

Zeitschrift: Zeitschrift für schweizerisches Recht = Revue de droit suisse = Rivista di diritto svizzero = Revista da dretg svizzer : Halbband II. Referate und Mitteilungen des SJV

Herausgeber: Schweizerischer Juristenverein

Band: 61 (1942)

Artikel: Rechtsfragen aus dem Gebiete der Militärversicherung

Autor: Kistler, Hermann

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-896277>

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: 30.01.2026

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

Rechtsfragen aus dem Gebiete der Militärversicherung

Referat von Dr. Hermann Kistler
Bundesrichter am Eidg. Versicherungsgericht
in Luzern

EINTEILUNG	Seite
A. Die Verantwortung der Armee	4a
B. Vorbeugende Massnahmen	6a
C. Unterdrückung festgestellter Gefahrenherde in der Armee	9a
D. Wiedergutmachung durch Haftpflicht und Versicherung	11a
I. Kulturelle Bedeutung der Sozialversicherung .	11a
II. Die gesetzlichen Grundlagen der Militärversicherung	22a
III. Der Versicherungsträger	25a
1. Das Werden und die Organisation der Militärversicherung	25a
2. Widerstreitende Interessen der Armee und der Versicherung	28a
IV. Die versicherten Personen	32a
V. Hilfspersonen (behandelnder Arzt, Spital, Experte, Anwalt)	34a
VI. Die versicherten Tatbestände	39a
1. nach Art. 6 a und 6 b MVG (Verwirkung und Verjährung S. 50a)	41a
2. nach Art. 189 MStrG	57a
3. nach Art. 6 c MVG	58a
4. nach Art. 7 MVG	59a
5. nach Art. 1 a und e BRB vom 29. Dezember 1939	60a
6. nach Art. 8 und 9 MVG	60a
7. nach Art. 3 und 4 MVG (Unfallbegriff S. 71a)	68a

	Seite
VII. Der Militärversicherungsfall	73a
1. Der Militärdienst	73a
2. Die Gesundheitsschädigungen (Disposition S. 82, Anomalie S. 83)	80a
a) Krankheit (konstitutionelle Krankheiten S. 84, Schubtheorie S. 88, interkurrente Krankheit S. 91, Neurose S. 93, Schizo- phrenie S. 107, Koronarsklerose, Tbc S. 109, Geschlechtskrankheiten S. 111)	84a
b) Invalidität	114a
c) Tod	115a
3. Die wirtschaftlichen Folgen	118a
a) Behandlungsbedürftigkeit	118a
b) Erwerbsunfähigkeit	119a
VIII. Die rechtliche Gestaltung des Anspruchs . . .	124a
1. Der Anspruch auf den Versicherungsstatus .	125a
2. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung (Verzicht S. 127, Rechtsschöpfung S. 129, Rechtskraft S. 135)	127a
IX. Ansprüche, die ausserhalb des Versicherungsver- hältnisses entstehen	141a
X. Die Leistungen der MV	143a
1. Im Krankheitsfall	148a
a) Heilbehandlung. Abfindung nach Art. 38 MVG 1914 S. 150a	148a
b) Ersatz für Erwerbsausfall	154a
2. Im Invaliditätsfall	156a
a) Invaliditätsrente	156a
b) Entschädigung für Beeinträchtigung der körperlichen Integrität	160a
3. Im Todesfall	162a
4. Der Rentenauskauf	166a
XI. Pflichten des Versicherten	172a
XII. Kürzung der Leistungen	175a
1. Kürzung aus sozialpolitischen Erwägungen .	175a
2. Selbstverschulden, Art. 11 MVG	176a
a) Absichtliche Verursachung versicherten Schadens	178a
b) Grobfahrlässige Herbeiführung des Ver- sicherungsfalls	179a
c) Herbeiführung desselben bei Begehung von Vergehen	183a
d) bei Zuwiderhandlung gegen dienstliche Vorschriften und Befehle	183a

Rechtsfragen aus dem Gebiete der Militärversicherung.	3a
	Seite
3. Vorzustände	184a
4. Nachträglich einwirkende Ursachen	185a
a) Unwahre Angaben, Art. 17, Al. 2	185a
b) Nachträgliche Feststellung der Vordienstlichkeit, Art. 13, Al. 2, und Art. 14, Al. 2	187a
c) Nachträgliche Einflüsse des Zivillebens	188a
5. Verteilung des Beweislastrisikos	188a
6. Die zeitlich limitierte Haftung	189a
XIII. Rückforderung der Leistungen der Militärversicherung	192a
XIV. Revision	195a
XV. Regressrechte der Militärversicherung	199a
E. Das Verwaltungsverfahren	202a
F. Der Versicherungsprozess	214a
Schlussbemerkung	229a

ABKÜRZUNGEN

AM	Assurance militaire
AS	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des EVG
ASBE	Amtliche Sammlung der bundesgerichtlichen Entscheidungen
BB	Bundesbeschluss
BBl	Schweizerisches Bundesblatt
BG	Bundesgesetz
BGer	Bundesgericht
BRB	Bundesratsbeschluss
BV	Bundesverfassung
EMD	Eidgenössisches Militärdepartement
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
HD	Hilfsdienst
IAA	Internationales Arbeitsamt
IBW	Instruktion der sanitarischen Beurteilung der Wehrpflichtigen
KUVG	Kranken- und Unfallsversicherungsgesetz
MO	Militärorganisation vom 12. April 1907
MSA	Militärsanitätsanstalt
MStrG	Schweizerisches Militärstrafgesetz vom 13. Juni 1927
MV	Militärversicherung
MVG	Militärversicherungsgesetz vom 28. Juni 1901
„ 1914	„ vom 22. Dezember 1914
OB	Organisationsbeschluss vom 28. März 1917

PK	Eidg. Pensionskommission
RS	Rekrutenschule
RVA	deutsches Reichsversicherungsamt
RVO	Reichsversicherungsordnung vom 15. Dezember 1924
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
Tbc	Tuberkulose
tbc	tuberkulös
UC	sanitarische Untersuchungskommission
VV	Vollziehungsverordnung
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908
ZBJV	Zeitschrift des bernischen Juristenvereins
ZUK	Zeitschrift für Unfallkunde, jetzt: Unfall und Berufskrankheiten

A. Verantwortung der Armee.

Die gesetzliche Ordnung der staatlichen Verpflichtung, den Schaden aus militärdienstlich entstandener Krankheit zu decken, bezeichnet das schweizerische Gesetz als Militärversicherung, das deutsche als Militärversorgung. Versorgung ist eine neutrale Bezeichnung, die sowohl soziale Fürsorge, als Versicherung und auch Haftpflicht umfasst. Im MVG legt sich der Bund in erster Linie eine öffentlich-rechtliche Haftpflicht auf für Wehrmännern und einigen weiteren Personenkreisen durch den Militärdienst verursachte Gesundheitsschädigungen, i. A. ohne Rücksicht auf die soziale Lage des Geschädigten. Unter Haftpflicht verstehen wir die kausale Schadenshaftung ex lege. Ihr Ziel ist nach Oftinger (Schweizerisches Haftpflichtrecht), wirtschaftliche Schäden und seelische Unbill, die einem Menschen durch andere zugefügt worden sind, möglichst auszugleichen. Soweit das Gesetz auf der Haftpflicht der Armee aufgebaut ist, kann von vornherein schon eine Beteiligung der Militärpatienten an den Kosten nicht in Frage kommen. Überdies übernimmt der Bund gemäss Art. 27 und 28 MO im Sinne privatrechtlicher Haftpflicht gegenüber unbeteiligten Zivilpersonen die volle Verantwortung für ihnen durch Tötung,

Verletzung oder Sachbeschädigung bei militärischen Übungen entstandenen Schaden. Den Wehrmännern jedoch verweigert er die Ersetzung dienstlich verursachten Sachschadens (Bruch von Brillen, Verlust eines künstlichen Gebisses im Stroh, Beschädigung von Uhren bei Übungen etc.), ersetzt dagegen Gesundheitsschädigungen in über die Haftpflichtgrundsätze hinausgehendem Masse, indem er sich hier weitgehend von den Grundsätzen der Sozialversicherung leiten lässt. Fleiner (Schweiz. Bundesstaatsrecht, S. 622) bezeichnet die Militärversicherung als staatlicher, öffentlich-rechtlicher Ausgleich für die aus dienstlicher Krankheit erwachsenden vermögensrechtlichen Schädigungen. Aber ausser den durch den Dienst verursachten Schäden deckt der Bund in weitem Umfang auch Schäden, deren Deckung auf dem Boden des Privatrechts nur durch Versicherungsvertrag erreicht werden könnte. Durch ihre Funktion im Gebiete der Volkswirtschaft reiht sich unsere durch das Gesetz als Militärversicherung bezeichnete Armeehaftpflicht in das System der Sozialversicherung ein. Das Ziel einer jeden Sozialversicherung ist nach Manes (Personalversicherung, 5. Aufl., S. 257) die Beeinträchtigung der menschlichen Arbeitskraft durch Krankheit in all ihren Folgen zu beseitigen. Damit wird nicht nur das Interesse des Versicherten und seiner Familie, sondern vor allem auch dasjenige unserer Volkswirtschaft gewahrt. Viele von den an eine Sozialversicherung gestellten Anforderungen haben bereits im geltenden Militärversicherungsrecht Aufnahme gefunden und haben damit weitgehend unsere Armeehaftpflicht mit Bestimmungen aus dem Versicherungsrecht durchsetzt.

Sowohl das Interesse von Armee und Staat, als das Interesse derjenigen, deren labiler Gesundheitszustand durch die dienstlichen Einflüsse ganz besonders gefährdet wird, verlangt deren rechtzeitige Ausscheidung aus dem versicherten Gefahrenkreis. Wo die Notwendigkeit der Ausscheidung nicht rechtzeitig erkannt oder die Aus-

scheidung aus andern Gründen unterlassen wurde, kann oft noch die Sanitätsabteilung der Armee selber den Gefahrenherd unterdrücken. Erst wenn auch dieses Sicherheitsventil versagt, wird der Haftpflicht- oder Versicherungsfall akut und hat die MV einzuspringen. Dem Bunde liegt somit eine dreifache Aufgabe ob: Die Vermeidung von Gefährdung bereits Stigmatisierter durch vorbeugende Massnahmen, die Unterdrückung erkannter Gefahrenherde und die Wiedergutmachung durch die MV.

B. Vorbeugende Massnahmen.

„Vorbeugung grossen Stils tritt in der Sozialversicherung immer mehr in den Vordergrund“, schreibt Richter (Sozialversicherung, S. 130). Der Bund hat gegenüber den Haftpflichtigen aus Art. 55, 56, 58 OR und aus den verschiedenen Spezialhaftpflichtgesetzen (Automobil, Eisenbahn, Post, Luftverkehr, Elektrizität) als einziger den grossen Vorteil, die Leute, welche er seiner Armeehaftpflicht unterstellen will, selber auslesen zu können, abgesehen von der Haftpflicht aus Art. 27 MO. Er kann solche Leute, die für seine Haftpflicht eine besondere Belastung bedeuten, rechtzeitig ausschauen. Die Eliminierung besonders Gefährdeter aus dem die Haftpflicht bedingenden Gefahrenbereich ist durch Gesetze, Verordnungen und Erlasse der Sanitätsabteilung eingehend geregelt.

Jeder Schweizer ist vom 20. bis zum 60. Lebensjahre wehrpflichtig (Art. 18 BV). Die Wehrpflicht umfasst die Militärdienstpflicht, die Hilfsdienstpflicht und die Militärsteuerpflicht und demgemäss werden bei der Aushebung die Wehrpflichtigen geschieden in Diensttaugliche, Hilfsdiensttaugliche und Dienstuntaugliche (Art. 5 MO). Die letztgenannte Kategorie steht ausserhalb des Anwendungsgebietes des MVG, nicht aber die Hilfsdiensttauglichen; denn gemäss Art. 20bis MO gelten die von ihnen zu absolvierenden Kurse und der zu leistende aktive

Dienst als Militärdienst. Es bleibt jedoch der Bundesversammlung überlassen, die Grundsätze über die Anwendung der MV auf sie festzustellen.

Die Ausmerzung aus dem Gefahrenkreis geschieht:

a) Anlässlich der Aushebung durch sanitärische Untersuchung. Da dem untersuchenden Arzte hierbei meist jegliche Anamnese fehlt, sind die Resultate notgedrungen von nur beschränkter Zuverlässigkeit.

b) Vor Beginn eines Dienstes können belegte Dispensationsgesuche aus Gesundheitsrücksichten eingereicht werden und der Oberfeldarzt kann unter bestimmten Voraussetzungen Militärärzte mit der vorherigen Untersuchung krank Gemeldeter an deren Wohnort betrauen (Art. 162 IBW von 1932 und Art. 153 IBW von 1941).

c) Bei jedem Dienstbeginn hat eine ärztliche Untersuchung der sich krank Meldenden stattzufinden. Ganz besondere Erwartungen wurden in die Resultate der in Art. 181 IBW von 1932 geordneten erweiterten sanitärischen Eintrittsmusterung gesetzt, bei welcher jeder Soldat ein Anamneseformular auszustellen und einen Laufschrift auszuführen hat und das Dienstbüchlein eines jeden auf seine früheren ärztlichen Eintragungen hin geprüft wird. Die Durchführung dieser Eintrittsmusterung beansprucht aber so viel Zeit, dass sie mit dem Dienstbetrieb in Kollision gerät. Die erweiterte Eintrittsmusterung ist deshalb, ausser in Rekrutenschulen, kaum mehr durchgeführt worden.

Die neue IBW von 1941 schreibt nun die bisher fakultative Durchführung der erweiterten Eintrittsmusterung für alle Instruktionsdienste vor mit der Ermächtigung, da wo deren Durchführung zu Beginn des Dienstes nicht möglich ist, sie im Laufe des Dienstes nachzuholen (Art. 172 und 173 IBW von 1941).

Jede Versicherung bedingt Prophylaxe und trägt dadurch zur Hebung der Gesamtwohlfahrt bei (Piccard: Haftpflichtpraxis und Sozialversicherung, S. 88). Der Bund macht jedoch einen recht spärlichen Gebrauch von

den ihm gegebenen Möglichkeiten der rechtzeitigen Eliminierung besonders Gefährdeter aus der Gefahrenzone. Solche vorbeugende Massnahmen fallen zwar nicht in die Überprüfungscompetenz des EVG, interessieren aber die Gesetzgebung auf dem Gebiete des Militärversicherungswesens. Das EVG, das in seinen Geschäftsberichten an die Bundesversammlung immer wieder die dringende Notwendigkeit der baldigen Revision des MVG betont hat, so in den Geschäftsberichten für 1921, 1923, 1924, 1934, 1935, das im Geschäftsbericht für 1934 seine Mitarbeit an der bevorstehenden Gesetzesrevision in aller Form angeboten, hat nicht nur in vielen Urteilen, sondern auch in den Geschäftsberichten für 1923 und 1939 Vorschläge für wirksame Vorbeugungsmassnahmen gemacht, 1923 bezüglich der Ausgestaltung der sanitarischen Eintrittsmusterung, 1939 dann, und vorher schon in einer Eingabe vom 9. April 1938 an das EMD, detaillierte Vorschläge zur Aufstellung einer möglichst weit zurückgreifenden persönlichen und Familienanamnese ausgearbeitet. Es wurde die Prüfung der Frage angeregt, ob nicht schon vor der Aushebung jedem Stellungspflichtigen ein Anamneseformular zugestellt werden sollte, das er ausgefüllt zur Rekrutierung mitzubringen hätte, durch welches die untersuchenden Ärzte über alle durchgemachten Krankheiten und über das Vorkommen bestimmter Krankheiten, namentlich der Tuberkulose, im engern Kreise der Familie, orientiert würden. Dieses Anamneseformular wäre während der ganzen Dauer der Wehrpflicht nachzuführen und würde die Truppenärzte bei jedem neuen Einrücken über die seit dem letzten Dienst durchgemachten Krankheiten aufklären. Ein noch weitergehender Vorschlag des Gerichtes sieht die Aushändigung eines Anamnesebüchleins an jedes Kind bei seinem Schuleintritt vor. Dasselbe würde bei der Aushebung dann über alle in der Jugendzeit durchgemachten schweren Krankheiten zuverlässige Auskunft erteilen und die Militärärzte in den Stand setzen, die grossen Versicherungsrisiken auszuschauben. Damit wür-

den nutzlose Ausbildungskosten der Armee, umfangreiche Heilungskosten der MV, beträchtlicher ökonomischer und ideeller Schaden manchem Schweizerbürger erspart und spürbarer Ausfall nützlicher produktiver Arbeit für die Volkswirtschaft vermieden werden können.

C. Unterdrückung festgestellter Gefahrenherde in der Armee.

Zur Erhaltung gefährdeter und zur Wiederherstellung aufgehobener Diensttauglichkeit besitzt die Armee einen eigenen Dienstzweig, die Armeesantität. Ihr ist jeder Wehrmann unterstellt. Es hängt nicht von seinem Willen ab, ob er sie beanspruchen will oder nicht. Eine Arztwahl gibt es nicht. Die Truppensantität arbeitet gemäss den erhaltenen Befehlen im Interesse möglicher Schlagfertigkeit der Armee. Um die Bestimmungen des MVG hat sie sich nicht zu bekümmern. Selbstverschulden (Art. 11 MVG), Vordienstlichkeit (Art. 8) spielt für ihr Eingreifen und ihre Leistungen keine Rolle. Die Armeesantität saniert kariöse Zähne, schneidet Mandeln, operiert Brüche und Bruchanlagen, behandelt diejenigen, die mit einer Geschlechtskrankheit behaftet einrücken ohne Rücksichtnahme darauf, dass alle diese Erkrankungen in keinerlei Zusammenhang mit dem Dienste stehen, einzig um vorhandene Krankheitsherde rechtzeitig zu unterdrücken, bevor sie zu Dienstuntauglichkeit führen. Sie entlastet damit die MV. So hat der Oberfeldarzt z. B. in der Instruktion vom 21. November 1939 zum Armeebefehl Nr. 950 vom 14. November 1939 verfügt, dass die vordienstlichen Geschlechtskrankheiten sofort auf Kosten des Bundes in Spitalbehandlung genommen werden müssen und dass hiervon nur in denjenigen Fällen abzusehen sei, in denen die Diensttauglichkeit nicht wieder hergestellt werden könne. Das Interesse der Armee verlangt die energische Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nicht nur zur Stärkung der Widerstandskraft des einzelnen Sol-

daten gegenüber den dienstlichen Strapazen, sondern auch zum Schutze der gesunden Soldaten durch Verminderung der Infektionsgefahr. Gegen die Befehle und Entscheidungen der Armeesantität gibt es keine Berufung an eine ausserhalb der Armee stehende Instanz, sondern nur die militärische Beschwerde auf dem Dienstweg.

Die Truppensantität führt ihre Behandlungen so weit möglich selbständig und allein durch in den Krankenzimmern der Einheiten, in zentralen Krankenanstalten (Krankenzimmer der Brigaden oder Divisionen), in den MSA (Krankenzimmer der Armee). Wo dies nicht tunlich ist, weist sie ihre Patienten in Zivil- oder Militärspitäler ein. Von dieser Spitaleinweisung an aber gelangen die Soldaten in die Behandlung der MV und werden damit auch den Bestimmungen des MVG unterstellt. In den Fällen, in denen ein gesetzlicher Anspruch an die MV nicht besteht, werden die Konflikte meist dadurch zu vermeiden gesucht, dass die MV sich bereit erklärt, freiwillig die Behandlung für eine beschränkte Zeit zu übernehmen. Es kommt aber auch vor, dass die MV solche Fälle, so bald es die Krankheit erlaubt, einer MSA zuweist.

Organisatorisch sind sowohl MV wie Armeesantität in die Verwaltung des EMD eingegliedert. Nach Art. 2 des BG vom 21. Oktober 1909 über die Organisation des EMD hat dasselbe 9 Dienstabteilungen, worunter die Abteilung für Sanität, welcher der Oberfeldarzt vorsteht. Nach Art. 12 sind dem letztern der Bureauchef und das Bureau der MV unterstellt. Nur in seiner Person vereinigen sich Armeesantität und MV. Der BRB vom 6. September 1920 hat in Abänderung des Art. 12 die MV in zwei Abteilungen aufgespalten (allgemeine und Pensionsabteilung). Durch einen bis jetzt nicht veröffentlichten BRB vom 18. Oktober 1933 wurde dann aber die MV von der Abteilung für Sanität abgetrennt. Sie erhielt einen eigenen Chef und steht seither als selbständige Abteilung direkt unter dem EMD. Trotzdem verfügt der Oberfeldarzt, der der Sanitätsabteilung im Armeestab vorsteht, gelegentlich immer

noch über die MV, so z. B. wenn er in der oben erwähnten, an die Truppensanität gerichteten Instruktion anordnete, dass die Spitalbehandlung der vordienstlichen Geschlechtskrankheiten auf Kosten der MV durchzuführen sei und wenn er im Bulletin Nr. 41 vom 18. März 1940 einerseits verfügt, dass alle in Privatspitäler eingelieferten Wehrmänner sofort der MV anzumelden seien, andererseits aber die Territorialärzte als seine eigenen Vertrauensärzte anweist, im Einverständnis mit dem zivilen Spitalarzt diese Patienten so bald als möglich in eine MSA einzuweisen.

Auf gegen die MV gerichtete Beschwerden von Patienten an den General, hat der General jeweilen antworten lassen: „Die MV ist eine zivile Instanz und hat in administrativer Hinsicht keinen Zusammenhang mit der Armee und deren Leitung“. Sowohl das Interesse der Armee, als dasjenige der Versicherten verlangt die Ziehung einer scharfen Trennungslinie zwischen Truppensanität und MV. So lange aber die MV in das EMD eingegliedert bleibt und nicht, wie es ihrem Charakter als selbständige Versicherungsanstalt entspricht, dem ins Volkswirtschaftsdepartement eingegliederten Bundesamt für Sozialversicherung angeschlossen wird, wie die SUVA, wird die wünschenswerte scharfe Trennung zwischen Armeesanität und MV nicht zu verwirklichen sein.

D. Wiedergutmachung durch Haftpflicht und Versicherung.

I. Kulturelle Bedeutung der Sozialversicherung.

Die ersten Organisationen zur Wiedergutmachung erlittenen Schadens durch Versicherung, d. h. auf dem Wege des gemeinsamen Tragens von Einzelrisiken, hat die Privatwirtschaft geschaffen. Die Versicherung hat sich dort in stets zunehmendem Umfang eingelebt und bewährt, sogar derart bewährt, dass mit der Zeit in fast allen Kulturstaaten auf den verschiedensten Wirtschaftsgebieten Zwangsversicherungen eingeführt wurden, zum Teil zum

Schutze der Einzelwirtschaft, wie Feuer-, Vieh-, Hagelversicherungen, zum Teil zur Wahrung der höheren volkswirtschaftlichen Interessen der ganzen Volksgemeinschaft, die Sozialversicherung. Obwohl ein grosses öffentliches Interesse die Obligatorischerklärung der Viehversicherung im Bauernstand, die Hagelversicherung der Rebauern, die Feuerversicherung der Gebäudebesitzer erheischt, handelt es sich bei solcher Versicherung zwar wohl um öffentliche Versicherung, aber doch nicht um Sozialversicherung. Die Sozialversicherung ist nach Manes (Moderne Versicherungsprobleme, S. 15) immer Personenversicherung, Lebensversicherung im weitesten Sinne aufgefasst. Ihr Zweck ist nicht die Befriedigung von Individualinteressen, obwohl sie in erster Linie den Einzelnen zu Gute kommt, sondern die Befriedigung von kollektiven Bedürfnissen (Siegmund: Die Krankheit im privaten und sozialen Recht, S. 14). Ihr Endziel ist nicht Sicherheitsleistung, sondern allgemeine Kulturmehrung. In erster Linie hat sie zur Mehrung gemeinnütziger Kultur, der sozialen Volkskultur beizutragen (Bischoff: Kulturaufgaben des Versicherungswesens, S. 15 und 19). Die Sozialversicherung ist eine staatliche Rechtseinrichtung, ein Werkzeug des Staates zur Hebung der Volksgesundheit und der Volkskraft, zur Kräftigung der Volkswirtschaft und damit der Leistungsfähigkeit im wirtschaftlichen und kulturellen Wettstreit, der militärischen Kampfkraft zur Wahrung der eigenen Unabhängigkeit. Ihre überragende Wichtigkeit für das Wohl und Gedeihen eines Volkes finden wir in der deutschen Fachliteratur immer wieder hervorgehoben, so durch Manes (Allgemeine Versicherungslehre, S. 55): Die zukünftige Entwicklung des Volks- und Wirtschaftslebens ist eng verbunden mit der Sozialversicherung. Kaufmann, Präsident des RVA (Wiederaufbau und Sozialversicherung, S. 6 und 10), verweist auf die nicht zu überschätzende Bedeutung ihres bevölkerungspolitischen Wertes und erklärt, dass es der Sozialpolitik mit zu verdanken sei, wenn in den Augusttagen 1914 die Arbeiter-

seele mit dem Fühlen der ganzen Nation so wunderbar zusammenklang.

Die Sozialversicherung ist nicht nur ein Produkt der Volkswirtschaft, sie ist selber ein wesentlicher Bestandteil derselben, sie ist selber Volkswirtschaft, sie ist zugleich ein Instrument für ihren Aufbau und ihre gesunde Fortbildung und eine Waffe im Konkurrenzkampf auf dem Weltmarkt. Sie ist daher eng verbunden mit der jeweiligen bestehenden Wirtschaftsordnung und muss deren Wandlungen mitmachen. Ihre Entstehung verdankt sie der liberalen Wirtschaftsordnung. Ihr erstes Ziel war nur, dem Schwachen Hilfe zu bringen im schweren Existenzkampf. Es sollte im Krankheitsfalle ein Rechtsanspruch auf Hilfe an die Stelle von Almosen und Armenunterstützung treten. Je mehr sich aber der Staat vom reinen Machtfaktor zu einer Kultur- und Wohlfahrtsgemeinschaft entwickelte (Steiner: Entwicklung und Organisation der Sozialversicherung, S. 19), um so mehr hat die Sozialversicherung neben der Hilfeleistung an den Einzelnen der Schaffung produktiver, gesellschaftlicher Arbeitskraft zu dienen, soll sie alle vorhandenen Arbeitskräfte in den Stand setzen, ihre Existenz selber zu tragen, damit sie nicht, anstatt zu produzieren, zur gesellschafts-wirtschaftlichen Last werden (Preller: Sozialversicherung und Arbeitsfähigkeit, S. 8 ff). Es entspricht der ihr gestellten Aufgabe und der volkswirtschaftlichen Entwicklung des Landes, dass jede Sozialversicherung die Tendenz hat, sich auszuweiten. Rückwärtsrevisionen sind bis jetzt nie gelungen. Vom nie in Kraft gesetzten MVG von 1914 schrieb Krumbiegel (Die schweizerische Sozialversicherung) schon 1913: „Das neue Gesetz ist ein grosser Rückschritt. Wie ein Faden zieht sich durch alle Artikel die peinlichste Berücksichtigung bestehender anstatt zukünftiger Verhältnisse“. In Deutschland hat nach der grossen Inflation, durch welche die Sozialversicherung all ihr Wertschriftenkapital im Betrage von ungefähr 4 Milliarden Mark verloren hatte, eine kräftige Bewegung zur teilweisen Aufhebung und massiven Einschränk-

kung der Sozialversicherung eingesetzt. Das Resultat des durch diese Bewegung entfachten Kampfes war eine machtvolle Ausdehnung der Sozialversicherung. Manes (Personenversicherung, S. 189) weist diese fortgesetzte Ausbreitungstendenz, die Existenzsicherung immer weitem Kreisen zukommen zu lassen, eingehend nach. Diese Tendenz ist die Folge der steigenden Erkenntnis ihrer vorteilhaften Wirkungen auf das Wohl und das Interesse der Gesamtheit des Volkes. Die Sozialversicherung durchsetzt den wirtschaftlichen Egoismus mit altruistischen Gedanken (Manes: Das Versicherungswesen, S. 70). Ohne die grosszügige Erweiterung der Sozialversicherung wären die ungeheuern wirtschaftlichen Leistungen des deutschen Volkes seit dem Zusammenbruch seiner Wirtschaft bis in die neueste Zeit niemals möglich geworden. Ein im Kulturstand gehobenes Volk bedeutet gehobene Leistungsfähigkeit im Konkurrenzkampf mit den andern Nationen.

Die heutige Wirtschaft ist bei vollem Betrieb in ihren Produktionsmöglichkeiten beinahe unbegrenzt. Heute bringt nicht mehr, wie in früheren Zeiten, Produktionsmangel Leiden über die Menschheit, sondern fehlende Absatzmöglichkeit der Käufer suchenden Produkte. Die Massenproduktion erfordert Massenabsatz. Massenabsatz kann aber nur eine in den grossen Volksmassen vorhandene, der Produktion entsprechende Kaufkraft ermöglichen. Wo die grosse Masse der Kaufkraft sich in der Verfügungsgewalt einer Minderheit befindet, da ist für moderne Produktionsweise nicht genügend Platz. Krankheit, die arbeitsunfähig macht, schädigt die Volkswirtschaft in ihren beiden Zweigen, in der Produktion durch Entzug der Arbeitskraft und im Warenabsatz durch Verminderung der Kaufkraft. Der Schadensbehebung in der Produktion dient die Heilbehandlung, die Ausstattung mit Prothesen, die Berufsumschulung zur Verwertung des dem Invaliden verbleibenden Restes von Arbeitskraft. Ungünstiger Kaufkraftverschiebung sollen Krankengeld und Rente vorbeugen. Da die Kaufkraftverminderung der Invaliden durch ihren Ver-

dienstausfall sich fortlaufend, ununterbrochen auswirkt, so wird der Nachteil in der Volkswirtschaft nur durch ständig fliessende, den Lohnausfall wettmachende Renten behoben. Kapitalabfindungen in grossem Umfang würden Störungen herbeiführen und sind deshalb volkswirtschaftlich schädlich. Wenn Studer (Erwerbsunfähigkeit in der Unfall-, Kranken- und Invalidenversicherung, S. 46) auf den Einwand, dass den allerwenigsten der von ihm in Massen abgefundenen Militärpatienten die erhaltenen Kapitalien Segen gebracht haben, antwortet, es sei volkswirtschaftlich kein Schaden, wenn das Kapital dem Einzelnen verloren gehe, da es dann eben einfach durch einen andern fruktifiziert werde und das sei auch sozial kein Nachteil, denn wer Kapital nicht zu verwalten verstehe, sei für die heutige Gesellschaft eine Last, so vergisst er, dass nicht das Vorhandensein der Kaufkraft, sondern ihre richtige, der Produktionsweise angepasste Verteilung und Verwendung die Volkswirtschaft befruchtet und zur Blüte bringt und dass nur mangelnde Arbeitskraft und fehlender Arbeitswille, nicht aber Unfähigkeit zur Kapitalverwaltung die Gesamtheit belastet. Aus der Erkenntnis der Aufgaben und der Wirkungen der Sozialversicherung heraus müssen die sie regelnden Gesetze aufgebaut und immer neu der sich wandelnden Wirtschaftsordnung angepasst werden. Kein anderer Rechtszweig, sagt Kaskel und Sitzler (Grundriss des Sozialversicherungsrechts, S. 26) greift derart tief und nachhaltig in das gesamte Wirtschaftsleben ein, wie die Sozialversicherung. Man sieht dies ein, wenn man liest, dass in Deutschland bei über 40 Millionen Sozialversicherten (im Jahre 1927) weit mehr als $\frac{3}{4}$ der Gesamtbevölkerung direkt oder indirekt von der Sozialversicherung erfasst werden, dass der SUVA z. B. im Jahre 1937 rund 170 000 Unfälle gemeldet wurden und dass sie in diesem Jahre an Krankengeld fast acht Millionen, an Invaliden- und Hinterlassenenrenten fast $15\frac{1}{2}$ Millionen, an Heilkosten fast $6\frac{1}{2}$ Millionen ausbezahlt und somit die ununterbrochen fliessende Kaufkraftquelle mit mehr als 29 Millionen im

Jahr gespiesen hat. Bei der MV gehen z. Z. über 80 000 Krankheitsmeldungen im Jahre ein. Diese Zahlen geben einen Begriff von der Bedeutung, welche unserer Sozialversicherung für die Erhaltung der Kaufkraft sowohl wie für eine möglichst umfangreiche und rasche Wiederherstellung der Produktionskraft der Werktätigen zukommt. Den Kosten der Sozialversicherung dürfen nicht die Aufwendungen, die für sie gemacht werden müssen, sondern muss der volkswirtschaftliche Wert der Versicherungsleistungen gegenübergestellt werden (Weddingen: Grundfragen der Sozialversicherungsreform, S. 42); denn die aufgewendeten wirtschaftlichen Mittel werden dem Umlauf nicht entzogen, bleiben der inländischen Volkswirtschaft erhalten und werden so verwendet, wie es für die ungestörte Funktion der Wirtschaft erforderlich ist (Richter: Soziales Versicherungsrecht, S. 3). In der Frage der Verwirklichung des Sozialversicherungsrechts können und dürfen wir uns nicht, wie bezüglich des Aufbaues der Armee, auf den Standpunkt stellen, wir vermögen mit den mächtigen Grosstaaten nicht Schritt zu halten. Ein Land muss, wie Krumbiegel (Die schweizerische Sozialversicherung, S. 99) richtig ausführt, je kleiner es ist, desto umsichtiger und zielbewusster seine Volkswirtschaft ausbauen, um im Kampfe gegenüber Ländern mit grosser wirtschaftlicher Macht seine Selbständigkeit nicht zu verlieren. Auch heute ist das Wort neuerdings aktuell, das der Präsident des RVA, Kaufmann (Wiederaufbau und Sozialversicherung, S. 69) im Jahre 1920 seinen Reformvorschlägen mit auf den Weg gab: „Wir stehen mit der Sozialversicherung an den Toren einer neuen Zeit, an einem Wendepunkt ihrer Geschichte. Soll dieser Weg aufwärts führen, so muss neuer Wein in die alten Schläuche gegossen werden.“

Das öffentliche oder Gesamtinteresse nimmt, im Verhältnis zum Interesse der Privatperson, immer mehr an Bedeutung zu. Unter öffentlichen Interessen verstehen wir nicht die fiskalischen, sondern die kulturellen Interessen. Das öffentliche Interesse ist nach Jellineck (System der

subjektiven öffentlichen Rechte, S. 68) ein aus dem Widerstreit der individuellen Interessen gezogenes Gesamtinteresse, das über das Interesse der momentan den Staat bildenden Menschen hinausgeht, die noch ungeborene Generation erfasst und sich in die fernste Zukunft erstreckt. Auch Fleiner (Einzelrecht und öffentliches Interesse, S. 20) stellt fest, dass die moderne Entwicklungstendenz mit aller Schärfe den Grundsatz aufstellt, dass das öffentliche Interesse dem Einzelrecht und Einzelinteresse vorgehen muss.

Die Sozialversicherung grenzt sich auch dort, wo der Versicherte zur Prämienzahlung nicht herangezogen wird, scharf ab von der Armenpflege. Sie ist Sozialpolitik, die Armenpflege das Gegenteil von Sozialpolitik. Der Sozialversicherung ist die Aufgabe gestellt, die Armenpflege nach und nach zu überwinden. Schon haben sich Institutionen, die die Erreichung dieses Zieles fördern möchten, zwischen Armenpflege und Sozialversicherung hineingeschoben, so z. B. an vielen Orten die sogenannten Altershilfen. Weddingen (Grundfragen der Sozialversicherungsreform, S. 30) bezeichnet es als zentrales Problem der Sozialversicherung, den Versicherungs- und den Versorgungsgedanken, „von polar so verschiedener Herkunft“, in einer für die Gesamtheit förderlichen Verbindung zu mischen.

Dem öffentlich-rechtlichen Charakter der Sozialversicherung entsprechend, fordert der einzelne Versicherte vom Staate oder von der durch den Staat zur Erfüllung der Aufgabe geschaffenen Organisation „nicht als einem ihm gegenüber verpflichteten Schuldner, sondern als vom Vollzieher der öffentlichen Befehle“ (Burckhardt: Die Organisation der Rechtsgemeinschaft, S. 74). Die Erfüllung des Leistungsanspruches des Versicherten ist eine Verwaltungshandlung, die in dem hierfür geordneten Verfahren zu vollziehen ist (Richter: Sozialversicherungsrecht, S. 177).

Dem hauptsächlich zivilistisch ausgebildeten Juristen sind die das soziale Versicherungsrecht beherrschenden Gedankengänge nicht ohne weiteres geläufig. Auch bezüglich

Deutschland hebt Hagen (Grundzüge des Versicherungsrechts) hervor, dass dem Juristen die Besonderheiten dieses Rechts fremd geblieben seien, weil er meist nur auf technisch zu fassende Begriffe eingestellt ist, während hier die Kenntnis der wirtschaftlichen Zusammenhänge ausschlaggebend sei. Ehrenzweig (Die allgemeinen Gedanken in der Sozialversicherung, S. 57) stellt fest: Die Sozialversicherung ist kein Begriff, sondern ein wirtschaftlicher und rechtlicher Zweckgedanke. „Sie dient gemeinwirtschaftlichen, also ethischen Zwecken“ (S. 52) und muss, weil sie eine Rechtseinrichtung ist, auch ihre eigene Rechtsordnung haben.

Die Militärversicherung ist Sozialversicherung.

Unsere Militärversicherung erfasst das ganze dienstpflichterfüllende Volk, alle sozialen Klassen, alle Berufe. Ihre Bestimmung ist nicht, besondere wirtschaftliche Volksschichten oder Klassen zu unterstützen und trotzdem gehört sie ins Gebiet der Sozialversicherung, denn ihr Hauptzweck ist nicht die Befriedigung von individuellen Interessen der Militärpatienten, sondern Wahrung der Gemeinschaftsinteressen unseres Volkes. Ich stelle dies hier deshalb ausdrücklich fest, weil gelegentlich, namentlich in medizinischen Gutachten die Auffassung vertreten wird, die MV sei keine Sozialversicherung, deshalb dürfe sie nicht für den Ausfall herangezogen werden, wenn die „medizinische“ Arbeitsfähigkeit nicht realisiert, d. h. nicht in Erwerbsfähigkeit umgesetzt werden könne. Das in vielen Versuchen zu einer Definition des Begriffes „Sozialversicherung“ auftauchende Erfordernis der Wirkung zu Gunsten nur einer bestimmten sozialen Klasse, kann nicht als Begriffsmerkmal anerkannt werden, denn das Endziel der Sozialversicherung ist ja gerade die Ueberwindung der Begünstigung bestimmter Kreise und Klassen und ihre gleichmässige Anwendung auf alle Volksgenossen. Auch Richter (Warum wir die Sozialversicherung Versicherung nennen, S. 3) und Kaskel und Sitzler (Grundriss der Sozialversicherung,

S. 37) lehnen ein solches Begriffsmerkmal entschieden ab und der letztere bezeichnet eine derartige Begriffsbestimmung als direkt verfassungswidrig.

