammenhang auf die folgenden Lösungsversuche verwiesen:

1. In einem der Urteile vom 28. März 1961 formulierte das EVG die Richtlinien für die Unterscheidung wie folgt:

«Bei medizinischen Maßnahmen ist vorab zu untersuchen, ob sie zur Heilbehandlung gehören, die nicht zu Lasten der IV geht. Erst wenn feststeht, daß keine Heilbehandlung vorliegt, stellt sich die Frage, ob die Vorkehren unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtete Maßnahmen darstellen, die für eine dauernde und wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit notwendig oder geeignet sind. (Das Gesetz spricht in diesem gleichen Zusammenhang auch von der *Bewahrung* der Erwerbsfähigkeit – IVG Art. 12 Abs. 1 –, was sonderbarerweise in der Motivierung des EVG keinen Niederschlag gefunden hat.) Tragen medizinische Maßnahmen sowohl Merkmale der Heilbehandlung als auch der Eingliederung, so ist darauf abzustellen, *welchem Zwecke diese Vorkehren vorwiegend dienen.*»

2. Am 7. Dezember 1961 führte das EVG dazu ergänzend aus:

«Trägt ein und dieselbe medizinische Vorkehr sowohl Merkmale der Heilbehandlung als auch solche der Eingliederung ins Erwerbsleben, *so muß nach den gesamten Umständen des Falles* untersucht werden, welchem Zweck die medizinische Maßnahme vorwiegend dient.»

3. In einem Urteil vom 17. September 1962 führte das EVG den Begriff des «Ueberschattens» der einen Merkmale durch die andern ein:

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

4. In einer der neusten Formulierungen wird schließlich ausgeführt, daß eine medizinische Vorkehr in der Regel als eigentliche Leidensbehandlung zu betrachten ist,

«wenn sie in erster Linie die Heilung eines labilen pathologischen Zustandes bezweckt und nicht dazu dient, *die Folgezustände dieses Leidens zu beseitigen oder zu mildern, die klinisch unveränderlich geworden sind oder im Begriffe sind, es zu werden*».

In dieser letzten Formulierung ist das EVG erfreulicherweise von der sowohl sprachlichen wie begrifflich unglücklichen Formulierung des «labilen pathologischen Geschehens» abgerückt. Ein Geschehen ist stets «labil», das heißt «gleitend» oder ganz einfach «in Bewegung» – wenn es nicht mehr labil ist, ist es kein «Geschehen» mehr. Es ist aber fraglich, ob mit dem «labilen pathologischen Zustand» nun eine glücklichere Lösung gefunden wurde. Lag im labilen pathologischen Geschehen ein Pleonasmus, dessen Gegenstück sprachlich wie begrifflich als Anomalie erschien, so haben wir nun in der

neuen Formulierung des EVG, im «labilen pathologischen Zustand», einen Widerspruch in sich. Ohne hier den Anspruch auf eine bessere Terminologie erheben zu wollen, darf doch die Frage aufgeworfen werden, weshalb man nicht kurzerhand von einem *pathologischen Zustand* spricht, wo man damit den klinisch unveränderlich gewordenen Folgezustand eines Leidens charakterisieren will, und von einem pathologischen Geschehen oder einem *Krankheitsprozeß,* wo man damit ein sich entwickelndes Leiden bezeichnen möchte.

Es mag kleinlich erscheinen, begriffliche Haarspaltereien dieser Art zu diskutieren, doch unterliegt es keinem Zweifel, daß eine klarere sprachliche Formulierung in der Gerichtspraxis wesentlich dazu beitragen könnte, das Verstehen dieser wohl schwierigsten Bestimmungen des IVG zu erleichtern.

In der Praxis des EVG hat dieses Ringen nach einer befriedigenden Abgrenzung zwischen den Maßnahmen der Heilbehandlung und jenen der beruflichen Eingliederung bereits zu zahlreichen Entscheiden geführt.

Als *Behandlung des Leidens an sich* und damit von den Leistungen der IV ausgeschlossen wurden dabei unter anderem bezeichnet:

- Die Behandlung von Brandwunden.
- Die Behandlung der Scheuermannschen Krankheit, und zwar auch bei Jugendlichen.
- Die Operation chronisch-eiternder Entzündungen.
- Medizinische Vorkehren bei Asthma.
- Medizinische Vorkehren bei Herzkrämpfen und Krampfgefäß-Durchblutungsstörungen.
- Die Operation von Nabelbrüchen.
- Die Behandlung der genuinen Epilepsie.
- Medizinische Vorkehren bei erethischer Idiotie.
- Die Behandlung der Zuckerkrankheit.
- Entziehungskuren bei Süchtigen.
- Aerztliche Kontrollen bei Glaukomgefahr und drohender Netzhautablösung.
- Die Behandlung angeborener Knochenbrüchigkeit.
- Die Operation von Diskushernien.
- Die Spanversteifung der Lendenwirbelsäule bei Spondylolisthesis.
- Die Frischzellentherapie bei Oligophrenie.