Auf dem Wege zu diesem Ziel hat unsere Militärversicherung, die keine Scheidung in Klassen kennt, bereits eine wichtige Etappe erreicht. Bevor wir uns auf dem eingeschlagenen Wege wiederum einen Schritt weiter vorwärts wagen, ist es notwendig, dass nicht nur Juristen, Mediziner, Verwaltungsbeamte, die Mitglieder der gesetzgebenden Behörden sich die die Sozialversicherung beherrschenden Grundgedanken aneignen, sondern dass vor allem auch diejenigen, welche die Wohltaten der Versicherung geniessen, sich der aus der Solidarität entspringenden Pflichten bewusst werden. Jeder Tag zeigt uns in zahlreichen Beispielen auf allen möglichen Gebieten, wie selten sich die heutigen Menschen der Nachteile, die die Verletzung der Solidaritätspflicht nach sich zieht, bewusst werden und wie sinnlos solchen Pflichten zuwider gehandelt wird. Der Mieter einer Wohnung in einem einheitlich geheizten Hause lässt unbewohnte Räume zwecklos überheizen, weil die Mitmieter, die die Heizung ja auch nicht abstellen, profitieren würden. Er nimmt es lieber in den Kauf, auch seine eigenen Heizungskosten damit unnötig zu erhöhen. Wie oft hören wir doch einen privat gegen Unfall Versicherten sagen: Wenn ich einen Unfall erleide, will ich mich nicht so rasch wieder abmelden lassen, das kommt ja doch nur den Aktionären zu gut. Ich will wenigstens meine Prämie ausschlagen. Er sieht nicht ein, dass die Dividenden sicher keine Verminderung, wohl aber, wenn sein Beispiel allgemein nachgeahmt wird, die Prämien eine Erhöhung erfahren, dass er sich und seine Mitversicherten, nicht aber die Aktionäre schädigt; dass sein Interesse in Uebereinstimmung mit dem aller übrigen Versicherten von einem jeden, also auch von ihm, die Vermeidung von Uebertreibung und Ueberforderung erheischt. In der so allgemein verbreiteten Neigung zur Ausnützung einer auf Solidarität fussenden Einrichtung liegt die grosse Gefahr, liegt das

schwierigste Hindernis, das sich dem weitem Ausbau der Sozialversicherung entgegenstellt. Das Verständnis für die wahre und tiefe Bedeutung der Solidarität und ihre Betätigungsmöglichkeiten, das sich innerhalb der Gewerkschaften so vielversprechend entwickelt und zu weitgehender persönlicher Opferbereitschaft geführt hat, muss sich verallgemeinern und auf die ganze Volksgemeinschaft ausdehnen, denn jede Sozialversicherung setzt ein Verantwortungsbewusstsein der Versicherten voraus, das der grossen Masse derselben heute noch fehlt. Wie ein roter Faden zieht sich durch die ganze weitschichtige Literatur die grosse Befürchtung vor der sehr ernstlichen Gefährdung, die dem schönen Werke von Seiten der durch die Versicherung Begünstigten selber droht. Ihre Gewinnsspekulation ist die einzige wirkliche Gefahr, die die Grundlagen der Sozialversicherung zu erschüttern vermöchte. Darauf verweisen mit Nachdruck u. a. Samson (Praeventive Versicherungspolitik), der wohl nach einem Korrektiv verlangt, es selber aber auch nicht findet; Bischoff (Kulturaufgaben des Versicherungswesens, S. 73 und 118): „Das Ausbeutungsbestreben lähmt die psychische und physische Triebkraft des Volkslebens, gefährdet das Pflicht- und Rechtsgefühl. Nötig ist Opferfreudigkeit und Selbstlosigkeit, wie sie die organisierten Arbeiter für ihre gemeinsamen Interessen schon betätigen.“ Manes (Allgemeine Versicherungslehre, S. 72): „Die laue Moral der Versicherten macht den Versicherer misstrauisch“. Nach der Richtung in welcher die wirksamen Abhilfsmittel zu suchen sind, weist Manes in „Personenversicherung“, S. 216 hin: Der Versicherungsbetrug stammt meist nicht direkt aus der Versicherung, sondern aus der Gefährdung der Existenz. Demgemäss verlangt auch Kaufmann (Wiederaufbau und Sozialversicherung, S. 12), dass die Tätigkeit des Versicherers mit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nicht aufhören soll, sondern erst mit der Wiedereinstellung in geordnete Arbeit mit ihren wohltätigen seelischen Einflüssen.

Wie der Versicherte in leider immer noch zu grossem Umfang selber durch Gewinnsucht und Ausbeutungsstreben das soziale Werk untergräbt, so erschüttert er es auch durch Rentenhysterie, die sogenannte Versicherungsneurose. Gegen diese psychische, nicht moralische Erkrankung hat der Gesetzgeber selber ein wirksames Mittel verordnet, die endgültige Abfindung (Art. 38 des MVG von 1914 und Art. 82 des KUVG). Das Mittel ist für Neurosen wirksam und auch gerecht. Dem Einzelnen gegenüber wird es nur dann zur Ungerechtigkeit, wenn wegen ungenügender Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft oder Irrtum des medizinischen Experten die Diagnose falsch gestellt wird, wenn eine in Wahrheit organische Erkrankung als rein psychisch bedingt erklärt wird. Wollte man aber in solchen Fällen die Revision zulassen, so verlöre die Gesetzesbestimmung ihre Wirkung als Heilmittel gegen wirkliche Neurosen, weil dann eben kein Neurotiker davon überzeugt werden könnte, dass bei ihm ein solcher Ausnahmefall nicht vorliege. Da die wirklichen Neurotiker durch dieses Mittel der Arbeit wieder zugeführt werden können, so verlangt das die Sozialversicherung beherrschende, in der Hebung der Gesamtarbeitskraft des Volkes bestehende öffentliche Interesse, die höchst bedauerlichen Ausnahmefälle in Kauf zu nehmen. Abhelfen kann in solchen Fällen nicht das soziale Versicherungsgericht; Milderung könnte aber eine weitherzige Handhabung der Versicherung selber bringen; denn es liegt ebenfalls im Gesamtinteresse, dass auch die restliche Arbeitskraft der missverkannten Fälle wieder verwertbar und ihre Kaufkraft wieder wirksam werde.

Bundesgericht und deutsches Reichsgericht wenden die Gesetzesbestimmung über Abfindung der Neurosen auf alle Neurosefälle an, auch auf die sogenannten Begehrensneurosen. Das EVG und das deutsche RVA, das oberste Gericht in Sozialversicherungssachen, sind jedoch der Meinung, diese Kranken seien an ihrer Krankheit selber schuld; sie seien nicht durch Entschädigung, sondern durch Zwang

zur Arbeit zu heilen. Bei Begehrensneurosen verweigern darum diese beiden Gerichte, wie bei Simulation, jede Entschädigung. Nicht jedes Kind erlernt das Schwimmen am raschesten, wenn es kurzer Hand ins Wasser geworfen wird. Gar manches empfindet nach diesem Schock nun erst recht das Bedürfnis nach Schutz und Anlehnung. „Es ist eben die Angst als Gefühl der Bedrohung der Persönlichkeit, welcher die Hauptschuld an der Entstehung neurotischer Störungen zukommt“ (aus einem Gerichtsgutachten Garnier vom 28. Juni 1941).

II. Die gesetzlichen Grundlagen der MV.

Das seit dem 1. Januar 1902 in Kraft stehende Grundgesetz der MV hat sehr viele Abänderungen und Ergänzungen erfahren. Die bis zum Jahre 1930 erlassenen Dekrete sind übersichtlich zusammengestellt in der Textausgabe Piccards über Militärversicherung und Kranken- und Unfallversicherung und dort an der ihnen zukommenden Stelle erwähnt oder eingeschaltet. Wer sich über das geltende Recht orientieren will, bedient sich am besten dieser Ausgabe. Eine Schritt für Schritt Rechenschaft ablegende chronologische Aufzählung all der Erlasse, auch der längst wieder aufgehobenen Bundesratsbeschlüsse befindet sich in Bd. IV des 1931 erschienenen „Schweizerisches Bundesrecht“ von Salis, ergänzt durch Burckhardt, S. 917 ff.

Das heute geltende Militärversicherungsrecht wird in folgenden Erlassen geregelt:

1. Gesetz vom 28. Juni 1901. Nachfolgende Bestimmungen dieses Gesetzes sind aufgehoben: Art. 8, der vordienstliche Krankheiten von jeder Versicherung ausschloss, und die auf diese Ordnung abgestimmten Al. 1—4 des Art. 9 und Art. 13. Sie wurden ersetzt durch die Art. 8, 9 und 13 des Gesetzes von 1914. Die Art. 18, 20 und 37 erhielten durch das BG vom 27. Juni 1906 ihre

heutige Fassung. Art. 19 Al. 2, welcher für die ersten 30 Tage ein festes Krankengeld vorsah, wurde durch den BRB vom 16. Juni 1919 aufgehoben. Der ursprüngliche Art. 22, sowie Al. 4 und 6 des Art. 26, welche die Berufung an EMD und Bundesrat regelten, wurden aufgehoben durch den BRB vom 26. Dezember 1917 und gemäss dessen Art. 6 ersetzt durch die Berufung an das neu geschaffene EVG und des nähern umschrieben durch den gleichzeitig in Kraft gesetzten Art. 55 des Gesetzes von 1914 und des in der Ausgabe Piccard als Al. 2 in Art. 25 eingegliederten Art. 29 des Gesetzes von 1914, welcher die Reduktion des Krankengeldes der nicht unterstützungspflichtigen Ledigen für die Dauer ihres Spitalaufenthaltes auf die Hälfte vorsah. Die 5 Verdienstklassen der ursprünglichen Art. 23 und 29 mit einem versicherten Maximaltagesverdienst von Fr. 7.50 sind im BRB vom 16. Juni 1919 auf 13 Verdienstklassen mit einem versicherten Höchstverdienst von Fr. 15.— erhöht worden. Gleichzeitig wurde dem in Art. 33 auf Fr. 40.— festgesetzten Sterbegeld noch eine einmalige Entschädigung von Fr. 200.— beigelegt. Art. 39 hat durch Inkraftsetzung des Art. 55 des Gesetzes von 1914 und den BRB vom 14. Januar 1921 über die PK Modifikationen erlebt; die organisatorische Bestimmung des Art. 46 bezüglich der Verwaltung der MV durch das EMD ist gemäss BRB vom 6. September 1921 ersetzt durch den nichts Wesentliches abändernden Art. 62 des Gesetzes von 1914 und für die Fristenberechnung in Art. 49 gilt seit der Inkraftsetzung des Art. 66 des Gesetzes von 1914 durch den BRB vom 26. Dezember 1917, der letztere. Al. 2 des Art. 19, wonach der Militärpatient kein Krankengeld erhält, so lange seine Einheit noch im Dienst steht, sondern ebenfalls seinen Sold weiterbezieht, ist durch den BRB vom 21. Mai 1941 für die Dauer des gegenwärtigen Aktivdienstes aufgehoben und durch die Bestimmung ersetzt, dass in allen Krankheitsfällen während den ersten 45 Tagen der militärische Sold und nachher das gesetzliche Krankengeld ausgerichtet wird.

Der persönliche und der sachliche Geltungsbereich des Gesetzes sind durch folgende Erlasse erweitert worden: Art. 189 des Militärstrafgesetzbuches vom 13. Juni 1927 erklärt die Arrestanten als versichert wie Dienstleistende. In Ergänzung von Art. 4 hat der BB vom 13. März 1930 die sich zur Aushebung stellenden, die vor UC erscheinenden und die an Inspektionen teilnehmenden Wehrmänner für Unfallfolgen der Versicherung unterstellt. Der BRB vom 20. Februar 1931 hat durch Inkrafterklärung des Art. 4 Ziff. 3 des Gesetzes von 1914 die Pferdeschatzungs-experten als gegen Unfall versichert erklärt. Das BG vom 22. Dezember 1938 über die Abänderung der MO vom 12. April 1907 und die zugehörige Verordnung vom 3. April 1939 schufen die Grundlagen zu einer für die MV folgeschweren Erweiterung der versicherten Risiken durch die Ermöglichung des freiwilligen Eintritts von Dienstuntauglichen und aus der Wehrpflicht Entlassenen in den HD.

Modifikationen seit der Kriegsmobilmachung durch bundesrätliche Vollmachtenbeschlüsse: Der BRB vom 29. Dezember 1939 brachte einerseits eine weitgehende, sehr harte und sich oft ungerecht auswirkende Einschränkung der Versicherung der HD-Pflichtigen, andererseits aber auch die Unterstellung des passiven Luftschutzes unter diese reduzierte Versicherung, erweitert durch den BRB vom 16. September 1940 auf alle Ortswehren.

Die Beschäftigung in den durch BRB vom 15. Dezember 1939 geschaffenen Arbeitsdetachementen gilt für die Dienst- und Hilfsdiensttauglichen als Militärdienst gemäss dem Befehl des Generals vom 6. Juli 1940. Die Militäruntauglichen in den Arbeitsdetachementen dagegen belasten nicht das Budget der MV. Jedoch nimmt der Bund die Kosten auch ihrer Krankheit auf seine Rechnung. Gemäss dem letzterwähnten BRB und der Verfügung des Volkswirtschaftsdepartementes vom 4. Januar 1940, dem Befehl des Generals vom 6. Juli 1940 und dem BRB vom 20. Dezember 1940 werden dieselben auf Kosten des Bun-

des gegen Unfälle bei der SUVA, gegen Krankheiten bei den Zentralverbänden der Krankenkassen der deutschen, französischen und italienischen Schweiz zu einem festen Krankengeld von Fr. 5.— für Verheiratete und Fr. 3.— für Ledige und für eine Krankheitsdauer bis zu maximal einem Jahr versichert.

Bezüglich der Organisation ist noch der nicht veröffentlichte BRB vom 18. Oktober 1933 zu erwähnen, welcher der MV nun als selbständigem Dienstzweig einen eigenen Chef gibt und sie direkt dem EMD unterstellt. Überall wo das Gesetz vom Oberfeldarzt spricht, ist nun die MV einzusetzen.

III. Der Versicherungsträger.

1. Das Werden und die Organisation der MV. Die MV ist nicht, wie die SUVA, ein Selbstverwaltungskörper mit eigener öffentlich-rechtlicher Persönlichkeit, sondern, wie bereits erwähnt, ein Zweig der Bundesverwaltung, der aus Bundesmitteln die Verwaltung dieser Versicherung besorgt. Als Zweig der Staatsverwaltung ist die gesamte Sozialversicherung einzig in Russland und Bulgarien organisiert. Überall sonst wurde es vorgezogen, den Betrieb der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung durch autonome Selbstverwaltungskörper besorgen zu lassen (Antonelli: Guide pratique des assurances sociales, S. 94). Da in der MV nur Bundesgelder zu verwalten sind, war diese Lösung der Organisationsfrage die nächstliegende. Fleiner (Institutionen des deutschen Verwaltungsrechts, S. 299) bezeichnet auch diese Verwaltungsform als öffentliche Anstalt. Eine Anstalt liegt nach ihm immer dann vor, wenn ein Bestand von Personen und Mitteln technisch zu einer Einheit zusammengefasst ist, in welcher ein festumschriebenes Stück öffentlicher Verwaltung in Erscheinung tritt. Die Anstalt ist eine unselbständige, ohne eigene Persönlichkeit, wenn sie einen Teil der Verwaltungstätigkeit des Staates bildet,

eine selbständige öffentliche Anstalt aber dann, wenn ihr Bestand an Personen und Mitteln nicht nur technisch, sondern auch rechtlich ein besonderes Dasein führt und darum auch eigene Rechtspersönlichkeit besitzt. Ob es aber eine glückliche Lösung war, die MV als unselbständige Anstalt der Armeesantität und damit dem EMD (ursprünglich Art. 46, jetzt Art. 62 MVG von 1914) zu unterstellen, mag bezweifelt werden. Es ergab sich das aber aus ihrem geschichtlichen Werden. Das Pensionengesetz vom 13. November 1874 gewährte beschränkte Invaliden- und Hinterlassenenrenten, aber nur bei Verstümmelung und Tod. Wegen des ungenügenden Schutzes dieses Gesetzes hat der Bundesrat im Jahre 1887 mit der Unfallversicherungsgesellschaft AG. Zürich für diejenigen Soldaten, die sich jeweilen bei Dienstbeginn meldeten und einen Teil der Prämie zu bezahlen bereit waren, einen Versicherungsvertrag mit Bundesbeitrag abgeschlossen. Für die Jahre 1893 und 1894 versicherte dann der Bund alle diensttuenden Wehrmänner auf seine alleinigen Kosten und von 1895 an verzichtete er auf den Abschluss eines Versicherungsvertrages und übernahm es, den Wehrmännern direkt aus der Bundeskasse die Versicherungsleistungen zu machen. Der Versuch, für einzelne Zweige der Sozialversicherung das Risiko durch privatwirtschaftliche Versicherungsträger bewältigen zu lassen, ist auch in Deutschland vielfach unternommen worden, aber auch dort überall misslungen (Waldheim: Zeitgemässe Reform der deutschen Sozialversicherung). Überall, wo Sozialversicherung und private Versicherung in Betrieben zusammengetroffen sind, hat nach der Feststellung von Ehrenzweig (Die allgemeinen Rechtsgedanken der Sozialversicherung, S. 53) das soziale Versicherungsrecht das private Versicherungsvertragsrecht völlig zurückgedrängt. Antonelli (a. a. O. S. 94) stellt fest, dass heute die private Versicherung nirgends mehr zur Erfüllung von Aufgaben der Sozialversicherung herangezogen wird mit alleiniger Ausnahme einiger weniger Staaten, welche auf dem Gebiete der Be-

triebsunfälle sich ihrer noch bedienen. Der Grund dieser Erscheinung liegt nach Nölting (Sozialversicherung und Produktionskosten) darin, dass die private Versicherung die Aufgaben der Sozialversicherung nirgends in zufriedenstellender Weise habe erfüllen können. Wenn Morgenthaler in seinem Gutachten von 1932 über die Revision des MVG an das EMD für verschiedene Kategorien von Militärversicherten die Wiedereinführung des Abschlusses von privaten Versicherungsverträgen vorschlägt, so dürfte dies kaum in der natürlichen Entwicklungslinie liegen. Auf alle Fälle müssten die früher bei uns und in Deutschland gemachten Erfahrungen eingehend zu Rate gezogen werden. Einen anders gearteten Versuch hat der Bundesrat seit den Jahren 1939 und 1940 verwirklicht, als es sich um die Versicherung der nicht dienstpflichtigen Arbeitslosen in den Arbeitsdetachementen handelte. Er versicherte dieselben, wie bereits erwähnt, auf Bundeskosten bei den andern bestehenden Sozialversicherungsanstalten, bei der SUVA und bei den von ihm subventionierten, anerkannten Krankenkassen. Es wäre überaus erfreulich, wenn sich aus diesem Vorgehen allmählich ein Zusammenarbeiten der verschiedenen, der Sozialversicherung dienenden Institutionen herauskristallisieren könnte.

Die Kuppelung der MV an die Armee und ihre Unterstellung unter das EMD musste verschiedene Nachteile zeitigen. Die MV verdankt zwar ihre Entstehung dem Willen, die bei ihrer Erfüllung entstehenden Gesundheitsschäden durch die Gemeinschaft tragen zu lassen, als Gegenstück und Ergänzung der Wehrpflicht des Schweizerbürgers. Ihrer Wirkung nach aber ist auch diese Versicherung eine volkswirtschaftliche Institution. Ihre Bestimmung ist nicht nur Wiedergutmachung, sondern vor allem die Hebung der Wehrkraft und der wirtschaftlichen Konkurrenzkraft der Schweiz auf dem Weltmarkt. Diese Hebung wird zu Unrecht auf Kosten der Armee zu erreichen gesucht. Unser Heer benötigt seine Kredite zu andern Dingen. Die heutige Organisation ergibt ein

falsches Bild von den Aufwendungen der Schweiz, sowohl von denjenigen für ihre Sozialversicherung, als von denjenigen für ihre Armee.

2. Tendenzen und Ziele von Armee und Versicherung stehen sich oft diametral gegenüber. Die Armee erzieht die Soldaten zu Geringachtung und Überwindung von Schmerzen, Krankheitssymptomen, Verletzungen. Eigene Willenskraft, nicht Pflasterchen einer Wohlfahrtsinstitution, sollen die ersten Heilmittel gegen kleine Übel sein. Die Versicherung dagegen verlangt von den durch sie Betreuten eingehende Selbstkontrolle und umgehende Anmeldung jedes kleinen Krankheitssymptoms, weil die Krankheiten im Anfangsstadium leichter und rascher zu heilen sind. Für sie ist jede Verschleppung von Krankheitsmeldung eine schuldhaftige Schädigung der Versicherungsanstalt und damit unverantwortliche Vergeudung öffentlicher Mittel. Die Armee erzieht zu Missachtung von Gefahren. Den Gefahren darf nicht ausgewichen, sie müssen im Gegenteil durch rücksichtslose Einsetzung des ganzen Mannes zu überwinden gesucht werden. Der Gefahr aus dem Wege zu gehen ist sehr oft Feigheit. Durch solche setzt sich der Soldat nicht nur der allgemeinen Verachtung, sondern, wenn er sie vor dem Feinde begeht, sogar der Überweisung vor Kriegsgericht und der Bestrafung mit Tod oder Zuchthaus nach Art. 74 MStrG aus. Die Versicherung aber prüft bei jedem Unfall und bei unnötiger Aussetzung gegenüber Krankheitsgefahren, ob der Soldat wirklich auch alles das, was von ihm aus Rücksicht auf die der Versicherung verursachten Aufwendungen verlangt werden darf, aufgewendet hat und macht, wenn sie die Ausserachtlassung von dahinzielenden Bemühungen als grobfahrlässig beurteilt, empfindliche Abzüge an ihren Leistungen. Das EMD, dem sowohl Armee als Versicherung unterstehen, das daher die Interessen beider vereinigen sollte, kann da leicht in Konflikte geraten. Ein typisches Beispiel eines solchen bietet der durch die Verfügung vom 30. Januar 1933 unternommene Lösungs-

versuch. Nach dieser Verfügung musste jeder Wehrmann bei jeder Dienstentlassung „jede noch so geringfügige Gesundheitsstörung, Verletzung oder Unfallfolge“ melden. Wer es unterliess, ging, laut Androhung, der Leistungen der MV verlustig. Diejenigen Wehrmänner, die sich als wirkliche Soldaten fühlten und es als die Soldatenpflicht und Würde verletzend erachteten, sich wegen jedem kleinen Bobo ängstlich zu beobachten und zu klagen, und die, wenn es sich ohne ihr Wissen um Symptome einer schweren Krankheit gehandelt hatte, sich dann um ihre Versicherungsansprüche betrogen sahen, wurden jedes Jahr weniger zahlreich, die Zahl derjenigen aber, die recht gerne sich an den Versicherungswagen anspannten, vergrösserte sich und die Geschädigten waren die wertvollen Soldaten und die MV. Eine negative Auslese!

Auch die Lex Forrer hatte die Verwaltung der MV noch beim EMD belassen, aber für alle drei Versicherungen (Kranken-, Unfall- und Militärversicherung) die Mitwirkung eines zu schaffenden Sozialversicherungsamtes vorgesehen. Als dann 1912 ein Bundesamt für soziale Versicherung geschaffen wurde, ist zwar der Vorschlag einer organisatorischen Vereinigung der MV und der SUVA gemacht worden, aber auf ein der Vereinigung nicht günstiges Gutachten hin wurde davon abgesehen (Botschaft des Bundesrates, BBl 1912 IV, S. 158). Der Ruf nach einer gewissen organisatorischen Verbindung zur gemeinsamen Besorgung von Abklärung und Kontrolle von Versicherten und Ärzten wird immer wieder vernehmbar werden. Eine solche Verbindung wird auch in Deutschland verlangt. Die Aufgabengemeinschaft und die Schicksalsverbundenheit lässt die organisatorische Verbindung der Versicherungsträger zu einem immer stärkeren Bedürfnis werden (Kaufmann: Zur Gestaltung der deutschen Sozialversicherung, S. 35).

3. Dualismus des Versicherungsträgers: MV und PK. Innere Organisation und Verwaltung der MV, als eines Zweiges der Bundesverwaltung, werden durch den

Bundesrat befohlen. Die MV besitzt diesbezüglich keine Selbständigkeit. Nach aussen aber tritt sie selbständig als mit Entscheidungsgewalt ausgerüstetes Organ auf, ist der unmittelbare Adressat der Versicherungsansprüche. Diese Ansprüche können nur gegen das Organ selber gerichtet werden, welches zur Anspruchsbefriedigung verpflichtet ist. Die innere Organisation fusst auf einem überflüssigen, kostspieligen und schwerfälligen Dualismus. Vom Pensionengesetz her bestand eine ausserhalb des Verwaltungsapparates stehende Pensionskommission, welche die Anträge zur Pensionierung an das EMD zu stellen hatte. Als dann die Verwaltung der MV dem Oberfeldarzt übertragen wurde, weil ihm die Leitung des Sanitätsdienstes bei den Truppen obliegt, ist die Pensionskommission beibehalten, jedoch ihre Aufgabe anders umschrieben worden (bundesrätliche Botschaft, BBl 1898 III, S. 922).

Die rechtliche Natur der PK ist schwer definierbar. Sie besteht aus vom Bundesrat gewählten, ausserhalb der Bundesverwaltung stehenden Ärzten und Juristen, übt aber ausschliesslich dem Bunde zustehende Verwaltung aus. Ihr steht das Recht zur Bewilligung oder Verweigerung von Pensionen zu, sobald voraussichtlich die Erwerbsunfähigkeit mehr als sechs Monate andauern wird (Art. 25 Al. 3), sowie der eigentlichen Invaliden- und der Hinterlassenenrenten. Alle andern Leistungen wie Krankengeld, Krankenbehandlung, Spitalersatz, Diät- und andere Zulagen, Sterbegeld fallen in den Verwaltungsbereich der MV. Daher ist jede dieser beiden Unterabteilungen, MV und PK, von der andern und deren Verfügungen unabhängig, wie das EVG mehrmals festgestellt hat. Es kann also vorkommen, dass die PK die Haftung verneint und eine Pension verweigert, die MV aber den dienstlichen Zusammenhang bejaht und den Mann behandelt. Aber auch das Gegenteil könnte vorkommen, was sich noch viel verhängnisvoller auswirken müsste, da das Unterbleiben der Behandlung die Pensionsleistung verlängern, eventuell zur dauernden machen könnte. Die

Berufungsmöglichkeit an das EVG ist nur ein mangelhaftes Korrektiv; denn wie oft werden doch Berufungsfristen verpasst. Das belegt z. B. der Fall Renz. Wegen Vordienstlichkeit der Krankheit, die durch den Dienst nicht verschlimmert worden sei, haben die MV am 23. Dezember 1939 und die PK am 12. Juli 1940 die Ansprüche des Renz abgewiesen. Die Berufung gegen den Entscheid der PK erfolgte rechtzeitig, diejenige gegen den MV-Bescheid aber war verspätet. Die gerichtliche Expertise, deren Richtigkeit auch die MV anerkannte, stellte das Vorliegen einer rein dienstlichen Krankheit fest, die aber vor Ablauf von sechs Monaten geheilt war. Da die MV auf ihrem Schein beharrte, konnte nur die Berufung gegen den PK-Entscheid zugesprochen werden. Die Einschaltung der PK in die Verwaltung erhöht unnötigerweise die Arbeit der MV, verlangt vermehrtes Personal und bringt eine erhebliche Steigerung der Verwaltungskosten, auf deren Herabsetzung das EMD und der Bundesrat von jeher hinzuwirken suchten.

Immer wieder hat das EVG in seinen Geschäftsberichten auf die Nachteile dieses anachronistischen Überbeins in der Verwaltung der MV hingewiesen, so in den Geschäftsberichten von 1924, wo die Aufhebung dieses Dualismus postuliert, von 1925 und 1926, wo derselbe für die lange Prozessdauer verantwortlich erklärt, die Erreichung eines befriedigenden Zustandes erst nach dessen Unterdrückung als möglich erachtet wird, von 1934 und 1938, wo neuerdings die grossen Nachteile, die diese Doppelspurigkeit im Gefolge hat, hervorgehoben werden mussten. Selbstverständlich sieht denn auch der im Jahre 1935 vom Chef des MV zu Handen des EMD ausgearbeitete Revisionsentwurf des Gesetzes eine PK nicht mehr vor. Auch der Bericht Stauffer von 1933 über die Revision des MVG erklärt die Abschaffung der PK als einer der dringlichsten Revisionspunkte, den in einem besondern Gesetze vorwegzunehmen vielleicht zweckmässig wäre. Aber ein 1941 vom Chef der MV mit Unterstützung des

EVG unternommener Versuch, durch einen Bundesratsbeschluss vorläufig einige wenige der störendsten Nachteile zu beheben, um eine schnellere Geschäftsabwicklung zu ermöglichen, die Übertragung der Entscheidung über Erneuerung und Revision von durch die PK bewilligten Pensionen an die MV, verlief im Sande.

IV. Die versicherten Personen.

Öffentlich-rechtliche Ansprüche können unmittelbar aus Beziehungen, die sich aus der Zugehörigkeit zu einem Verbands, einer Qualifikation der Persönlichkeit, ergeben, entspringen (Jellinek: System der subjektiven öffentlichen Rechte, S. 58). Der Anspruch auf das Versichertsein nach den Bestimmungen des MVG gehört dem öffentlichen Rechte an. Er setzt eine besondere Rechtsfähigkeit, die Versicherungsfähigkeit voraus. Wer sie besitzt, ist von Gesetzes wegen der Versicherung unterstellt. Die Voraussetzung ist die Zugehörigkeit zur Armee in einem der im Gesetze umschriebenen Verhältnisse, in der Hauptsache die Qualifikation als Wehrmann. Das MVG zählt die versicherten Personen abschliessend auf. Das ergibt sich zwingend aus seinem Art. 5, der das Recht, weitere Personenkreise der Versicherung zu unterstellen, der Bundesversammlung vorbehält. Dass die Enumerationsmethode für eine Versicherung im Gebiete der ständig organisatorischen Erweiterungen unterworfenen Armee den Bedürfnissen nicht gerecht zu werden vermag, beweisen schon die zahlreichen Ergänzungen, die vorgenommen werden mussten, aber naturgemäss immer reichlich spät erfolgten. Diese Methode mit ihren tastenden Anpassungsversuchen bringt es mit sich, dass heute zwar wohl die Pferdeeinschätzungsexperten, aber noch nicht die Automobileinschätzungsexperten in den Kreis der Versicherten einbezogen worden sind. Fast alle von denen, die sich zur Frage der Revisionsbedürftigkeit des Gesetzes in ein-

gehenden Gutachten ausgesprochen haben, empfehlen die Einführung der Generalklausel. Stauffer bezeichnet sie direkt als eines von den wichtigsten Revisionspostulaten. Im gleichen Sinne auch Guisan 1931 in der ZBJV, Bd. 67, S. 535 und ganz energisch auch Morgenthaler in seinem Gutachten aus dem Jahre 1932.

Die Entscheidung darüber, ob jemand den in Art. 2 Ziff. 2—7, in der Ausgabe Piccard auf 8 ergänzten, oder den in Art. 3 und 4 umschriebenen Personenkreisen angehört, bietet kaum rechtliche Schwierigkeiten. Auch die Zugehörigkeit zu den durch den BB vom 13. März 1930 Versicherten (sich zur Aushebung stellende Mannschaft, vor ärztlicher Untersuchungskommission erscheinende und an Inspektionen teilnehmende Wehrmänner) ist leicht festzustellen. Streitig aber ist recht oft, ob der Anspruch Erhebende als im Dienst stehender Wehrmann zu betrachten ist im Sinne Art. 2 Ziff. 1.

Wehrmann ist nur, wer zu persönlicher Leistung von Militärdienst verpflichtet ist, wem Militärdienstpflicht oder Hilfsdienstpflicht obliegt, d. h. wer zu den in Art. 38 MO aufgezählten Elementen des Heeres gehört. Die bundesrätliche Verordnung vom 27. März 1909 sieht in Art. 33 die Anwendung der für Füsiliere der Feldarmee geltenden Bestimmungen über Sold und sanitärische Fürsorge auf die HD-Pflichtigen vor und die Verordnung vom 3. April 1938 bestimmt in Art. 25 ausdrücklich: Die HD-Pflichtigen sind Wehrmänner und in Art. 30, dass der von ihnen geleistete Dienst Militärdienst sei. In einem Gutachten des Justizdepartementes vom 9. Februar 1917 wurden die HD-Pflichtigen als im gleichen Umfang, wie die übrigen Wehrmänner versichert erklärt (vgl. auch das Urteil Chenaux in AS 1937/27). Art. 20^{bis} des Ergänzungsgesetzes vom 22. Dezember 1938 ermächtigte dann jedoch die Bundesversammlung, für die Versicherung der HD-Pflichtigen besondere Grundsätze aufzustellen. Gestützt auf seine Vollmachten hat der Bundesrat hiervon Gebrauch gemacht im BRB vom 29. De-

zember 1939 und zugleich auch in Anwendung von Art. 5 MVG die Angehörigen des passiven Luftschutzes und durch den BRB vom 16. September 1940 die Ortswehren in den Kreis der Versicherten einbezogen.

Wo nicht im Einzelfall die Aufnahme in die Armee vor Erreichung des 20. oder die Beibehaltung in der Armee über das 60. Lebensjahr hinaus verfügt wurde, ist der Versichertenkreis durch diese Altersgrenzen abgeschlossen. Ein 72jähriger Artillerist, der auf seinen Wunsch hin von einem Territorialkommando zum Küchen dienst aufgeboden wurde, konnte dadurch nicht in den Versichertenkreis des Art. 2 Ziff. 1 des MVG gelangen. Zu Unrecht jedoch bestritt die MV die Versicherungsfähigkeit einem jungen Mann, der zwar diensttauglich erklärt und der Infanterie zugewiesen, aber noch nicht zur Absolvierung der Rekrutenschule, wohl aber von einem Territorialkommando zu Bureauarbeit aufgeboden worden war. Dagegen sind nicht mehr Wehrmänner und von der Versicherung ausgeschlossen die dienstuntauglich Erklärten und Ausgemusterten und die nach Art. 16 und 17 MO wegen Unwürdigkeit aus der Armee Ausgeschlossenen.

V. Hilfspersonen.

Wenn ein Versicherungsfall sich verwirklicht hat, dem Versicherten ein persönlicher Anspruch erwachsen ist, dann treten Hilfspersonen in Beziehungen zum Versicherten und zum Versicherer, in erster Linie diejenigen, deren Aufgabe es ist, auf Kosten der Versicherung die Krankheit zu heilen: der behandelnde Arzt und das Spital. Der behandelnde Arzt ist ein notwendiger Bestandteil jeder Sozialversicherung, so dass derjenige, welcher die Annahme ärztlicher Hilfe ablehnt oder sich den ärztlichen Anordnungen nicht fügen will, regelmässig den Anspruch auf Versicherungsleistungen verliert. Wesentliche Hilfspersonen sind auch diejenigen, denen im Einzelfall die wissenschaftliche Abklärung der Zusammenhänge obliegt,

die Experten und diejenigen, deren Rat und Beistand der Versicherte zur Orientierung über die ihm zustehenden Rechte und zu seiner Vertretung benötigt, die Anwälte. Solche Hilfspersonen sollten sich eingehende Kenntnisse über das Wesen und die Wirkungen der Sozialversicherung erwerben, sich des Unterschiedes zwischen öffentlich-rechtlicher Gesetzesverwirklichung, an der sie mitzuhelfen berufen sind, und privatrechtlicher Vertretung umstrittener Ansprüche bewusst sein, sich jederzeit vor Augen halten, dass das zu erstrebende Ziel die Hebung der Volkswohlfahrt ist, das weder vor Fiskalinteressen halt machen, noch Ausbeutungstendenzen Vorschub leisten darf, dass die Wiederherstellung der ökonomischen Persönlichkeit des Kranken als Werte schaffendes Glied der Gemeinschaft zu erreichen gesucht werden muss durch seine möglichst vollwertige und möglichst baldige Wiedereinschaltung als Soldat in die Armee, als Arbeitender in den Wirtschaftsprozess. In so vielen Fällen wird der Heilungsprozess durch das Fehlen eines ernsthaften Gesundungswillens ungünstig beeinflusst. Die Erweckung des Willens zur physischen und sozialen Gesundung, die Belehrung des Patienten oder Klienten über Wesen und Aufgabe der sozialen Versicherung und über seine wirklichen Interessen im grossen Volksverband ist eine wichtige Aufgabe des behandelnden Arztes sowohl als auch des zu Rate gezogenen Anwalts. Der Bericht der Ersparniskommission für das EMD (S. 105) stellt in dieser Beziehung betrübliche Zustände fest, sollen doch Ärzte erklärt haben, dass sie lieber, als zu versuchen, den Patienten eines bessern zu belehren, dessen Arbeitsfähigkeit entgegen den tatsächlichen Verhältnissen begutachten, um den Patienten nicht zu verlieren. Durch eine wirkliche Solidarität der Ärzte unter sich und mit der Volksgemeinschaft wären wirksame Besserungen zu erzielen. Der praktizierende Arzt Liek (Die Schäden der Sozialversicherung und Wege zur Besserung, S. 56 ff.) sieht allerdings das einzige wirksame Mittel zur Behebung dieser Übelstände in der Verstaat-

lichung des Ärzteberufs, der Schaffung der nötigen Anzahl von Heilbeamten.

Nicht nur auf dem sozialpolitischen, sondern auch auf dem rein medizinischen Gebiet stellt die Sozialversicherung neue Anforderungen an den Ärztestand, handelt es sich auf diesem Gebiete für die Ärzte doch nicht mehr nur darum, zu heilen, sondern überdies auch um die Beurteilung der Zusammenhänge, der Beziehung zwischen Kranksein und Versichertsein. Florschütz (Unterricht über Versicherungsmedizin, S. 19) führt aus, dass weder die theoretische Ausbildung, noch die Erfahrung am Krankenbett für die Erfüllung der mit der sozialen Gesetzgebung den Ärzten erwachsenen Aufgaben ausreichen. Der Arzt muss über die Kausalitäten und möglichen Zusammenhänge ein Urteil abgeben können; das erfordert schärfere Diagnose- und weitergehende Prognosenstellung als die Heilbehandlung.

Die Stellung der behandelnden Ärzte in der Sozialversicherung hat verschiedenartige Regelungen erfahren. Vom zuerst geforderten System des Arzitzwanges und der festangestellten Kassenärzte ist die deutsche Sozialversicherung 1932 ganz allgemein übergegangen zur beschränkt freien Ärztwahl: Der Versicherte hat das Recht der freien Wahl unter denjenigen Ärzten, welche sich an die zwischen dem Versicherer und der Standesorganisation der Ärzte getroffenen Vereinbarungen zu halten verpflichten. Die MV hat bis heute mit der Ärzteorganisation keinerlei Vereinbarung getroffen. Jedoch hat sich die schweizerische Ärztesgesellschaft damit einverstanden erklärt, dass während der Dauer des gegenwärtigen Aktivdienstes der mit der SUVA vereinbarte Tarif auch gegenüber der MV zur Anwendung gelange. Für den Militärpatienten besteht völlig freie Ärztwahl. Das Gesetz ist beseelt vom Gedanken, welchem der Bundesrat 1893 in der Botschaft zur lex Forrer in den Worten Ausdruck gegeben hat: „Das heiligste Recht des Patienten, sich den Mann seines Vertrauens selber zu wählen, darf und soll jeder andern

Rücksicht vorgehen. Das Gesetz kennt deshalb nur den Vertrauensarzt des Versicherten, aber keinen Vertrauensarzt des Versicherers“. Dieses System bringt dem ganzen Ärztestand grosses Vertrauen entgegen, das nicht enttäuscht werden darf. Es stellt nicht nur an das soziale, d. h. auf das Volkswohl bedachte Verständnis des Arztes, sondern auch an sein berufliches Können und an seine beständige, mit der Entwicklung der medizinischen Erkenntnisse Schritt haltende Fortbildung hohe Anforderungen. Das Fehlen jeglicher gesetzlicher Bestimmung hat gelegentlich zu Prozessen über die Frage geführt, ob einem Versicherten, der einen als besonders teuer bekannten Spezialisten beizog, obschon auch andere geeignete Ärzte zur Verfügung standen, die Mehrkosten überbunden werden können. Den Versicherten zur Tragung der Heilungskosten herbeizuziehen, erlaubt das Gesetz nur im Falle des Vorliegens groben Verschuldens, in Art. 11. Ohne ausdrückliche Gesetzesbestimmung kann aus dem Rechtsverhältnis zwischen MV und Patienten kaum ein Anspruch der MV auf Beitragsleistung des Versicherten an die Behandlungskosten hergeleitet werden. In wie weit im Einzelfall ein privatrechtliches Mandatsverhältnis zwischen Patient und Arzt zustande gekommen und der Arzt, den die MV voll zu honorieren ablehnt, gegenüber seinem Patienten anspruchsberechtigt ist, hätte der Zivilrichter je nach den Verumständungen des konkreten Falles zu entscheiden. Gegenüber der MV steht der Arzt in einem öffentlich-rechtlichen Verhältnis und ihr gegenüber stehen ihm deshalb nur die Rechtsmittel des Verwaltungsrechts zu. Das Gesetz sollte eine klare Ordnung des Verhältnisses zwischen Arzt und Versicherung und Patienten und ihrer gegenseitigen Rechte und Pflichten schaffen und das Verhältnis in seinem gesamten Umfang der Jurisdiktion des EVG unterstellen. Eine wesentliche Besserung könnte aber dadurch heute schon geschaffen werden, dass auch die MV, wie es die SUVA von allem Anfang an getan hat, mit der Ärzteorganisation eine feste Vereinbarung ab-

schliesst, welche ihr gegenüber die Ärzte tariflich bindet und darum denjenigen, der in der Honorarberechnung frei bleiben will, veranlasst, vor Übernahme der Behandlung mit dem Patienten eine private Vereinbarung zu treffen.

Im Gegensatz zur freien Ärztewahl bestimmt nicht der Versicherte, sondern die Versicherung, in welchem Spital die Behandlung durchzuführen ist (Art. 19 Abs. 1 MVG). Ein Streit über die Frage, ob die MV oder der Patient die das übliche Mass übersteigenden Spitalkosten zu tragen habe, wird sich deshalb vor allem bei eigenmächtigem Spitaleintritt stellen. Daneben gibt es aber auch Fälle von berechtigtem Spitaleintritt ohne Einweisung durch die MV, namentlich in Notfällen und bei Ablehnung der Haftung durch die MV, sodann besonders häufig, die Einweisung durch die Truppensanität. Diese letztern Fälle übernimmt die MV stets bis zum Erlass einer eigenen Verfügung. Sie geben zu keinen Anständen Anlass. Durch den selbst vorgenommenen oder durch den behandelnden Arzt eigenmächtig angeordneten Spitaleintritt werden zwischen dem Kranken und dem Spital privatrechtliche Beziehungen begründet. Die öffentlich-rechtliche Haftung der MV dem Spital gegenüber entsteht erst mit der ausdrücklichen oder stillschweigenden Genehmigung des Eintrittes durch die MV. Eine Bestimmung, die der MV erlauben würde, gegenüber dem Patienten, der sich unnötigerweise in einem teuern Privatspital verpflegen liess, für durch sie bezahlte Spitalkosten Regress zu nehmen, kennt das Gesetz nicht. Auch hier könnte vielleicht, dem Beispiel der SUVA folgend, durch tarifliche Abmachungen eine gerechte Begrenzung der Aufwendungen aus öffentlichen Mitteln erreicht werden.

Ein Gehilfe von ganz besonderer, für die Rechtsfindung sehr häufig ausschlaggebender Wichtigkeit, ist der Experte, sowohl für den Versicherten, als für die MV, wie für das EVG. Die hervorragendsten wissenschaftlichen Autoritäten stellen sich und die ihnen unterstellten oder zugänglichen Forschungsinstitute der Sozialversicherung voll und ganz zur

Verfügung und ermöglichen erst das gemeinnützige Funktionieren derselben. Sie werden nicht nur durch das EVG, sondern in noch erheblich weitem Umfange durch MV und SUVA mit der Deutung unklarer Krankheitserscheinungen und mit der Aufhellung der medizinischen Zusammenhänge, der Ursachen und der verschiedenen Einflüsse auf das Krankheitsgeschehen betraut. Mit dem Umfang des Begutachtungsmaterials steigt die Erfahrung und damit die Sicherheit in den Schlussfolgerungen. Es ist schon darum sehr zu begrüßen, dass auch unsere beiden Sozialversicherungsanstalten, trotz dem ihnen zur Verfügung stehenden ärztlichen Personal mit eigener grosser Erfahrung, in ernsten, schwierigen Fällen mit der Anordnung von autoritativen Expertisen nicht knausern.

VI. Die versicherten Tatbestände.

Unter die MV fallen folgende Tatbestände:

1. Gesundheitsschädigungen, die erlitten werden beim Einrücken, während der Dauer des Dienstes oder einer dienstlichen Verrichtung und bei der Rückkehr aus dem Dienst (Art. 6a und 6b MVG). Trotz der ganz allgemeinen Fassung von Art. 1 haftet die MV, wie sich aus dem Wortlaut von Art. 6a und b ergibt, nur demjenigen gegenüber für wirtschaftliche Schäden dienstlicher Krankheiten, der von der Gesundheitsschädigung persönlich betroffen wird. Veranlasst z. B. eine während des Dienstes aufgetretene Infektionskrankheit die Zurückbehaltung einer Einheit in Quarantäne, so entsteht für die von der Krankheit nicht Befallenen kein Anspruch an die MV. Für diejenigen aber, die innerhalb der angegebenen Zeitspanne zwischen Abreise und Rückkehr von der Gesundheitsschädigung betroffen werden, wird der Versicherungsfall ausgelöst, ohne dass nach der Krankheitsursache gefragt wird. Dabei gilt für von der Armee dauernd Angestellte, wie Instruktoren, Sicherheitswächter, Bereiter, Pferdewärter usw. das Anstellungsverhältnis als Militärdienst. Man hatte eben 1901 noch keine Personalversicherung.

2. Von Wehrmännern während des Absitzens einer Arreststrafe erlittene Gesundheitsschädigungen, handle es sich um leichten oder scharfen Arrest, um Absitzen während oder nach dem Dienst (Art. 189 MStrG von 1927).

3. Erkrankungen, welche nachträglich noch aus Einwirkungen hervorgehen, die während der angegebenen Zeitspanne stattgefunden haben, sofern sie innerhalb von drei Wochen nach Beendigung der Versicherungsperiode durch einen Arzt konstatiert worden sind (Art. 6c). Hier ist also ein ursächlicher Zusammenhang Voraussetzung der Haftung.

4. Gesundheitsschädigungen, die erst später ärztlich konstatiert, aber noch innerhalb eines Jahres seit der schädigenden Einwirkung der MV gemeldet werden, sofern der ursächliche Zusammenhang mit dem Dienst als sehr wahrscheinlich vorhanden dargetan werden kann (Art. 7 MVG).

5. Nach Art. 1e BRB vom 29. Dezember 1939 beginnt für HD-Pflichtige etc. die Versicherung für Gesundheitsschädigungen, die nicht Unfallfolgen sind, erst am 4. Dienstage und auch nur, sofern der Versicherte die grosse Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Krankheit und Dienstleistung zu beweisen vermag.

6. Vordienstlich bereits bestehende Krankheiten sind grundsätzlich von der Versicherung ausgeschlossen. Sie können aber zum Versicherungsfall werden:

a) Wenn der Wehrmann die Krankheit bei Dienstbeginn anmeldet und nicht entlassen wird. In solchen Fällen fehlen in Bezug auf die Entstehung somit sowohl die dienstliche Kausalität als auch die Kontemporanität, das zeitliche Zusammenfallen. Der Versicherungsfall entsteht auch beim Fehlen einer dienstlichen Verschlimmerung. Mit Haftpflichtgrundsätzen hat dieser Fall nichts zu tun. Es ist reinste Versicherung in einem Umfang, wie ihn selbst die meisten Krankenkassen nicht kennen (Art. 9 Al. 1 des Gesetzes von 1914).

b) Ansprüche, und zwar gekürzte, auf Invaliden- und Hinterlassenenpensionen entstehen jedoch in diesen Fällen nur, wenn der Dienst den Verlauf der Krankheit ungünstig beeinflusst hat (Art. 9 Al. 2 und 3).

c) Wenn dem Wehrmann beim Einrücken die Existenz der Krankheit nicht bekannt gewesen war und der Dienst deren Verlauf ungünstig beeinflusst hat. Die Leistungspflicht der MV ist dann aber nur eine reduzierte (Art. 8 Al. 2).

7. Ausschliesslich für Unfallsfolgen sind während bestimmten dienstlichen Verrichtungen und Übungen die in Art. 3 und 4 aufgezählten Personen und die HD- und Luftschutzpflichtigen und Ortswehren in den drei ersten Diensttagen versichert. Nach dem Wortlaut der Art. 3 und 4 und der gerichtlichen Interpretation des Art. 1e des BRB vom 29. Dezember 1939 genügt das zeitliche Zusammentreffen. Kausalität der eigentlichen Dienstleistung oder der dienstlichen Verrichtung ist nicht erforderlich.

ad 1. Die Haftung nach Art. 6a und b MVG geht über die Grundsätze der Haftpflicht hinaus, indem an die Stelle der Kausalhaftung die Kontemporanitätshaftung tritt. Für ihr Anwendungsgebiet besteht wirkliche Versicherung. Das Bestreben der MV geht dahin, diese versicherungsrechtlichen Bestimmungen durch Haftpflichtgrundsätze zu ersetzen. In der Rechtsprechung über die Anwendung dieser Bestimmungen spielt deshalb die Kausalitätsfrage, nach Otfinger das Zentralproblem jeden Schadenersatzrechts, eine sehr wichtige Rolle. Das MVG war ursprünglich ein Bestandteil der vom Volke 1899 verworfenen lex Forrer. Nach dieser überaus weitherzigen Sozialversicherungsordnung waren alle Werk-tätigen über 14 Jahren, auch selbständig Erwerbende, deren Einkommen 5000 Fr. nicht erreichte, beim damaligen Geldwert eine ziemlich hohe Grenze, gegen Krankheiten obligatorisch versichert. Die Versicherung bei den Krankenkassen fragt nicht nach Kausalitäten, sondern

deckt die eintretenden Krankheitsfälle nach Ablauf einer kurzen Karenzzeit vom Eintritt in die Versicherung an. Da während dem Dienst der Bund als Versicherer an die Stelle der Krankenkassen trat und die zivile Krankenversicherung sistiert wurde, musste der Bund die während des Dienstes ausbrechenden Krankheiten ohne Rücksicht auf Kausalitäten übernehmen, weil sonst die nicht dienstlich verursachten Krankheiten unversichert geblieben wären, ein solcher durch die Dienstleistung herbeigeführter Unterbruch des Versichertseins aber gegen den Grundgedanken des Gesetzes verstossen hätte. Die Bestimmungen des Art. 6a und b wurden dann unverändert ins Gesetz von 1901 hinübergenommen, obschon die obligatorische zivile Versicherung nun weggefallen war. Auch unser KUVG ist durch die Einführung der Nicht-Betriebsversicherung vom Kausalitätsprinzip zum Kontemporanitätsprinzip übergegangen und lässt dasselbe sogar noch zwei Tage über die Anstellungsdauer hinaus wirken. Die Schweiz ist mit der Einführung der Nichtbetriebsversicherung allen andern Staaten vorangegangen, steht aber mit dem Kontemporanitätsprinzip im Militärversicherungswesen durchaus nicht etwa vereinzelt da. Das IAA führt in der 1940 publizierten: *Indemnisation des victimes de la guerre*, S. 15 ff., eine ganze Reihe von Ländern auf, die teils zwingend, teils durch Gegenbeweis zerstörbar die gesetzliche Vermutung aufstellen, dass während des Kriegsdienstes und innert einer bis zu 30 Tagen festgesetzten Frist nach der Entlassung aufgetretene Krankheiten als dienstlich verursacht zu betrachten sind. Die schwankende medizinische Doktrin und die intuitive, d. h. willkürliche Gegenpräsumtion des Richters, so wird ausgeführt, vermögen durchaus nicht überall die gesetzliche Präsumtion zu zerstören.

Richter (Sozialversicherungsrecht, S. 150) schreibt: Da es nicht Aufgabe der Sozialversicherung ist, nach Verantwortlichkeiten zu forschen, sondern Schaden zu decken,

so spielt in derselben grundsätzlich die Frage nach der Verursachung keine Rolle. Aber die Richtigkeit der Feststellung von Hagen (Grundzüge des Versicherungsrechts, S. 101), dass die Macht des Gedankens vom ursächlichen Zusammenhang sich auch gegenüber dem striktesten Wortlaut des Gesetzes in der Rechtsprechung immer durchsetzt, wird auch durch die Spruchpraxis in unserm Militärversicherungswesen bewiesen, sowohl durch die administrative wie durch die gerichtliche. Ohne Rücksicht auf dienstlich herbeigeführte Verschlimmerung hat das MVG von 1901 sämtliche vordienstlichen Krankheiten von der Versicherung ausgeschlossen. Dieselben gingen eben in der lex Forrer zu Lasten der Krankenkassen. Schon die Versicherung selber hat, lange bevor eine gerichtliche Überprüfungsmöglichkeit ihrer Praxis bestand, sich veranlasst gesehen, Fälle offenkundiger, wesentlicher Verschlimmerung unter Ignorierung des Vorbestandes trotzdem zu übernehmen, schuf dabei aber notgedrungen stossende Ungleichheiten, so dass der Bundesrat sich vor allem deshalb veranlasst sah, die Revision des Gesetzes in die Wege zu leiten. Ähnlich ergeht es zurzeit der gesetzlich festgelegten Kontemporanitätshaftung. Die Gerichtspraxis lehnt es ab, sie unbesehen vollumfänglich anzuwenden. Schon die auf 1. Februar 1916 in Kraft gesetzte Haftung für dienstlich verschlimmerte vorbestehende Krankheiten schlug eine erste Bresche in die gesetzlich als unwiderlegbar gedachte Vermutung des Art. 6a und b, indem sie für die MV die Möglichkeit schuf, in all denjenigen Fällen, in welchen im einrückenden Soldaten ein Krankheitsprozess bestanden haben muss, ohne dass der Mann selber die geringste Ahnung hatte (Tbc., Cronarsklerose, Diabetes und viel andere Krankheiten), den Gegenbeweis gegen die gesetzliche Vermutung zu führen, welcher als erbracht gilt, sobald die medizinische Wissenschaft retrospektiv festzustellen vermag, dass die grössere Wahrscheinlichkeit für den vordienstlichen Beginn des Krankheitsprozesses spricht. Die Gerichtspraxis schlug dann eine

weitere Bresche, indem sie die Anwendung des Art. 6a verweigert für Krankheiten, von welchen die heutige Wissenschaft weder den Zeitpunkt des Beginns noch die möglichen Entstehungsursachen kennt, von denen die Experten uns sagen, sie nähmen ihren schicksalsmässigen, durch äussere Momente wahrscheinlich unbeeinflussbaren Verlauf. Der Jurist muss das dem Mediziner glauben. Von verschiedenen dieser Krankheiten, wie Schizophrenie, Krebs u. a. hat die zuverlässige deutsche Statistik festgestellt, dass sie während den vier Jahren des Weltkrieges in den wehrpflichtigen Alterskreisen gegenüber der Vor- und Nachkriegszeit keine Vermehrung erfahren haben. Wenn solche Krankheiten die ersten erkennbaren Symptome während eines Dienstes äussern, so darf nach der Auffassung des EVG der MV nicht der Beweis der Vordienstlichkeit auferlegt werden, weiss doch der Richter zum voraus, dass dieser Beweis für die in Frage stehende Krankheit beim heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft überhaupt nicht zu erbringen ist, sowenig als der Beweis des Krankheitsbeginns während des Dienstes. Bei vielen von diesen Krankheiten, namentlich bei der Schizophrenie, gewährt die Gerichtspraxis jedoch während einer kurzen Zeit dennoch ungekürzt die gesetzlichen Leistungen.

Gegen die Kontemporanitätshaftung des Art. 6 wird seit Jahren Sturm gelaufen, obschon ihre praktische Tragweite bei der freien, den einzelnen Krankheiten angepassten Gerichtspraxis nur noch sehr gering ist. Es ist zu bedenken, dass der Begriff der Kausalität im Sozialversicherungsrecht eine erheblich weitergefasste Interpretation erfahren hat als im Zivil- oder gar im Strafrecht. Das dem Zivilisten geläufige, ja selbstverständliche Erfordernis der adäquaten Verursachung, wird im Sozialversicherungsrecht nirgends anerkannt. Das RVA bezeichnet die in der Sozialversicherung geforderte Kausalität als inadäquate Verursachung. Den naturgesetzlichen und logischen Zusammenhang bilden alle conditiones sine qua non, sowohl die adäquaten als die inadäquaten Ursachen. Für die

rechtliche Behandlung muss man aber, so führt Oftinger (Haftpflichtrecht, S. 43 ff.) aus, diejenigen, welche retrospektiv betrachtet die augenscheinlichste Veranlassung des Schadens bilden, die sog. adäquaten Ursachen heraussuchen. Ihre Ausscheidung hat immer etwas arbiträres an sich. Die für den adäquaten Zusammenhang erforderliche Kausalreihe wird unterbrochen durch spätere wesentliche Ursachen wie Selbstverschulden, Verschulden Dritter, Zufall etc. Der Militärdienst ist für den in der freien Zeit beim Baden ertrunkenen, für den auf der Heimreise aus dem Dienst von einem Automobil überfahrenen, für den an einem freien Sonntag auf einer Bergtour verunglückten Soldaten nur noch eine entfernte, für den Schaden inadäquate Ursache; die Haftung der MV ist aber gegeben. In der Sozialversicherung durchschneidet erst die absichtliche Herbeiführung des Schadensfalles durch den Versicherten die massgebende Kausalreihe. Den Unterschied zwischen der Haftung im Zivilrecht und derjenigen im sozialen Versicherungsrecht erzeugt sich deutlich auch an Hand des von Oser zur Erläuterung des Begriffes gewählten Beispiels: Ein Misshandelter stirbt während der durch die Verletzung notwendig gewordenen Operation, weil er die Narkose nicht verträgt. Der Zusammenhang zwischen Misshandlung und Tod ist adäquat, darum Haftung des Täters. Stirbt der Misshandelte aber an einer durch den Arzt verursachten, also von aussen her eingeschleppten Infektion, so ist der Zusammenhang nicht adäquat, der Täter haftet für den Tod nicht. Für die Haftung der Sozialversicherung genügt auch dieser inadäquate Zusammenhang. In der Literatur wird denn auch durchwegs das Erfordernis der adäquaten Kausalität abgelehnt. Siegmund (Die Krankheit im privaten und sozialen Versicherungsrecht) bezeichnet eine Ursache als adäquat, wenn sie den Enderfolg von vornherein erwarten liess (S. 34). In der sozialversicherungsrechtlichen Ursachenlehre aber gilt ein Ereignis immer schon dann als Ursache, wenn es an der Entstehung wesentlich mitge-

wirkt hat (S. 73). Im gleichen Sinne Arnold (Der Versicherungsanspruch im schweizerischen Militärversicherungsrecht, S. 55); Gericke (Der Begriff Krankheit im MVG und im KUVG, S. 12), Giorgio und Nabholz (Die schweizerische Unfallversicherung, S. 142).

Die von Bundesrat Scheurer im Jahre 1925 einberufene sog. Gurnigelkonferenz zur Beratung der Revision des MVG postulierte wohl die Ersetzung des Kontemporanitätsprinzips in Art. 6, aber nicht etwa durch die reine Kausalhaftung, die dem Wehrmann die Beweispflicht für die dienstliche Verursachung der im Verlaufe des Dienstes festgestellten Krankheit auferlegt, sondern durch eine durch Gegenbeweis der MV widerlegbare gesetzliche Vermutung dienstlicher Verursachung. Die Frage ist ja durch die von niemandem angefochtene Regelung in Art. 8 schon einigermassen präjudiziert, dessen Anwendung den gelungenen Gegenbeweis der MV gegen die vermutete Dienstlichkeit der Krankheit zur Voraussetzung hat. Vom medizinischen Gesichtspunkt aus liesse es sich noch weniger verantworten, dem Versicherten den Beweis für dienstliche Verursachung zu überbinden. In seinem Referat am Kongress der schweizerischen Gesellschaft für innere Medizin von 1941 in Luzern hat Prof. Rud. Staehelin in Basel seine Bedenken gegen die Einführung des unbeschränkten Kausalitätsprinzips damit begründet, dass in den meisten Fällen die Kausalität nicht beweisbar sei. Kein Arzt könne sagen, dass z. B. eine Appendizitis ohne den Dienst nicht aufgetreten wäre. In der Medizin habe sich das konditionelle Denken immer mehr auf Kosten des kausalen durchgesetzt. Es sind auch alle diejenigen, die sich in massgebenden Vorarbeiten zur Gesetzesrevision geäußert haben, zum Antrag gekommen, dass das reine Kontemporanitätsprinzip, für dessen Beibehaltung sich allerdings die Sparkommission der Militärverwaltung ausgesprochen hat, zwar fallen zu lassen, jedoch für im Dienste festgestellte Krankheiten die dienstliche Kausalität bis zu dem durch die MV erbrachten Gegenbeweis vermutet

werden müsse. So Guisan in ZBJV, Bd. 67 S. 525, Stauffer in seinem Gutachten vom September 1933 und, wenn auch etwas verklausuliert durch Anmeldevorschriften, trotz gegenteiliger Einleitung auch das Gutachten Morgenthaler von 1932, ganz klar und uneingeschränkt dann wieder die Revisionsentwürfe des Chefs der MV aus den Jahren 1935 und 1937. Eine solche Vermutung dienstlicher Verursachung ist denn auch gesetzlich bereits in Art. 27 der MO von 1907 für den Schaden, welchen Zivilpersonen bei militärischen Übungen erleiden, festgelegt und die Zulässigkeit der Erbringung des Exkulpationsbeweises ist dort auf höhere Gewalt und Selbstverschulden beschränkt; trotzdem konnte, als bei Streikunruhen 1919 in Basel eine unbeteiligte Frau erschossen wurde, die Schadenersatzpflicht des Bundes sowohl als diejenige des die Feuereröffnung kommandierenden Offiziers verneint werden (ASBE Bd. 47 II S. 497). Auch Rosin (Die Rechtsnatur der Arbeiterversicherung, S. 119) führt aus, dass da, wo die Sozialversicherung auf das Kausalitätsprinzip abstelle, es zum eigentlichen Wesen dieser Versicherung gehört, die Beweislast nicht dem Versicherten zu überbinden, sondern den Versicherer zum Gegenbeweis zuzulassen. Es besteht denn auch in allen Ländern, die für Dienst- und Kriegsschäden die Kausalität verlangen, eine gesetzliche Präsomption der dienstlichen Verursachung. Eine eigenartige Mischung von Kontemporanitäts- und Kausalhaftung besitzt Belgien, das in Art. 12 des Gesetzes vom 21. Juli 1923 bestimmt, dass während des Dienstes bestandene, aber nicht durch den Dienst verursachte Gesundheitsschädigungen zu reduzierter Pension berechtigen.

In gleichem Sinne ist auch bei uns von verschiedenen Seiten schon angeregt worden, die Schwierigkeiten, die hinsichtlich der Anwendung des Art. 6 auf konstitutionelle, auf rein endogene Ursachen zurückzuführende, in ihrem Verlauf mehr oder weniger schicksalsbedingte Krankheiten bestehen, durch die Anwendung des Art. 8 auf solche Krank-

heitsfälle, Präsomtion sowohl des verdienstlichen Bestehens als der dienstlichen Verschlimmerung, zu beheben und die dienstlichen Einflüsse nur zur Festsetzung des Masses der Verschlimmerung mitsprechen zu lassen.

Der gesetzlich niedergelegten öffentlich-rechtlichen Haftpflicht der Armee entspricht die Kausalhaftung. Jedoch ist dieselbe nicht nach zivilistischen Grundsätzen zu regeln, sondern hat sich den Erfordernissen der Sozialversicherung anzupassen.

Der Geltungsbereich des Art. 6b erfährt durch die Gerichtspraxis eine scharfe, aber sehr enge Umgrenzung, indem das Versichertsein nur für den direkten Weg ohne unnützen Zeitverlust anerkannt wird, vom Moment des Verlassens des eigenen Domizils oder der Einheit bis zum Eintreffen am Einrückungsort oder wieder zu Hause. Unnötiger Wirtshausbesuch am Entlassungsort oder unterwegs beendet die Versicherungsfähigkeit. Ein durch Fliegeralarm unvermittelt aus seiner Arbeit wegberufener Luftschuttsoldat, der auf dem Wege nach Hause zum Anziehen der Uniform in überstürzter Eile verunfallte, wurde nicht als versichert anerkannt. Trotz sicher vorhandener Kausalität fehlte diesem Soldaten nach der gegenwärtigen Rechtsprechung die Versicherungsfähigkeit.

Das geltende Militärversicherungsrecht verstösst nicht nur mit der Anerkennung der Kontemporanitätshaftung in Art. 6a und 6b und der Haftung nach Art. 9 Al. 1 gegen den Grundsatz der Kausalhaftung, sondern überdies auch durch folgende Bestimmungen:

a) In den Fällen der Art. 3 und 4 werden alle Krankheiten, die auf andere Ursachen als Unfälle zurückgehen, von der Versicherung ausgeschlossen, auch wenn sie durch die dienstliche Verrichtung verursacht worden sind. Als Grund wird meistens angegeben, dass bei so kurzsn Dienstleistungen, wie Rekrutierung, Waffeninspektion, Schiessübung, Erscheinung vor UC der Zusammenhang bei allen nicht auf Unfall zurückzuführenden Krankheiten nicht zuverlässig abgeklärt werden könne. Es kommt aber auch

bei Vollversicherten nicht selten vor, dass sie schon auf der Hinreise erkrankt sein wollen, dass sie sich schon am ersten Dienstag krank melden. Die Entscheidung darüber, ob die Krankheit vordienstlichen Ursprungs oder erst nach Beginn der Versicherung ausgebrochen sei, hat nie zu besondern Schwierigkeiten geführt. Experten und Richter nehmen es eben in solchen Fällen mit den Erfordernissen an die Erbringung des Beweises über die Zusammenhänge besonders streng und das genügt vollkommen zum Schutze der Versicherung vor Ausbeutung.

b) Das gleiche gilt für die Verweigerung der Versicherung auf dem Hin- und Rückweg in den Fällen von Art. 3 und 4 sogar für Unfallfolgen, wo doch die Frage des Zusammenhanges gar keine Schwierigkeiten bietet.

c) Nach Art. 8 ist jede auch noch so erhebliche dienstlich verursachte Verschlimmerung einer dem Soldaten bekannt gewesenen vordienstlichen Krankheit von der Versicherung schlechtweg ausgeschlossen, ohne Rücksicht auf Entschuldbarkeit der Unterlassung der Anzeige.

d) Einen gewollten Einbruch in den Grundsatz der Kausalhaftung, dessen schwerwiegende Auswirkungen wohl aber von niemanden vorausgesehen worden waren, begeht dann vor allem Art. 1 e des BRB vom 29. Dezember 1939, der während den ersten drei Diensttagen jegliche Haftpflicht des Bundes für alle nicht unfallmässig entstandenen Krankheiten ausschliesst.

e) Die abschliessende Aufzählung der versicherten Personen im Gesetz schliesst die nicht erwähnten Dienstpflichtigen sogar ganz von der Versicherung aus. Der Grundsatz der Kausalhaftung verlangt die Einführung einer Generalklausel, wie sie von allen Revisionsbegutachtern befürwortet, zum Teil auch bereits formuliert wird, so z. B.: „Versichert sind die ihre Wehrpflicht erfüllenden Wehrmänner aller Grade“ (Morgenthaler) oder: „La confédération répond du dommage . . . dont l'accomplissement des obligations militaires . . . a été la cause ou l'occasion“ (Guisan).

f) Eine Beschränkung der Kausalhaftung bringt auch die Verwirkungsfrist des Art. 7, der die Versicherungsansprüche aus dienstlichen Krankheitsfolgen, die nicht den Tatbestand des Art. 6 erfüllen, als verwirkt erklärt, sofern sie nicht innert Jahresfrist der MV angemeldet werden. Diese Verwirkungsfrist wird für die HD- und Luftschuttpflichtigen und für die Ortswehren auf die überaus kurze Frist von dreissig Tagen herabgesetzt, und zwar selbst für Krankheiten, die während des Dienstes ausgebrochen und dort auch behandelt worden sind; denn für solche Krankheiten verliert die Anmeldung durch den Sanitätsrapport dreissig Tage nach der Entlassung ihre Wirksamkeit. muss also bei Folge der Verwirkung innert dieser Frist erneuert werden. Schon nach sechs Monaten erlischt jede Haftung der MV für Rückfälle. Das sind im Vergleich zum Krankheitsgeschehen unfassbar kurze Fristen, die in vielen schweren Fällen einer Verweigerung der Versicherung gleichkommen. Aber nicht nur Rückfälle, sondern auch dienstliche Ersterkrankungen, welche, wie z. B. die Bang'sche Krankheit eine Inkubationszeit von drei bis vier Wochen haben und in ihrem Beginn dann häufig erst noch nur intermittierend geringe Symptome aufweisen, können trotz sicherer dienstlicher Verursachung und völlig pflichtgemäsem Verhalten des Patienten praktisch zur unversicherten Krankheit werden. Und es gibt nicht wenige solcher Krankheiten mit ähnlich langer Inkubationszeit. Als solche figurieren in der Gerichtspraxis z. B. Mumpf (epidemische Speicheldrüsenentzündung): 2—3 Wochen; Unterleibstyphus: 2—3 1/2 Wochen; Syphilis durchschnittlich 23 Tage, zwischen den Grenzen von 10 Tagen und 3 Monaten; Strahlenpilzkrankheit: Wochen, Monate, sogar Jahre.

Dagegen kennt richtigerweise das Gesetz eine Anspruchsverjährung nicht. Zwar hat das EVG im Geschäftsbericht pro 1934 das Fehlen einer Verjährungsvorschrift als für die grosse Geschäftslast mitverantwortlich gerügt. Die Gurnigelkonferenz von 1925 hatte ein

ganzes System von zeitlichen Beschränkungen für die Geltendmachung und von Anspruchsverjährungsvorschriften aufgestellt und der Revisionsentwurf des Chefs der MV aus dem Jahre 1935 sieht die Einführung einer allgemeinen Verjährung vor. Auch das erste Gutachten Morgenthaler aus dem Jahre 1929 regt an, der Ausbeutungsgefahr durch zweckmässige Beweis-, Verjährungs- und Verwirkungsvorschriften zu begegnen.

Die Anspruchsverjährung ist eine zum Schutze privater Interessen geschaffene Rechtsinstitution. Im privaten Rechtsverkehr besteht ein starkes Bedürfnis nach Endgültigkeit einmal geregelter Rechtsverhältnisse. Zorn stellt den Grundsatz auf: Im Privatrecht muss das Interesse der Rechtssicherheit höher bewertet werden als dasjenige der Rechtsrichtigkeit. In Dingen der öffentlichen Ordnung aber ist die einzig mögliche Rechtssicherheit die Richtigkeit des Rechts. Wo trotzdem Anspruchsverjährungen öffentlicher Leistungen geordnet sind, wo das öffentliche Recht die Verjährung kennt, da geschieht es zum Schutze der Privatperson, so die Verjährung von Steuerforderungen und andern öffentlichen Leistungen im Verwaltungsrecht, von Strafansprüchen des Staates oder der verletzten Partei im Strafrecht. Jellineck (System des subjektiven öffentlichen Rechts, S. 66) lässt zwar die Möglichkeit, dass die Grundsätze über Verjährung mehr oder weniger modifiziert auch auf öffentliche Leistungen Anwendung finden können, gelten, spricht aber nicht von der Einführung einer Verjährung öffentlich-rechtlicher Ansprüche Privater gegen den Staat. Laband verlangt die energische Zurückdrängung privatrechtlicher Analogien, was die öffentlich-rechtliche Natur verwische und den materiellen Inhalt und Zweck hinter der Form zurücktreten lasse (zitiert in Rosin: Die Rechtsnatur der Arbeiterversicherung, S. 134). Die verwaltungsrechtliche Abteilung des Bundesgerichtes scheint ebenfalls auf diesem Boden zu stehen, wenn sie, allerdings hinsichtlich des Rechtskraftbegriffes, aber in ganz allgemeiner Fassung,

ausführt (ASBE Bd. 56 I 194): Es entspricht dem zwingenden Charakter öffentlichen Rechts, dass ein Verwaltungsakt, der dem Gesetze nicht oder nicht mehr entspricht, nicht unabänderlich ist.

Übereinstimmend mit diesen, in der Literatur vertretenen Grundsätzen stellt das IAA als Resultat seiner bei den angeschlossenen Staaten durchgeführten Nachforschungen fest (Evaluation de l'incapacité permanente de travail, 1937, S. 238): Trotz dem grossen Interesse der Parteien an der Stabilität der Verhältnisse ist der Verzicht auf Verjährungsvorschriften vorzuziehen, da eine gerechte Frist unmöglich zu begründen ist. Dasselbe Amt führt 1940 in „L'indemnisation des victimes de la guerre“ (S. 19) aus: Für Verjährungs- und Verwirkungsfristen gibt es eine einzige Rechtfertigung: die Schwierigkeit oder Unmöglichkeit der Feststellung des Zusammenhangs. Das genügt aber nicht zur Rechtfertigung einer Verwirkungsvorschrift; denn der Zusammenhang kann ja in vielen Fällen ausser Zweifel stehen. Dem Kläger liegt der Beweis desselben ob und das genügt.

Weil die Verjährung eine Rechtseinrichtung des Privatrechts ist, kann nach der positiv-rechtlichen Regelung auf die abgelaufene Verjährung rechtsgültig verzichtet werden, darf der Richter sie auch nicht von Amtes wegen, sondern nur auf erhobene Einrede hin berücksichtigen. Im privaten Versicherungsrecht wird, sobald sich wegen noch ungewisser Entwicklungsmöglichkeiten der Krankheitsfolgen das Bedürfnis nach weiterem Zeitablauf zeigt, sehr häufig auch zum voraus auf die Erhebung der Verjährungseinrede verzichtet. Wenn dies auch nicht rechtsverbindlich ist, so darf sich der Privatversicherte doch darauf verlassen, dass die Gesellschaft die Einrede nicht erheben werde. Wo aber im öffentlichen Recht eine Verjährung vorgesehen ist, da muss sie die Verwaltungsbehörde sowohl wie der Richter von Amtes wegen zur Anwendung bringen. Es stehen sich hier eben nicht mehr zwei Einzelpersonen gegenüber, sondern der Gesamtheit

der Volksgenossen immer wieder wechselnde Einzelpersonen, von denen ein jeder das Recht auf gleiche Behandlung beanspruchen darf. Die Verzichtsmöglichkeit des Versicherers auf die Verjährungseinrede würde dem Eintritt der Willkür in die Sozialversicherung das Tor öffnen. Das grosse Gebiet des Krankheitsgeschehens ist derart unberechenbar, dass es immer wieder alle zeitlichen Fesseln überspringt. Eine Frist zu finden, welche den so verschieden langen Latenzperioden, dem bei den einzelnen Individuen so verschieden verlaufenden Krankheitsgeschehen gerecht zu werden vermöchte, ist unmöglich. Es ist selbstverständlich, dass Verwaltung und Gericht an den Nachweis des Zusammenhanges um so strengere Anforderungen stellen, je grösser das Zeitintervall zwischen der behaupteten Schädigung und der Geltendmachung der Ansprüche ist. Die grosse Mehrzahl der Anspruchserhebungen erst nach vielen Jahren hat zu allen Zeiten Ablehnung erfahren. Wenn aber nach 10, 20 und mehr Jahren Ansprüche noch anerkannt werden, dann handelt es sich sicher um Fälle, in denen die Abweisung eine grosse Unbilligkeit, eine nicht zu verantwortende Härte wäre. Entweder konnten die Zusammenhänge erst nach vielen Jahren erkannt werden oder es hat sich die dienstliche Schädigung erst nach langen Latenzperioden ausgewirkt wie das sehr häufig der Fall ist bei traumatischer Epilepsie nach Schädelbruch, bei Arthritis deformans nach Gelenkmuskelschädigung, oder es handelte sich um Wehrmänner, die soldatisch die Folgen auf sich selber nahmen und die Solidarität erst anriefen, wenn wegen veränderter Verhältnisse die Last für sie allein nicht mehr tragbar wurde. Den Verjährungsvorschriften würden sicher nicht die auf Versicherungsleistungen Erpichten, sondern die wertvollen Elemente zum Opfer fallen.

Bei Einführung von Verjährungsfristen müsste dann auch über die Unterbrechungsmöglichkeiten legiferiert werden. Eine analoge Anwendung des Art. 135 OR könnte unmöglich genügen; denn der Versicherte hat ja nicht die

Möglichkeit, die Klage einzureichen, wann er will. Er kann erst klagen, wenn die Versicherung es ihm ermöglichen will durch Zustellung eines Entscheides. Jeder Anmeldung, jeder Reklamation müsste notwendigerweise unterbrechende Wirkung zukommen. Unter den Urteilen, die trotz Ablauf von mehr als 10 Jahren noch Leistungen zugesprochen haben, ist wohl kaum eines zu finden, bei dem die Richter nicht darüber befriedigt gewesen wären, dass keine Verjährungsfrist sie daran hinderte, die gesetzlichen Leistungen noch zusprechen zu können. Einige Beispiele mögen dies belegen:

Gretz ist im August 1914 von Barcelona nach Basel eingerückt. Auf überfülltem kleinem Schiff musste er eine stürmische Regennacht auf dem Deck verbringen, zog sich eine schwere Mittelohrentzündung zu, die sich im Dienste dann noch verschlimmerte, ihn in zunehmendem Masse des Gehörs beraubte und zur Entlassung und Dienstuntauglichkeitserklärung führte. Weil er trotz der in der Folge eintretenden praktisch vollständigen Taubheit seine Geschäftsstellung in Barcelona beibehalten konnte, hat er darauf verzichtet, sich bei der MV zu melden. 1935 verlor er durch den spanischen Bürgerkrieg nicht nur all sein Erspartes, sondern auch jegliche Verdienstmöglichkeit. Mit seiner Familie kam er invalid und mittellos nach Basel zurück und meldete sich nun erstmals bei der MV.

Brawand erkrankte 1915 im Dienst an Gelenkrheumatismus, -der zu Herzmuskelschädigung führte. Trotz periodisch heftiger Schmerzen meldete sich B. erst 1932 bei der MV, als die Herzkrankheit ihn völlig erwerbsunfähig gemacht hatte. Auf Gutachten Prof. Löfflers hin wurde eine Bundeshaftung von einem Drittel angenommen.

Die Krankenschwester Cali, die bei aufopfernder Pflege grippekranker Soldaten 1918 an schwerer, infektiöser Grippe erkrankte und bis 1921 durch die MV behandelt wurde, meldete sich trotz ständig wiederkehrender infektiöser Rückfälle erst 1938 wieder bei der MV, als,

nachdem sie ihre Ersparnisse vollständig aufgebraucht hatte, sie ein schwerer Rückfall in die bitterste Notlage brachte.

Flück erlitt 1909 in der Rekrutenschule einen schweren Knieunfall. Im Laufe der Jahre entstand allmählich eine schlimme deformierende Arthritis. Aus Unkenntnis der Zusammenhänge meldete er sich nicht vor 1939 wieder bei der MV. Das EVG stellte auf Grund eines autoritativen medizinischen Gutachtens die volle Haftung des Bundes fest.