Bei all diesen Erkrankungen handelt es sich natürlich um Einzelfälle, die zufällig vom EVG im Rekursverfahren entschieden worden sind. Es lassen sich daraus aber zahlreiche Analogieschlüsse ziehen, die die Erkenntnis erleichtern, welche Krankheitserscheinungen der Behandlung des Leidens an sich zuzuordnen sind und damit nicht der IV belastet werden können.

Als *typische Eingliederungsmaßnahmen* sind demgegenüber etwa die Nachbehandlung von Unfällen und Krankheiten zu betrachten, die darauf abzielen, versteifte oder gelähmte Glieder wieder funktionstüchtig zu machen. Es kann sich um Massagen handeln, um eine oder mehrere Badekuren, unter Umständen auch um eine Operation. Voraussetzung ist aber stets, daß diese Maßnahmen nur beschränkt wiederholt werden müssen und daß daraus eine bleibende Verbesserung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten resultiert. In Urteilen des EVG sind dem Bereiche dieser typischen Eingliederungsmaßnahmen unter anderem zugewiesen worden:

- Eine Kur in einem Geh- und Bewegungsbad.
- Zeitlich befristete Bewegungsübungen nach einer Operation bei Epiphysenlösung mit Hüftversteifung.
- Die Sprachschulung zur Behebung von Sprachfehlern.

Bei vielen Krankheitserscheinungen sind nun aber, wie das EVG immer wieder unterstreicht, in der Gesamtheit der medizinischen Vorkehren *sowohl Maßnahmen der Heilbehandlung als auch solche der Eingliederung* enthalten. Sie können dabei parallel zueinander zur Anwendung gelangen oder zeitlich aufeinander folgen. Ein typisches Beispiel dieser Art ist die *Poliomyelitis*, zu deren IV-rechtlichen Beurteilung sich das EVG schon wiederholt zu äußern hatte. In seinem bisher wichtigsten Entscheid bezüglich dieser Krankheit erklärt das EVG, daß besondere Vorkehren zur Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit, die mit dem ganzen Behandlungskomplex in engem Zusammenhang stehen, nicht als medizinische Eingliederungsmaßnahmen zu betrachten sind, solange eine medizinische Behandlung in ihrer Gesamtheit auf die Erhaltung des Lebens ausgerichtet ist.

In Anwendung dieses Grundsatzes wurde die Entfernung der Kanüle als mögliches Abgrenzungskriterium anerkannt: Vor der Entfernung der Kanüle dominiert die Heilbehandlung, nach ihrer Entfernung steht die Eingliederung im Vordergrund. Aehnliche Ueberlegungen gelten bei einem Hirnschlag sowie bei einem Oberschenkelbruch.

Ein besonderer Hinweis ist bezüglich der Uebernahme von *Badekuren* – als Ergänzung bei verschiedenen Leiden – am Platze. Hier stützt sich das EVG streng auf Art. 2 der IVV, der als medizinische Maßnahmen nur einmalige oder während begrenzter Zeit wiederholte Vorkehren anerkennt. Im Sinne dieser Bestimmung wurde die Verordnung von regelmäßigen Badekuren bei Rheuma oder Morbus Bechterew abgelehnt, desgleichen bei einer Querschnittsläsion und schließlich auch bei der Kinderlähmung. Ja, das EVG ging so weit, daß Bäder, die zwar für eine befristete Zeit verlangt, wobei aber keine Garantie für einen Dauererfolg bestand, abgelehnt wurden.

In konsequenter Anwendung des Grundsatzes, daß der Zweck einer Maßnahme über ihre rechtliche Beurteilung entscheidet, hat das EVG in mehreren Fällen *identische medizinische Vorkehren bald als Behandlung des Leidens an sich, bald als Eingliederungsmaßnahme charakterisiert.* So namentlich die *Staroperation,* die je nach Alter und Beruf des Versicherten ganz verschieden beurteilt werden muß. Das EVG hat entschieden, daß diese Operation bei einem 44jährigen Zahnarzt, der noch einen erheblichen Teil seiner beruflichen Aktivitätsperiode vor sich hat und ohne diese Operation in absehbarer Zeit vollständig erwerbsunfähig geworden wäre, als Eingliederungsmaßnahme zu betrachten ist. Diese gleiche Operation wurde anderseits bei einer 55jährigen Hausfrau, die keine Kinder mehr zu betreuen hatte, als Behandlung des Leidens an sich bezeichnet und von Leistungen der IV ausgeschlossen. Desgleichen hat das EVG bei einem 62jährigen Vertreter, mit Rücksicht auf das vorgerückte Alter und seinen Gesundheitszustand, Leistungen der IV an die Staroperation ausgeschlossen. Von den gleichen Ueberlegungen ließ sich das EVG auch bei der Beurteilung der Operation der *Otosklerose* leiten, indem nacheinander einem 58- und einem 59jährigen Versicherten die IV-Leistungen verweigert wurden, weil der an sich nicht bestreitbare Eingliederungszweck dieser medizinischen Maßnahme als durch andere Momente überschattet betrachtet wurde.

Eine sehr eingehende Darlegung dieser Praxis hat das EVG bei den *Coxarthrose-Operationen* vorgenommen. Nach einem ersten Entscheid im Jahre 1961, der bei diesen Hüftgelenkerkrankungen eine ziemlich large Praxis erwarten ließ, wurde am 11. November 1963 ein neuer Entscheid mit Motiven gefällt, die zu einer engeren Praxis führen dürften. Im wesentlichen sagte das EVG zu den Coxarthrose-Operationen dabei folgendes:

> «In der Regel läßt sich nicht sagen, daß die wegen Coxarthrose notwendigen Operationen vorwiegend der Heilung labilen pathologischen Geschehens dienten und daher zur eigentlichen Leidensbehandlung gezählt werden müßten. Wenn auch in mehr oder weniger zerstörten Hüftgelenken medizinisch ein stabilisierter Zustand (nach Ablauf des labilen pathologischen Geschehens) zu erblicken ist, so darf doch nicht übersehen werden, daß die Coxarthrose selber oft andere Beeinträchtigungen verursacht. Wird trotzdem von einem überwiegend stabilisierten Zustand ausgegangen, so muß es anderseits mit den übrigen Merkmalen des Art. 12 des IVG eher streng genommen werden. Sofern diese Merkmale nicht klar gegeben sind, stellt eine Coxarthrose-Operation beim gemischten Charakter des Leidens keine Eingliederungsmaßnahme dar.»

Auf Grund dieser Ueberlegungen hat das EVG in dem eben zitierten Urteil vom 11. November 1963 in Sachen A. K. die Uebernahme der Coxarthrose-Operation für einen im 60. Altersjahr stehenden berufstätigen Landwirt abgelehnt, wozu abschließend in den Motiven ausgeführt wurde:

«Der Versicherte ist nach einem von der Ausgleichskasse eingeholten Gutachten des Arztes wahrscheinlich bleibend zu 60 Prozent invalid; mit der Operation konnten vor allem die starken Schmerzen behoben werden. Steht aber die Schmerzbefreiung im Vordergrund und wirkt sie sich nicht entscheidender auf die Erwerbsfähigkeit aus als im vorliegenden Falle, dann kann nicht gesagt werden, daß die Vorkehr überwiegend der beruflichen Eingliederung gedient habe.»

Aus den Motiven des EVG in einem Fall von *Keratoplastik* (Hornhautübertragung) muß geschlossen werden, daß auch diese Operation je nach den Umständen als Eingliederungsmaßnahme oder als Heilbehandlung zu betrachten ist. Bei einer 38jährigen Fabrikarbeiterin wurde sie als Eingliederungsmaßnahme anerkannt.

Eine Vorzugsbehandlung erfahren in der Praxis des EVG *die Jugendlichen.* In mehreren Entscheiden hat das EVG medizinische Vorkehren, deren Uebernahme bei Erwachsenen nicht in Frage gekommen wäre, für Minderjährige – namentlich wenn sie an der Schwelle des Berufsbildungsalters standen – als Eingliederungsmaßnahme im Sinne des IVG anerkannt. So namentlich bei der Operation einer Epiphysolysis, so aber auch bei einer Hüftoperation infolge Knochenmarkentzündung sowie für eine Operation der crura vara (O-Beine) eines Jugendlichen. Wie in den Motiven des EVG wiederholt ausgeführt wird, steht hier in der Regel die Verhinderung einer Defektheilung im Vordergrund.