Dem Bremgartner war 1915 wegen dienstlicher Lungentuberkulose eine zeitlich begrenzte Sanatoriumskur bewilligt worden. Als er 1930 eine neue Kur wünschte, ergab die Abklärung ununterbrochene Aktivität des Krankheitsprozesses. Die Haftung der MV wurde bejaht.

Der Landwirt Schmidli erlitt 1917 im Dienste einen Beinbruch, der schlecht und unter Zurücklassung einer Dauerinvalidität heilte. Er beanspruchte aber keine Pension. Im Oktober 1936 erlitt er am gleichen Bein einen zivilen Unfall. Prof. Matti schätzte die Invalidität auf 30%, wovon 20% auf den alten Dienstunfall und 10% auf den zivilen Unfall entfielen.

Weber erlitt im September 1915 im Dienst durch Hufschlag eine Fraktur des Stirnbeins, die mit Knochendefekt heilte. 1936 erfolgte Anmeldung bei der MV wegen epileptischen Anfällen als Spätfolge des Schädelbruchs. Die Haftung der MV wurde bejaht.

Wandeler erkrankte im Dienst an Pleuritis. Vier-einhalb Jahre nach der vermeintlichen Heilung brach eine Lungentuberkulose aus. Das EVG erkannte auf volle Haftung der MV.

Renand (ein SUVA-Fall) erlitt 1937 eine Schulterluxation und Fraktur. Der Gerichtsexperte erklärte, z. Z. bestehe keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Sicherheit werde in 15—20 Jahren aus dem Unfall eine ernste deformierende Arthritis resultieren.

In seinem Gutachten vom 28. Dezember 1940 im MV-Fall Weber stellt Prof. Bing fest, dass es Fälle von postencephalitischen Parkinsonismus (Schüttellähmung als Spätfolge von Gehirnentzündung) gebe, bei denen die encephalitische Infektion unter dem Bilde einer harmlosen Grippe verlaufe, die dann oft erst nach Jahren die gefürchtete Krankheit zur Folge habe. Die Literatur zähle Fälle von Intervallen von 7—16 Jahren auf.

An der wissenschaftlichen Tagung der Vereinigung gegen die Tuberkulose im April 1939 haben die Privatdozenten Gloor und Uehlinger an Hand eines reichen Materials nachgewiesen, dass die Latenzzeit einer auf hämatogenem Wege erfolgten tuberkulösen Herdsetzung in der Niere und dem Manifestwerden der NierenTbc viel länger dauern kann, als bisher angenommen worden ist. Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen haben in 9 Fällen beschwerdefreie Intervalle ohne Brückensymptome von 8—14 Jahren nachgewiesen.

In der Jahresversammlung der schweizerischen Gesellschaft für Unfallmedizin vom Oktober 1940 ist über verschiedene Fälle von nicht voraussehbaren Spätfolgen berichtet worden: Ein Gebirgsartillerist wurde 1902 durch einen Schrapnellschuss schwer verletzt und scheinbar wieder hergestellt. Erst 1938 traten Lähmungen ein, die sich als Folge einer durch ein im Körper gebliebenes Bleistückchen verursachten Bleiintoxikation herausstellten. Einem Manne sass seit jungen Jahren eine Revolverkugel im Gehirn. Mit 65 Jahren traten Gangraene auf. Zuerst musste das eine, dann das andere Bein operiert werden. Die Sektion ergab starken Bleigehalt im Gehirn und Bleiintoxikation als sichere Ursache der Gangraene. Ein Kriegsteilnehmer hatte seit 1914 viele kleine Geschossstückchen im Schädeldach stecken. 1939 Spätepilepsie als Folge der Schädeldachverletzung. Je geringer eine solche Verletzung ist, desto grösser ist das Intervall bis zum Auftreten der Epilepsie. Es wurde auch von zwei Fällen berichtet, in denen als Spätfolge einer Ellbogenfraktur eine

Lähmung des Ulnarisnerven (ulna ist der Vorderarmknochen) nach 25 und nach 30 Jahren eintrat.

Die Fortschritte und Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft gestatten je länger je weniger die Einführung von Verjährungsfristen in die soziale Versicherung.

Auch die deutsche Sozialversicherung kennt die Anspruchsverjährung nicht, wohl aber die Verjährung der einzelnen verfallenen Leistung (Richter: Sozialversicherungsrecht, S. 148). Die durch unser Gesetz in Art. 19 Al. 4 für den Anspruch auf das Krankengeld getroffene und durch die Spruchpraxis auf alle Geldleistungen ausgedehnte und auf jeden Rückfall angewandte Bestimmung, dass Leistungen erst vom Tage der Anmeldung bei der MV an beansprucht werden können, macht eine Verjährungsvorschrift für verfallene Leistungen unnötig.

ad 2. Art. 189 des MStrG vom 13. Juni 1927 bestimmt: „Der Arrestant erhält, wenn er den Arrest ausserhalb des Dienstes absitzt, die reglementarische Verpflegung. Er bezieht keinen Sold. Er ist gegen die Folgen von Krankheiten und Unfällen versichert nach Massgabe der Bestimmungen über die Militärversicherung“. Die bundesrätliche Praxis hatte s. Z. das Absitzen eines Arrestes als versicherten Militärdienst betrachtet. Das EVG hat dagegen den Arrest von der Versicherung ausgeschlossen, bis dann 1927 das neue Militärstrafgesetz ihn der Versicherung unterstellte. Hierauf hat durch Plenarbeschluss vom 29. Juni 1932 (AS 1932 S. 102) das EVG festgestellt, dass es sich dabei um die volle Versicherung im Rahmen von Art. 2 Ziff. 1 EVG handle, die somit auch Hin- und Rückreise vom und zum Arrest in sich schliesse. Dagegen sind nur solche Arreste versichert, die im Militärdienst oder in Verbindung mit ihm ausgesprochen werden, nicht aber solche, welche wegen Nichterfüllung dienstlicher Pflichten des Zivillebens (z. B. Nichtbezahlung des Militärpflichtersatzes) durch nicht militärische Stellen verhängt werden. Nicht versichert sind andere Freiheitsberaubungen wie Untersuchungs- und Strafhaft. Ein Soldat, der un-

schuldigerweise in Untersuchungshaft versetzt wird und dort erkrankt, geniesst die Versicherung nicht, auch wenn ihn im Gegensatz zu dem mit Arrest Bestraften, keine Verantwortung an der Haft trifft, ihm kein Verschulden zur Last gelegt werden kann. Es bleibt ihm einzig der schwache Trost, dass nach Art. 122 der Militärstrafrichtsordnung vom 28. Juni 1889 im Falle der Aufhebung der Oberauditor dem Bundesrat die Gewährung einer Entschädigung beantragen kann. Oft ergibt die durchgeführte Untersuchung, dass nur ein gewöhnlicher Disziplinarfall vorliegt, die Überweisung an die Militärjustiz ungerechtfertigt war. Die Sache wird an den militärischen Vorgesetzten zurückgeleitet und derselbe erachtet dann meistens die nun von ihm verfügte Arreststrafe als durch die Untersuchungshaft getilgt. Der Mann hat also seinen Arrest sozusagen pränumerando abgesessen. Für den Strafvollzug gilt die Untersuchungshaft als Arrest, nicht aber für die Versicherung, wenn der Soldat wegen ungeeigneten Haftlokalitäten erkrankt ist. Die Gerichtspraxis hätte es verantworten dürfen, hier einen andern Weg einzuschlagen, nachdem der Gesetzgeber den grossen Schritt gewagt hat, dem mit Arrest Bestraften trotz vorliegendem groben Selbstverschulden die volle Versicherung zu gewähren. Aber für das Gericht war der Gedanke wegleitend, dass es sich hier um eine Ausnahmebestimmung handelt, die nach allgemeiner Regel nicht noch ausdehnend interpretiert werden dürfe. Der Tatsache, dass der Mann mit der Untersuchungshaft aus seiner Einheit ausscheidet und der Militärjustiz unterstellt wird, kann massgebende Bedeutung nicht mehr zukommen, seitdem das EVG und ihm folgend der Bundesrat als Gesetzgeber die in eine MSA versetzten Soldaten, die aus ihrer Einheit ebenfalls ausscheiden und der Militärsanität unterstellt werden, als nach wie vor im Dienste stehend erklärt haben.

ad 3. Art. 6c MVG. Für erst nachdienstlich, aber noch innerhalb von drei Wochen ärztlich festgestellte

Krankheiten haftet die MV, wenn dieselben die Folge von während des Dienstes stattgefundenen schädlichen Einwirkungen sind. In diesen Fällen besteht keine gesetzliche Präsuntion eines bestehenden Zusammenhangs. Ein solcher muss nachgewiesen werden. Dieser besondere Versicherungsfall des Art. 6c würde nach dem Revisionsvorschlag Guisan (ZBJV 1931, S. 505) wegfallen: „Une maladie déclarée dans le délai de trois semaines après la fin du service militaire est présumée être survenue au service“.

Ärztliche Feststellung genügt. Für die Anmeldung bei der MV besteht auch in diesen Fällen keine zeitliche Beschränkung. Nur für die HD- und Luftschutzpflichtigen ist nach dem BRB vom 29. Dezember 1939 nicht nur die ärztliche Feststellung, sondern auch die Anmeldung bei der MV innert der Frist von 30 Tagen notwendig.

ad 4. Nach Art. 7 MVG sind auch spätere Folgen nachteiligen dienstlichen Einflusses versichert in Fällen, in denen die schädlichen Einflüsse während des Dienstes noch keinen Krankheitsprozess in Gang gesetzt haben und in denen auch während den drei ersten Wochen seit der Entlassung kein Arzt einen Krankheitsprozess festgestellt hat. Hat das Krankheitsgeschehen, wenn auch zunächst unerkennbar und erst retrospektiv feststellbar, schon während des Dienstes eingesetzt, so gelangt nicht Art. 7, sondern Art. 6a zur Anwendung. Das ergibt sich nicht aus dem Wortlaut des Art. 7, wohl aber aus Art. 6a, der auf sämtliche Krankheiten, die den Wehrmann während des Dienstes betroffen haben, seien sie im Dienste bereits feststellbar gewesen oder nicht, Anwendung zu finden hat. Die ärztliche Feststellung ist nur bei erst nachdienstlich beginnenden Krankheitsprozessen erforderlich. Art. 7 findet deshalb keine Anwendung auf Spätfolgen und Rückfälle dienstlicher Krankheiten und auch nicht auf die Folgen von im Dienste erlittenen Unfällen. Zum Beweis der Tatsache, dass noch nachwirkende dienstliche Einflüsse im Zivilleben eine nicht in den ersten drei Wochen

ärztlich festgestellte Krankheit ausgelöst haben, genügt die übliche Wahrscheinlichkeit nicht. Das Gesetz erlegt dem Versicherten den Nachweis auf, dass ein dienstlicher Zusammenhang sehr wahrscheinlich bestehe. Es wird hier der freien Beweiswürdigung des Richters und namentlich des Experten, der praktisch in den meisten Fällen die massgebende Entscheidung treffen wird, eine gewisse Schranke gesetzt.

ad 5. HD-Pflichtige, Luftschützler und Ortswehren sind erst vom vierten Tage voller Dienstleistung an für nicht unfallmässig entstandene Krankheiten versichert (BRB vom 29. Dezember 1939) und auch das nur, wenn sie den Beweis erbringen können, dass die Krankheit mit grosser Wahrscheinlichkeit durch die Erfüllung der Dienstpflicht verursacht oder verschlimmert worden ist (Art. 1, a und e des BRB). Einer Witwe mit Kindern deren Gatte am zweiten Tage seines Dienstes von einer infektiösen Grippe befallen, dann in einem sogenannten Krankenzimmer auf Stroh gebettet und erst mehrere Tage später in hohen Fiebern mit einer schweren Grippenpneumonie ins Spital evakuiert wurde, an deren Folgen er daselbst verschieden ist, musste jede Rente verweigert werden, obschon die dienstliche Verursachung der Krankheit mit Sicherheit feststand. Eine andere Haftung des Bundes für militärdienstliche Gesundheitsschädigungen, als diejenige der Militärversicherung, z. B. Beamtenverantwortlichkeit, kennt die Bundesgesetzgebung nicht (Gutachten des Justizdepartements vom 24. Juni 1909 i. S. Koppe, zitiert von Burckhardt in „Schweizerisches Bundesrecht“ Nr. 2343 (Bd. IV). Die Bestimmung des Art. 1 e des BRB hat zur Folge, dass diese Kategorie von Versicherten gegen Krankheiten auch auf der Hinreise in den Dienst nicht als versichert angesehen werden kann, wohl aber nach Art. 6 b MVG auf der Heimreise aus dem Dienst gegen solche versichert ist.

ad 6. Art. 8 und 9 MVG. Die vordienstlich bereits bestehende Krankheit kann trotz dem grund-

sätzlichen Ausschluss derselben von der Versicherung (Art. 8 Al. 1) in zwei verschiedenen Formen, je nachdem sie ihrem Träger zum Bewusstsein gekommen war (Art. 9 Al. 1) oder nicht (Art. 8 Al. 2), einen Versicherungstatbestand verwirklichen.

a) Einen eigenartigen, ganz vereinzelt dastehenden Schadensdeckungsanspruch gewährt Art. 9 Al. 1 des Gesetzes von 1914, vorher Art. 8 Al. 2 des Gesetzes von 1901. Der Versicherungsfall ist gegeben, sobald der einrückende Wehrmann die bestehende Krankheit spätestens beim Einrücken anmeldet, aber trotzdem zur Dienstleistung verhalten und nicht entlassen wird. Dieser Tatbestand lässt einen Anspruch auf Krankenpflege, Sold und Krankengeld entstehen. Das Eintreten einer Verschlimmerung, d. h. eines dienstlich verursachten Schadens ist nicht erforderlich. Die Versicherung fragt hier weder nach dem Ursprung, noch nach der Ursache der Erkrankung, sondern hat bei bestehender Behandlungsbedürftigkeit den Fall einfach zu übernehmen. Diese Gesetzesbestimmung hat ihre definitive Auslegung durch die Judikatur immer noch nicht gefunden. Der Versicherungsfall tritt ein, sobald der vordienstlich Kranke im Dienst behandlungsbedürftig wird. Oberholzer (Führer durch das MVG, S. 41) nimmt an, Art. 9 sei auch dann anwendbar, wenn die Behandlungsbedürftigkeit noch innert drei Wochen nach Dienstschluss eintritt. Aus dem Wortlaut des Gesetzes kann eine so weit gehende Interpretation nicht begründet werden. Klar und deutlich gewährt das Gesetz: 1. Krankenpflege im Spital oder zu Hause; 2. Sold während der Dauer des Dienstes der Einheit (Art. 19 Al. 2 und 3) nach Beendigung dieses Dienstes Krankengeld, alles ohne Kürzung, wie sich aus Al. 2 ergibt. Eine zeitliche Begrenzung wird nur für den Sold festgesetzt. Bis wann sind Krankengeld und Pflege zu gewähren? In vielen Urteilen werden die Leistungen mit der Begründung, die dienstliche Verschlimmerung sei behoben, abgeschnitten. Da aber eine dienstliche Verschlimmerung nicht

Voraussetzung der Leistungen ist, so darf die Behebung der dienstlichen Verschlimmerung bei fortdauernder Behandlungsbedürftigkeit logischerweise nicht die Ablehnung weiterer Leistungen begründen. Andernfalls würden die dienstlich verschlimmerten Fälle, also diejenigen, bei denen eine erhöhte Berechtigung auf Leistungen besteht, ungünstiger behandelt, als die Fälle, in welchen die Dienstleistung keinen Nachteil zur Folge hatte, die Behebung eines solchen also auch nicht die Unterbrechung der Leistungen der MV herbeiführen könnte. Das gleiche gilt gegenüber den Urteilen, die weitere Leistungen mit der Begründung verweigern, der status quo ante sei wieder erreicht; denn in den Fällen, in denen der Status während des Dienstes keine Änderung erfahren hat, könnten mit dieser Begründung die Leistungen nie vor erreichter Heilung eingestellt werden. Der Krankengeldanspruch wird in der Gerichtspraxis als auf alle Fälle begrenzt erklärt durch die Bestimmung des Art. 25 Al. 3, wonach an Stelle des Krankengeldanspruchs eine Rente tritt, wenn die Erwerbsunfähigkeit voraussichtlich mindestens ein halbes Jahr andauern wird. Nach Art. 9 Al. 2 besteht aber ein Rentenanspruch nur im Rahmen des Art. 8, d. h. im Umfang einer dienstlichen Verschlimmerung. Diese Auslegung ist aber umstritten und wird namentlich durch Oberholzer energisch angefochten mit ungefähr folgender Motivierung: Art. 9 ist dem Gesetz von 1914 entnommen und seine Tragweite muss deshalb aus diesem Gesetz heraus interpretiert werden. Dieses Gesetz kennt das Zwischending von Krankengeld und Pension, wie es durch Art. 25 Al. 3 des Gesetzes von 1901 geschaffen war, überhaupt nicht mehr, sondern nur noch die in Art. 28 des bestehenden Gesetzes geregelte Invalidenpension, für welche Invaliditätserklärung Voraussetzung ist. Die fälschlich als Pension bezeichnete Leistung aus Art. 25 vertritt das Krankengeld und es können ihr die dem Krankengeld zukommenden Rechtswirkungen nicht abgesprochen werden. Nur die eigentliche Invalidenpension

kann daher gemäss Art. 9 Al. 2 vom Vorliegen einer dienstlichen Verschlimmerung abhängig gemacht werden, nicht aber die an Krankengeldstelle tretende Behandlungspension des Art. 25. Diese letztere ist deshalb in den Fällen des Art. 9 ebensolange zu bezahlen als Behandlung gewährt werden muss.

Über die Grundfrage, bis wann die MV in den Fällen aus Art. 9 Al. 1 die Behandlung zu gewähren habe, gehen die Meinungen ausserordentlich weit auseinander. Die Verschlimmerungshaftung mit ihren gekürzten Geldleistungen kennt das Gesetz nur für die dem Versicherten nicht bekannt gewesenen vordienstlichen Krankheiten. Für die ihm bekannten besteht entweder gar keine Haftung (Art. 8 Al. 1) oder unbeschränkte (Art. 9 Al. 1). Da der zum Dienst gezwungene Kranke durch den Gesetzgeber also sicher nicht schlechter gestellt werden wollte als der vermeintlich Gesunde, ergibt sich als Minimaldauer der Behandlungsleistungen die Behebung der dienstlichen Verschlimmerung, wo eine solche eingetreten ist. In all denjenigen Fällen aber, wo gar keine dienstliche Verschlimmerung vorliegt, sondern nur die Feststellung bestehender Behandlungsbedürftigkeit, ist diese Beendigung der Behandlungsverpflichtung nicht anwendbar und muss deshalb als Begrenzungsbestimmung für den Art. 9 Al. 1 fallen gelassen werden. Wo der Gesetzestext uns so vollständig im Stiche lässt, können befriedigende Lösungen häufig aus dem geschichtlichen Werden einer Bestimmung gefunden werden.

Die lex Forrer bestimmt (BBl 1899 IV S. 997) in Art. 336: „Wenn jedoch ein Wehrmann, welcher krank in den Dienst einrückt, die Krankheit rechtzeitig anmeldet und nicht sofort entlassen wird, so besitzt er Anspruch auf die in Art. 341 Abs. 1, lit. a und b bestimmten Leistungen. Für die Mitglieder der öffentlichen Krankenkassen und für die versicherungspflichtigen Mitglieder der eingeschriebenen Krankenkassen bleibt für die Zeit nach der Entlassung aus dem Militärspital der Anspruch auf die Kran-

kenleistungen gewahrt“. Art. 341 Abs. 1, a und b lauten: „Die MV leistet dem vorübergehend Geschädigten bis zum Zeitpunkt, wo die Erwerbsfähigkeit wieder eintritt oder die dauernde Invalidität beginnt oder der Versicherer stirbt, folgende Entschädigungen: a) kostenfreie Behandlung in dem durch die Militärbehörde anzuweisenden Spital oder den Spitalersatz; b) während der Dauer des betreffenden Dienstes bis und mit dem Tage der Entlassung aus demselben den Gradsold.“

In den Fällen der angemeldeten vordienstlichen Krankheit endigte die Behandlung somit erst bei Eintritt der Erwerbsfähigkeit, der Invalidität oder des Todes. Während des Spitalaufenthaltes werden nach der Beendigung des Dienstes dagegen keine Barleistungen mehr entrichtet. Nach der Spitalentlassung jedoch erhalten die Zivilversicherten, d. h. alle Werkstätigen von ihren Krankenkassen das Krankengeld. Nachdem dann die Zivilversicherung ausfiel, musste diese Bestimmung eine Modifikation erfahren. Sie lautet im bundesrätlichen Entwurf vom 20. Mai 1900 (BBl 1900 III S. 373) als Art. 7 Al. 2: „Wenn jedoch ein Wehrmann . . . rechtzeitig anmeldet, . . . so besitzt er Anspruch auf die in Art. 18 Abs. 1 a und b bestimmten Leistungen.“ Art. 18 entspricht in seinem Wortlaut dem oben wiedergegebenen Art. 341, gewährte also Krankenpflege bis Eintritt der Erwerbsfähigkeit, der Invalidität oder des Todes und den Sold bis zum Dienstschluss. Von den vorberatenden Behörden wurde die Bestimmung des Art. 18 in den Art. 7 des Vorentwurfs hineingefügt, jedoch ohne Übernahme der im Ingress enthaltenen zeitlichen Begrenzung. Das Ganze bildete dann das 2. Alinea des Art. 8 des Gesetzes von 1901. Im bundesrätlichen Revisionsentwurf vom 12. November 1912 lautet die entsprechende Bestimmung in Art. 9 Al. 1: „Meldet ein Wehrmann . . . die Krankheit spätestens bei Dienst Eintritt an . . . so besitzt er Anspruch auf kostenfreie Verpflegung und Behandlung oder auf Spitalersatz, sowie während der Dauer des Dienstes auf Grad-

sold und Krankengeld.“ Da aber während der Dauer des Dienstes nach Art. 19 Al. 2 kein Krankengeldanspruch besteht, wurde dann in der Beratung der Text dahin korrigiert: „... und nach dem Dienste auf das Krankengeld.“ Nach dem Gesetz von 1901 war kein Krankengeld gewährt worden. Benz schreibt in seinem Kommentar im Jahre 1908 zum damaligen MVG auf S. 19, dass die Leistungen aus Art. 8 Al. 2 gewährt werden bis zur Entlassung aus dem Dienst, ohne jedoch diese angebliche zeitliche Begrenzung, die weder im Wortlaut, noch in der Entstehungsgeschichte eine Stütze findet, zu begründen.

Die Gerichtspraxis, meist nicht veröffentlichte Einzelrichterurteile, sucht nach Lösungen, ohne dieselben überzeugend begründen zu können. Bis 1923 wurde ein Anspruch bis zur Wiederherstellung der Gesundheit anerkannt, was aber in vielen Fällen zu weit geht. Spätere Urteile folgten der Ansicht Benz und belasteten die MV mit der Behandlung nur bis zum Dienstschluss. Je länger einer Dienst tat und sich den dienstlichen Schädigungen ausgesetzt hatte, für um so kürzere Zeit hatte er Anspruch auf Behandlung, und wer sich mit Energie und Selbstüberwindung bis zum Schluss durchschleppte, durfte die umso nötiger gewordene Behandlung überhaupt nicht mehr beanspruchen. Das konnte unmöglich der Wille des Gesetzgebers gewesen sein. Eine langjährige Judikatur lehnte die Anwendung des Art. 9 Al. 1 in allen Fällen, in denen von vornherein mit einer mehr als sechsmonatigen Behandlung zu rechnen war, überhaupt ab und beurteilte diese Fälle, wie wenn es sich um dem Patienten bei Dienstbeginn nicht bekannte Krankheiten handeln würde. Die letzte Einzelrichterpraxis verpflichtete die MV, diese Patienten bis zum Zeitpunkt zu behandeln, in welchem die Behandlung nach ärztlichem Urteil als abgeschlossen bezeichnet werden kann. Aus der Entstehungsgeschichte liesse sich wohl einzig die in der Gesetzesberatung ohne irgendwelche Begründung fallen gelassene Begrenzung:

bis zum Eintritt von Erwerbsfähigkeit, Invalidität oder Tod rechtfertigen.

Die auf Anmeldung der vordienstlichen Krankheit hin erfolgte Entlassung lässt den Versicherungsfall nicht entstehen. Nach Oberholzer (Führer durch das MVG, S. 41) wird der Versicherungstatbestand aber verwirklicht, wenn der sich krank Meldende, anstatt sofort nach Hause geschickt zu werden, zunächst im Krankenzimmer beobachtet oder in ein Spital evakuiert wird und Arnold (Der Versicherungsanspruch, S. 61) erklärt, sich auf ein Urteil des EVG berufend, Beurlaubung auf kurze Zeit und Spitaleinweisung können nicht als Entlassung gelten. Die Gerichtspraxis steht aber nicht mehr auf diesem Boden, Von den Erwägungen, die den Gesetzgeber bei Aufstellung dieser Bestimmung leiteten, ausgehend, erklärt sie, das „wird er nicht entlassen“ sei gleichbedeutend mit „wird er zur Dienstleistung verhalten“. Abklärung und Einleitung eines Heilverfahrens sind aber nicht Militärdienstleistung des Kranken, Beurlaubung schon gar nicht.

An der wissenschaftlichen Tagung der Vereinigung gegen die Tbc vom 23. April 1939 postulierte Prof. Löffler die Anwendung der Grundsätze des Art. 9 Al. 1 in allen Fällen, in denen bei Dienst Eintritt eine Durchleuchtung stattgefunden hat und auf jeden negativen ärztlichen Entscheidung bei der Eintrittsmusterung. Er dachte dabei ausschliesslich an die LungenTbc, der Krankheit, der so übertragende Bedeutung im Militärversicherungswesen zukommt. Die Ausscheidung gerade dieser Kranken vor jeder Dienstleistung ist für die MV und deren sachgemässe, unter militärische Disziplin gestellte Behandlung ist für die Allgemeinheit von so ungeheurer Wichtigkeit, dass dieser Vorschlag nicht der Vergessenheit anheim fallen sollte. Unter den gegenwärtigen Gesetzesvorschriften ist er kaum zu verwirklichen. Ohne gesetzliche Ermächtigung darf die Gerichtspraxis nicht für eine einzige Krankheit eine besondere Regelung der Haftung schaffen, darf sie nicht den Art. 9 auch dann anwenden, wenn die Tbc dem

Kranken unbekannt gewesen und darum auch nicht angemeldet worden war. Das Fehlen von nur für bestimmte einzelne Krankheiten geltenden Spezialbestimmungen im Gesetze macht sich auch bei andern Krankheiten unangenehm fühlbar, wie bei Besprechung des Art. 6a hervorgehoben wurde, so z. B. für die congenitalen Erbkrankheiten wie bestimmte Geisteskrankheiten, Krankheiten mit schicksalsbestimmtem, durch äussere Faktoren nicht beeinflussbarem Verlauf, wie bestimmte Krankheiten des Blutes usw. Das MVG greift notgedrungen über den Rahmen der Armeehaftpflicht weit hinaus und sein Wirken im Gebiete der Volkswohlfahrt verlangt nach Spezifikation und Abgrenzung.

Die Bestimmungen des Art. 9 finden auch auf die HD-Pflichtigen, Luftschützler und Ortswehren Anwendung. Der BRB vom 29. Dezember 1939 erklärt das MVG als anwendbar, soweit der BRB selber nicht davon abweicht. Auch für diese Kategorien von Dienstpflichtigen besteht die Anmeldepflicht für vordienstliche Krankheiten und die nicht sofortige Entlassung zieht in Bezug auf sie die gleichen Rechtsfolgen nach sich.

b) Die vordienstliche Krankheit ist ferner dann versichert, wenn sie dem Einrückenden nicht bekannt war, gibt aber einen Anspruch auf Leistungen nur dann, wenn der Dienst die Krankheit verschlimmert hat (Art. 8 Al. 2). Das Risiko dienstlicher Verschlimmerung trägt der Wehrmann, der eine bestehende, ihm bekannte Krankheit nicht meldet, im vollen Umfange selber. Ob ihn ein Verschulden trifft, ist ohne Bedeutung. Wäre die Vorschrift vom Gesichtspunkt der Befehlswiderhandlung aus aufgestellt worden, so müsste reduzierte Haftung im Sinne des Art. 11 bestehen. Das „nicht bekannt war“ wird aber in der Gerichtspraxis recht weitherzig ausgelegt. Wer nach überstandener Krankheit sich wieder als geheilt ansehen darf, wer an anscheinend harmlosen Störungen leidet, wie Husteln, Schnupfen, geringen Beschwerden, denen er im Zivilleben keine Bedeutung beizumessen pflegt, braucht sich nicht als krank zu betrachten.

Versichert ist die nicht bekannte Krankheit selber, nicht etwa die dienstliche Verschlimmerung; das ergibt sich aus der Wendung: „falls der Militärdienst den Verlauf der Krankheit ungünstig beeinflusst hat“, also nicht „soweit der Militärdienst“ . . . , sowie aus der Vorschrift des Al. 3, der Vordienstlichkeit billige Rechnung zu tragen und nicht, den vordienstlichen Teil der Krankheit bei der Bemessung der Leistungspflicht auszuschliessen. Wegen Mitwirkung vordienstlicher Krankheiten findet in den meisten Ländern bei Todesfall und in England, Frankreich, Italien auch bei Invalidität keine Kürzung statt. Gekürzt aber wird in Deutschland, Belgien, USA, alles gemäss den Feststellungen des IAA in „Indemnisation des victimes de la guerre“, 1940, S. 20.

Für das vordienstliche Bestehen einer im Dienste konstatierten Krankheit und das Erkennen derselben ist die MV, für die dienstliche Verursachung einer Verschlimmerung der Wehrmann beweispflichtig, während nach den eben erwähnten Feststellungen des IAA in Frankreich, Belgien, Italien, Kanada, USA. die Verschlimmerung vordienstlicher Krankheiten durch den Dienst präsumiert wird. Die Präsumtion gilt als zerstört, wenn der Verlauf der Krankheit dem normalen Verlauf derselben entspricht.

Im HD wird die Versicherung für vordienstliche Krankheiten nur durch Verschlimmerungen, die nach dem dritten Dienstage verursacht werden, ausgelöst.

ad 7. Die Art. 3 und 4 MVG, der letztere erweitert durch den BB vom 13. März 1930, der auch die an den Rekrutenaushebungen, Inspektionen und sanitärischen Untersuchungen Teilnehmenden einbezieht, beschränken den versicherten Tatbestand auf Unfallfolgen. Im gleichen beschränkten Umfang gilt die Versicherung auch für die drei ersten HD-Dienstage. Nägeli (Gegenstand der Versicherung nach dem MVG, S. 23) bezeichnet die Scheidung zwischen Vollversicherten und nur Unfallversicherten als „ziemlich willkürlich“ und Schatz (Contribution à l'étude de l'AM, S. 114) als anfechtbar. Der letztere weist darauf

hin, dass eine solche Scheidung weder der lex Forrer, noch dem bundesrätlichen Entwurf von 1900 bekannt war, dass sie erst nachträglich durch die ständerätliche Kommission gemacht wurde. Die verschiedenen, vom EMD über die Frage der Revision bestellten Gutachten von Morgenthaler, Guisan, Stauffer lassen übereinstimmend diese künstliche Scheidung wieder fallen.

Sowohl nach Art. 3 als nach Art. 4 wird die Versicherung ausgelöst durch Unfälle, die während den bezeichneten dienstlichen Veranstaltungen vorkommen. Der zeitliche Zusammenhang genügt, eine militärdienstliche Verursachung ist nicht erforderlich. Darüber, ob die Unfallfolgenhaftung während den ersten drei Diensttagen im HD nach Art. 1 e des BRB vom 29. Dezember 1939 auch in diesem weitem Rahmen bestehe oder als reine Kausalhaftung aufzufassen sei, spricht sich diese Bestimmung selber nicht aus. Die MV schloss aus Art. 1 a („... das Leiden, das ... durch die Erfüllung der Dienstpflicht verursacht oder verschlimmert worden ist...“) auf reine Kausalhaftung. Das EVG hat aber im prinzipiellen Urteil Henry vom 17. März 1941 (AS 1941 S. 54) auch für die Unfallhaftung aus HD das Kontemporanitätsprinzip als anwendbar erklärt.

Unfall ist kein Gegensatz zu Krankheit, so wenig als Infektion, Erkältung, Vergiftung usw. All dies sind nur mögliche Ursachen einer Erkrankung. Die „Unfall“-versicherung ist eine Teilkrankenversicherung. Es besteht kein innerer Grund, die durch eine bestimmte Ursache, wie das Trauma, hervorgerufene Krankheit in der MV anders zu behandeln als Krankheiten, die durch andere Ursachen ausgelöst werden. Krankheit ist Tatbestandteil sowohl in der Unfall- als in der Krankenversicherung (Siegmond: Die Krankheit im privaten und sozialen Versicherungsrecht, S. 60). Troja (Zur Vereinheitlichung der Sozialversicherung, S. 24) spricht der sozialen Betriebsunfallversicherung überhaupt jede Existenzberechtigung ab, da der versicherte Unfall ja doch nur zu Erwerbsunfähigkeit

oder Tod führen könne, Nachteile, die durch die Krankenversicherung gedeckt werden sollen. Auch Oftinger (Haftpflichtrecht, S. 65) äussert die Überzeugung, dass die Vertiefung des sozialen Gedankens zur Ausschaltung des Unfallkriteriums und zu dessen Ersetzung durch das Kriterium der Körperschädigung führen müsse. Die in allen Ländern bestehende Trennung ergab sich aus der Entwicklung der Sozialversicherung; die abgetrennte Unfallversicherung ist eine Etappe auf dem Wege zu dem der Sozialversicherung gesetzten Ziel. Die Unternehmerhaftpflicht hatte das Risiko des Lohnarbeiters für Betriebsunfälle bei seiner Arbeit für fremde Interessen zu decken. Aus ihr heraus ging die obligatorische Versicherung gegen Betriebsunfälle hervor. Unabhängig davon entwickelte sich auf private Initiative hin eine freiwillige Versicherung der übrigen Krankheiten auf genossenschaftlicher Basis. Die Schweiz hat in dieser Entwicklung das Beispiel Deutschlands befolgt. Über die deutschen Verhältnisse im Jahre 1932 sagt Manes (Personenversicherung, S. 299): „Wenn die Kranken- und Invalidenversicherung genügend Schutz gewähren würde, so bestände kein Bedürfnis für eine besondere Unfallversicherung. Sie ist aber aus historischen Gründen zur juristischen Tradition geworden.“ Dieser juristischen Tradition ist Frankreich nicht erlegen. Es hat in seiner Loi du 5 avril 1928 sur les Assurances Sociales das Einheitssystem der Versicherung aller Krankheiten ohne Rücksicht auf die Art ihrer Entstehung gewählt. Ausser den Unfall- und andern Krankheiten versichert dieses Gesetz auch invalidité prématurée, vieillesse, décès und gewährt Leistungen an Familienlasten, Wochenbett und unfreiwillige Arbeitslosigkeit (Art. 1 des Gesetzes). In der Schweiz scheint man in den massgebenden Kreisen trotz dem Rückfall im BRB vom 29. Dezember 1939, überall dafür besorgt sein zu wollen, dass diese ganz zwecklos nachträglich ins MVG eingefügte Trennung zwischen Unfallfolge und andern Krankheiten auf diesem Gebiete nicht ebenfalls zur juristischen Tradition werde.

Der zur Rechtfertigung der Abtrennung der Unfallkrankheiten auch im Militärversicherungswesen angegebene Grund des schwierigen Beweises hält einer ernsthaften Prüfung nicht stand. So lange kein überzeugender Beweis für die dienstliche Entstehung oder Verschlimmerung der Krankheit erbracht ist, liegt eben kein Versicherungsfall vor. Es gibt ja auch vollversicherte Dienstleistungen von nur wenigen Stunden, wie Beerdigungen, Ehrendienste, Hilfe bei Notfällen, wozu Soldaten mitten aus dem Zivilleben aufgeboten werden. Bezüglich der Versicherung sind dabei nie besondere Beweisschwierigkeiten erwachsen, so wenig wie bei den auf die Reise in oder aus dem Dienst zurückgeführten Erkrankungsfällen.

Über den Unfallbegriff im sozialen Versicherungswesen, über die Beantwortung der Frage, was als versicherter Unfall anzusehen sei, ist sich die Fachliteratur durchaus nicht einig. In den Gesetzen und ihren Entstehungsgeschichten ist i. A. darüber nicht viel zu finden und der gewöhnliche Sprachgebrauch ist viel zu unbestimmt. Auf ihn kann nicht abgestellt werden. In der privaten Versicherung wird regelmässig der Unfallbegriff durch Vereinbarung in den Versicherungsbedingungen festgelegt. In der Sozialversicherung ist ein solcher durch die Versicherungspraxis und die Rechtsprechung unter Beizug der sehr widerspruchsvollen Literatur nach und nach herauszuarbeiten. Giorgio und Nabholz im Kommentar zum KUVG bezeichnet als Unfall „jedes plötzliche, die physische oder psychische Integrität verletzende Ereignis“ (S. 110). Auch Kaskel und Sitzler (Grundriss des sozialen Versicherungsrechts, S. 310) stellt die Schädigung der psychischen Gesundheit der Verletzung der physischen gleich: „... ist der Eintritt einer Gesundheitsschädigung oder des Todes infolge eines plötzlichen Ereignisses“, während Honegger (Begriff des Unfalls in der sogenannten Unfallversicherung, S. 64): „jede äussere, in Bezug auf die körperliche Unversehrtheit bedeutende Einwirkung“ die Schädigung der Psyche nicht als Unfall

anerkennt. Alle diese Definitionen schliessen also auch Mord und Selbstmord ein. Eine ganze Reihe von weiteren Definitionen finden sich zusammengestellt in ASBE Bd. 35 II S. 163.

Piccard lässt die Frage, ob es psychische Unfälle gebe, ausdrücklich vorläufig noch offen und definiert den Unfall als die „unbeabsichtigte, plötzliche, schädigende Einwirkung eines mehr oder weniger aussergewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper“. Auf seine Definition hat sich die Praxis des EVG aufgebaut, soweit nicht unsere beiden Sozialversicherungsgesetze sie für ihren Geltungsbereich modifizieren. Das ist der Fall in Art. 11 des MVG: „Wenn ... ein Unfall durch Arglist des Versicherten ... entstanden ...“ und in Art. 98 KUVG: „Hat der Versicherte den Unfall absichtlich herbeigeführt ...“ Dieser Wortlaut erlaubt es nicht, den Unfallbegriff auf nur unbeabsichtigte Ereignisse anwendbar zu erklären. Wie wenig der für die Sozialversicherung massgebende Unfallbegriff mit dem im allgemeinen Sprachgebrauch üblichen übereinstimmt, erhellt aus der wesentlich unter dem Einfluss des Erfordernisses eines mehr oder weniger aussergewöhnlichen Ereignisses stehenden Aufzählung von Beispielen in Piccard: „Haftpflichtpraxis und Sozialversicherung“, S. 19 ff. Streng genommen fallen jede Erkältung, jede Infektion mit ansteckender Krankheit unter den Unfallsbegriff, müssen aber wegen ihrem häufigen Auftreten davon ausgenommen werden. Dagegen ist die Erkältung im Anschluss an einen Sturz ins Wasser ein Unfall. Unfall sind Blutvergiftung durch Eiter erregende Mikroben, Wundstarrkrampf durch Tetanus, Infektion mit typischen Tierkrankheiten, Trichinose, Tollwut, Milzbrand, Rotz, nicht aber Infektion durch gewöhnliche Verbreitungsarten wie Typhus infolge verseuchter Wasserleitung, Flecktyphus durch Insektenstich, wohl aber Infektion bei Bazillenerforschung im Laboratorium, Vergiftung durch verdorbene Austern, Würste, essbare Schwämme. Unfall ist auch Syphilisinfektion infolge Trinkens aus einem infizierten Glas, zweifelhaft aber,

ob die Syphilisinfection beim Coiffeur Unfall oder Krankheit sei. Nicht Unfall, sondern ausschliesslich Krankheitsfolge ist der Sturz des Schlafwandlers vom Dach, der Sprung aus dem Fenster im hohen Fieber. Diese Zusammenstellung von Piccard belegt in überzeugender Weise die Notwendigkeit, mit einer verschiedenen rechtlichen Behandlung der Krankheiten, je nachdem sie traumatischen Ursprungs sind oder nicht, aufzuräumen.