Eine besondere Stellung nehmen schließlich *die Geburtsgebrechen* ein. Minderjährige Versicherte haben gemäß Art. 13 IVG Anspruch auf alle zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen, sofern diese Gebrechen ihrer Art nach zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen können. Welche Gebrechen dafür in Frage kommen, bestimmt die Verordnung über Geburtsgebrechen vom 5. Januar 1961 (GgV). Darin werden zwei Gruppen von Geburtsgebrechen unterschieden: Eine erste, die ohne weitere Voraussetzungen zu Lasten der IV behandelt wird, und eine zweite, für die medizinische Maßnahmen nicht gewährt werden, «wenn im Einzelfall das Gebrechen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten offensichtlich nicht zu beeinflussen vermag» (GgV Art. 1 Abs. 2). Diese Privilegierung gilt allerdings gemäß Art. 13 IVG grundsätzlich nur für die minderjährigen Versicherten. Sie ist aber in Verbindung mit Art. 85 IVG zu beurteilen, der die Leistungen gemäß Art. 13 IVG während einer Dauer von fünf Jahren seit Inkrafttreten des Gesetzes, das heißt bis Ende 1964, auch volljährigen Versicherten zusichert, sofern ihr Geburtsgebrechen durch eine zeitlich beschränkte medizinische Maßnahme behoben und dauernd gemildert werden kann. Voraussetzung ist ferner, daß das Geburtsgebrechen schon vor der Volljährigkeit des Versicherten behandlungsbedürftig war.

B. Die beruflichen Maßnahmen (inklusive Schulung)

Neben den medizinischen Maßnahmen kennt das IVG im Hinblick auf die Eingliederung auch berufliche Maßnahmen wie namentlich die Berufsberatung (IVG Art. 15) durch geschulte IV-Spezialisten, die Beitragsleistung an die erstmalige berufliche Ausbildung (IVG Art. 16), die Umschulung (IVG Art. 17), die Arbeitsvermittlung (IVG Art. 18) und die Kapitalhilfe (IVG Art. 18 und IVV Art. 7). Mit dieser letzten Maßnahme – Kapitalhilfe – hat sich das EVG seit 1960 schon wiederholt zu befassen gehabt. Es hat dabei entschieden, daß die IV-Kommissionen das Vorliegen der gesetzlichen Bedingungen sehr streng abzuklären haben, daß aber anderseits, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, dem Versicherten ein gesetzlicher Anspruch auf die Gewährung einer Kapitalhilfe zusteht. Ausgeschlossen ist aber stets die Finanzierung eines Autos auf diesem Wege.

Für Minderjährige mit einem Intelligenzquotienten unter 75 kommen ferner Beiträge an den Sonderschulunterricht in Frage, und für die bildungsunfähigen Kinder sind Beiträge an die Versorgungskosten in den dafür eingerichteten Anstalten möglich. Unter bestimmten Voraussetzungen (kontrollierte Pflege) kann dieser Beitrag für die Bildungsunfähigen auch ausgerichtet werden, wenn sie in elterlicher Obhut verbleiben.

C. Die Hilfsmittel

Als weitere Leistung der IV zur Förderung der Eingliederung sind die Hilfsmittel zu nennen, deren rechtliche Basis sich in Art. 21 des Gesetzes findet. «Der Versicherte, heißt es dort, hat im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zu seiner Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig sind. Kosten für Zahnprothesen, Brillen und Schuheinlagen werden nur übernommen, wenn diese Hilfsmittel eine wesentliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen bilden.»

Aus dieser Formulierung geht hervor, daß die Abgabe von Hilfsmitteln nicht als medizinische Maßnahme im engeren Sinne zu betrachten ist. Wie der eben zitierte Text des Gesetzes ausführt, werden die Kosten für Zahnprothesen, Brillen und Schuheinlagen nur dann übernommen, wenn sie als wesentliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen abgegeben werden. Die übrigen Hilfsmittel hingegen werden von der IV auch übernommen, wenn sie in keinem direkten Zusammenhang mit medizinischen Eingliederungsmaßnahmen stehen, beziehungsweise wenn die Gewährung medizinischer Eingliederungsmaßnahmen sogar abgelehnt worden ist.

Welches sind nun aber diese Hilfsmittel im einzelnen? Wir finden sie in Art. 14 der Verordnung aufgezählt und in folgender Reihenfolge gegliedert:

1. Künstliche Glieder mit Zubehör, wie Fuß-, Bein-, Hand- und Armprothesen;
2. Stütz- und Führungsapparate, wie Bein- und Armapparate, orthopädische Korsetts, Kopfhalter, Schienen, Schalen und Bandagen für orthopädische Korrekturen, orthopädisches Schuhwerk und Schuheinlagen;
3. Hilfsmittel für Kopfschäden, wie Zahnprothesen, Kieferersatzstücke, Gaumenplatten, künstliche Augen sowie Perücken;
4. Hilfsmittel für Sinnesorgane, wie Hörapparate und Brillen;
5. Hilfsmittel für innere Organe;
6. Hilfsmittel für das tägliche Leben, wie Blindenführhunde, Stöcke, Krückstöcke, Krücken, Haltestangen, Spezialstühle und -betten, Bettgalgen und -bügel sowie Behelfe zum Ankleiden, Essen, zur Körperpflege und zum Schreiben und Lesen;
7. Fahrzeuge mit den jeweils notwendigen Anpassungen an das Gebrechen, wie Zimmer- und Straßenfahrstühle, Selbstfahrer, zwei- oder dreirädrige Fahrräder, Motorroller mit zwei oder drei Rädern, Kabinenroller und Kleinautomobile;
8. Hilfsgeräte am Arbeitsplatz, wie besondere Arbeitsgeräte und Sitzvorrichtungen, Zusatzgeräte für die Bedienung von Apparaten und Maschinen, Anpassung der Arbeitsfläche und der maschinellen Einrichtungen sowie räumliche Veränderungen.

Die Abgabe dieser Hilfsmittel wird nach Art. 15 IVV davon abhängig gemacht, daß der Versicherte für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit für seinen Aufgabenbereich (Hausfrau, Nonne), für seine Schulung, seine Ausbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung darauf angewiesen ist. Dabei erfolgt die Zusprechung des Hilfsmittels an den Versicherten entweder zu Eigentum oder in leihweiser Abgabe.

Setzt der Gebrauch eines Hilfsmittels eine besondere Schulung des Versicherten voraus, so übernimmt die Versicherung auch diese Kosten. Diese Bestimmung ist von besonderer Bedeutung bei der Abgabe von Motorfahrzeugen, wo die Versicherung auch die Kosten der Fahrschule zu übernehmen hat.

Eingehend sind auch die Fragen der Reparatur beziehungsweise der Erneuerung von Hilfsmitteln geordnet. Artikel 16 Abs. 2 der Verordnung sieht für diese Fälle folgende Regelung vor:

> «Bedarf ein von der Versicherung abgegebenes Hilfsmittel trotz sorgfältigem Gebrauch der Reparatur, Anpassung oder teilweisen Erneuerung, so übernimmt die Versicherung deren Kosten, sofern nicht ein Dritter ersatzpflichtig ist. Bei Motorfahrzeugen werden diese Kosten nur übernommen, soweit die Reparatur- oder Erneuerungsbedürftigkeit des Fahr-

zeuges auf Fahrten an den Arbeitsort zurückzuführen ist. Ganz geringfügige Kosten gehen zu Lasten des Versicherten.»

Diese Bestimmung ist, wie man sofort sieht, von besonderer Bedeutung für die *Motorfahrzeuge*, deren Abgabe zu den umstrittensten Fragen der Bewilligung von Hilfsmitteln gehört. In Art. 15 der Verordnung (Abs. 2) ist für die Abgabe dieser Hilfsmittel ein wesentlicher Vorbehalt eingebaut: Motorfahrzeuge werden nur abgegeben, «wenn dauernd eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit ausgeübt werden kann *und* der Versicherte wegen wesentlicher Gehbehinderung den Arbeitsweg ohne persönliches Motorfahrzeug nicht bewältigen kann». Die Gerichtsinstanzen haben diesen Begriff der «dauernden, existenzsichernden Erwerbstätigkeit» streng ausgelegt, um zu verhindern, daß Motorfahrzeuge in Fällen abgegeben werden, bei denen im Endeffekt doch keine Eingliederung erfolgt. Zu Differenzen hat aber hauptsächlich der Begriff der «wesentlichen Gehbehinderung» geführt. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat zuerst darauf bestanden, daß hier nur eine Erkrankung des Gehapparates im engeren Sinne in Betracht fallen darf. Das EVG hat dann aber entschieden, daß die «wesentliche Gehbehinderung» auch beim Vorliegen anderer Krankheiten (z. B. Asthma oder Herzschwäche) als gegeben betrachtet werden kann. Anderseits haben Bundesamt und Gerichtspraxis gemeinsam darauf bestanden, daß Motorfahrzeuge nur dann zu Lasten der IV abgegeben werden, wenn sie infolge Invalidität zur Berufsausübung benötigt werden und es sich somit nicht um ein ohnehin berufsnotwendiges oder berufsübliches Arbeitsgerät handelt. In all den Fällen, da ein Versicherter auch ohne Invalidität auf den Gebrauch eines Motorfahrzeuges angewiesen wäre, zum Beispiel bei großen Distanzen zwischen seinem Wohnort und dem Arbeitsort ohne Gelegenheit zur Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel oder beim Kundenbesuch durch einen Vertreter in einem großen Rayon, entfällt der Anspruch auf Abgabe eines Motorfahrzeuges. In diesen Fällen übernimmt die IV jedoch die Kosten für die infolge Invalidität notwendigen Aenderungen am Fahrzeug.