VII. Der Militärversicherungsfall.

Die Voraussetzung dafür, dass die aufgeführten Versicherungstatbestände zum Militärversicherungsfall werden, ist eine Verbindung der drei erforderlichen Elemente miteinander: Militärdienst oder Dienstverrichtung, Gesundheitsschädigung oder Tod und wirtschaftliche Schädigung oder Verletzung der körperlichen Integrität.

1. Militärdienst. Ausfluss der Wehrpflicht ist die militärische Stellungspflicht. Die Militärdienstpflicht ist an die Feststellung bestehender Diensttauglichkeit und an die Zuteilung zu einer Waffengattung oder zum Armeedienst gebunden. Wo nicht Spezialtatbestände aufgestellt sind, wie in Art. 3 und 4 und für verschiedene Kategorien von Versicherten in Art. 2, da ist Voraussetzung für das Versichertsein, dass der Wehrmann „im Militärdienst steht“. Die Entscheidung darüber, welche der verschiedenen dienstlichen Verrichtungen darunter zu subsumieren sind, hat von jeher Schwierigkeiten bereitet. Der Kommentar Stooss zum MStrG definiert den Begriff Militärdienst als „den in der Regel auf Grund eines Dienstbefehls unter Befehl militärischer Vorgesetzter zu leistende Dienst, wobei der Staat für Sold, Verpflegung und Unterkunft zu sorgen hat.“ Nach Schatz (*Contribution à l'étude de l'AM*, S. 69) hat die bundesrätliche Praxis das Versichertsein abhängig gemacht von einer Anzahl bestimmter Requisiten. Es musste der Mann in der Uniform stecken, dem militärischen Zwang unterworfen, den dienstlichen Gefahren ausgesetzt, dem Militärstrafgesetz unterstellt

und die Dienstleistung musste im Dienstbüchlein eingetragen sein. Das EVG hat die Lösung der sich stellenden Probleme auf einem andern Boden gesucht. Es geht von der grundsätzlichen Erwägung aus: Was Militärdienst ist, das sagt der Gesetzgeber, wenn auch nicht im MVG, so doch in der MO von 1907 in den Art. 8 und 9 im folgenden Wortlaut: Art. 8: „Die Diensttauglichen haben die Militärdienstpflicht zu erfüllen. Sie erstreckt sich: a) auf den Instruktionsdienst, Dienst zur Ausbildung; b) auf den Aktivdienst, Dienst zur Behauptung der Unabhängigkeit des Vaterlandes gegen aussen, sowie zur Handhabung der Ruhe und Ordnung im Innern“.

Art. 9 lautet: „Die Militärdienstpflicht umfasst überdies die Pflicht zur Beobachtung der Vorschriften über das Kontrollwesen, zur Instandhaltung der Bewaffnung, Bekleidung und persönlichen Ausrüstung und zur Teilnahme an den Inspektionen über dieselbe, zu den vorgeschriebenen Schiessübungen und zur Befolgung der für das Verhalten ausser Dienst überhaupt geltenden Vorschriften.“

Art. 8 umfasst vollumfänglich den eigentlichen Militärdienst, wie er im täglichen Sprachgebrauch verstanden wird. Nach Eugster gehört zum Begriff des aktiven Dienstes eine besondere, erhöhte Gefahr, wie sie dem Dienst zum Schutze des Landes gegen äussere und innere Gefahren innewohnt. Ehrendienst, der ausserhalb des Instruktionsdienstes geleistet wird, ist darum nicht Aktivdienst, ist Erfüllung ausserdienstlicher Pflichten im Sinne von Art. 9 MO. Nach dem Militärkassationsgericht dagegen ist Aktivdienst ein negativ zu umschreibender Begriff: Jeder Militärdienst, der nicht Instruktionsdienst ist, fällt unter den Begriff Aktivdienst. Mit Fleiner (Bundesstaatsrecht, S. 641) rechnet auch das EVG jeden Dienst, der nicht Instruktion, Vorbereitung und Einübung auf den Dienst zum Ziele hat (Instruktionsdienst), zum Aktivdienst, speziell auch den gesamten Ehrendienst. Militärdienst wird immer im äussern Rahmen von Armeeabteilungen, zu

denen auch die Armeesantität und die Armeejustiz gehören, geleistet, was bei der Erfüllung der in Art. 9 genannten Pflichten im Zivilleben nicht zutrifft. Eingehende Ausführungen über die Unterscheidung und eine Zusammenstellung der bisherigen Praxis finden sich im Urteil Rochaix in AS 1936, S. 56 ff.

Durch den Plenarbeschluss vom 27. April 1927 hat das EVG die bereits ein Jahr vorher durch Einzelrichterurteil inaugurierte Praxis endgültig festgelegt, wonach als durch das MVG versicherter Militärdienst nur der eigentliche Militärdienst zu verstehen sei, wie er in Art. 8 MO umschrieben ist, nicht aber die Erfüllung der mit ihm nur accessorisch verbundenen, in Art. 9 MO aufgezählten, dienstlichen Verpflichtungen. Dass das MVG die Erfüllung dieser letztern nicht unter dem Ausdruck „im Dienste stehen“ verstanden wissen wollte, ergibt sich schon daraus, dass die Erfüllung einzelner derselben in den Art. 3 und 4 MVG durch Spezialbestimmung der Versicherung unterstellt werden. Es kann unmöglich angenommen werden, dass der Gesetzgeber, der die Schiesspflicht unter Leitung, die Teilnahme an unter Kommandogewalt stehender Rekrutenaushebung, Inspektion, sanitärischer Untersuchung nur gegen Unfallfolgen versichert hat, die Erfüllung der übrigen militärischen Pflichten im Zivilleben als vollversicherten Militärdienst betrachtet. Für Offiziere und Unteroffiziere bestehen nun aber weitergehende Verpflichtungen, deren Ausschluss aus der Versicherung mit ernsthaften Motiven angefochten ist, so vor allem die Durchführung anbefohlener Rekognoszierungen zur Vorbereitung von Kursen, Teilnahme an durch den militärischen Vorgesetzten befohlenen Rapporten usw. Eine Zusammenstellung der Judikatur in solchen Grenzfällen findet sich bei Schatz: Contribution à l'étude de l'AM, S. 80. Diese Scheidung in versicherten Militärdienst und nicht versicherte Erfüllung militärischer Pflichten hat eine stark Erschütterung erfahren, als gestützt auf den BRB vom 7. Oktober 1936 zum Schutze der Mobilmachung im Falle

eines plötzlichen Überfalles aus den ortsansässigen Männern die Grenztruppen geschaffen und organisiert wurden. Die zur Verwendung in denselben vorgesehenen Offiziere wurden durch die Generalstabsabteilung zur Einteilung und zur Besprechung der Einrichtung der einzelnen Abschnitte zu ein- bis mehrtägigen Rekognoszierungen aufgeboden. Die MV hat in der Begutachtung der Versicherungsfrage hinsichtlich dieser Offiziere darauf hingewiesen, dass nach der Gerichtspraxis Rekognoszierungen nicht versichert sind. Die Generalstabsabteilung bezeichnete diese Gerichtspraxis als eine zu enge Auslegung des Gesetzes. Bei Rekognoszierungen der Offiziere handle es sich um eigentlichen Militärdienst gestützt auf Art. 135 Al. 2 MO („Auch können die Offiziere . . . zu Spezialdiensten kommandiert werden“). Die Mobilmachung, welche in den verschiedensten Formen und Arten während dem zwischen den Dienstperioden liegenden Zeiträumen Offiziere, Unteroffiziere und Soldaten mit Kontrollen, Rekognoszierungen, Überwachungen beauftragt, hat die Aufrechterhaltung der bisherigen Trennung in ihrer scharfen Form zur Unmöglichkeit gemacht. Noch hat zwar das EVG daraus den endgültigen Schluss nicht gezogen, noch hat es keine neuen Merkmale für die Bestimmung des Begriffes des versicherten Militärdienstes aufgestellt. Aber im Geschäftsbericht für das Jahr 1941 an die Bundesversammlung hat es festgestellt, dass die aus der Friedenszeit stammende Gerichtspraxis mit den gegenwärtigen Anforderungen und Bedingungen nicht mehr vereinbar sei. Es wird damit auf eine zu gewärtigende Änderung der Praxis hingewiesen.

Aber schon seit jeher ist der Ausschluss aller Dienstverrichtungen, die sich nicht unter Art. 8 MO subsumieren lassen, angefochten worden. Guisan in ZBJV Bd. 67 S. 505 forderte eine ganz allgemeine Fassung des Versicherungsfalls. Er will der Versicherung unterstellen „l'accomplissement des obligations militaires résultant de la constitution, de la loi, d'un règlement, des exigences de

la discipline ou des ordres d'une autorité ou d'un chef militaire". Nach Morgenthaler sollen versichert werden alle Gesundheitsschädigungen, die ursächlich auf die Erfüllung der Wehrpflicht zurückzuführen sind und den Wehrmann der freien Bestimmung seiner Handlungsfähigkeit berauben.

In seinem Geschäftsbericht von 1934 weist das EVG auf die Unzukömmlichkeiten hin, die aus der verschiedenen Auffassung der beiden Bundesgerichte über den Begriff des Militärdienstes entstehen. Bei der Beurteilung der Rekurse über die Militärsteuerpflicht stellt das Bundesgericht auf die Erfüllung persönlicher Dienstleistung ab und hat die Unterscheidung des EVG zwischen eigentlichem Dienst nach Art. 8 MO und Erfüllung militärischer Pflichten gemäss Art. 9 MO nicht übernommen.

Art. 2 Ziff. 1 MVG und Art. 2 MStrG verwenden beide übereinstimmend den Ausdruck, die „im Dienste“ stehenden Wehrmänner. Dem Ausdruck wird aber eine verschiedene Tragweite beigemessen, je nachdem es sich um die Anwendung des einen oder des andern Gesetzes handelt. Die Auslegung muss notgedrungen eine verschiedene sein, da jede der beiden Institutionen, Versicherung und Strafjustiz, die Bestimmungen so muss anwenden können, wie es der Erfüllung ihrer speziellen Aufgabe entspricht. Der Militärstrafjustiz gelten als Kennzeichen dafür, dass der Angeschuldigte als im Dienste stehend zu gelten hat: Unterstelltsein unter dienstliche Kommandogewalt. Vom Vorgesetzten anbefohlene Rekognoszierung und Rapporte sind somit Dienstleistung. Aber auch schon das für jedermann erkennbare Auftreten gegen aussen als Soldat, also jedes Tragen der Uniform, ob mit oder ohne Berechtigung, gilt nach Art. 2 Ziff. 4 MStrG als „im Dienste stehen“. Während eines privatenurlaubes gilt nach der gegenwärtigen Praxis der Soldat während den ersten zwei Tagen und zudem an denjenigen Tagen, für welche er den Sold bezieht, als im Dienste stehend, auch wenn er die Uniform nicht trägt.

Um versichert zu sein, genügt es, dass der Wehrmann im Dienste steht; es ist nicht nötig, dass er Dienst leistet. Die bundesrätliche VV vom 12. November 1901 zum MVG bestimmte in Art. 11, dass die Wehrmänner in den Spitälern als im Dienste stehend zu betrachten seien. Deshalb galten nach der ursprünglichen Gerichtspraxis die Militärpatienten in Spitälern als versichert für interkurrente Krankheiten. Mit Plenarentscheid vom 5. November 1927 wurde diese Praxis, als dem Gesetze widersprechend, geändert. Dem Bundesrat habe die Kompetenz gefehlt, das Gesetz abzuändern oder zu ergänzen. Dagegen wurden nach wie vor die in den Truppenkrankenzimmern verpflegten Patienten, die nach Art. 9 Schlussalinea MVG keinen Anspruch auf Leistungen der MV besitzen, als im Dienste stehend und somit als versichert betrachtet. Mit der Kriegsmobilmachung sind zentrale Krankenabteilungen der Truppsanität (Brigade-, Divisionskrankenzimmer und die MSA als Krankenzimmer der Armee) eingerichtet und die Militärpatienten in den Zivilspitälern unter Aufsicht und Kontrolle der Territorialkommandoärzte gestellt worden. Durch Plenarbeschluss des EVG vom 17. Dezember 1940 wurden die Patienten als während ihres MSA-Aufenthaltes der Versicherung unterstehend erklärt. Die in Zivilspitäler evakuierten werden nach wie vor nicht als im Dienste stehend anerkannt, da sie aus dem Armeeverbände ausgeschieden, keiner Armeeabteilung mehr zugeteilt sind; denn trotz der Aufsicht der Territorialkommandoärzte unterstehen die Spitalgänger der MV und nicht der Sanitätsabteilung der Armee. Materiell bringt diese Lösung allerdings eine ungleiche Behandlung mit sich und bedeutet deshalb eine oft grosse und folgenschwere Ungerechtigkeit. Die Entscheidung darüber, ob ein Soldat in eine MSA oder in ein Zivil- oder Militärspital zu evakuieren sei, ist oft eine rein zufällige. Wo die Entfernung zur nächsten MSA erheblich grösser ist als zu einem geeigneten Zivilspital, wo für die nötige Spezialbehandlung ein Zivilspital besser eingerichtet ist,

besonders auch in Notfällen, folgt Einweisung ins Zivilspital. Die oft grossen Härten der gegenwärtigen Regelung veranlassten im Revisionsgutachten Stauffer den Vorschlag, für interkurrente Erkrankungen während der Spitalbehandlung die durch Gegenbeweis der MV widerlegbare gesetzliche Vermutung des bestehenden Kausalzusammenhanges aufzustellen. Einer extensiven Auslegung des gegenwärtigen Gesetzes in diesem Sinne hat der BRB vom 21. Mai 1941 den Riegel gestossen, der den Aufenthalt in Zivil- und Militärspitälern und Sanatorien als der Versicherung nicht unterstehend bezeichnet.

Für die Beantwortung der Frage, inwieweit der Soldat während einesurlaubes versichert sei, ist von den gleichen Erwägungen auszugehen. Durch den Plenarbeschluss vom 2. März 1926 erklärte das Gericht den Abendausgang, den Sonntagsurlaub und auch den grossen Urlaub in der Rekrutenschule als versichert; denn auch während den angeordneten Ruhepausen steht der Soldat im Dienst. Daraus bildete sich dann die kurze Formel: Allgemeine Urlaube sind versichert, individuelle nicht. Der befohlene Urlaub liegt im Interesse der Truppe (Ausspannung, Ruhe, Hebung der Dienstfreudigkeit) und ist versichert, der nachgesuchte Urlaub aber dient persönlichen Interessen des Gesuchstellers. Keine Bestimmung berechtigt, für solche Urlaubstage der Versicherung die Risiken zu überbinden. Der Urlauber ist in diesem Falle nur nach Art. 6b auf der Hin- und Rückreise versichert. Seine engere Verbindung mit dem Dienst äussert sich immerhin darin, dass er auch auf der verfrüht angetretenen Rückreise in den Dienst versichert ist (Urteil Guerin), während der zu früh in den Dienst Einrückende auf der Hinreise unversichert bleibt. Der Aktivdienst mit seinen fortwährend ändernden Befehlen und immer neuen Urlaubsarten gab der Versicherung harte Nüsse zu knacken. Ganze Einheiten, die vorwiegend aus Landwirten bestanden, wurden zu Erntezeiten für 10 und mehr Tage in Urlaub befohlen, um die

Landesversorgung sicherzustellen. Im Interesse der körperlichen Ausbildung der Mannschaft wurden die Soldaten zur Teilnahme an ausserdienstlichen Sportkonkurrenzen ermuntert durch weitherzige Beurlaubung zu solchen Zwecken. Die hohen Stäbe wollten nicht begreifen, dass diese Leute nicht versichert sein sollten. Und doch konnte nicht behauptet werden, dass sie noch als Wehrmänner im Dienste stehen. Das Unterscheidungsmerkmal zwischen allgemeinem und individuellem Urlaub verlor sein Gewicht. Die Gerichtspraxis stellt nun vor allem auf Zweck und Funktion des Urlaubs ab, prüft, ob er ein Bestandteil des Dienstbetriebes oder ein Entgegenkommen der Armee an militärfremde Interessen sei (Urteil Reinmann 1941). Für Instruktoren, Angestellte der Festungswerke, Bereiter usw. gibt es eine solche Unterscheidung nicht, weil sie während ihrer ganzen Anstellungsdauer versichert sind und durch den Dienst in ihrer Einheit oder in Kursen die Anstellung nicht unterbrochen wird.

Als Gegengewicht für die an freien Sonntagen wesentlich erhöhten Risiken der MV hat in der Urlaubspraxis der Art. 11 (Kürzung wegen grober Fahrlässigkeit) eine oft sehr weitgehende Anwendung erfahren, wurde doch sogar die von den militärischen Vorgesetzten von jeher geförderte Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen an einem versicherten Urlaubstag als grobe Fahrlässigkeit bewertet.

2. Gesundheitsschädigung. Darunter ist nicht nur die Herabsetzung der physischen und psychischen Gesundheit durch Krankheit, sondern auch eine aus der letztern resultierende Invalidität und ebenfalls die völlige Vernichtung der Gesundheit, der Tod, zu verstehen.

Schon die Bestimmung dessen, was unter Gesundheit zu verstehen ist, bietet Schwierigkeiten. Die Tbc-Fachmänner Bachmann, Kartagener, Löffler, Michaud und Stähelin haben in der medizinischen Wochenzeitschrift von 1941 S. 91 den Begriff der Gesundheit als eine Negation bezeichnet, als Abwesenheit von Krankheitszeichen, während nach Aschoff Gesundheit Sicherung, Krankheit

Gefährdung der biologischen Existenz bedeutet (zitiert von Dubois im Vortrag vor dem Unfallärztekongress 1941). Die letztere Definition macht uns besser klar, dass es nicht möglich ist, eine genaue Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit zu ziehen. Das EVG hat zu Beginn seiner Tätigkeit sich von Prof. Rud. Stähelin in Basel und Dr. Meerwein ein Gutachten darüber geben lassen, was im medizinischen Sinne Krankheit sei. Das Ergebnis des interessanten Gutachtens fasste Stähelin in die Worte zusammen: „Krank nennen wir einen Menschen, bei dem pathologische Vorgänge die Arbeitsfähigkeit oder den Lebensgenuss stören oder zu stören im Begriffe sind.“ Auf den Lehren dieses Gutachtens hat sich unter Anpassung an die beiden Sozialversicherungsgesetze der Krankheitsbegriff der Gerichtspraxis herausgebildet. Wir verstehen unter Krankheit einen Prozess stets etwas Fortschreitendes, in der Entwicklung oder in Rückbildung, Heilung, Begriffenes. Im Gegensatz zu Krankheit sind Disposition und Invalidität grundsätzlich Zustände, etwas Stillstehendes und für die Dauer ihrer Ruhelage Endgültiges. Mit dieser Erkenntnis haben wir ein viel brauchbareres Instrument zur Bestimmung von Anfang und Ende der Krankheit gefunden, als es die eingangs erwähnten Definitionen und die deutsche Sozialversicherungsliteratur bieten, in welcher letzterer ganz allgemein die Krankheit als Zustand bezeichnet wird. „Krankheit ist ein anormaler körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlung erfordert oder arbeitsunfähig macht“ (Kaskel und Sitzler: Grundriss des Sozialversicherungsrechts, S. 85). Die Übergänge von Gesundheit zu Krankheit und von Krankheit zu Gesundheit sind nicht nur medizinisch sehr schwer, selten mit befriedigender Genauigkeit, häufig aber überhaupt nicht festzustellen; sie bieten in ihren Zwischenstufen auch dem Juristen für die rein theoretische Abgrenzung grosse Schwierigkeiten. Scharf und logisch teilt Gericke (Der Begriff der Krankheit im MVG und KUVG) ein: Disposition als Vorzustand und Invalidität als Nachzustand sind nicht

Vorgänge, gehören also nicht zum Krankheitsbegriff, ob schon die Disposition auf einem pathologischen Zustand beruht. Disposition und Invalidität unterscheiden sich dadurch von einander, dass die Invalidität arbeitsunfähig macht.

Die Disposition oder Krankheitsanlage hat die Gerichtspraxis von Anfang an als „Nicht-Krankheit“ angesehen, gleichgültig, ob es sich um die Frage des Beginns des Krankheitsprozesses (Vordienstlichkeit) oder um die Frage seines Erlöschens handelte. Eine durch den Dienst verstärkte oder auch eine neu geschaffene Disposition ist darum nicht versichert, wenn im Zivilleben dieselbe in aktiven Krankheitsprozess übergeht. Besteht also versicherungsrechtlich trotz vorhandener Dispositionen volle Gesundheit? Ja, soweit es sich um Anlagen handelt, die sich nicht aus sich selber heraus früher oder später aktivieren und in einen Krankheitsprozess übergehen müssen, sondern nur durch einen, wenn auch nicht in jedem Einzelfall praktisch feststellbaren äussern Faktor in Bewegung gesetzt werden können. Prädispositionen aber, die schicksalsgemäss während einer normalen Lebensdauer früher oder später notwendigerweise sich in einem Krankheitsprozess zu erkennen geben müssen, behandelt die Gerichtspraxis als Zwischenstufe zwischen Gesundheit und Krankheit, indem sie solche Dispositionen häufig als die Versicherungsleistungen herabsetzende oder sogar ausschliessende Vorzustände erachtet.

In sozusagen jedem Menschen bestehen Krankheitsanlagen, ohne dass die meisten je zur Entwicklung gelangen würden. Solange sie sich ruhig verhalten, sind sie für den Mediziner nicht erkennbar. In einem durch die bekanntesten Psychiater dem EVG erstatteten Kollektivgutachten wird die Disposition als Abwehrschwäche gegen bestimmte Schädigungen definiert. Sie dürfe nicht als pathologischer Vorgang verstanden werden. Das Eindringen von Bazillen schafft bei den einen Krankheiten nur eine Disposition, löst bei den andern aber den Krank-

heitsprozess selber aus. Die allermeisten Menschen sind Träger von Tuberkulosebazillen, gelten aber für den Mediziner und für die Versicherung bis zum Beginn des Krankheitsprozesses als gesund. Wer aber von Bazillen, die venerische Krankheiten, Typhus, Diphtherie, Scharlachfieber, Malaria, Grippe usw. erzeugen, befallen wird, erkrankt, wenn sie ihm überhaupt gefährlich werden, sofort. Die Zeitspanne, die zwischen dem Eindringen des Bazillus und der Äusserung der ersten Krankheitssymptome minimal liegen muss und maximal liegen kann, nennt man Inkubationszeit. Während der Inkubationszeit ist, wenn auch immer erst retrospektiv erkennbar, die Krankheitsentwicklung im Gang. Während der Inkubationszeit ist, nach Stähelin, immer die körperliche Integrität schon angegriffen.

Angeborene Anomalien und Missbildungen werden rechtlich der Disposition gleichgestellt, solange sie weder die Erwerbsfähigkeit behindern, noch ein Krankheitsgeschehen hervorrufen. Angeborene Erweiterung des Nierenbeckens (Hydronephrose) oder der Herzhöhlen (Herzdilatation) sind an und für sich, solange nur ein in seiner Widerstandskraft geschwächtes Organ vorliegt, nicht Krankheiten, werden aber vom Momente an juristisch als Krankheitsprozess berücksichtigt, da sie die Funktion des Organs, das sie beherbergen, derart behindern, dass diese Funktion als krankhaft erscheint.

Verfallerscheinungen, welche das Altern naturgemäss mit sich bringt, sind zwar kein Zustand, sondern ein progredienter Verfallprozess. Aber dieser Prozess ist eine natürliche, allem Leben auf der Erde eigentümliche Eigenschaft. Der Alterungsprozess mag Gegenstand eines besonderen Zweiges der Sozialversicherung werden; die Kranken- und Unfallversicherung aber berührt er nicht. Die Versicherung hat darum Krankheitsfolgen vollumfänglich zu übernehmen, auch wenn sie durch den natürlichen Alterungsprozess eine schlimmere Form annehmen und länger dauern als bei dem in der Vollkraft seiner Jahre

stehenden Versicherten. Alterskrankheiten aber, wie die Arteriosklerose, sind, wenn sie auf die versicherte Krankheit verschlimmernd einwirken, in ihrer rechtlichen Bedeutung jeder versicherungsfremden Krankheit gleichgestellt. Die diesbezügliche Gerichtspraxis ist zusammengestellt in Graven: Les invalidités, S. 98. Der Grundsatz, dass die natürlichen Veränderungen des Gesundheitszustandes (Alter, allgemeine Schwächlichkeit etc.) immer dem Versicherer zur Last fallen, wenn sie die Widerstandskraft herabsetzen, gilt nicht nur in der Sozialversicherung, sondern überhaupt im Versicherungsrecht (Hagen: Grundzüge des Versicherungsrechts, S. 101).

Nicht als Krankheit im Sinne des Versicherungsgesetzes betrachtet die Gerichtspraxis körperliche Auswirkungen angeborener Charakterfehler und auf Willensschwäche beruhende Gesundheitsschädigungen, die aus unsolidem Lebenswandel resultieren, wie Alkoholismus und Nikotinismus, auch nicht die Zahnkaries, die als Resultat von Konstitution und Vernachlässigung der Zahnpflege betrachtet wird. Kommen solche Schädigungen als mitwirkende Faktoren an Dienstfolgen in Frage, dann erfolgt, wenigstens bei den ersterwähnten, Kürzung aus Art. 11 (Verschulden), nicht aus Art. 8 (vordienstliche Krankheit).

a) Krankheit. Der Beginn der Krankheit ist somit nach der Gerichtspraxis die Aktivierung eines Krankheitsprozesses. Der Zeitpunkt der Aktivierung ist sehr häufig erst retrospektiv mit mehr oder weniger Genauigkeit festzustellen. Nach vielen Wochen eines strapaziösen Dienstes erkrankt ein Soldat. Die Diagnose lautet auf Tbc. Der Mann war vor dem Dienste nie krank, in seiner Schwerarbeit nie behindert, im Dienste stets voll leistungsfähig und beschwerdefrei und trotzdem zeigt das Röntgenbild grosse Kavernen, die nach der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis viele Monate, vielleicht Jahre der Entwicklung und damit eines aktiven Krankheitsprozesses benötigt haben müssen. Oder: Ein

von Gesundheit strotzender junger Mann, der es jahrelang schon in verschiedenen Sportarten zu Höchstleistungen gebracht hat, stirbt im Dienst plötzlich an akutem Herztod. Die Sektion ergibt das Bestehen einer Coronarsklerose, eine Krankheit, die den innern Durchmesser der Kranzarterien des Herzens immer enger werden lässt. Mit der Zeit kommt es zu kurzen Unterbrechungen im Durchströmen des Blutes, was zu Herzanfällen führt und in der Folge schlussendlich zum tödlichen Herzschlag. Gelegentlich kann aber auch schon der erste Anfall tödlich verlaufen. In beiden Fällen handelt es sich um vordienstliche Krankheiten, so unglaublich dies den Familienangehörigen, Dienstkameraden und Arbeitskollegen auch erscheinen mag.

Aber das Leben bringt nicht nur Krankheitsbilder, die sich in juristisch-logische Regeln einspannen lassen. Wir begegnen häufig sogenannten endogenen Krankheiten. Über den Zeitpunkt des Beginns dieser Krankheitsprozesse können die Mediziner uns nichts genaueres sagen, als dass sie schon lange bevor sie erkennbar sind, begonnen haben müssen. Unter endogen versteht der Mediziner gemäss dem kollektiven Psychiatergutachten vom 18. Januar 1939 an das EVG das, was bereits in den Chromosomen der sich vereinigenden Geschlechtszellen vorhanden ist. Bis zu welchem Zeitpunkt solche Anlagen nur als Dispositionen angesehen werden dürfen, d. h. wie lange sie sich im Einzelfall in vollkommener Ruhelage gehalten und seit wann sie fortzuschreiten begonnen haben, das kann auch retrospektiv nicht geklärt werden, auch nicht durch die Autopsie. Solche Krankheiten sind beispielsweise die genuine Epilepsie, die Geisteskrankheiten, multiple Sklerose, bösartige Geschwülste, Hydrozele (Wasseransammlung im Hoden oder Samenstrang etc.). So wenig als ein einziges Röntgenbild kann uns die Anatomie über den Verlauf des Krankheitsgeschehens zuverlässige Auskunft geben. Der Anatom sieht nur, was ihm die Leiche enthüllt, nur das Zustandsbild im Augenblick des Todes. Er kann uns sagen, an welchen Orten sich ein

Krankheitsprozess abgespielt und worin er bestanden hat, nicht aber über die Ursachen desselben und die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Ursachen Auskunft geben. Die interne Medizin, nicht die Anatomie muss uns die Wahrscheinlichkeiten über den Verlauf eines Krankheitsprozesses aufzeigen, uns darüber belehren, wie ein vorbestehender Krankheitsprozess ohne die dienstlichen schädigenden Einflüsse, ohne die Einwirkung eines Unfallereignisses etc. verlaufen wäre.

Konstitutionelle pathologische Anlagen sind solche, die sich entweder im Embryo oder kurz nach der Geburt im Kinde einnisten, um dann je nachdem vielleicht später irgendwann im Leben als Krankheit wirksam zu werden. Aber darüber, was konstitutionell ist, sind sich die Mediziner durchaus nicht einig. Prof. Zollinger hat am Unfallärztekongress von 1941 eine ganze Anzahl wissenschaftlicher Definitionen des Begriffs Konstitution bekannt gegeben. Nach Bauer ist die Konstitution die Summe der aus dem Keimplasma übertragenen Eigenschaften des Organismus, nach andern Autoren aber die jeweilige Gesamtheit der inneren Lebensbeziehungen, nach andern die körperlich-seelische Gesamtverfassung, nach Aschoff (zitiert von Prof. Dubois) die Gesamtverfassung des Organismus, zusammengesetzt aus ererbten und erworbenen Eigenschaften. Nach den letzterwähnten Definitionen müssten wir alle Krankheiten als konstitutionell bezeichnen. Die Gerichtspraxis stellt aber die konstitutionellen Krankheiten in einen scharfen Gegensatz zu den erworbenen und misst ihnen in der Frage des vordienstlichen Bestehens eine völlig verschiedene Bedeutung zu. In Graven: Les invalidités, findet sich auf S. 100 eine Zusammenstellung der in der bisherigen Gerichtspraxis als konstitutionell bezeichneten Krankheiten. Zu ihnen gehören Psychopathien, Krebs und krebsartige Geschwülste, Knochenentzündung (Osteitis), multiples Myelom (bösartige Geschwülste im ganzen Netz des Knochenmarks), Rückenmarkerkrankung (Syringomyelie), multiple Skle-

rose (eine Verhärtung des Zentralnervensystems in Gehirn und Rückenmark), Leukämie (Überschwemmung des Blutes mit krankhaft gewucherten Zellen), habituelle Hernien, nach der neuesten Wissenschaft und Judikatur nun auch die Zuckerkrankheit etc. Es gibt Krankheiten, von denen die Medizin nicht weiss, wie, wann und aus welchen Ursachen sie entstehen, ob sie in ihrem Entwicklungsgang durch äussere Umstände beeinflussbar sind, wie z. B. die Krebsgeschwulst. Von andern Krankheiten erklären uns die Experten, dass sie zu dem ihnen vorbestimmten Moment in äussere Erscheinung treten und ihren schicksalsmässig vorbestimmten Verlauf nehmen, im Dienste wie im Zivilleben. Über den Zeitpunkt des Beginns solcher Krankheiten könne nur gesagt werden, dass sie seit Wochen, Monaten oder Jahren in latenter Entwicklung gewesen sein müssen, bevor sie erkennbar wurden, so die multiple Sklerose, die perniziöse Anämie u. a. Auf solche Krankheiten ist die einfache Formel der Kontemporanitätshaftung des Art. 6 nicht anwendbar. Die Auslegung der Gesetzesvorschriften muss sich dem Charakter der verschiedenen Krankheiten anpassen, wo die Krankheiten sich nicht in juristische Gesetze einschachteln lassen. Es darf die Verantwortung für die heutige Begrenzung der Erkenntnisse der medizinischen Forschung nicht durch Beweislastverteilung dem Versicherten oder der Versicherung überbunden werden. Die Frage, ob sich nicht für bestimmte Krankheitsgebiete eine Risikoverteilung zwischen beiden Parteien einführen liesse, ist de lege ferenda ernstlicher Prüfung wert. Es sei auf den Revisionsvorschlag Stauffer verwiesen, solche Krankheiten wie vor dienstlich bestandene, aber dienstlich verschlimmerte Krankheiten zu behandeln. Die Gerichtspraxis hat bei solchen Krankheiten öfters schon eine auf kurze Zeit beschränkte volle Haftung der MV angenommen.

Erheblich einfacher wären die Entscheidungen, wenn sich unser Gericht die Krankheitsdefinition Siegmunds (Die Krankheit im privaten und sozialen Versicherungs-

recht, S. 42) zu eigen gemacht haben würde: „Eine Krankheit liegt erst vor, wenn ihr Zustand nach aussen irgendwie in Erscheinung tritt und dem Betroffenen zum Bewusstsein gelangt“. Aber weder diese Begriffsbestimmung, noch die von Kaskel und Sitzler (Grundriss des sozialen Versicherungsrechts, S. 84) für die Krankenversicherung gegebene Umschreibung: „Die Krankheit beginnt erst, wenn Heilbehandlung nötig wird oder Arbeitsunfähigkeit eintritt“, ist für das Militärversicherungsrecht verwendbar wegen den in demselben sich auswirkenden Haftpflichtgrundsätzen. Der deutschen Schule ist zwar Nägeli (Der Gegenstand der Versicherung nach dem MVG, S. 18) gefolgt, wenn er erklärt, die Krankheit beginnt erst mit ihrem Manifestwerden. Die gleiche Definition findet sich auch schon bei Benz. Da die deutsche Literatur die Krankheit als einen anormalen Zustand, nicht als einen Vorgang definiert (Kaskel und Sitzler S. 85), so muss sie zur Feststellung des Zeitpunktes des Beginns dieses Zustandes auf erkennbare Merkmale abstellen können und die vorangehenden inneren Vorgänge ignorieren.

Die Haftung der MV für Rückfälle und Spätfolgen erfährt eine wesentliche Einschränkung bei allen Krankheiten, deren Wesensart es ist, in Schüben aufzutreten. Bei diesen Affektionen behandelt das EVG jeden einzelnen Schub rechtlich als gesonderte Krankheit. Die Haftung der MV erlischt mit der Abheilung des dienstlichen Schubes. Die Schubtheorie stützt sich auf die Erwägung, dass jeder einzelne Schub zurückgeht auf eine persönliche Anlage einerseits und auf eine neue von aussen einwirkende Schädigung andererseits, nicht aber auf den frühern abgeheilten Schub. Ein solcher Schub kann höchstens die Disposition verstärkt haben und das ist für die Haftungsfrage ohne Bedeutung. Ungenau nur gibt der von Gericke für diese Krankheitsbilder gebrauchte Ausdruck: intermittierende Krankheiten den Charakter derselben wieder. Der Schub unterscheidet sich darin

vom Rückfall, dass mit dem Abklingen eines Schubes jeder aktive Prozess erlischt, dass der neue Schub einen neuen Übergang der Disposition in den Krankheitsprozess beweist, während beim Rückfall die neue Exazerbation auf der ursprünglichen, nur scheinbar erloschenen, momentan nicht mehr feststellbar gewesenen Aktivierung beruht. Nicht neue Krankheitsschübe, sondern Rückfälle sind die auf der Grundlage dienstlich verursachter Schwächung von Organen oder Geweben eintretenden Erkrankungen. So haftet bei dienstlich verursachter Luxation des Schultergelenks die MV für spätere Reluxationen. Auch Rückfälle einer dienstlichen Tendovaginitis betrachtet das EVG nicht als Krankheitsschübe. Zu den Schubkrankheiten gehören namentlich Rheumatismus, Lumbago, Ischias, bestimmte Magenerkrankungen, Bronchitis, Asthma u. a. Die Gerichtspraxis zählt zu denselben auch die Tuberkulose. Stähelin hat in mehreren seiner grundlegenden Gutachten erklärt, dass die Schubtheorie auf Tuberkulose nur dann angewandt werden dürfe, wenn der Patient bereits vordienstlich einen Tbc-Schub durchgemacht habe, weil der erste Schub die Immunitätslage für spätere Schübe verschlimmere, so in den Gutachten Sollberger vom 23. April 1935 und Frey vom 6. Januar 1937. Löffler und Kartagener stehen auf dem Standpunkt, dass die Tuberkulose in Wirklichkeit keine Schubkrankheit sei, weil, abgesehen vom Primärinfekt, der sogar eine gewisse Immunität zu erzeugen pflegt, nach Erkrankung immer eine „passive Aktivität“ zurückbleibt und der status quo ante nie wieder erreicht wird. Jeder Schub hinterlässt eine verstärkte Neigung zu weiteren Schüben. An der Tagung des Vereins gegen Tuberkulose von 1939 hat Löffler denn auch die Forderung aufgestellt, dass der Zusammenhang zwischen zwei Tbc-Schüben anzunehmen sei bis zur Erbringung des Gegenbeweises.

Bei vielen Schubkrankheiten pflegen die immer häufiger werdenden Schübe nach und nach die Disposition in chronische Erkrankung überzuführen. Die Frage nach dem

Mass der Haftung der MV für die Chronizität ist eine weitere unter denjenigen, für die eine wirklich befriedigende Lösung zu finden nicht möglich scheint. Ein durch das Bundesgericht bei Prof. Staehelin eingeholtes prinzipielles Gutachten vom 23. März 1933 kommt zum Schlusse, dass die häufig wiederholte Erkrankung an akuten Bronchitiden das Vorhandensein einer besondern Krankheitsanlage beweise, dass für das Chronischwerden der Bronchitis und der Asthmabronchitis die Disposition von überwiegender kausaler Bedeutung sei und dass der rein auslösende kausale Faktor, der ja auch im Zivilleben immer wieder auftrete, vernachlässigt werden könne. Da aber die Entwicklung zur Chronizität durchaus nicht als schicksalsmässig bedingt erklärt werden kann, abgesehen vielleicht von angeborener Missbildung der Bronchien, da an der Chronizität deshalb all die akuten Bronchitiden mitverantwortlich sind, so hat das EVG in denjenigen Fällen, in denen vordienstliche Chronizität nicht nachgewiesen werden konnte und trotz mehrfach wiederkehrender dienstlicher Erkrankung an Bronchitis der Patient nicht ausgemustert wurde, die Haftung der MV nicht abgelehnt, aber die Leistungen gekürzt, obschon der Mann nicht mit akuter Bronchitis, sondern nur mit einer starken Disposition behaftet eingerückt war.