Besondere Probleme warf in diesem Zusammenhang die IV-rechtliche Behandlung der von invaliden Versicherten *schon vor 1960 auf eigene Rechnung gekauften Automobile* auf. Das EVG hat entschieden, daß in all jenen Fällen, da gemäß den Bestimmungen des IVG Anspruch auf die Abgabe eines Motorfahrzeuges besteht, die Reparaturkosten von der IV wie bei den zugesprochenen Wagen übernommen werden (IVV Art. 16 Abs. 2). Ein Beitrag an die Betriebskosten, wie er aus Billigkeitsgründen gestützt auf IVV Art. 16 Abs. 3 denkbar gewesen wäre – im Maximum 50 Fr. pro Monat –, wurde vom EVG auf Härtefälle im Sinne von Art. 42 AHVG beschränkt.

D. Die Taggelder

Nicht als Teil der Eingliederung selbst, aber als ihre wichtigste Ergänzung und in vielen Fällen recht eigentlich als wirtschaftliche Voraussetzung sind schließlich die Taggelder zu betrachten, die der Gesetzgeber in den Art. 22 bis 25 des Gesetzes und in den Art. 17 bis 22 der Vollzugsverordnung geordnet hat, um für den Invaliden und seine Familie während der Dauer der bewilligten Eingliederungsmaßnahmen die wirtschaftliche Existenz zu sichern. Das System dieser Taggelder ist aus der Erwerbsersatzordnung übernommen worden, wobei allerdings bei der Invalidenversicherung noch erhebliche Zuschläge zur Ausrichtung gelangen. Bezüglich des Zusammenfallens von Taggeldern der Invalidenversicherung mit solchen anderer Versicherungsträger ist dabei zu beachten, daß Versicherte, die ein Krankengeld der obligatorischen Unfallversicherung oder der Militärversicherung beziehen, kein Taggeld der Invalidenversicherung erhalten. Anderseits aber können neben die Taggelder der Invalidenversicherung auch solche der Krankenversicherung treten, soweit sie nicht zu einer Ueberversicherung führen.

Die Taggelder der Invalidenversicherung gelangen – ihrer Zweckbestimmung entsprechend – in erster Linie *während* der Eingliederungsmaßnahmen zur Ausrichtung, und zwar jeweils dann, wenn ein Versicherter während wenigstens drei aufeinanderfolgenden Tagen wegen der Eingliederung verhindert ist, seiner Arbeit nachzugehen oder zum mindesten 50 Prozent arbeitsunfähig ist. Ein typischer Fall dieser Art ist die Umschulung. Unter diesem Titel kann auch die Anlehre in einem Betrieb einen Taggeldanspruch begründen.

Der Gesetzgeber hat darüber hinaus aber auch Taggelder für die Zeit *vor* der Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen und in bestimmten Fällen sogar *nach* der Durchführung der Eingliederung in Aussicht genommen.

Für die Zeit *vor* der Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen ist die Zusprechung von Taggeldern in den beiden folgenden Fällen möglich:

1. *Für die Abklärung von Leistungsansprüchen:*

   Muß sich ein Versicherter, auf Anordnung der IV-Kommission, einer mindestens zwei Tage dauernden Abklärung seines Invaliditätsgrades und seiner Erwerbsfähigkeit unterziehen, so hat er *vom Tage der Anordnung an* für jeden Untersuchungstag Anspruch auf das Taggeld.

2. *Für Wartezeiten:*

   Sind für einen Versicherten Eingliederungsmaßnahmen angeordnet, die aus besonderen Gründen – zum Beispiel Vollbesetzung der Eingliederungsstätte – nicht sofort durchgeführt werden können, so hat der Versicherte, der zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig ist, von der Anordnung an für jeden Tag der Wartezeit Anspruch auf das Taggeld, vorausgesetzt, daß er die Ver-

zögerung nicht selbst verschuldet hat. Das gleiche gilt für Wartezeiten, die zwischen der Durchführung zweier Eingliederungsmaßnahmen liegen und während deren Verlauf der Versicherte mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist. Die Dauer der Ausrichtung dieser Taggelder ist allerdings befristet und darf gesamthaft höchstens an 120 Tagen bewilligt werden.

Der Anspruch auf die Ausrichtung eines Taggeldes *nach* der Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen besteht, wenn der Versicherte nach einer Umschulung auf die Vermittlung geeigneter Arbeit warten muß. Auch in diesem Falle ist aber die Befristung zu beachten: Diese Taggelder nach dem Abschluß von Eingliederungsmaßnahmen dürfen an höchstens 30 Tagen zur Ausrichtung gelangen. Findet sich innert dieser Frist trotz aller Anstrengungen für den umgeschulten Versicherten keine Arbeit, ist die Frage der Rentenberechtigung zu prüfen.

IV. Die Renten und Hilflosenentschädigungen

Wo die Eingliederung zu keinem Ergebnis führt oder im vornherein aussichtslos erscheint, tritt an ihre Stelle die Rente gemäß den Art. 28 und 29 des Gesetzes über die Invalidenversicherung.

Grundsätzlich wird die Rente somit dort ihre Funktion erfüllen, wo das Kapitel der Eingliederung abgeschlossen ist. Doch ist es möglich, auch neben der Rente Eingliederungsmaßnahmen zu bewilligen, jedoch nurmehr in höchst beschränktem Rahmen. Es kann sich dabei nur um Maßnahmen handeln, die darauf abzielen, eine Teilerwerbsfähigkeit des Versicherten zu erhalten, zum Beispiel durch die Abgabe einer Prothese. Kommt dagegen eine Maßnahme in Frage, die den Invaliditätsgrad verändern kann, so ist die Rente aufzuheben und die Eingliederung mit Taggeld anzuordnen.

Bei den Renten sind Klassierungen möglich je nach dem Invaliditätsgrad, nach dem Familienstand und nach der Beitragsleistung. Nach dem *Invaliditätsgrad* ist in ganze Renten, bei einem Invaliditätsgrad von mehr als zwei Drittel, und in halbe Renten bei einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent zu unterscheiden, wobei dieser letzte Absatz bei Härtefällen auf 40 Prozent reduziert werden kann. Mit Rücksicht auf den *Familienstand* sind einfache und Ehepaar-Invalidenrenten (wenn beide Ehegatten invalid sind) zu unterscheiden, eventuell Zusatzrenten für die nicht invalide oder noch nicht 60 Jahre alte Ehefrau und schließlich die Kinderrenten. Je nach der *Beitragsleistung* unterscheiden wir ordentliche oder außerordentliche Renten, die voll oder gekürzt sein können.

Die schwierigste Aufgabe bei der Rentengestaltung ist die Invaliditätsbemessung. *Versichert durch die IV ist nicht die Gesundheit beziehungsweise ein Gesundheitsschaden, sondern die Erwerbsfähigkeit.* Deshalb fallen die aus dem Bereiche der Suva und der privaten Invalidenversicherung bekannten Gliedertafeln sowie alle andern

medizinisch-theoretischen Kriterien hier im vornherein außer Betracht. Bei der IV erfolgt die Invaliditätsbeurteilung ausschließlich nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten, wobei die medizinischen Gesichtspunkte zur Hauptsache die Rolle von Indizien spielen. Bei den Nichterwerbstätigen – die ja auch versichert sind und gegebenenfalls anspruchsberechtigt werden – ist von der Behinderung im angestammten Aufgabenbereich auszugehen. Es sind dies namentlich die Fälle der Hausfrau, des Studenten und der Klosterinsassen.

Für die Bemessung der Invalidität wird von einem hypothetischen Einkommensvergleich ausgegangen: Es wird das Einkommen, das der Versicherte ohne Gesundheitsschaden erzielen könnte, in Vergleich gesetzt zum Einkommen, das er unter Berücksichtigung seines Gesundheitsschadens durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage noch erzielen kann. Die Differenz, in Prozenten ausgedrückt, ergibt die Einbuße, die seine Erwerbsfähigkeit erlitten hat. Macht diese Einbuße mindestens 50 Prozent – in Härtefällen 40 Prozent – aus, besteht Anspruch auf eine halbe Rente, macht sie 66 ⅔ Prozent und mehr aus, besteht Anspruch auf eine ganze IV-Rente (IVG Art. 28). Unter Erwerbsfähigkeit wird in diesem Zusammenhang die voraussichtliche künftige und durchschnittliche Beeinträchtigung der Erwerbsmöglichkeiten auf dem gesamten für den Versicherten in Betracht fallenden Arbeitsmarkt verstanden.