In einem Fall von Bronchialasthma wird im Urteil Hahnhart vom 6. Oktober 1941 (AS 1941, S. 152) die Schubhaftung in Anwendungsfällen des Art. 8 (Vordienstlichkeit) hinsichtlich der Vornahme einer Kürzung grundsätzlich in folgender Weise umgrenzt. Da schon der erste Asthmaanfall immer einen schon seit längerer Zeit in Gang befindlichen Krankheitsprozess beweist, so ist das Bronchialasthma in der Regel als vordienstliche Krankheit anzusehen. Für den im Dienste manifest gewordenen Schub besteht Vollhaftung der MV bis zu seinem Abklingen. Dauert der Schub übermässig lange an und ist medizinisch die Annahme begründet, dass auch ohne Dienstleistung nun der gleiche Zustand bestehen würde,

so werden die Leistungen sistiert. Hat aber die dienstliche Schädigung nicht nur einen Krankheitsschub verursacht, sondern dauernden Schaden bewirkt, so werden gekürzte Dauerleistungen geschuldet.

Nicht zur Kategorie der Schubkrankheiten gehört der Infektionsrheumatismus, speziell der akute Gelenkrheumatismus. Seine Auslösung wird jedesmal durch eine besondere Infektion, durch bestimmte Mikrobenorganismen bewirkt, denen gegenüber beim vom Gelenkrheumatismus Befallenen eine gewisse Schutzlosigkeit besteht. Man kann bei wiederholtem Gelenkrheumatismus also weder von Rückfällen noch von neuen Schüben sprechen. Es handelt sich um voneinander unabhängige Erkrankungen. (Gutachten Michaud vom 25. Mai 1938, i. S. Melet.)

Als interkurrente Krankheit bezeichnet man eine, während der Dauer, da der Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht, neu hinzutretende, von der versicherten unabhängige Krankheit, für welche ein Zusammenhang mit dem Dienst verneint wird; es erkrankt z. B. der an versicherter Tuberkulose behandelte Patient an einer Blinddarmentzündung. Während für die deutsche Krankenversicherung in solchen Fällen nur eine einzige, von der Versicherung zu übernehmende Krankheit vorliegt, kann im Rahmen unseres Rechts die MV mit der interkurrenten Krankheit nicht belastet werden, sofern der Patient nicht mehr im Dienste steht, also nicht etwa MSA-Patient ist. Dort bezieht er eben nicht Leistungen von der MV, sondern von der Armee die dem kranken Soldaten zukommenden militärischen Kompetenzen. Nach der Judikatur besteht aber dann die Haftung der MV, wenn die Neuerkrankung in direktem Zusammenhang mit der Behandlung der dienstlichen Krankheit steht, wie z. B. für anormale Folgen einer Operation, Ansteckung mit einer Infektionskrankheit im Spital, überhaupt wenn sie ihre Ursache in der Behandlung oder in den mit der Hospitalisierung verbundenen Risiken und Gefahren hat. Der Versicherte muss einer Gefahr zum Opfer gefallen sein,

der er ohne die dienstliche Erkrankung wahrscheinlich nicht ausgesetzt gewesen wäre (Urteil Wagner vom 25. März 1931). Die Praxis bezeichnet das als Haftung der MV für mittelbare Folgen der dienstlichen Schädigung. Nach der Rechtsprechung besteht die Haftung der MV für mittelbare Folgen unabhängig von der Verantwortung für die behandelte Krankheit, also auch bei irrtümlich oder aus freiwilligem Entgegenkommen unter Ablehnung der Rechtspflicht übernommener Behandlung. Sobald der Kausalzusammenhang zwischen Behandlung und der neuen Erkrankung vorliegt, ist die Haftung gegeben, ohne dass der Nachweis sachgemässer Behandlung Berücksichtigung finden könnte. Es wird dadurch der MV eine Haftpflicht auferlegt, die weiter geht als diejenige des behandelnden Arztes oder des Spitals, also auch weiter als die ihr zustehenden Regressrechte.

Nicht interkurrente Krankheiten sind die Folgekrankheiten dienstlicher Affektionen. Für solche ist die MV verantwortlich, weil dieselben in die MV haftbar machendem mittelbarem Zusammenhang mit dem Dienste stehen. Als Beispiele für solche indirekten Dienstfolgen ergeben sich aus der Gerichtspraxis u. a.: Arthritis deformans (chronische Veränderungen in den Gelenken) nach Meniskusverletzungen, Operationen etc.; Asthma bronchiale (Anfälle von Atemnot) als Folge von Angina, Grippe, Bronchitiden, Rhinitis (Schnupfen); Bronchiektasien (Ausdehnung einzelner Luftröhrenzweige) als Folge von Grippepneumonie, von Lungentuberkulose; Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) als Folge von Grippe; Epilepsie als Folge von Trauma; Hernie als Folge heftiger Hustenanfälle; Parkinsonismus (Schüttellähmung) als Folge einer aus dienstlichem Unfall resultierenden Encephalitis (Gehirnentzündung); Tbc als Folge von Brustfellentzündung und umgekehrt; Selbstmord als Folge dienstlichen Nierenleidens, usw.

Zur Vermittlung eines bessern Einblickes in das durchaus eigenartige Rechtsprechungsgebiet der Sozial-

versicherung müssen hier einzelne Krankheitsgebiete eine eingehendere Darlegung erfahren. Im Gebiete der Sozialversicherung geben nicht immer juristische Erwägungen den Ausschlag. Es sprechen in derselben neben der medizinischen Wissenschaft auch die Volkswirtschaft und die Weltanschauung eine oft ausschlaggebende Rolle. Das alles findet auch in der Judikatur einen unverkennbaren Niederschlag und eine deutliche Widerspiegelung. Die Rechtsprechung darf darum nicht mit ausschliesslich juristischem Masstab gemessen werden.

In der Sozialversicherung ist die Neurose zu ganz besonderer Bedeutung gelangt. Darüber, was die Neurose ist, ob sie eine wirkliche Krankheit sei oder nicht, herrscht weder in der Rechtsliteratur und der Judikatur noch unter den Medizinern Einigkeit und ebensowenig über ihre Ursachen und über die Frage, ob sie in einzelnen ihrer Formen mit dem versicherten Krankheitsgeschehen überhaupt in wesentlichem ursächlichem Zusammenhang stehen könne. Wesen und Charakter der „sogenannten Neurose“ hat Dr. Garnier in einem Gutachten vom 28. April 1941 i. S. Bürki in klarer Weise umschrieben. Nach seinen Ausführungen setzt die Neurose das Bestehen eines endogenen Faktors (gesteigerte Einwirkung psychischer Vorstellungen auf den körperlichen Organismus) voraus. Zur Aktivierung eines solchen Prozesses bedarf es aber eines exogenen (äussern) Faktors. Bewirkt derselbe das Gefühl einer Gefährdung der in ihren Ansprüchen und Bestrebungen bedrohten Persönlichkeit, das Gefühl, in berechtigten Ansprüchen und Bestrebungen ungerechterweise bedroht oder verletzt zu sein, dann erfolgt, mit der Tendenz, sich gegen aussen manifest zu machen, das Appellieren an die Mitmenschen. Dabei entsteht im Neurotiker ohne sein Wollen und meistens auch ohne sein Wissen an einem Orte *minoris resistentiae* im Körper eine Störung. Der Organismus wählt sich Orte aus, die ohnehin die Einbildungskraft des Patienten in Anspruch genommen hatten: Herzneurose, Sexualneurose

(nervöse Impotenz), Aphonie (nervöse Stimmlosigkeit) usw. In der Gerichtspraxis finden sich namentlich häufig nervöse Magen- oder Darmstörungen, nervöse Fixierung einer Ischias, nervöse Schwindelanfälle etc.

Die Praxis der Versicherungsgerichte in der Schweiz und in Deutschland hat eine Einteilung der Neurosen in als Krankheit versicherte wirkliche Neurosen und in nicht-versicherte Begehrens- oder Zweckneurosen vorgenommen. Zu dieser Auffassung bekennt sich Piccard in „Versicherungsneurose“ (Lauber: Praxis, S. 307 und in „Haftpflichtpraxis und soziale Unfallversicherung“ S. 85). Er bezeichnet die Begehrensneurose als eine Krankheit des Willens und verweist sie damit in das Rechtsgebiet der Simulation. Heftig protestiert gegen solche Auffassung Stier-Somlo (Studien zum sozialen Recht, S. 217). Dagegen steht Bischoff (Kulturaufgaben des Versicherungswesens, S. 58) auf der Seite Piccards. Er bezeichnet die Hysterie (Neurose) als ein Ausbeutungsbestreben aus Willensschwäche. Studer (Erwerbsunfähigkeit in der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung, S. 23) spricht unter Berufung auf den Arzt Dr. Meier-Müller der Neurose den Charakter einer eigentlichen medizinischen Erkrankung ab und bezeichnet sie als Krankheit im sozialen Sinn. Eine von der MV und den SBB 1925 eingesetzte Ärztekommision erklärte einstimmig, dass die Neurose nicht mehr als Krankheit anzuerkennen sei. Das EVG, gemäss Plenarbeschluss vom 24. Oktober 1923, und das RVA unterscheiden beide zwischen echter und Begehrensneurose. Nach der Rechtsprechung des EVG gehören zu den echten Neurosen grundsätzlich nur die traumatische und die Behandlungsneurose. Nur diese werden als versicherte Krankheiten anerkannt; für Begehrensneurosen aber werden keinerlei Leistungen zugebilligt. Dagegen erklären sowohl das Bundesgericht als das deutsche Reichsgericht die Neurose schlechthin als unter den Krankheitsbegriff fallend und lehnen die Teilung in echte und unechte Neurosen als rein willkürlich ab. „Die Diagnose

Versicherungs- oder Begehrungsneurose ist dazu angetan, Verwirrung zu stiften und Fehlentscheidungen zu begünstigen“ (Praxis 1934, S. 177, Nr. 69).

Die Rechtsprechung der Versicherungsgerichte ist nicht durch Interpretation von Gesetznormen entstanden. In keinem Lande weisen dieselben auf eine derartige Unterscheidungsmöglichkeit hin. Der Wortlaut des in Militärversicherungssachen zur Anwendung gelangenden Art. 38 des Gesetzes von 1914 stellt es nicht dem Belieben des Richters anheim, ob er eine Abfindungssumme für richtig, notwendig oder überflüssig halte. Der Versicherte erhält auf eine solche einen gesetzlichen Anspruch, dann, „wenn die Annahme begründet ist, dass er nach Erledigung seiner Versicherungsansprüche und bei Wiederaufnahme der Arbeit seine Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werde“. Diese Bestimmung beschlägt sowohl die echten wie die vermeintlich unechten Neurosen. Eine Abweisung des Anspruchs auf Abfindung aber aus Art. 11 (Selbstverschulden) zu begründen, ist in der Rechtsprechung nie versucht worden. Es würde dies ihre Gleichsetzung mit der Simulation voraussetzen. Die Gerichtspraxis ist vielmehr aufgebaut auf von einzelnen Neurologen aufgestellten Theorien. Denn auch in der Medizin herrscht unter den Fachgelehrten in diesem Punkte ein heftiger Meinungsstreit. Meier-Müller definiert die Begehrungsneurose als eine pathologische Zweckreaktion, die ihre Entstehung nicht dem Unfall, sondern der Tatsache des Versichertseins verdanke. Auf dem Boden einer hysterischen Veranlagung werde ein Unfallereignis zu Existenzzwecken umgewertet (ZUK 1930, S. 215 ff.). Moschel, zitiert von Graven in: „De la névrose et de la simulation“ (ZUK 1937) lehrt, dass die Neurose keine Krankheit, sondern eine anormale psychische Reaktion sei.

Über die Rolle und die Bedeutung, welche dem versicherten Ereignis für die an der Auslösung einer Neurose speziell einer Begehrungsneurose in der Kausalkette zukommt, gehen die Meinungen weit auseinander. Während

das RVA nur den Wünschen auf Entschädigung ursächliche Bedeutung beimisst und den Unfall für die Entstehung der Begehrensneurose nur als unwesentliche Nebenursache oder blosser Veranlassung betrachtet, unterscheidet das Reichsgericht zwischen äusserem und innerem Zusammenhang und bejaht den letztern auch in den Fällen einer Begehrensneurose. Nach unserm Bundesgericht und auch nach dem Reichsgericht kann der Zusammenhang nicht durch nervöse Prädisposition unterbrochen werden. Er ist auch dann vorhanden, wenn die Arbeitsunfähigkeit auf nervöser Einbildung beruht (Graven: *Jurisprudence du TFA en matière de névrose*, S. 44). In Fortentwicklung der Auffassung Meier-Müller verlegt Piccard die auslösende Ursache der Begehrensneurose in Begehrensvorstellungen, welchen bei der echten Neurose kausale Bedeutung nicht zukommt. In der gleichen Front steht Schulze: „Der Kampf um die Rente und Selbstmord in der Rechtsprechung des RVA“. Er sieht die Ursache auf dem Prozessgebiet, im Kampfe um den vermeintlichen, aber nicht begründeten Anspruch, weil die Erhebung eines unbegründeten Anspruches ein Symptom für Geistesstörung sei (S. 23). (Also doch Krankheitsfolge?) Ist der Versicherte aber mit einem begründeten Anspruch zu Unrecht abgewiesen worden, dann ist die Neurose Unfallfolge. Schulze ist Mediziner! Dass nicht die Tatsache des Versichertseins die Krankheitsursache sein kann, sondern höchstens auch eine Mitursache, ergibt sich schon aus der von Schulze (S. 35) selber gemachten Feststellung, dass die Unfallneurose lange vor den Haftpflichtgesetzen bekannt war und auch jetzt noch in Ländern, welche keine Sozialversicherung kennen, festgestellt wird.

Selbst Brun nimmt gegen diese Richtung Stellung, wenn er im Archiv für Neurologie und Psychiatrie (Bd. 41, S. 325) ausführt, dass nicht der Geldtrieb wesentlich sein könne, da sonst der Lohnausfall den Neurotiker von selbst zur Arbeit treiben würde. Brun führt auf S. 321 aus: „Wenn die mangelnde Widerstandskraft zur Bekämpfung

der Begehrensvorstellungen Folge des psychischen Eindruckes ist, den der Unfall auf den Verletzten ausgeübt hat, so ist sie als Unfallfolge anzusprechen, evtl. als Teilfolge.“ Die wesentliche Ursache sieht er in der Angst des Neurotikers für seine Zukunft. Diese, auch von Garnier im obenerwähnten Gutachten vertretene Auffassung findet ihre Bestätigung in der Feststellung Zangers, dass in den durch die Gasvergiftung beim Grubenunglück von Courrière 1906 ausgelösten massenhaften Neurosefällen, die Arbeiter, welche Familie hatten, viel schwerer betroffen wurden als die ledigen (ZUK 1930, S. 315).

Als ursächlich auf das versicherte Ereignis zurückzuführende Krankheit wird die traumatische Neurose im vollen Umfang, ohne Abtrennung einer Versicherungsneurose, als der Versicherung unterliegend anerkannt von Siegmund (Die Krankheit im privaten und sozialen Versicherungsrecht, S. 71). Er bezeichnet sie als Produkt von Unfall und psychopathologischer Disposition. So auch Gericke (Begriff der Krankheit, S. 78) und Hagen (Grundzüge des Versicherungsrechts, S. 37) bezweifelt sogar, dass die seit 1920 in die Versicherungsbedingungen der privaten Versicherungen eingefügte, die Neurose von der Versicherung ausschliessende Klausel sich gegenüber dem eingewurzelten Begriff des ursächlichen Zusammenhanges auf die Dauer halten können.

Daraus, dass die sämtlichen bei der angeblichen Versicherungsneurose auftretenden Symptome auch vorkommen in Fällen, in deren Anamnese weder ein Unfall noch eine in Frage kommende durchgemachte Krankheit auffindbar sind, darf entgegen Brun (Arch. f. Neurologie und Psychiatrie, Bd. 41, S. 291) mit Riese (ebendort, S. 416) nicht geschlossen werden, dass das versicherte Ereignis als auslösende Ursache überhaupt ausscheidet.

In Neurosefällen pflegt das EVG den Experten die Frage zu stellen, ob organische oder nur funktionelle Folgen vorliegen, ob objektive oder nur subjektive Symptome vorhanden seien, ob die Krankheit anatomisch oder

rein psychogen bedingt sei. Funktionelle Folgen, subjektive Symptome, psychogenes Bedingtsein führen zur Ablehnung der Ansprüche. De Morsier (im genannten Archiv, S. 369) verwirft diese Scheidung in These und Antithese als unbrauchbar, künstlich und willkürlich, da die heutige Neurologie gar nicht im Stande sei, die Ausscheidung zuverlässig zu treffen. Zangger verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass bei den Massenneurosen nach dem Courrière-Unglück keinerlei organische Symptome zu finden waren, die Neurosen aber doch bei allen Betroffenen sich in auffallendem Mangel an Interesse, in Mutlosigkeit, Schwäche geäußert habe.

Besonders heftig platzen die Meinungen der Ärzte hinsichtlich der nach Schädeltraumen auftretenden Neurosen aufeinander. Die heute herrschende Meinung, und darum auch die Gerichtspraxis, erklärt auch diese Neurosen als rein funktionell, somit nicht versichert, sofern es den Ärzten nicht gelingt, objektive Merkmale festzustellen. Aber eine durch den Deutschen Riese (in Paris) geführte, in der Schweiz namentlich durch den Neurologieprofessor de Morsier in Genf sehr temperamentvoll vertretene Bewegung behauptet, dass auf keinem andern Gebiete der Medizin es so viele Diagnoseirrtümer gebe, mit solch grossen, sozial verhängnisvollen Folgen, wie bei der Neurosebegutachtung nach Schädeltraumen. De Morsier erklärt (Arch. Bd. 41, S. 359), dass auch der beste Neurologe niemals versichern könne, dass die Klagen nicht auf Hirnveränderungen, sondern auf blosse Begehrensvorstellungen zurückgehen, dass in Fällen, in denen zufälligerweise später eine Autopsie ausgeführt wurde, bei solchen angeblichen Begehrensneurotikern meist kleine Hirnläsionen festgestellt wurden, speziell auch in Fällen, in denen hervorragende Neurologen die organische Natur der Beschwerden des bestimmtesten verneint hatten. Er widerlegt die von Graven zitierte Behauptung Moschels, organische Hirnschädigungen seien klinisch immer erkennbar. Prof. Brun, Zürich (Arch. 41,

S. 272) zitiert die Feststellung des berühmten Hirnchirurgen Sarbo: „Jede echte Gehirnerschütterung beruht immer auf mikrostrukturellen Läsionen“. Der Psychiater Maier schreibt in seinem Gutachten vom 15. April 1940 i. S. Biedermann, dass nach der neuesten Forschung angenommen werden muss, dass sogar jede *contusio cerebri* (Gehirnquetschung) schon zu einer diffusen Hirnschädigung führt. Jentzer (Genf) hat am Neurologenkongress vom 6. Dezember 1941 in Zürich an Hand seiner eigenen umfangreichen Erfahrungen dargetan, dass die meisten der an Schädeltraumen sich anschliessenden Neurosen auf operativem Wege (Schädeltrepanation) heilbar sind. Das EVG verfolgt begreiflicherweise mit gespanntem Interesse diesen medizinischen Meinungskampf und muss leider feststellen, dass die objektive Richtigkeit seiner Entscheidungen, ohne seine Schuld, schon mehr als einmal trotz der Beiziehung erster medizinischer Autoritäten auf recht schwachen Füßen gestanden ist.

Nicht nur die Entstehungsursachen, auch die Gründe, welche eine Heilung erschweren oder verhindern, soll eine ihrer Aufgabe gewachsene Versicherungsinstitution zu erkennen und zu beseitigen suchen; denn gar oft liegt der Verschlimmerungsfaktor in ihrem höchsteigenen Tätigkeitsfeld. Piccard (Versicherungsneurose, S. 310) nennt als solche Gründe: Verzögerung der sachgemässen Verfügungen und Entscheide, die ständige Erneuerung der Zeitrenten und damit die Erzeugung von sich ständig wiederholender Gelegenheit zu aufregenden Prozessen, falsche Behandlung, Vorenthaltung einer berechtigten Kur, häufiger Arztwechsel. Auch Arnold (Der Versicherungsanspruch, S. 130) bezeichnet die Institution der Zeitpension als denkbar schlechtes Mittel, den Versicherten wieder zu ständiger Arbeit zurückzuführen.

Die Vorschläge der zur Bekämpfung und Überwindung der Neurose anzuwendenden Mittel richten sich natürlich nach der Auffassung über ihre Natur: Kranke werden behandelt. Charakter- und Willensschwäche behebt man

durch Zwang, Simulation bestraft man. Die herrschende Anschauung sieht die wirksamste Bekämpfung der Neurose in der Ermöglichung allmählicher Wiedereingewöhnung in geregelte Arbeit durch Gewährung zeitlich begrenzter, der zunehmenden Arbeitsfähigkeit angepasster Renten, jedoch zum voraus auszahlbar in Form einer Kapitalabfindung, damit der Versicherte sich darüber von allem Anfang an völlig im klaren sein muss, dass er nun endgültig von der Versicherung losgelöst sei. Den einen geht diese Lösung zu weit, den andern nicht weit genug, um wirksam zu sein. Meier-Müller fordert in ZUK 1930, S. 233 und 238, dass immer dann, wenn objektive Unfallfolgen nicht nachweisbar seien, jegliche Leistung abgelehnt werde. Durch prinzipielle Abweisung sei auf dem Boden „selbstgewählter Arbeitstherapie“ die günstigste Heilwirkung zu erzielen. Diese Heilmethode ist nicht, wie er auf Seite 231 schreibt, vom EVG akzeptiert worden, wohl aber von der MV. Das EVG dagegen hält an der Anwendung des Art. 38 MVG von 1914 betreffend Abfindung der Neurosen grundsätzlich fest, nimmt aber die von Piccard vorgeschlagene Aufteilung in echte und in Begehrungsneurosen vor. Nur auf die letztern wendet es die „Heilmethode“ der Nichtanerkennung als Versicherungsfall an. Auf dem Gegenpol verlangt Riese und seine Schule die Anwendung einer richtigen Psychotherapie, die sich dem einzelnen Fall anpasst, unter Vermeidung jeden schematischen Vorgehens. Auch Preller (Sozialversicherung und Arbeitsfähigkeit, S. 43) sieht die wirksamste Bekämpfung in der psychischen Einwirkung auf den Neurotiker mit dem Ziel, das Angstgefühl vor schweren Zufällen des Lebens zu überwinden. Bischoff (Kulturaufgaben des Versicherungswesens, S. 58) verlangt die Anwendung des erzieherischen Zwanges durch eine höhere Macht, durch die öffentliche Meinung, die in diesem Sinne zu mobilisieren und einzuspannen wäre.

Für die echte Neurose sieht Piccard das beste und wirksamste Heilmittel in einer Wiedereinführung in die

Arbeit. Er fordert die Errichtung von Arbeitsheilstätten und die Vermittlung von Arbeitsgelegenheit. Der MV fehlt hierzu die gesetzliche Ermächtigung, aber der SUVA gibt Piccard den Rat, Werkstätten und Schreibstuben zu errichten (Versicherungsneurose, S. 313 und Haftpflicht und Sozialversicherung, S. 85). Ehrenzweig (Die allgemeinen Rechtsgedanken der Sozialversicherung, S. 83) sieht die Herstellung eines viel persönlicheren Verhältnisses zwischen der Versicherung und dem Versicherten als Lösung. Erst die Wiederherstellung an Leib und Seele, an Arbeits- und Lebensfreude soll die Beendigung des Versicherungsfalls herbeiführen. Ebeling (Gemeinschaft und Eigenbesitz in der Sozialversicherung, S. 46) glaubt, um so grössere Erfolge in der Bekämpfung der Neurose versprechen zu dürfen, je mehr im Krankheitsfall anstatt der drohenden Verschlechterung die erforderliche Verbesserung der Lebensverhältnisse ermöglicht werde. Erschwerung der Gesundung stärke nicht den Gesundungswillen. Dass gerade diejenigen Interessen, die Anlass zum Missbrauch der Versicherung bieten, zugleich die unerlässliche Voraussetzung für ihre Wirksamkeit seien, erscheine allerdings als unlösbarer Zwiespalt, entspreche aber doch der Richtigkeit. Diese Behauptung findet eine gewisse Bestätigung in den Erfahrungen, die i. A. in Kreisen der Festbesoldeten gemacht werden. Dieselben erleiden während kürzeren Krankheitsperioden keinen Lohnausfall. Auch gibt es in unserer Industrie Betriebe, welche dafür besorgt sind, dass durch Zusatzversicherung oder eigene Stiftungen den Arbeitern die Differenz zwischen Lohnausfall und Krankengeld bezahlt wird. Es ist nicht bekannt, dass in diesen Betrieben Klagen über Ausbeutung der Versicherung in nennenswertem Ausmass erhoben worden sind und man hat auch nie gehört, dass sich diese Ordnung der Dinge nicht bewährt hätte. Das Gesetz selber erlaubt in der obligatorischen Unfall- und Krankenversicherung die Differenz zwischen Lohnausfall und Krankengeld durch persönliche Versicherung zu decken. Es sind wohl kaum

Klagen darüber laut geworden, dass diejenigen, welchen der ganze Lohnausfall durch Versicherung gedeckt wird, eine durchschnittlich längere Behandlungszeit aufweisen oder einen grösseren Prozentsatz an Begehrensneurosen stellen, als die andern. Sonst müsste man die Versicherungsmöglichkeit der Differenz verunmöglichen. Und doch liegt für diese Kategorie der Versicherten die Überlegung besonders nahe: Wenn ich persönlich besondere Aufwendungen mache, so will ich davon auch richtig profitieren.

Trotz einer umfangreichen Erfahrung und Versuchen mit den verschiedensten Heilmethoden lässt sich aus Erfolgen und Misserfolgen eine gerechte und wirksame Behandlung der Neurosefälle nicht herausfinden. Die neurologische Behandlung bis zur Heilung nach Vorschlag Riese hat zweifellos in vielen Fällen versagt. Zur Durchführung einer allgemeinen Arbeitstherapie in geeigneten Werkstätten fehlen z. Z. noch die gesetzlichen Grundlagen und der Versuch in Tenero, auf welchen Piccard (Versicherungsneurose, S. 313) grosse Hoffnungen setzte, hat gerade auf dem Gebiet der Neurosebekämpfung durchaus nicht befriedigt, wahrscheinlich weil als einzige Heilwerkstätte der MV sie die Neurotiker aus der ganzen Schweiz in einem Sammelbecken zusammenführte. Gerade dieses Gebiet verlangt dringend nach Dezentralisation. Hinsichtlich der Heilerfolge der Methode Meier-Müller, der rücksichtslosen Ausmerzungen der Neurotiker aus der Versicherung, welche im ganzen Gebiet der schweizerischen Sozialversicherung bei der MV die ausgedehnteste Anwendung findet, steht wenig Positives fest. Es liegt auf der Hand, dass die Versicherung eine Kontrolle über den Verlauf dieser Fälle nicht durchführen kann, weil eine solche die von der Loslösung von der Versicherung erwartete Wirkung paralisieren und in den meisten Fällen illusorisch machen würde. Viel eher könnten hierüber die Armenbehörden, die in vielen Fällen, wenn die Wirkung ausbleibt, einspringen müssen, Aufschluss erteilen. Wenn die MV in ihrem Jahresbericht von 1933 als grossen Er-

folg der Anwendung der neuen Methode den Rückgang der mit Abfindung entschädigten Neurosen von 470 im Jahre 1923 auf 39 im Jahre 1930, 6 im Jahre 1931 und 3 im Jahre 1932 meldet (zitiert von Graven: Jurisprudence, S. 38), so ist damit in Bezug auf die Wirkung auf die Neurose noch gar nichts festgestellt und ebenso wenig die Frage gelöst, wie diese grundsätzliche Verweigerung jeglicher Abfindung mit der Bestimmung des Art. 38 MVG von 1914 in Übereinstimmung zu bringen ist. Bei den meisten der heilbaren Krankheiten wird ein nicht unerheblicher Prozentsatz auch ohne Behandlung und Krankengeld durch die im Körper wirkenden Kräfte bei vorhandenem Gesundungswillen heilen. Das rechtfertigt aber nicht ihren Ausschluss aus der Versicherung. Juillard (ZUK 1930, S. 260) schätzt das Risiko, dass ein durch Loslösung von der Versicherung nicht heilbarer organischer Krankheitsfall irrtümlicherweise als Neurose diagnostiziert werde, „auf ein Prozent, vielleicht ein Promille“ und fügt bei, dass, wer dieses Risiko nicht wage, seines Amtes nicht würdig sei. Anwälte, die sich fortlaufend mit Fällen der sozialen Versicherung beschäftigen, werden diese recht summarische Schätzung reichlich optimistisch finden. Einer meiner ersten Neurosefälle als junger Anwalt hat mir einen bleibenden Eindruck hinterlassen: In einem direkt vor Bundesgericht gegen die SBB instruierten Haftpflichtprozess hatte der medizinische Experte erklärt, dass nach längstens einem Jahr geeigneter Behandlung, man war damals noch wesentlich larger als heute, die Neurose, die sich in Schwindelanfällen und Lähmungserscheinungen äusserte, behoben sein werde. Das Bundesgericht sprach für diese Behandlung, im Willen und Glauben reichlicher Deckung aus freier Schätzung einen Betrag von 3000 Fr. zu. Die tatkräftige Tochter des Verunfallten führte ihren Vater zum Experten, übergab ihm die 3000 Fr. und ersuchte ihn, dafür nun ihren Vater zu heilen. Nicht nur dieser Betrag, sondern auch noch die für vorübergehende Erwerbsunfähigkeit erhaltene Entschädigung wurden auf-

gebraucht, ohne dass Besserung hätte erzielt werden können, und die Tochter musste ihren Vater noch jahrelang aus ihrem mageren Verdienst in ihrem Dachkämmerchen in Twann erhalten. Die Lähmungserscheinungen haben sich progredient verschlimmert. Einen ähnlichen Fall erwähnt Zangger in ZUK 1930, S. 317, einen Fall von vermeintlich nervöser Kontraktur, der sich allmählich zur vollständigen Lähmung mit Kontraktur entwickelte und auf eine organische Störung im spinalen Gebiet zurückzuführen war. Zangger fügt bei, dass wir immer häufiger von solchen Fällen mit spätern Nachwirkungen erfahren, die man nicht voraussehen konnte, aber verstehen könne. De Morsier beschreibt im Arch. f. Neurologie (S. 370 und 378) die Fälle Crittin und Saillans, bei welchen auf Gutachten der ersten schweizerischen Autoritäten hin das Gericht die Neurose bejaht und die Abfindungen der SUVA bestätigt hatte. Im erstern Fall hat die spätere Schädel-trepanation, im letztern die Leichensektion Hirnläsionen nachweisen können. In der medizinischen Wochenzeitschrift 1938, S. 1168 und 1939, S. 679 bespricht der gleiche Arzt die Gerichtsfälle Zima und Naoni mit ähnlichen Tatbeständen. Brun erwähnt im Archiv für Neurologie (S. 283) einen Fall von Schreckneurose (also kein Schädel-trauma), der trotz rascher und larger Abfindung sogar durch den hervorragenden Neurologen Bing in sieben Jahren nicht zur Heilung gebracht werden konnte. Darf man da nachträglich noch von larger Abfindung sprechen?

Eine gegenteilige erfreuliche Erfahrung habe ich gegen den Schluss meiner Anwaltspraxis hin gemacht. Einem jungen Mädchen ist von einer Maschine das Haupthaar mitsamt der Kopfhaut vom Schädel gerissen worden. Kopfschmerzen und Schwindelanfälle wollten trotz anhaltender ärztlicher Behandlung nicht mehr verschwinden. Zuletzt hat die SUVA nach Art. 82 KUVG abgefunden. Der behandelnde Arzt war der Überzeugung, dass organische Schädigung vorlag, die weiterer Behandlung bedürfe. Die gerichtliche Anfechtung war erfolglos. Die Mutter

des Mädchens, die für den ganzen Unterhalt auf den Verdienst ihrer Tochter angewiesen war, stand der Verzweiflung nahe. Nach einiger Zeit blieb sie mit ihren Klagen meinem Bureau fern. Als ich vielleicht ein bis zwei Jahre später den Bekannten, der das Mädchen seinerzeit auf mein Bureau begleitet hatte, traf und mich nach dem weitem Schicksal des bedauernswerten Opfers erkundigte, bekam ich zur Antwort: „Die ist unter ihrer Perücke wieder das alte frohe Kind geworden, fleissig an der Arbeit und die Freude und Stütze ihrer alten Mutter.“

Anschliessend möge noch an Hand von zwei Gerichtsfällen, einer aus der deutschen, der andere aus der französischen Schweiz, auf die Schwierigkeit der medizinischen Abklärung und die unermüdlichen Bestrebungen der SUVA und des Gerichts, die gerechte Lösung zu finden, hingewiesen werden:

1. Fall Rüegg: 24. Juni 1935 Sturz vom Velo, Quetschung an der rechten Stirnflächenseite. Gutachten Roth vom 30. Januar 1936: Sichere Gehirnerschütterungserscheinungen. Die Schädelfraktur ist durch ein schönes Röntgenbild belegt. Neurose und Hysterie selbstverständlich ausgeschlossen. Die Arbeitsaussetzung, wenn auch aus psychischer Ursache, ist reine Unfallfolge. Gutachten Brun vom 17. September 1936: Von einem organisch-psychischen Defektzustand kann keine Rede sein. Neurose auf der Basis einer latenten Schizophrenie (sog. Jugendirresein). Wahrscheinlich hat die commotio einen leichten Schizophrenieschub ausgelöst, der wieder im Abklingen begriffen ist. Keine zahlenmässig messbare Invalidität. Gutachten Sigg vom 4. Januar 1937: Sicher kein Neurotiker. Weder Schizophrenie noch Neurose sind das Hauptmoment des Krankheitsbildes. Die psychischen Veränderungen sind Restfolgen des Unfalls. Gutachten Lüthi vom 13. Juli 1938: Keine Anzeichen für Neurose. Vieles spricht für Schizophrenie. Der psychotische Schub schloss sich an den Unfall an, der aber keine adäquate Ursache, sondern nur eine Gelegenheitsursache bildete.

Die adäquate Ursache liegt in hereditär-konstitutionellen Verhältnissen. Gutachten Brunner vom 9. März 1939: Typische Symptome einer Stirnhirnverletzung. Schizophrenie im Anschluss an Kopftraume ist ausserordentlich selten. Die besten Kenner der Schizophrenie, Kräpelin und Bleuler, haben auf die Ähnlichkeit der Symptome bei Stirnhirnverletzung und Schizophrenie hingewiesen. Gutachten Minkowsky vom 28. Juni 1939: Mit hohem Grad von Wahrscheinlichkeit Stirnhirnverletzung. Von einer Abfindung ist keine Besserung zu erwarten.

2. Fall Roulier: 2. Juli 1929 Fall von einer Leiter auf den Rücken. Gutachten Steck von Januar 1930: Hypochondrische Reaktion auf ein Trauma. Rein funktionelle Residuen. Gutachten Michaud vom 24. Februar 1930: Organische Schädigung des Systems des Rückenmarks kann ausgeschlossen werden. Hypochondrische Depression im Anschluss an den Unfall. Neues Gutachten Steck vom Mai 1936: Hypochondrisches Krankheitsbild wie 1930, seither verstärkte Begehrensneurose. Neues Gutachten Michaud vom 27. Mai 1936: Der Unfall hat die durch die Konstitution begünstigte Hypochondrie ausgelöst. Die Pension progressiv abbauen und in vier Monaten aufheben. Gutachten Jentzer und Preisig vom 2. August 1937: Gegenstück einer Begehrensneurose. Organische Folgen einer Gehirnerschütterung. Gutachten Brun vom 9. Juni 1938: Sehr deutliches Simulationsbild, hypochondrische Unfallneurose auf der Basis einer angeborenen Psychopathie, nun zu einer floriden Versicherungs- und Begehrensneurose entwickelt. Aggravation krassester Art. Bewusste Simulationstendenzen. Die psychischen Störungen sind nicht Unfallfolgen. Gutachten Boven vom 14. Oktober 1939: Das direkte Gegenteil eines Versicherungsneurotikers. Die Diagnose Versicherungsneurose und Hysterie betrachte ich mit Sicherheit als falsch. Traumatische Encephalopathie, Folge einer Gehirnerschütterung mit organischen Symptomen.

Solche Beispiele zeigen, wie schwierig und problematisch schon die medizinische Abklärung zur Diagnosestellung in auf Neurose verdächtigen Fällen ist, geschweige denn bezüglich Begehrensneurose, wo die Diagnose häufig nur der Ausdruck eines zufälligen Gefühls des Experten ist. Die Verantwortung für medizinische Fehlschlüsse trägt nach aussen dann der Richter. Sein Urteil wird, wenn sich in der Folge die Gerichtsexpertise als Fehlschluss erweist, sogar in der medizinischen Fachpresse als *erreur judiciaire* und nicht etwa als *erreur médicale* bezeichnet. Aber nicht nur die medizinischen, auch die rechtlichen Streitfragen aus dem Neurosegebiet sind noch lange nicht eindeutig beantwortet, wie schon aus der verschiedenen Auffassung unserer beiden Bundesgerichte hervorgeht.

Die Schizophrenie ist eine weitere Krankheit, die von der rechtlichen Seite her eine gesonderte Besprechung erheischt. Zur Abklärung der Frage, ob der während des Dienstes als geisteskrank erkannte Soldat als im Moment des Manifestwerdens der Krankheit oder schon vorher von ihr im Sinne des Art. 6 des Gesetzes „betroffen“ wird, hat das Gericht sich im Jahre 1921 ein Kollektivgutachten von einer grossen Zahl Psychiater geben lassen, das zum Schlusse kam, dass die Disposition immer angeboren sei, aber erst durch das Hinzutreten innerer oder äusserer Ursachen zur Krankheit werde, die sowohl akut als schleichend ausbrechen könne (ZUK 1923, S. 85). Die Gerichtspraxis überband nun der MV die Haftung für die im Dienste unvermittelt ausgebrochenen Schizophreniefälle, aus der Erwägung, dass das Manifestwerden der Krankheit als deren Beginn angesehen werden müsse, solange die psychiatrische Wissenschaft ein vorheriges Einsetzen des Krankheitsprozesses nicht zu belegen vermöge (ZUK 1923, S. 96). In einem wissenschaftlichen Vortrag wies im November 1921 Prof. Bleuler, der die Schlüsse dieses Gutachtens nicht billigte, darauf hin, dass auch die ärgsten Strapazen, die intensivsten psychischen Traumen, die zahlreichen Hirnverletzungen und die Grippeepide-

mien des Weltkrieges in Deutschland keine Vermehrung der Schizophreniefälle gebracht haben. In spätern Gutachten hat namentlich Prof. Maier dargetan, dass die Schizophrenie in Schüben verlaufe und die Gerichtspraxis hat in der Folge dann die MV immer nur für den im Dienst ausgebrochenen Schub verantwortlich erklärt. Aber es ergaben sich Fälle, in denen der Schub auch nach Behandlung von fünf und mehr Jahren nicht abklingen wollte. Das EVG sah sich deshalb 1938 veranlasst, von fünf der bekanntesten schweizerischen Psychiater ein neues Gutachten zu verlangen, aufgebaut auf den neuen medizinischen Erkenntnissen. Dieses Gutachten, datiert vom 18. Januar 1939 und im wesentlichen wiedergegeben in AS 1939, S. 59, kam zu folgenden Ergebnissen: Für die Kausalitätsfrage sind äussere Einflüsse ohne Bedeutung. Krieg, Epidemien, Unterernährung bringen keine Vermehrung der Krankheitsfälle. Eine Verschlimmerung durch äussere Ereignisse ist möglich, aber Ausnahme. Dauernd nachwirkende Verschlimmerung ist ausgeschlossen. Dagegen können äussere Einflüsse den Ausbruch des ersten Schubes beschleunigen, maximal um die Dauer eines Anfangsschubes. Je länger aber der Schub dauert, desto geringer war der äussere Einfluss. Das bedeutet offenbar: umso weniger wurde sein Ausbruch durch die Einflüsse des Dienstes vorgeschoben, umso näher liegt der Ausbruch dem Zeitpunkt, da auch ohne Dienstleistung die Krankheit schicksalmässig hätte ausbrechen müssen. Die dienstliche Einwirkung ist gleich null, wenn der Schub nicht mehr aufhört. Der erste Schub verläuft gewöhnlich innert drei bis sechs Monaten. Maximale Dauer der Haftung der MV neun bis zwölf Monate.