Diese Berechnungen sind nicht immer einfach. Sie komplizieren sich namentlich bei den Selbständigerwerbenden, die Familienbetrieben vorstehen. Sie komplizieren sich aber auch überall dort, wo geltend gemacht wird, der Invalide arbeite für seine Kräfte zuviel oder der ihm ausbezahlte Lohn enthalte eine sogenannte Sozialkomponente, entspreche also nicht der effektiven Arbeitsleistung. Besondere Richtlinien mußten für die Erstellung des hypothetischen Einkommensvergleichs bei den Versicherten ohne Berufslehre erlassen werden.

Ganz heikle Probleme wirft sodann der Beginn des Rentenanspruches auf. Artikel 29 bestimmt, daß der Rentenanspruch entsteht, sobald der Versicherte mindestens zur Hälfte *bleibend* erwerbsunfähig geworden ist oder während 360 Tagen – mit einem Unterbruch von höchstens 30 Tagen – ununterbrochen voll arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens zur Hälfte erwerbsunfähig ist. In der Praxis ist es nun oft schwer, genau zu eruieren, von welchem Zeitpunkt an die Dauerinvalidität feststeht. Es ist dies in der Regel der Fall, wenn nach einer Krankheit oder einem Unfall ein bleibender Schaden in Form einer Lähmung beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit zurückbleibt und dieser Schaden weder durch medizinische noch durch berufliche Eingliederungsmaßnahmen mehr behoben werden kann. Ebenso darf von Dauerinvalidität gesprochen werden, sobald eine Krankheit, wie zum Beispiel die Multiple Sklerose oder

die Schizophrenie, aller Voraussicht nach einen chronischen Verlauf nimmt. Dagegen darf nach der Praxis des EVG bei akuten Krankheiten und somit auch bei Geschwülsten und Geschwüren selbst dann keine Dauerinvalidität angenommen werden, wenn die Krankheit aller Voraussicht nach zum Tode führt. In diesem Falle muß die 360tägige Frist abgewartet werden, das heißt, der Versicherte muß während 360 Tagen voll arbeitsunfähig gewesen sein.

Als wertvolle Ergänzung der Rente ist schließlich *die Hilflosenentschädigung* anzuführen, die jenen bedürftigen Rentnern zugestanden wird, die «besondere Pflege und Wartung benötigen». Die Bedürftigkeit in diesem Artikel ist absolut systemwidrig, und sie wird zweifellos eines Tages fallen, um so mehr als auch mit ihrer Berechnung nochmals Härten verbunden sind wie namentlich das Verbot, die meist hohen Krankheitskosten dieser Leute zu berücksichtigen. Vorderhand aber muß mit ihr gerechnet werden. Die Hilflosigkeit selbst, die «voraussichtlich bleibend» sein muß, kann größer oder kleiner sein. Die Praxis hat drei Grade herausgearbeitet, je nach den Hilfeleistungen, die einem IV-Rentner gewährt werden müssen; je nachdem erhält der Versicherte dann ein Drittel oder zwei Drittel oder drei Drittel der Hilflosenentschädigung – im Maximum 1500 Fr. Bei der Berechnung der Anspruchsvoraussetzungen ist dabei die IV-Rente, auch wenn sie im gleichen Verfahren eben erst zugesprochen worden ist, zu berücksichtigen und einzurechnen.

Die Hilflosenentschädigung wird auch im AHV-Alter weiter gewährt, wenn sie vorher zugesprochen worden ist. Versicherte, die erst im AHV-Alter hilflos werden, erhalten sie hingegen nicht, da grundsätzlich alle Leistungen der IV mit Erreichung des 65. Altersjahres für Männer und des 62. Altersjahres für Frauen dahinfallen. Diese unterschiedliche Behandlung in bezug auf die Zusprechung von Hilflosenentschädigung ist ebenso systemwidrig wie die Voraussetzung der Bedürftigkeit und dazu noch von stoßender Ungerechtigkeit.

*

Wie aus diesem kurzen und in mancher Hinsicht sehr summarischen Ueberblick über die ersten Erfahrungen mit der IV hervorgeht, haben wir auch mit diesem jüngsten Sproß der schweizerischen Sozialversicherung bereits eine sehr brauchbare Basis erhalten. Es wird Sache der gesetzgebenden Behörden sein, aus den Mängeln, die sich nun in der Anwendung erkennen lassen, die notwendigen Konsequenzen zu ziehen. Sobald das in Aussicht gestellte Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zu den AHV- und IV-Renten unter Dach und Fach gebracht sein wird, wird die notwendige Revision des IVG in Angriff genommen werden. Sie wird ohne Zweifel eine heikle, objektiv schwierige und langwierige Arbeit aller daran Interessierten erfordern.

Dr. jur. Walter Buser, Bremgarten BE