Im Anschluss an dieses Gutachten wurde die im Gesetze nicht vorgesehene zeitlich limitierte Haftung durch die Gerichtspraxis in das System der MV eingeführt. Während der Dauer des anerkannten Anspruches sind die Leistungen ungekürzt zu gewähren. Die Entwicklung der Haftungsfrage in den Schizophreniefällen zeigt deutlich, dass die

zeitlich limitierte Haftung rechtlich nicht als Kürzung der Leistungen nach Art. 8 wegen billiger Berücksichtigung einer vordienstlichen Erkrankung — ein solche liegt ja gar nicht vor, sondern nur eine Disposition — gewertet werden darf, sondern auf dem Wege richterlicher Rechtschöpfung eine neue weitere Regelung der Haftungsarten einführt für Fälle, in denen Art. 8 nicht in Frage steht, weil eine vordienstliche Krankheit nicht vorliegt, Art. 6 aber der Natur der Krankheit wegen nicht eine Dauerhaftung zu rechtfertigen vermag.

Auch bezüglich der Coronarsklerose (zunehmende Verengerung der Kranzarterien des Herzens) hat, ähnlich wie bei der Schizophrenie, die medizinische Unmöglichkeit, den Zeitpunkt des Krankheitsbeginns und die Bedeutung eines dienstlichen Verschlimmerungsfaktors festzustellen, der Einführung einer zeitlich limitierten Haftung in die Rechtsprechung die Wege geöffnet. Auch diese Krankheit tritt sehr oft bei bisher scheinbar völliger Gesundheit, ohne vorher durch Symptome sich bemerkbar gemacht zu haben, unvermittelt ans Tageslicht, häufig sogar sofort zu akutem Herztod führend. Aber in Abweichung von der Schizophreniepraxis werden in Coronarsklerosefällen den dienstlichen Anstrengungen doch meistens eine wesentliche Bedeutung für die erheblich beschleunigte Herbeiführung des Versagens der Herzfunktionen beigemessen, wenn auch die Bestimmung des Masses zum grossen Teil Gefühlssache bleibt. Die zeitlich limitierte Haftung findet bei dieser Krankheit nur Anwendung, wenn der Mediziner die Beschleunigung als kurzfristig bezeichnet. Hatte seiner Meinung nach der Verstorbene noch eine längere persönliche Lebenserwartung vor sich, z. B. fünf Jahre oder mehr, dann wird nach wie vor die Leistungskürzung nach Art. 8 vorgenommen; denn dieser Krankheitsprozess ist immer lange schon bevor die ersten Symptome manifest werden im Gange.

Wieder anders liegen die rechtlichen Verhältnisse bei der Tuberkulose. Ihre Entstehung ist von äusseren

Einflüssen nicht unabhängig, ihr Verlauf nicht schicksalsmäßig vorausbestimmt. Die Frage nach dem Zeitpunkt der Aktivierung des Krankheitsprozesses vermögen die Mediziner uns i. A. mit genügender Präzision zu beantworten. Die Bedeutung eines schädigenden Einflusses des Militärdienstes auf eine vorbestehende Tuberkulose abzuschätzen, bereitet ihnen keine wesentlichen Schwierigkeiten. Die Gründe, welche die Subsumierung der konstitutionellen Krankheiten unter die gesetzlichen Bestimmungen erschwerten und den Richter veranlassten, für dieselben eine im Gesetze nicht vorgesehene Lösung zu treffen, liegen bei der Tuberkulose nicht vor. Trotzdem wenden in neuester Zeit MV und PK die zeitlich limitierte Vollhaftung in stets zunehmendem Masse auch auf Tbc-Fälle an, in bewusster Anlehnung an die rechtliche Behandlung der Schizophreniefälle. Diese Praxis ging hervor aus einer Konferenz zwischen den für die Versicherungspraxis in Tuberkulose-Fällen massgebenden medizinischen Experten, dem EVG und der MV im Oktober 1939. Um mit Fällen, in denen dem Dienst nur eine geringe verschlimmernde Wirkung zukommt, den Bund nicht dauernd zu belasten, schlugen die Experten vor, da wo der dienstliche Faktor auf nur $\frac{1}{5}$ bis $\frac{1}{4}$ geschätzt wird, wie in Schizophreniefällen, den Anspruch nur für eine relativ kurze Zeit zu gewähren. Denn es dürfe in diesen Fällen angenommen werden, dass der Krankheitsprozess nicht dauernd, sondern nur vorübergehend beeinflusst worden sei. Eine solche Lösung kann aber zur Folge haben, dass, wenn die auf Bundeskosten eingeleitete Behandlung nicht fortgesetzt werden kann, das erreichte Resultat illusorisch und die gewährte Behandlung wertlos wird. Ganz abgesehen von den sozial schädlichen Folgen, ist diese Praxis schon medizinisch kaum zu rechtfertigen. Prof. Stähelin wies in der diese Frage begutachtenden Konferenz auf den unberechenbaren Verlauf gerade dieser Krankheit hin, darauf, dass erst aus dem spätern Verlauf zuverlässig beurteilt werden kann, ob die

dienstliche Verschlimmerung von nur vorübergehender oder von dauernder Wirkung gewesen ist. Eine vorläufige Übernahme dieser Fälle mit Vorbehalt wäre medizinisch besser zu rechtfertigen als eine zum voraus diktierte zeitliche Limitierung. Dr. Pometta führte an der gleichen Konferenz aus, dass bei Vordienstlichkeit eine Kürzung der Barleistungen sich moralisch günstiger auswirkt als die zeitliche Limitierung, dass bei den unbegrenzten Möglichkeiten der Tuberkulose es überhaupt nicht tunlich sei, feste Regeln aufzustellen. Auch Dr. Morin in Leysin wendet sich gegen die zum voraus bestimmte zeitliche Limitierung.

In diesem Zusammenhange ist auch noch die versicherungsrechtliche Behandlung der Geschlechtskrankheiten zu besprechen. Zwar bestehen in Bezug auf dieselben weder vom medizinischen, noch vom rechtlichen Standpunkt aus irgendwelche Schwierigkeiten. Die Rechtslage an sich ist klar: Nach Art. 6 sind die Krankheiten, von welchen der Wehrmann während der Dauer des Dienstes betroffen wird, versichert, also auch die Geschlechtskrankheiten. Aber auf diesem Gebiete zeigt sich, dass nicht nur beim Laienrichter, sondern auch beim juristisch ausgebildeten Richter Lebensauffassung, gesellschaftliche Weltanschauung, sittliches und moralisches Empfinden auf den Willen zur Rechtsanwendung einen bestimmenden Einfluss auszuüben vermögen. Der äusserst starke Niederschlag solcher Auffassungen kann sich gegenüber den geschlechtskranken Soldaten bis zur Rechtsverweigerung steigern. Die Bekämpfung und Überwindung der Geschlechtskrankheiten ist volkswirtschaftlich von ausserordentlich grosser Bedeutung. In der deutschen Literatur über die Sozialversicherung werden Tuberkulose und Geschlechtskrankheit als die beiden schädlichsten Volksseuchen bezeichnet. Deutschland hat deshalb für die Behandlung der Geschlechtskrankheiten besondere gesetzliche Bestimmungen aufgestellt und für diese Krankheit als einzige die Zwangsbehandlung vorgesehen (Rich-

ter: Sozialversicherungsrecht, S. 153; Preller: Sozialversicherung, S. 19; Kaufmann: Wiederaufbau und Sozialversicherung, S. 11). Studer (Die Erwerbsfähigkeit in Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung, S. 22) schlägt vor, dass aus volkswirtschaftlichen Gründen alle Geschlechtskranken von der Sozialversicherung erfasst werden sollten. Piccard verlangt in „Haftpflchtpraxis und soziale Versicherung“ (S. 100), dass im Interesse der Bekämpfung der Volksübel Alkoholmissbrauch und Geschlechtskrankheiten nicht die Versicherungsleistungen wegen Verschulden gekürzt, sondern Werke, die sich die Bekämpfung dieser Übel zur Aufgabe machen, unterstützt werden sollten. Gericke (Begriff der Krankheit, S. 68) gibt ein Zirkular des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 25. Juni 1916 an die Krankenkassen wieder, dessen weitgehende Berücksichtigung durch die MV volkswirtschaftlich grossen Nutzen stiften könnte, auf welches auch Piccard zustimmend hinweist. Wir lesen dort: „Die Erkrankung an einer Geschlechtskrankheit beweist an sich kein Selbstverschulden. Auch der aussereheliche Geschlechtsverkehr . . . kann nicht schlechthin und allgemein als ein die Kassen befreiendes Verschulden bezeichnet werden . . . Eines der wichtigsten und notwendigsten Mittel zur Behebung und Erhaltung der Volksgesundheit und Volkskraft ist die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten . . . Eine verschleppte Geschlechtskrankheit vermindert die Widerstandsfähigkeit gegen andere Erkrankungen“.

Die Truppensanität hat der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Armee von jeher besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Im Geschlechtskrankheitenbefehl vom 26. April 1922 hat der Oberfeldarzt, damals noch oberster Chef der MV, als Kommandant der Truppensanität den Wehrmännern den militärischen Befehl erteilt, nach jedem ausserehelichen Geschlechtsverkehr sich zur prophylaktischen Behandlung zu melden, unter der Androhung des Verlustes der Ansprüche an die MV wegen

Befehlswiderhandlung, gestützt auf Art. 11 MVG, in der zugehörigen Instruktion dahin ergänzt, dass in der Regel aber selbst in diesem Falle die MV, ohne Barleistungen, die Behandlungskur durchführen werde. Bei Befolgung des Befehls bestehe ein Anspruch an die MV auf volle Leistungen.

Während sich das Urteil in AS 1928, S. 84 voll und ganz auf den Boden dieses Befehls stellt und bei Befolgung desselben volle Leistungen gewährt, verneint das Urteil in AS 1932, S. 159 beim Verkehr mit einer Unbekannten auch in solchen Fällen die Leistungen mit der Begründung, dass die durch den Geschlechtsverkehr verwirklichte grobe Fahrlässigkeit nicht dadurch rückgängig gemacht werden könne, dass der Mann sich nachher einer prophylaktischen Behandlung unterziehe. Beides sind Einzelrichterurteile. Ein neuer Befehl des Oberfeldarztes vom 14. September 1939 mit zugehöriger Instruktion vom 21. September 1939 hat die zwangsweise Behandlung aller vordienstlichen akuten und chronischen Geschlechtskrankheiten ohne Gewährung von Barleistungen anbefohlen. Auch die dienstlich erworbenen müssen behandelt werden. In diesen Fällen bestehe der Anspruch auf Barleistungen im Rahmen der Gerichtspraxis.

Von ganz andern Erwägungen gehen Versicherungs- und Gerichtspraxis aus. Die weltanschauliche Auffassung überdeckt die volkswirtschaftlichen Bedenken. Jedem Soldaten, der sich beim Verkehr mit einem unbekannten Mädchen infiziert, verweigert die MV, gedeckt durch die Judikatur des EVG, jegliche Leistungen, auch die Behandlung. Der Rechtsgrund wird aus Art. 11 (grobe Fahrlässigkeit) abgeleitet. Bei allen andern Krankheiten kommt nur bei Absicht, nicht aber bei grober Fahrlässigkeit, völlige Verweigerung von Leistungen in Frage (AS 1936, S. 53). Gegenüber dem Geschlechtskranken bleibt nicht einmal die Möglichkeit, den Grad der Fahrlässigkeit zu prüfen und zu würdigen. Den unerfahrenen jungen Burschen, der in der Rekrutenschule zum erstenmal aus

stiller Weltabgeschiedenheit herauskommt, sich trotz starker innerer Hemmungen durch fröhliche Kameraden oder ins bunte Tuch verschossene Mädchen zu einem unüberlegten Schritt hinreissen lässt, trifft die unerbittliche Sanktion in gleichem Masse wie den gewissenlosen Verführer, der leichtfertig sich ihm hingebende Mädchen infiziert und damit Ursache zur Infizierung seiner Kameraden wird.

b) Invalidität. Prof. Michaud unterscheidet in einem Gutachten drei Kategorien von Heilung: 1. *restitutio ad integrum*, die Wiederherstellung des vorherigen physiologischen Zustandes des Organismus, die volle, endgültige Heilung. 2. die *sanatio incompleta*: der Krankheitsprozess ist zwar erloschen, aber er hat Folgen hinterlassen. Auch da kann die Heilung endgültig sein, muss es aber nicht. 3. die symptomatische Heilung: nur die subjektiven Symptome der Krankheit sind verschwunden, die Krankheit ist aber nicht völlig eliminiert, die Heilung nicht endgültig eingetreten. Wenn der Krankheitsprozess, ohne zur *restitutio in integrum* geführt zu haben, zu vollständiger Ruhe gelangt ist, so äussert sich in der Regel die zurückbleibende Gesundheitsschädigung in der Form der Invalidität, d. h. in der Einschränkung oder Aufhebung der Arbeitsfähigkeit infolge Verlust eines Gliedes, verringerter Funktion von für die Arbeitsleistung wichtigen Organen, Reduktion der körperlichen Kraft und Ausdauer usw. Dauerinvalidität resultiert aus einem anatomischen Verlust (Amputation eines Gliedes, Resektion eines Organs etc.) oder aus organischem oder funktionellem Ausfall (Versteifung, Lähmung, Aussergebrauchsetzung von Lungenpartien durch Tbc, Herzschwäche etc.). Die Sozialversicherung kümmert sich i. A. um die Invalidität nur soweit, als sie sich erwerbsbehindernd auswirkt oder auszuwirken droht. Das MVG aber sieht in Art. 28 über den Rahmen der Erwerbsbehinderung hinaus auch den Versicherungsfall schwerer Beeinträchtigung der körperlichen Integrität vor und erweitert damit die in Art. 1 des Ge-

setzes gezogene Umgrenzung. Als schwere Verletzung der Integrität hat die Praxis Verstümmelungen, Entstellungen, andauernde Schmerzhaftigkeit angesehen, wenn sie Funktionen des gewöhnlichen Lebens oder den Lebensgenuss erheblich beeinträchtigen. Nicht als schwere Integritätsverletzung gelten der Verlust eines Hodens, einiger weniger Zähne, die Notwendigkeit, auf die weitere Ausübung eines geliebten Sportes zu verzichten, wohl aber der Verlust zweier Hoden, Sterilität, Verlust einer Niere, fast sämtlicher Zähne, trotz Prothesenersatz. Eine eingehendere Darstellung der Gerichtspraxis findet sich bei Graven: Invalidités, S. 28.

c) Der Tod ist immer Abschluss eines Krankheitsprozesses, unter Umständen allerdings eines denkbar kurzen von nur Sekundendauer. Er vernichtet nicht nur die versicherte Erwerbsfähigkeit, sondern auch den Träger derselben und damit seine Versicherteneigenschaft. Mit dem Tod ist deshalb der Versicherungsfall abgeschlossen. Die durch Tod erfolgte Beendigung kann unter den gesetzlich vorgesehenen Umständen einen neuen Versicherungstatbestand schaffen, sofern Hinterlassene vorhanden sind, die in bestimmten familienrechtlichen Verhältnissen zum Versicherten stunden. Ihre gesetzlichen Ansprüche sind durch das MVG selbständig und unabhängig von der Erbfolgeordnung geregelt. Bei einem Teil der Hinterbliebenen (Witwe und Kinder unter 18 Jahren) löst schon das bestehende Verwandtschaftsband den neuen Versicherungsfall zwischen MV und Hinterbliebenen aus. Bei den übrigen entsteht ein Anspruch auf Leistungen der MV nur bei Vorhandensein noch weiterer Voraussetzungen, so Erwerbsunfähigkeit bei Kindern über 18 Jahren, Bedürftigkeit bei Eltern, elternlosen Geschwistern unter 18 Jahren und Grosseltern oder Bedürftigkeit und zugleich Erwerbsunfähigkeit bei elternlosen Geschwistern über 18 Jahren. Der Anspruch auf Hinterbliebenenpension ist nicht ein aus dem Versicherungsanspruch des Verstorbenen abgeleiteter Anspruch, sondern ein Anspruch aus eigenem

Recht. Er geht daher durch Rechtshandlungen des Militärpatienten nicht unter, bleibt bestehen, auch wenn seine Rente ausgekauft worden ist. Darum liess ursprünglich die MV bei Auskauf eines Patienten sich durch die Witwe eine Erklärung unterzeichnen, wonach auch ihre eventuellen Ansprüche als ausgekauft gelten, dass ihr Anspruch auf Witwenrente dahinfalle. Solche Erklärungen haben keine rechtliche Wirksamkeit. Auf den öffentlich-rechtlichen Status des Versichertseins kann nicht rechtsgültig verzichtet werden. Die Verfügungsmöglichkeit über Hinterbliebenenpensionen setzt einen bereits entstandenen fälligen Anspruch auf Leistungen der MV und somit den Tod des Militärpatienten voraus. Es handelt sich um ganz verschieden aufgebaute Versicherungsfälle. Die Tatbestandsstücke des Militärversicherungsfalls sind militärdienstliche Gesundheitsschädigung, Behandlungsbedürftigkeit, Erwerbsunfähigkeit. Die Tatbestandsteile des Versicherungsfalls der Hinterbliebenen dagegen sind Tod einer Drittperson, des Militärpatienten, an den Folgen einer versicherten Krankheit und ein bestimmter Verwandtschaftsgrad, eventuell noch Bedürftigkeit und eigene Erwerbsunfähigkeit. Das neue Versicherungsverhältnis besteht denn auch zwischen andern Parteien als das erloschene.

Der Tod des primär Versicherten kann nur dann Versicherungsansprüche der Hinterlassenen zur Entstehung bringen, wenn der Tod durch die versicherte Krankheit herbeigeführt wurde, sei diese Krankheit unfallmässig oder anderswie verursacht. Wenn der dienstlich an Tuberkulose Erkrankte bereits mit dem Tode gezeichnet ist, vorher aber an einer interkurrenten, von der dienstlichen unabhängigen Krankheit, z. B. Peritonitis, Herzkrankheit, Unfallfolge stirbt, so gelangen die Hinterlassenen nicht in den Kreis der Versicherten. Das deutsche Unfallversicherungsgesetz kennt allerdings eine in rechtlicher Hinsicht recht eigentümliche Ausnahme, indem es der Witwe des Versicherten bei dessen interkurrenten Tod eine einmalige

Beihilfe zubilligt. Es steht in der Macht des Versicherten, Hinterlassenen Ansprüche nicht zur Entstehung kommen zu lassen durch Herbeiführung eines interkurrenten Todes, durch Selbstmord oder Selbsttötung. Interkurrent ist aber auch der selbst herbeigeführte Tod nur dann, wenn zwischen versicherter Krankheit und Tod ein Zusammenhang nicht gegeben ist; denn der Selbstmord ist von der Versicherung nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Es können aber nach Art. 11 MVG die Leistungen verweigert werden. Unter welchen Voraussetzungen der nicht als Ausfluss einer dienstlichen Krankheit zu würdigende Selbstmord als dienstlich herbeigeführt zu betrachten, in den Wirkungen einem dienstlich erlittenen Unfall gleichzustellen ist, hat das EVG im Falle Wucher (AS 1941, S. 32) eingehend ausgeführt. Darnach ist der im Dienste begangene Selbstmord versichert, „wenn dienstliche Verumständungen dafür verantwortlich sind, dass der Wehrmann aus nicht mehr beherrschtem oder missleitetem Willen heraus gehandelt hat“, oder „dass seine Geistestätigkeit derart beeinträchtigt war, dass ihm das normale Denken nicht mehr möglich war.“ Ein Selbstmord im Dienst lässt auch dann für die Hinterlassenen den Versicherungsfall entstehen, wenn er darauf zurückzuführen ist, dass durch Zwang, jähen Schreck, unerträgliche Schmerzen, Depressionen etc. die freie Willensbildung ausgeschaltet oder stark beeinträchtigt war oder wenn der Selbstmord im Zustande der Bewusstseinsstörung begangen worden ist. Voll versichert ist auch die Selbstaufopferung im Interesse von Kameraden oder dienstlicher Pflichterfüllung.

Kann der noch feststellbare Tatbestand sowohl als zufälliger, unfallweise erfolgter Tod, wie auch als absichtlich herbeigeführte Selbsttötung seine Erklärung finden, dann muss das psychische Moment in der Beweiswürdigung den Ausschlag geben. Die selbstgewollte Herbeiführung des Todes, die nicht nur den stärksten aller Triebe, den Selbsterhaltungstrieb, sondern auch tief eingewurzelte re-

ligiöse Bedenken und Befürchtungen überwinden muss, ist so aussergewöhnlich, dass an den Beweis des Vorhandenseins der psychologischen Voraussetzungen besonders hohe Anforderungen gestellt werden müssen. Ausführungen hierüber finden sich im Urteil Noe in AS 1933, S. 69.

3. Die wirtschaftlichen Folgen, die nach Art. 1 des Gesetzes zum Versicherungstatbestand gehören, ohne deren Vorhandensein einzig die schwere Verletzung der körperlichen Integrität die Leistungspflicht der MV auslösen kann (Art. 28), sind Behandlungsbedürftigkeit und Erwerbsunfähigkeit.

a) Die Behandlungsbedürftigkeit. Eine Zwangsbehandlung kennt das heutige Sozialversicherungsrecht im allgemeinen nicht. Eine Ausnahme macht die Behandlung der Geschlechtskrankheiten seit Beginn der Kriegsmobilmachung und die Versetzung alkoholkranker Wehrmänner in die Heilstätte „Götschihof“ schon im letzten Weltkriege. Zwangsbehandlung ist sodann die Behandlung durch die Truppensanität überhaupt. Der Soldat kann sich ihr nicht entziehen. Der MV aber steht ein analoges Recht nicht zu. Wenn trotz der bestehenden Behandlungsbedürftigkeit der Versicherte aus achtenswerten Gründen, z. B. weil er die Erfüllung seiner Familienpflichten der eigenen Gesundheit voranstellt, sich für die Behandlung nicht zur Verfügung stellt, ist die Entscheidung darüber, ob die Leistungspflicht der MV aufgehoben, unterbrochen oder trotzdem als fortbestehend anerkannt werden solle, oft recht schwierig. Eine weitere Schwierigkeit bietet die Verteilung der Leistungspflicht, wenn vor dienstlich nicht nur die Krankheit, sondern auch die Behandlungsbedürftigkeit bestand, aber vernachlässigt worden war. Darf bei vorbestehender, dienstlich verschlimmerter Hernie die MV sich mit konservativer Behandlung und Lieferung eines Bruchbandes begnügen oder ist ihr die wirksamste Behandlung zuzumuten, die Operation mit ihren Risiken oder eventuell unter Überbindung des Ope-

rationsrisikos an den Versicherten? Hat die MV, wenn aus chronischen Infektionsherden in den Mandeln oder in Zahngranulomen während des Dienstes ernsthafte Krankheiten entstehen auf ihre Kosten die Herde operativ zu beseitigen oder darf sie sich damit begnügen, nur die dienstliche Verschlimmerung zu behandeln? Die Gerichtspraxis gibt auf diese Fragen keine grundsätzliche Antwort. Je nach der Art und dem Mass der dienstlichen Verschlimmerung wird der Operationsanspruch geschützt oder abgelehnt.

Nach dem deutschen Militärversorgungsgesetz gehört zur Behandlung auch die Vermittlung einer der restierenden Erwerbsfähigkeit angepassten geeigneten Arbeitsstelle. Der Präsident des deutschen RVA erklärt, die Wiedereinstellung schwerverunfallter Invaliden dürfe nicht mehr dem freien Spiel der wirtschaftlichen Kräfte überlassen bleiben, müsse vielmehr unter gesetzlichen Zwang gestellt werden. Den Abschluss der Heilbehandlung müsse in der ganzen Sozialversicherung die Vermittlung einer geeigneten Arbeitsstelle bieten (Kaufmann: Wiederaufbau und Sozialversicherung, S. 17). Ehrenzweig (Der allgemeine Rechtsgedanke in der Sozialversicherung, S. 82) bezeichnet die Berufsausbildung als den echten sozialen Schadenersatz und Arbeitsvermittlung und Umschulung als die wesentlichen, aber nur ergänzenden sozialen Leistungen. Durch eine systematische Wiedereinführung in den Arbeitsprozess mit Hilfe und unter Kontrolle der Versicherungsorgane würden sich voraussichtlich beträchtliche Ersparnisse erzielen lassen. Aber bei der heutigen zentralistischen Organisation der MV ist nicht daran zu denken, ihr eine solche Aufgabe zu überbinden.

b) Die Erwerbsunfähigkeit. Manes bezeichnet die Sozialversicherung als die Versicherung des Verbrauchs an Arbeitskraft. Für diese Versicherung hat der Begriff der Erwerbsunfähigkeit eine ganz besondere Bedeutung erlangt. Sie ist heute noch wohl überall aufgespalten in verschiedene Zweige, wie Unfall-, Invaliden-,

Alters-, Angestellten-, Arbeitslosenversicherung. Jeder dieser Zweige gibt dem Begriff „Erwerbsunfähigkeit“ seine eigene Bedeutung. Bei der Krankenversicherung, wie sie in Deutschland und auch in unserm KUVG geregelt ist, wird nur die vorübergehende Krankheit entschädigt. Bei ihr macht der Umstand, dass für einen andern Beruf Erwerbsfähigkeit bestehen würde, nicht erwerbsfähig. In unserer Personalversicherung, wie in der deutschen Angestelltenversicherung berechtigt die für andere Berufe bestehende Erwerbsfähigkeit keine Herabsetzung der Leistungen. Im MVG aber, welches bereits ein Stück der überall erstrebten Einheitsversicherung verwirklicht und damit zeitlich unbegrenzte Krankenversicherung kennt, ist die Erwerbsfähigkeit ein viel umfassenderer, allgemeinerer Begriff. Dieser Begriff besitzt nach Siefert (Der Begriff der Erwerbsfähigkeit auf dem Gebiete des Versicherungswesens, S. 17 ff.) drei Merkmale: Die Fähigkeit zu arbeiten, die Arbeit und die Verwertbarkeit der Arbeit für den Erwerb. Diese Merkmale ergeben die Abgrenzung gegenüber Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit. Das einzige Mittel zum Erwerben im Sinne der Erwerbsfähigkeit ist die Arbeit, wobei nicht die vorhandene Arbeitskraft, sondern nur ihr wirtschaftlicher Wert von Bedeutung ist. Wo die Arbeitskraft Erwerbsquelle sein kann, wird sie zur Erwerbsfähigkeit. Sieferts Definition lautet (S. 76): „Die Erwerbsunfähigkeit ist der im wesentlichen auf der persönlichen Eigenart eines Menschen beruhende Mangel an Fähigkeit, an einem beliebigen Ort Arbeiten irgendeiner Art zu verrichten, die für andere brauchbar sind und deshalb für ihn als Erwerbsquelle dienen können.“ Zum bessern Verständnis dieses für die Sozialversicherung so wichtigen und eigentlichen Spezialgebiets seien noch einige weitere Definitionen angeführt. Richter (Soziales Versicherungsrecht, S. 142): „Erwerbsfähigkeit ist die körperliche und geistige Fähigkeit, durch erlaubte Arbeit Güter zu erwerben“. Stier-Somlo (Studien zum sozialen Recht, S. 33): „Arbeitsunfähig ist jemand, so weit

er nicht mehr im Stande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, dasjenige zu erwerben, was er vor dem Unfall erwerben konnte.“ Giorgio und Nabholz (Die schweiz. Unfallversicherung, S. 194): „... ist die Fähigkeit, durch persönliche Arbeit Verdienst zu erzielen.“ Graven (Les invalidités) zieht aus der Gerichtspraxis des EVG kurz und bündig die Umschreibung: „Erwerbsfähigkeit ist verwertbare Arbeitsfähigkeit.“ Interessant ist die Vergleichung des in den Gesetzen zahlreicher Länder umschriebenen Begriffs der Erwerbsunfähigkeit, zusammengestellt vom IAA 1937 in *Evaluation de l'incapacité de travail*, S. 38. Erwerbsfähigkeit ist, wie durch all die wiedergegebenen Definitionen überzeugend belegt wird, ein juristisch-wirtschaftlicher und nicht ein medizinischer Begriff. So auch Graven: *Invalidités*, S. 18. Versicherer und Richter, die ihrer Aufgabe gewachsen sind, die sich nicht einfach ins Schlepptau des Mediziners begeben und auch nicht einfach auf den Mediziner die Verantwortung für die Würdigung der Erwerbsfähigkeit abzuwälzen versuchen wollen, müssen sich gründlich in diese Materie einarbeiten. Unermüdlich verweisen juristische Autoren auf diese Notwendigkeit, ohne leider genügende Wirkung zu erzielen. So namentlich Piccard in *Haftpflichtpraxis und Sozialversicherung*, S. 114, und auch Studer (Erwerbsunfähigkeit, S. 68): „Der Arzt soll die physiologischen Folgen feststellen. Seine Äusserungen über deren Einfluss sind zwar wertvoll, bei inneren Krankheiten unentbehrlich, aber nie bindende Unterlage. Die Festsetzung des Grades ist nicht Sache des Arztes, sondern eine der vornehmsten Aufgaben der mit der Entscheidung betrauten Instanzen selbst.“ Der Neurologe Riese schreibt: „Nicht der Befund, sondern das ganze Lebens- und Arbeitsmilieu entscheidet über das Vorhandensein von Erwerbsfähigkeit.“

Die neuern grundlegenden Entscheide, in welchen das EVG den Begriff der Erwerbsfähigkeit umschreibt und erläutert, sind publiziert in AS 1936, S. 103 (Accola: Die Differenz zwischen dem, was der Versicherte ohne den Unfall hätte erwerben können und dem, was er, mit den Unfallfolgen behaftet, voraussichtlich auf dem Arbeitsmarkt erwerben kann); in AS 1939, S. 131 (Geiger) und AS 1940, S. 120 (Arfini): „Entscheidend ist nicht, wieviel Arbeit geleistet, sondern wieviel verdient werden kann.“ Deshalb ist im Falle eines Berufswechsels auch bei voller hundertprozentiger Erwerbsfähigkeit im neuen Beruf die durchschnittliche Lohndifferenz zwischen beiden Berufsarten zu vergüten und bei verminderter Erwerbsfähigkeit auch im neuen Beruf noch der prozentuale Ausfall (Graven: Invalidités, S. 71).

Die Begriffe Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit, Erwerbseinbusse, Arbeitslosigkeit müssen scharf auseinander gehalten werden. Arbeitsfähigkeit, die Fähigkeit, Arbeiten zu verrichten ist eine Eigenschaft, eine Kraft des Menschen, etwas rein Persönliches. Die objektive Feststellung der Verringerung der Arbeitskraft gehört in das Gebiet des Mediziners. Ihre Verwertbarkeit aber ist vom Urteil dritter Personen abhängig, also von äussern Umständen, die der Kognition des Mediziners entzogen sind.

Auf der Erwägung, dass für bestimmte Schädigungen sich ein theoretischer Durchschnitt ihrer Auswirkungen auf die Arbeitskraft errechnen lasse, beruhen die Glieder taxen der Privatversicherungen und der „barème“ der französischen Sozialversicherung. Das Bestreben, denselben mit den Erfordernissen einer gerechten Sozialversicherung in Einklang zu bringen, hat die Tafeln des französischen „barème“ zu einem umfangreichen Buche anwachsen lassen und zu einem recht komplizierten Werkzeug gemacht, ohne dass es gelungen wäre, die Möglichkeit zu schaffen, den Verumständungen des einzelnen Falles stets genügend Rechnung zu tragen. Die Anwendung

eines theoretischen Durchschnitts widerspricht den Grundsätzen der Sozialversicherung.

Das IAA kommt in seiner 1937 veröffentlichten Zusammenstellung (Einleitung, S. X) zum Schluss, dass die Integritätsverletzung an sich keine brauchbare Grundlage für die Bewertung der Erwerbsfähigkeit bilden könne, weil der zu ersetzende Schaden sich in der Fähigkeit zu erwerben und nicht im Mangel an körperlicher Integrität ausdrücke. Auch die medizinische konsultative Fachkommission der SUVA ist, wie dem Mitteilungsblatt vom Januar 1942 zu entnehmen ist, der Überzeugung, dass die Aufstellung einer Invaliditätstabelle für die Sozialversicherung nicht zweckmässig, sondern schädlich ist.

Die Verminderung an Erwerbsfähigkeit kann nur grösser, niemals kleiner sein als diejenige der Arbeitsfähigkeit. Auch bei voller oder gleich gebliebener Arbeitsfähigkeit kann die Erwerbsfähigkeit vermindert sein, so namentlich bei Krankheitsfolgen, die Abneigung erwecken und damit die Konkurrenzfähigkeit herabsetzen, wie ekel-erregende oder ansteckende Krankheiten, Entstellungen und auffallende körperliche Defekte, aber auch Schonungsbedürftigkeit, Rückfallgefahr, Verlust des einen von zwei paarigen Organen. Näheres bei Piccard: Invaliditätsschätzung und Wirtschaftskrise in der Medizinischen Wochenschrift 1933, S. 240 ff.

Schwieriger ist die Grenze zu ziehen zwischen verminderter Erwerbsfähigkeit und Arbeitslosigkeit. Das internationale Arbeitsamt hat allen angeschlossenen Ländern die Frage gestellt, wie es gehalten werde, wenn der vermindert Arbeitsfähige deshalb keine Erwerbs Gelegenheit finden könne, weil genügend Angebote von Vollarbeitsfähigen vorliegen, mit denen derjenige, der nur über eine Teilarbeitskraft verfügt, nicht zu konkurrieren vermöge, die Teilerwerbsfähigkeit also nicht verwertbar sei. In keinem der befragten Länder gibt es ein Gesetz, das auf diese Frage Antwort geben würde. Immerhin steht doch in Art. 562 RVO: „Solange der Verletzte infolge des

Unfalls arbeitslos ist, kann die Genossenschaft auf Zeit die Teilrente bis zur Vollrente erhöhen.“ Die Grundregel, nach welcher sich die Praxis des EVG in solchen Fällen richtet, lautet: Die MV kann nicht für die wirtschaftlichen Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt verantwortlich gemacht werden. Die Verwertbarkeit vorhandener Teilarbeitsfähigkeit wird deshalb regelmässig als vorhanden und das Nichtauffinden einer Arbeitsgelegenheit nicht als Krankheitsfolge, sondern als wirtschaftlich bedingt betrachtet. Das wäre durchaus logisch, wenn auch die Teilarbeitsunfähigkeit in der Arbeitslosenversicherung Berücksichtigung finden könnte. Solange dies aber nicht der Fall ist, besteht hier für die nur teilweise Arbeitsfähigen eine schmerzliche Lücke. Die Arbeitslosenversicherung deckt eben nur die Arbeitslosigkeit des Vollerwerbsfähigen. Gar mancher Militärpatient bekäme bei voller Arbeitsfähigkeit wieder seine gute Stelle und auch das bestmotivierte Urteil wird ihn nie zu überzeugen vermögen, dass er ein Krisenopfer sei.

Die Erkenntnis, dass jede gerechte Sozialversicherung nicht die theoretisch errechnete Arbeitsunfähigkeit, sondern die wirklich bestehende Erwerbsunfähigkeit zu entschädigen suchen muss, führt zum Schluss, dass eine theoretische Arbeitsfähigkeit von 10—20% sich praktisch nicht in Erwerbsfähigkeit umsetzen lässt, Gegenbeweis für seltene Ausnahmefälle vorbehalten, und dass, ebenfalls vorbehaltlich des Gegenbeweises, errechnete Arbeitsunfähigkeiten unter 10% sich nicht in dauernder Erwerbsunfähigkeit auswirken. Ein Gegenbeweis wird in diesem Falle allerdings dort häufig gelingen, wo die Arbeitsleistung peinlich genau gemessen wird, wie z. B. beim Stücklohn in der Fabrikation von Präzisionsuhren.

VIII. Rechtliche Gestaltung des Anspruchs.

Wenn auch die Einzelleistung zur direkten Befriedigung individueller, privater Bedürfnisse dient, so gehören doch sowohl der Anspruch, versichert zu sein, als

auch der Anspruch auf die gesetzliche Leistung bei Eintreten des Versicherungsfalls ausschliesslich dem öffentlichen Rechte an. Beide sind unzertrennbar miteinander verbunden. Der Anspruch, in die Versicherung einbezogen zu werden, ist Anwartschaft auf Leistungen und der Anspruch auf Leistungen setzt jenen erstern Anspruch voraus. Der Gesamtanspruch gehört zur Gruppe der subjektiven öffentlichen Rechte, die nach Jellineck (System der subjektiven öffentlichen Rechte, S. 51) in der Fähigkeit bestehen, Rechtsnormen im individuellen Interesse in Bewegung zu setzen, die sich in der Beziehung zum Staate erschöpfen. Wo das individuelle Interesse Inhalt öffentlichen Rechtes ist, findet es nur Anerkennung, wenn dieselbe im allgemeinen Interesse geboten ist. Die gesetzlichen Ansprüche des Versicherten, sogar gegen jede einzelne Krankenkasse, sind nach Jellineck öffentlich-rechtliche, weil der Staat als seine Aufgabe erkannt hat, dem arbeitsunfähig Gewordenen seine Existenz zu garantieren (S. 268). Das Gemein- oder Staatsinteresse, das nicht mit fiskalischen Interessen, ja, nach Jellineck nicht einmal mit dem Interesse der lebenden Generation identifiziert werden darf (S. 68), geht den Einzelinteressen immer vor.

1. Der Versicherungsstatus. Auf Ansprüche öffentlich-rechtlicher Natur kann regelmässig nicht verzichtet werden, weil die Verhältnisse im gemeinen Interesse geschaffen sind (Jellineck, S. 340). Die Anwartschaft auf Leistungen der MV wird nicht durch Willenserklärung erworben, sondern entsteht von Gesetzes wegen. Unabhängig von seinem Willen erwirbt der Wehrmann, ob es ihm passt oder nicht, den Status des Versichertseins, das abstrakt-potentielle Recht, wie es Jellineck bezeichnet (S. 54). Fleiner (Schweizerisches Bundesstaatsrecht, S. 622) stellt den Versicherungsanspruch des Wehrmannes auf die gleiche Stufe wie die Wehrpflicht, die beide für alle Bürger gleich sind. Aus der Rechtsnatur des Versichertenstatus folgt die Unverzichtbarkeit auf denselben,

und zwar grundsätzlich für beide Teile, den Versicherten und den Versicherer. Das freiwillige Entgegenkommen der Versicherungsanstalt, von Jellineck als staatlicher Rechtsverzicht bezeichnet (S. 333), ist ein Verwaltungsakt und an die für solche geltenden Rechtsregeln gebunden. Da nach Art. 5 MVG nur die Bundesversammlung die Versichertenkategorien erweitern kann, darf weder die MV noch das EVG den Versichertenstatus Leuten zubilligen, die im Gesetze nicht erwähnt sind.

Auch die bundesrätliche Genehmigung vermochte den Bestimmungen der Art. 112 IBW von 1912 und Art. 34 IBW von 1932 keine rechtliche Gültigkeit zu verschaffen, nach welchen Wehrmänner, die nach Gesetz untauglich erklärt werden müssen, die aber Dienst leisten möchten und noch verwendbar wären, diensttauglich erklärt werden können, wenn sie unterschriftlich zum voraus auf allfällige Ansprüche aus den festgestellten Mängeln an die MV verzichten. Solche Verzichtserklärungen sind von Anfang an nichtig, genau gleich wie die von der MV selber seinerzeit bei Rentenauskaufen von Militärpatienten, von präsumtiv zu Hinterlassenden verlangten Verzichtserklärungen. Die Nichtigkeit ergibt sich aus der Rechtsnatur selber und brauchte nicht ausdrücklich im Gesetz stipuliert zu werden, wie es hinsichtlich der dem privaten Recht unterstellten Haftpflicht geschehen ist: Eisenbahnhaftpflicht von 1905 Art. 16; Stark- und Schwachstromgesetz von 1902 Art. 39; Motorfahrzeuggesetz von 1932 Art. 43. Die neueste IBW, die am 1. August 1941 in Kraft getreten ist, hat darum mit vollem Recht diese Bestimmung über Verzicht auf die Leistungen der MV fallen lassen.

Der Auskaufsmöglichkeit unterliegt nur der entstandene Rechtsanspruch auf zahlenmässig festgestellte oder feststellbare Leistungen, nicht aber die Versicherungsfähigkeit. Es gibt denn ja auch keine Rechtsnachfolge in den Versichertenstatus. Wenn das Versichertsein sich nicht in einem Versicherungsfall ausgewirkt hat, so geht das Versicherungsverhältnis nicht auf Rechtsnach-

folger über. Aber auch wenn der Versicherte, während er Leistungen bezog, an versicherten Krankheitsfolgen stirbt, so liegt keine Rechtsnachfolge der Hinterbliebenen in das Versicherungsverhältnis oder in den Versichertenstatus vor, sondern, wie oben angeführt, ein neuer Versicherungsfall.

2. Der Anspruch auf Leistungen. Rechtlich anders als der abstrakt-potentielle ist der abstrakt-aktuelle Anspruch — in der Sprache Jellinecks—, das Recht auf Leistung nach fällig gewordenem Anspruch, zu behandeln. Es ist ein klagbarer Anspruch auf die Leistung, im Gegensatz z. B. zum Recht auf öffentliche Unterstützung. Aber dem Bund als Haftpflichtiger und Versicherer gegenüber bestehen nicht in Bezug auf alle Leistungen, die der Staat auf diesem Gebiete macht, rechtliche Ansprüche, so nicht auf vorbeugende Leistungen, wie Dienstbefreiung bei bestehender Krankheit, besondere Schonung, nicht auf Behandlung durch die Truppensanität zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Diensttauglichkeit, wie Sanierung eines vernachlässigten Gebisses, Operation vordienstlicher Brüche usw., nicht auf Erhöhung der Pension nach Art. 43 MVG zugunsten desjenigen, der sich im Interesse des Vaterlandes besonders Gefahren ausgesetzt hat.

Das öffentliche Recht ist seiner Natur nach nicht Gegenstand privater Disposition. Aber das auf Grund des Anspruchs bereits Erworbene tritt in die Privatrechtssphäre des Versicherten (Jellineck, S. 344). Darum findet Erbfolge in die zu Lebzeiten angefallenen Ansprüche an die MV statt, kann in der Regel auf fällige Leistungen verzichtet werden, sofern nicht das öffentliche Interesse die Unverzichtbarkeit verlangt oder die Unverzichtbarkeit aus der positiv-gesetzlichen Regelung hervorgeht. In der Rechtsliteratur wird durchwegs die Verzichtsmöglichkeit als Ausnahme betrachtet. Einschränkend urteilt Burckhardt (Die Organisation der Rechtsgemeinschaft, S. 74): „Wenn der Staat als Vollzieher der gesetzlichen Befehle zu leisten verpflichtet ist, kann ihm der Einzelne es nicht erlassen, wenngleich er vielleicht davon nicht Gebrauch

machen muss. Es fehlt die subjektive Verfügung durch die Möglichkeit eines Verzichts über die Verpflichtung eines andern.“ Strenger noch Bluntschli (Allgemeines Staatsrecht, S. 2): „Der Berechtigte ist verpflichtet, sein Recht auszuüben. Der Grund dazu ist darin zu finden, dass das öffentliche Recht im Interesse der Gesamtheit besteht.“

In dieses Rechtsgebiet schlägt Art. 15 MVG ein. Jedoch ist es schwierig, den Willen des Gesetzgebers aus seiner unklaren Fassung herauszulesen, wonach „die Leistungen der MV... vor der Zahlung“ nicht rechtsgültig abgetreten werden können. Bis zum Moment der Zahlung bestehen keine Leistungen, sondern Verpflichtungen und Ansprüche. Ist aber die Leistung effektuiert, so ist der Anspruch getilgt und ein Zessionsverbot kann nicht mehr in Frage kommen. Es ist anzunehmen, dass der Gesetzgeber die Zession des Anspruchs auf fällig gewordene Leistungen als unverbindlich erklären will. Das EVG hat denn auch in Anwendung dieser Bestimmung als unzulässig erklärt, dass der Anwalt seine Honoraransprüche mit einkassierten Krankengeld- oder Rentenbeträgen verrechne. Ursprünglich hat es auch der MV ein Verrechnungsrecht verweigert, in der spätern Praxis dann anerkannt. Demgemäss liegt nach Ansicht des EVG im Abtretungsverbot nicht die Statuierung der Unverzichtbarkeit auf den fälligen Anspruch, ist doch der Verzicht nichts anderes als Abtretung des Anspruchs an die MV.

Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nicht vor der Anmeldung der Krankheit bei der MV gemäss Art. 19 Al. 4. Durch absichtliche Nichtanmeldung kann der Militärpatient somit auf die Geltendmachung seiner Ansprüche verzichten. Auch dies spricht dafür, dass mit dem Abtretungsverbot des Art. 15 nicht die Abtretung an die MV selber, d. h. die Unverzichtbarkeit auf verfallene Leistungen statuiert werden sollte.

In den andern Rechtsdisziplinen wird der Judikatur die Eigenschaft einer Rechtsquelle, dem Richter die

Kompetenz zu eigener Rechtsschöpfung bestritten. Jedoch anerkennt Simonius (Gesetzesauslegung, S. 83 ff.) die Möglichkeit, dass auch bei gleichbleibendem Wortlaut die Gesetzesbestimmung neuen Zwecken dienen und eine andere Bedeutung erhalten kann, als ursprünglich gedacht war. In der Sozialversicherung aber und ganz besonders in der MV, der jüngsten Rechtsdisziplin, muss der Richter als Ersatzmann des Gesetzgebers einspringen. Der Gesetzgeber konnte nicht auf genügende Erfahrung zurückblicken, um über das ganze Gebiet zu legislieren. Zudem erfordern die Fortschritte in der medizinischen Erkenntnis, zur Vermeidung stossender Ungerechtigkeiten, oft eine Anpassung der Gesetzesvorschriften an die neuern Ergebnisse der Wissenschaft, die über blosser Gesetzesauslegung weit hinausgehen. Mit Recht hat deshalb der Gesetzgeber in Art. 22 OB dem Gesamtgericht die Aufgabe übertragen, durch die Lösung von durch Mitglieder oder Gerichtsabteilungen vorgebrachten Rechtsfragen, richtunggebend und zielbewusst der Sozialversicherung neue Wege zu weisen. Die vielen Lücken, Mängel und Unklarheiten in der Militärversicherungsgesetzgebung erschweren eine konsequente und gradlinige Verwaltung der MV ausserordentlich. Die MV benötigt und wünscht daher eine klare Gesetzesergänzung durch eine Gerichtspraxis, die ihr Richtlinien weist, an die sie sich halten kann. Das Gericht hat allerdings diese bedeutende Aufgabe nicht zu allen Zeiten voll erkannt und ist ihr nur zögernd gerecht geworden, wie sich aus dem Geschäftsbericht für 1924 ergibt: „Angesichts der mangelhaften und komplizierten gesetzlichen Grundlagen des Militärversicherungswesens... ist das Gericht bestrebt, grundsätzliche Entscheidungen so viel als möglich zu vermeiden.“ In der Folge ist es dann aber weitgehend rechtsschöpferisch aufgetreten. Ob es ihm dabei immer gelungen ist, dem von Fick (Die für die Auslegung des Versicherungsvertragsgesetzes massgebenden Grundsätze, S. 48) aufgestellten Prinzip nachzuleben: „So weit freie Rechtsfindung überhaupt in Be-

tracht kommt, muss das soziale Ideal der mit dem Wesen der Versicherung vertrauten Kreise, nicht des grossen Publikums wegleitend sein“, können nur Aussenstehende beurteilen. Wenn und so weit das EVG rechtsschöpfend auftrat, ist es sich immer seiner grossen Verantwortung gegenüber der Gemeinschaft bewusst gewesen und hat sich bestrebt, die Definition Ulpians zu rechtfertigen: *Jurisprudencia est divinarum atque humanarum rerum notitia*. In einem neuesten Falle entschlossener Rechtsschöpfung hat das EVG durch den Gesetzgeber selber umgehend Anerkennung und Sanktionierung erhalten: Durch den BRB vom 12. Januar 1940 hatte der Bundesrat den Art. 19 Al. 2 MVG, wonach der Militärpatient während der Dauer des Dienstes an Stelle des Krankengeldes den Sold erhält, aufgehoben und ersetzt durch die Bestimmung, dass während den ersten 45 Krankentagen immer der Sold auszubezahlen sei, in der Meinung, der Aufenthalt in einer MSA sei als Spitalaufenthalt zu betrachten und nicht versichert. Als dann der Plenarbeschluss des EVG vom 17. Dezember 1940 den Aufenthalt in Truppensanitätsanstalten als Militärdienst bezeichnete, erliess der Bundesrat am 21. Mai 1941 einen neuen Beschluss, in welchem er den BRB vom 12. Januar 1940 aufhob, dem Plenarbeschluss des EVG ausdrücklich Gesetzeskraft verlieh und ihm damit Verbindlichkeit verschafft auch gegenüber militärischen und zivilen Anstalten, welche die Judikatur des EVG nicht zu erreichen vermag.

In die Notwendigkeit, als Gesetzgeber aufzutreten, wurde das EVG zunächst durch das Versagen der medizinischen Wissenschaft versetzt, welche sich ausser Stande erklärte, den Beginn des Krankheitsprozesses bei endogenen, konstitutionellen Krankheiten zu bestimmen. Die Entscheidung darüber aber, ob Art. 6 (während dem Dienste betroffen) oder Art. 8 (vordienstlich bereits bestehender Krankheitsprozess) anzuwenden ist, setzt die grundsätzliche Entscheidungsmöglichkeit über den Zeitpunkt des Beginns jeder Krankheitsgattung voraus. Da

eine Beweislastverteilung in Bezug auf grundsätzlich nicht beweisbare Tatsachen ernsthaft nicht zu verantworten ist, musste sich folgerichtig das Kausalitätsprinzip in Bezug auf diese Krankheiten in der Judikatur den Durchbruch erzwingen, ohne auf eine Revision des Gesetzes zu warten.

Prof. Rud. Stähelin in Basel schlägt unter Berufung auf die durch Art. 13 KUVG den Krankenkassen vorgeschriebene zeitlich limitierte Übernahme aller Krankheiten, in dieser wohl am heftigsten umkämpften Streitfrage auf dem Gebiete des Militärversicherungswesens eine gerechte Mittellösung vor: Die MV sollte, wie eine Krankenkasse, alle im Dienste aufgetretenen Krankheiten für sechs oder zwölf Monate voll übernehmen, nach dieser Frist aber nur noch nach striktem Kausalitätsprinzip herangezogen werden können.

Die Sozialversicherungsgesetze nehmen bei der Regelung der Hinterbliebenenrenten keine Rücksicht auf die Lebenserwartung des die Ansprüche der Hinterbliebenen auslösenden Versicherten, weder auf seine höchst persönliche, seinem Gesundheitszustand entsprechende, immer rein hypothetische Lebenserwartung, noch auf die versicherungstheoretische. Jedoch finden die Leistungen an erwerbsunfähige Geschwister mit dem Jahre ihr Ende, in welchem ihr als Militärpatient verstorbener Bruder 70 Jahre alt geworden wäre, dies ganz unabhängig von seinem Gesundheitszustand im Momente der Entstehung des Versicherungsfalls (Art. 37 b). Der Rentenanspruch der Witwe und der Aszendenten aber endet laut ausdrücklicher Gesetzesbestimmung immer erst mit dem Tode der zum Bezuge von Hinterlassenenrenten berechtigten Person (Art. 35 Al. 4, Art. 35 a und c) oder mit der Wiederverheiratung (Art. 35 Al. 3). Den Rentenanspruch der minderjährigen Kinder gewährt das Gesetz bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Anspruchsberechtigten. Noch 1936 hat im Urteil Gubler das EVG festgelegt, dass die Bestimmungen in Art. 35 und 37 durch die Gewährung einer Pension auf Lebenszeit eine zeitliche Beschränkung der

Haftung ausschliessen. Für dienstlich verschlimmerte vordienstliche Krankheiten, die auch ohne Dienstleistung innert sehr kurzer Frist zum Tode hätten führen müssen, kennt das Gesetz keine Ausnahme. Für solche Krankheiten hat die Rechtsprechung des EVG als weitem Zeitpunkt des Erlöschens der Hinterlassenenrenten die höchstpersönliche Lebenserwartung des Versicherten eingeführt, deren Bestimmung hypothetischem ärztlichem Ermessen im Einzelfall ausgeliefert wird. Je nach diesem Ermessen werden die Hinterlassenenrenten nur während $\frac{1}{4}$ bis wenigen Jahren zugesprochen und nur bei längerer Lebenserwartung werden nach wie vor nach Art. 8 gekürzte Renten bis zum gesetzlich vorgesehenen Endpunkt gewährt. Ob eine derartige Erledigung der selbständigen Versicherungsfälle der Hinterlassenen dem Willen des Gesetzgebers wirklich entspricht, wird er selber anlässlich der Gesetzesrevision zu entscheiden haben.

Den Grundsatz der zeitlich limitierten Haftung ohne Rücksicht auf die Dauer der Krankheit kennt allerdings schon die Krankenversicherung in allen Staaten mit Ausnahme von Chili und Russland, welche auch in der Krankenversicherung die Leistungen unbefristet gewähren. Bei dem beschränkten Mitgliederbestand der einzelnen Kassen würden bei zeitlich unbegrenzten Leistungen allzuhohe Anforderungen an die Solidaritätsbereitschaft und Opferwilligkeit der Kassenmitglieder gestellt werden müssen. Dabei handelt es sich aber um eine feste, für alle gültige, zum voraus bestimmte Frist. Die MV aber hat in Bezug auf einzelne Krankheiten nicht nur für die Hinterlassenenrenten, sondern auch für ihre sämtlichen Leistungen an den kranken Militärpatienten eine Praxis der in jedem einzelnen Fall willkürlich abgestuften zeitlichen Beschränkung ihrer Haftungsdauer eingeführt. Ja, die MV beginnt die Grundsätze der zeitlich limitierten Haftung sogar auf Selbstmordfälle anzuwenden, als ob auch die psychische Entwicklung von der anormalen Anlage bis zur Ausführung des Selbstmordes ihren schick-

salsmässig zum voraus bestimmten Verlauf nähme, dessen Gang und Dauer im einzelnen Fall der Mensch zuverlässig abzuschätzen vermöchte.

Das MVG soll dem Gedanken seiner Schöpfer nach ein Gesetz über die Haftpflicht des Bundes für bei der Erfüllung der Dienstpflicht erlittene Gesundheitsschädigungen sein. Es war aber von Anfang an stark durchsetzt mit Konzessionen an den reinen Versicherungsgedanken. Diesen Konzessionen gegenüber ringt die Gerichtspraxis um die Verstärkung der Haftpflichtgrundsätze. Ein Ausfluss dieses Bestrebens ist auch die Einführung der zeitlich limitierten Haftung der MV in das System des Gesetzes auf dem Wege der Rechtsprechung. Es war ein Ausfluss des Versicherungsgedankens, bei vorbestehenden, aber dienstlich verschlimmerten Krankheiten, den Vorzustand nicht von den Leistungen auszuschliessen, sondern nur für eine Kürzung in billige Berücksichtigung zu ziehen. Die Haftpflichtgrundsätze, die den Richter von allem Anfang an beherrschten, bewirkten, dass die Gerichtspraxis nur die dienstliche Verschlimmerung entschädigt und den vollen aus dem Vorzustand resultierenden Schaden dem Versicherten überlässt.

Art. 19 Al. 4 bestimmt, dass der Anspruch auf Krankengeld erst mit der Anmeldung „beginne“. Von Anfang an wandte die Rechtsprechung diesen Grundsatz nicht nur auf das Krankengeld, sondern auch auf die andern, nicht der Kompetenz der PK vorbehaltenen Leistungen, wie Spitalersatz, ärztliche Behandlung, Zulagen an und nicht nur für die erste Behandlung, sondern auch auf Rückfälle. Durch die Urteile Sandmeyer und Ruoss vom 31. Dezember 1931 wurde der Grundsatz dann auch auf Pensionen anwendbar erklärt und damit, auf sämtliche Leistungen, die an den Wehrmann selber zu machen sind. Das Urteil Gagnebin vom 31. Januar 1933 (AS 1933, S. 45) schritt dann bewusst und gewollt über die Bestimmung des Art. 34 MVG hinweg, nach welcher die Hinterlassenenpensionen am Tage nach dem Todestag des Militärpatienten

zu laufen beginnen und erklärte auch diese Pensionen als erst von der Anmeldung des Anspruchs bei der MV an geschuldet. Der Revisionsentwurf des Chefs der MV aus dem Jahre 1935 möchte nicht so weit gehen. Er wendet diesen Grundsatz wohl auf die Krankenpflegeleistungen und das Krankengeld an, will aber, wenn der Tod während des Dienstes oder während dem Bezug von Leistungen der MV erfolgt, die Hinterlassenenrenten vom Tode an geben und nur in den übrigen Fällen erst von ihrer Beanspruchung durch die Berechtigten an. Das scheint gerecht und vernünftig und würde sich durch eine etwas extensive Auslegung mit dem Art. 34 MVG heute schon besser begründen lassen als die Praxis Gagnebin. Jedoch hat die uneingeschränkte Anwendung des Grundsatzes von Art. 19 Al. 4 den grossen Vorteil, dass sie dem Postulat um Einführung von Verjährungsvorschriften im Militärversicherungswesen den Wind aus den Segeln nimmt. Hinfällig wird damit der Haupteinwand gegen das Fehlen einer Verjährungsvorschrift, es sei nicht gerechtfertigt, demjenigen, der sich jahrelang um seine Rechte nicht bekümmert habe, weil er die Leistungen nicht benötige, nun nachträglich Leistungen auf Kosten der Allgemeinheit zu machen. Werden die Leistungen immer erst von ihrer Beanspruchung an ausgerichtet, so geschieht i. A. dem Berechtigten kein Unrecht und die Härten einer Anspruchsverjährung lassen sich damit vermeiden. Nur sollte der MV und dem Gericht die Kompetenz eingeräumt werden, in Fällen, wo die Anwendung des starren Prinzips stossend erscheint, ausnahmsweise von dessen strikter Anwendung Umgang zu nehmen.

Einige andere sich bietende Gelegenheiten, hervorstechenden Mängeln des Gesetzes durch rechtschöpferische Judikatur abzuhelpen, hat das Gericht unbenützt gelassen. Ein Gebiet, das wie geschaffen für eine solche Aufgabe des EVG wäre, ist die Berufsumschulung. Das Gericht reserviert dieselbe aber der gütlichen Vereinbarung der Parteien. Wenn das Gericht die MV und die

PK für berechtigt erachtet, darüber Vereinbarungen zu treffen und die MV öfters dazu aufgefordert hat, so muss es sich selber ebenfalls die Kompetenz zur Prüfung solcher Erledigungen durch die MV zuerkennen; denn die richtige Gesetzesverwirklichung durch die MV ist der Kontrolle des Gerichts unterstellt. Die Umschulung liegt im Interesse beider Parteien und vor allem der Gemeinschaft. Die Aufstellung fester, einheitlicher Grundsätze für die Berufsumschulung tut dringend Not. Ein Versicherter wird durch Verletzung oder Krankheit auf seinem qualifizierten Beruf voll erwerbsunfähig, könnte aber durch theoretische Ausbildung auf einer höhern Fachschule in einem andern ebensogut honoriertem Beruf voll oder annähernd voll erwerbsfähig werden. Wenn ein Fall des Art. 8 (Vordienstlichkeit) oder Art. 11 (Selbstverschulden) vorliegt und der dienstliche Verantwortlichkeitsfaktor nicht der wesentlich grössere ist, so weigert sich die MV meist, besondere Leistungen für die Umschulung zu machen; denn eine Umschulungsrente darf ihrer Zweckbestimmung wegen keiner Kürzung unterliegen, sonst ist das ihr gesteckte Ziel ja nicht erreichbar. Das Gericht hat zwar im Urteil Bünzli 1941 auch die Kürzung einer solchen Rente geschützt. Eine freie Rechtsprechung könnte wichtige Erfahrungen beschaffen für eine künftige gesetzliche Regelung, die kommen muss. Das Militärversorgungswesen in Deutschland kann auf diesem Gebiete auf umfangreiche Erfahrungen und erfreuliche Erfolge zurückblicken, welche mit Vorteil zu Rate gezogen werden könnten. Für die Volkswirtschaft wären hier bedeutende Arbeitskräfte zu gewinnen und manche unglückliche Familie könnte davor bewahrt werden, dem Elend und der Verzweiflung zu verfallen.

Zur Frage der Rechtskraft. Ist ein privatrechtlicher Anspruch durch Anerkennung, Vergleich oder Urteil fixiert, so wird er zum wohl erworbenen Recht und geniesst erhöhten Rechtsschutz. Materiell ist er nicht wieder diskutierbar, solange nicht die formellen Schranken

in besonderem, fristgebundenem Verfahren, wie es in Art. 31 ff. OR und in den Prozessgesetzen vorgesehen ist, haben beseitigt werden können. Im öffentlichen Recht dagegen stehen sich nicht zwei gleichberechtigte Parteien gegenüber. Dem öffentlichen Interesse muss grundsätzlich das private weichen. Reines Fiskalinteresse ist nicht öffentliches, sondern Individualinteresse des Staates, das nicht höhern Schutz geniessen darf als dasjenige des Staatsbürgers. Das öffentliche Interesse verlangt, dass die Ordnung jederzeit der Wahrheit und der Richtigkeit entspricht. Veränderten Sachlagen soll daher Rechnung getragen werden können. Dies erlaubt nicht, Anerkennungen und Verwaltungsurteilen im gleichen Umfang Rechtskraftwirkung zuzugestehen, wie im privatrechtlichen Verkehr. Das Interesse an der jederzeitigen Herstellung der materiellen Richtigkeit geht dem Interesse an der Stabilität der Verhältnisse vor. Allerdings dürfen nicht leichthin bestehende Rechtsverhältnisse gestört, darf nicht die nötige Rücksichtnahme auf die Rechtssicherheit gering angeschlagen werden. Der Kompetenz zur Rücknahme oder Veränderung von Verfügungen müssen gesetzliche Schranken gesetzt werden. (Fleiner: Institutionen des deutschen Verwaltungsrechts, S. 199).

Auch die Entscheidungen im sozialen Versicherungsrecht stehen unter der Klausel *rebus sic stantibus*, welcher, in allerdings sehr beschränktem Umfang, das Haftpflichtrecht mit seinem Rektifikationsvorbehalt sogar ins Privatrecht Eingang verschafft hat. Gemäss Art. 46 Al. 2 OR und Art. 10 Eisenbahnhaftpflichtgesetz kann der Richter auf die Dauer von zwei Jahren, und gemäss Art. 36 Al. 3 des Stark- und Schwachstromgesetzes bis auf die Dauer eines Jahres die Möglichkeit schaffen, dass bei nachträglicher Veränderung der Verhältnisse die geschädigte Partei auf das Urteil zurückkommen kann. Nicht nur die Verfügungsverfügungen, als welche sich die Bescheide der SUVA, der MV und der PK qualifizieren, sondern auch die Urteile der Gerichte sind wieder abzuändern, „wenn

die Erwerbsfähigkeit . . . erheblich grösser oder geringer wird“ (Art. 80 KUVG) oder, wenn „sich . . . der Nachteil als erheblich grösser oder als erheblich geringer“ herausstellt (Art. 30 MVG). Nach der Gerichtspraxis ist auch das Nichteintreten der vorgesehenen und eskontierten beruflichen Anpassung ein Revisionsgrund nach Art. 30 MVG. Es steht der Verwaltung, welche im Urteil als Partei erscheint, selber das Recht und die Pflicht zu, das gerichtliche Urteil, wenn es unter den veränderten Verhältnissen nicht mehr als richtig und wahr erscheint, abzuändern. Das Militärversicherungsrecht kennt auch noch andere, zum Teil noch einschneidendere Einschränkungen der Rechtskraftwirkung, die teils in den Gesetzesbestimmungen, teils in der Gerichtspraxis niedergelegt sind.

Art. 41 MVG sieht die Abänderung von Pensionen vor, so oft Umstände eintreten, oder bekannt werden, die nach Massgabe des Gesetzes eine Abänderung bedingen. Es betrifft dies in erster Linie die von Art. 30 nicht erfassten Hinterlassenenpensionen, die eine Abänderung erfahren müssen bei Wiederverheiratung der Witwe, der Erreichung des 18. Altersjahres der Kinder, bei nachträglichem Wegfall oder Eintritt der Bedürftigkeit der Eltern des Versicherten. Art. 41 findet auch Anwendung auf einen Tatbestand, wie er dem Urteil Däpp zugrunde liegt (AS 1934, S. 57). Die PK hatte den Eltern eine formell in Rechtskraft erwachsene Rente zugesprochen, dem unehelichen Kinde aber eine solche verweigert. Das EVG sprach dem unehelichen Kinde eine Rente zu, was die Aufhebung der rechtskräftig zugesprochenen Elternpension bedingte, selbstverständlich in einem Verfahren, in welchem die Eltern unbeschränkt die Rechte einer Prozesspartei ausüben konnten.

Endlich können „nach Massgabe des Gesetzes“ auch die Tatbestände der Art. 13 und 14 eine nachträgliche Abänderung der Pension herbeiführen. Diese Artikel erlauben nämlich die nachträgliche Herabsetzung oder Aufhebung der zugesprochenen Leistungen der MV, wenn sich in tat-

beständlicher Hinsicht die Annahme des Versicherers, die Gesundheitsschädigung falle vollumfänglich dem Militärdienst zur Last, nachträglich als irrtümlich herausstellt.

In den Art. 13 und 14 hat das MVG eine besondere, einseitige Revisionsmöglichkeit zugunsten der Verwaltung geschaffen. Der 1916 zugleich mit Art. 8 aufgehobene Art. 13 bestimmte im Anschluss an den damaligen Art. 8, welcher alle nicht bei Dienstbeginn angemeldeten vordienstlichen Krankheiten von jeglicher Versicherung ausschloss, dass bei erst nachträglicher Feststellung der Vordienstlichkeit die Leistungen eingestellt werden können, nicht müssen. Der an die Stelle des alten Art. 13 gesetzte Art. 13 des Gesetzes von 1914 sieht nun folgende Revisionsmöglichkeiten vor: 1. Die nicht obligatorische Leistungsverweigerung, sofern sich nachträglich herausstellt, dass die MV für die Gesundheitsschädigung nicht aufzukommen hat (Art. 13 Al. 1). Der stehen gebliebene Art. 14 Al. 1 des alten Gesetzes enthält die gleiche Revisionsmöglichkeit, aber nur für Unfallfolgen. 2. Obligatorische Kürzung, wenn nachträglich die Mitwirkung versicherungsfremder Faktoren bekannt wird, Art. 13 Al. 2 und Art. 14 Al. 2. Für den grundsätzlich gleichen Tatbestand sieht Art. 14 Al. 4 eine fakultative Kürzung vor. Die Wiederholung des gleichen Grundsatzes in etwas verschiedenem Wortlaut in zwei aufeinanderfolgenden Artikeln („wofür die MV nicht aufzukommen hat“ in Art. 13 und „aus einer Zeit ausserhalb der Versicherung stammend“ in Art. 14), ist dem Umstand zur Last zu legen, dass 1916 nicht eine Teilrevision des Gesetzes von 1901 erfolgte, sondern der Bundesrat einfach von der Ermächtigung der Inkraftsetzung des neuen Gesetzes vorläufig nur einen teilweisen Gebrauch gemacht hat.

Der MV wird in diesen Artikeln „nach Festsetzung der Leistungen“ ein Revisionsrecht eingeräumt, das dem Versicherten nicht zusteht, ein Revisionsrecht, das im Gegensatz zu dem in den Art. 30 und 41 gewährten, nicht von einer Veränderung der Verhältnisse abhängig ist,

sondern ex tunc eine falsche Entscheidung richtigstellen soll, wie die prozessuale Revision des Art. 101 OB. Sie ist aber viel umfassender als die letztere, weil ihre Anwendung weder an die in derartigen Fällen sonst überall geordneten engen Voraussetzungen, noch an Fristen gebunden ist. Wenn die Festsetzung in Verweigerung von Leistungen oder der Gewährung nur gekürzter Leistungen besteht, so kann, wenn sich das Bestehen eines dienstlichen Zusammenhangs oder das Fehlen versicherungsfremder Faktoren erst nachträglich herausstellt, der Versicherte für sich nicht das gleiche Recht beanspruchen. Wahrheit und Richtigkeit können nicht zu seinen Gunsten wiederhergestellt werden.

Die Festsetzung der Leistungen erfolgt zunächst durch die Versicherung, im Streitfalle aber durch das EVG. Das Gericht hat festgelegt, dass seine Urteile wohl der Revision gemäss Art. 30 und 41, nicht aber der Revision nach Art. 13 und 14 unterliegen, dass die letztere einzig gegen die von der MV und der PK erlassenen Verwaltungsbescheide zulässig ist. Das wird mit der materiellen Rechtskraft begründet, welche den Urteilen des EVG im Gegensatz zu den Festsetzungen von Leistungen durch MV und PK zukommt (Urteil Gaberell vom 20. Januar 1932). Da diese Beschränkung in der Anwendung der Art. 13 und 14 einzig aus der Rechtskraftwirkung des Urteils hergeleitet wird, ist anzunehmen, dass auch denjenigen Urteilen, welche die Festsetzung der Versicherungsorgane bestätigen und somit die Berufung abweisen, die Wirkung zukommt, die Anwendung der Spezialrevisionsbestimmungen auszuschliessen, wenn sich erst nach dem Urteil die Mitwirkung versicherungsfremder Faktoren herausstellt. Allerdings kann die MV, wenn sie den Irrtum einsieht, gegen ihre eigenen Verfügungen nicht an das EVG gelangen; aber sie kann, wenn es sich im Gerichtsverfahren herausstellt, dass die Voraussetzung für die Anwendung dieser Bestimmungen vorliegen würden, noch bis zum Urteil ihre eigene Verfügung revidieren. Nachher aber würde es sich

um einseitige Abänderung eines Gerichtsurteils durch die MV handeln. Wenn die Tatsache des Nichtversichertseins der MV erst aus den Erwägungen des Urteils bewusst wird, so steht ihr die Revisionsmöglichkeit der Art. 13 und 14 nicht mehr zu. Die Nichtanwendbarkeit der Art. 13 und 14 auf Gerichtsurteile ergibt sich nicht aus dem Wortlaut der Gesetzesbestimmungen, sondern aus der rechtlichen Erwägung, dass den vom Wechsel der Anschauungen und der Anforderungen des öffentlichen Interesses unabhängig bleibenden Urteilen der Verwaltungsgerichte dieselbe Wirkung wie den Urteilen der Zivilgerichte zukommen soll, wo das Gesetz nicht eine andere Anordnung trifft (Fleiner: Deutsches Verwaltungsrecht, S. 260).

Nicht eine Revision ist die neue Festsetzung einer vorläufig nur auf begrenzte Dauer gewährten Zeitrente nach Ablauf dieser Dauer. Revision ist nur ihre Abänderung oder Aufhebung innerhalb der festgesetzten Dauer. Ebenso gelten nicht als Revisionen, sondern als Neufestsetzungen die Abänderung von Verfügungen über Krankenpflege, Krankengeld, Diätzulagen der MV, sobald sechs Monate seit ihrem Erlass abgelaufen sind. Für ein halbes Jahr erachtet die Gerichtspraxis die MV an solche Verfügungen gebunden, soweit nicht nachträglich die Verhältnisse sich geändert haben. Nachher steht beiden Parteien der Weg für eine neue Festsetzung offen. Die zeitliche Beschränkung der Rechtskraftwirkung gilt für beide Parteien. Mit einziger Ausnahme eines Einzelrichterurteils aus dem Jahre 1932 hat die Gerichtspraxis stets angenommen, dass auch die grundsätzliche Abweisung durch die MV der neuen Erhebung von Ansprüchen nach 6 Monaten nicht im Wege steht.

Das Suchen nach der geeignetsten Art der Anpassung der Leistungen an die sich ändernden Verhältnisse ist in der Gesetzgebung über die Sozialversicherung in allen Ländern erkennbar. Eine Zusammenstellung der verschiedenen getroffenen Lösungen findet sich in der Publikation des IAA „Evaluation de l'incapacité permanente

de travail“ 1937, S. 213. Die den Erfordernissen einer gerechten Sozialversicherung zweckentsprechendste Formulierung scheinen mir die Niederlande gefunden zu haben. Dort ist die Revision immer dann zulässig, „wenn nach Bewilligung oder Verweigerung, Sistierung oder Entzug einer Rente Tatsachen oder Umstände bekannt werden, die, wenn sie bekannt gewesen wären, die Entscheidung beeinflusst hätten, oder wenn die der Entscheidung zugrunde gelegte Situation eine Änderung erfahren hat.“ In allen Staaten ist die sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirkende Veränderung des physiologischen Zustandes Revisionsgrund. In keinem Lande aber scheint ein Revisionsanspruch einseitig zugunsten der Versicherung zu bestehen, wie es die Art. 13 und 14 der MV einräumen. Überall sonst hat das Revisionsrecht für beide Parteien die gleiche Geltung (S. 221).

Im deutschen Militärversorgungsgesetz wird, mit der Beifügung, dass die Bestimmungen über die Anfechtung der Gerichtsurteile dadurch nicht berührt werden, bestimmt, dass die Versicherungsleistungen von Amtes wegen oder auf Antrag hin anders festgesetzt oder entzogen werden, wenn in den Verhältnissen, welche für die Bewilligung massgebend waren, eine wesentliche Änderung eintritt, aber auch, wenn bewiesen ist, dass die Voraussetzungen, unter denen sie bewilligt wurden, den tatsächlichen Verhältnissen nicht entsprochen haben (Adam: Das Militärversorgungsrecht, S. 242; Rabelin: Das neue Verfahren in Militärversorgungssachen, S. 30).

IX. Ausserhalb des Versicherungsverhältnisses entstehende Ansprüche aus dem MVG.

Art. 17 Al. 3 und Art. 18 b MVG sehen Ansprüche der am Versicherungsverhältnis Beteiligten gegen Drittpersonen vor.

Nach Art. 17 Al. 3 kann derjenige, welcher den Versicherten oder den Bund durch unwahre Angaben oder

durch schuldhafte Versäumung einer Anzeige schädigt, vor dem ordentlichen Richter auf Schadenersatz belangt werden. Als zur Erhebung der Schadenersatzforderung aktiv legitimiert nennt das Gesetz den Bund und den Versicherten. Da es sich aber um mit dem versicherten Dienst in engem Zusammenhang stehende Ansprüche handelt, so hat die Geltendmachung der Ansprüche durch die MV als ein in ihrem Gebiete autonomer Zweig der Bundesverwaltung und nicht durch den Bund zu erfolgen.

Als ordentlicher Richter, vor welchem der Anspruch geltend zu machen ist, wird nicht der ordentliche Richter in Sozialversicherungssachen bezeichnet, nicht der ordentliche Richter für die Beurteilung der Streitigkeiten aus dem Versicherungsverhältnis, sondern offenbar der für solche Streitigkeiten durchaus nicht „ordentliche“ in Zivil- oder Administrativprozessen zuständige Richter. Als diese Gesetzesbestimmung aufgestellt wurde, gab es noch kein Versicherungsgericht und als es geschaffen worden ist, da wurde seine Zuständigkeit beschränkt auf die Überprüfung der Entscheide von MV und PK über Versichertenansprüche. Heute dürfte es zweckmässiger sein, alle in enger Verbindung mit dem Versicherungsverhältnis sich bietenden Streitfragen der gleichen Judikatur zu unterstellen.

Der Anspruch des Bundes richtet sich, wie sich aus Al. 1 des Art. 17 ergibt, in erster Linie gegen den Versicherten selber und seine Angehörigen, die häufig als eventuell zukünftige Ansprecher von Hinterlassenenrenten in Frage kommen.

Art. 18 b erklärt den Arzt seinem Patienten gegenüber schadenersatzpflichtig, wenn er die sofortige Anzeige des Falles bei der MV schuldhaft unterlässt. Das zeitliche Mass für die Schadenshaftung des Arztes ergibt sich aus Art. 19 Al. 4, wonach die MV Leistungen erst vom Tage des Abganges der Krankmeldung an gewährt. Ein Schaden ist aber nur entstanden, wenn die MV für den Fall aufzukommen hat. Es ist durchaus nicht am Platz, die Be-

urteilung dieser Frage verschiedenen Gerichtsbarkeiten zu überweisen, je nach dem sie im Prozesse gegen die MV oder im Prozesse gegen den Arzt streitig wird, ganz abgesehen von der Rücksicht auf die Prozessökonomie. Das Gesetz schreibt hier allerdings nicht vor, vor welchem Richter der Wehrmann seine Forderung gegen den Arzt erheben soll; aber das EVG hat in vielen Urteilen die Militärpatienten mit dem Anspruch gegen den Arzt vor den Zivilrichter gewiesen, weil keine Gesetzesbestimmung existiert, welche es dem EVG erlauben würde, solche Streitigkeiten in seine Kompetenz einzubeziehen. Der Anspruch kann oft, aber durchaus nicht immer, aus privatrechtlichem Mandatsvertrag zwischen Patient und Arzt abgeleitet werden. Soweit der Patient seinen Anspruch auf Mandat stützen kann, wird der Zivilrichter seine Kompetenz nicht verneinen können. Die dem Arzte durch das Gesetz auferlegte Verpflichtung ist aber eine solche des öffentlichen Rechts, die der Gemeinschaft gegenüber zu erfüllen ist. Es muss erstrebt werden, die Ansprüche des Versicherten in einem solchen Fall durch Beiladung des Arztes in einem einzigen Prozess erledigen zu können. Auch diese Streitigkeiten gehören ihrer Natur nach in die Kompetenz des Versicherungsgerichts.

X. Die Leistungen der MV.

Während in der Privatversicherung und auf dem Gebiete der Haftpflicht die Leistungen weit überwiegend in Geldform entrichtet werden, sind in der sozialen Versicherung die Naturalleistungen wichtiger als die Geldleistungen. Naturalleistungen sind Sachleistungen durch die Versicherung oder durch Drittpersonen, die dafür von der Versicherung entschädigt werden, wie Arzt- und Spitalpflege, Lieferung von Arzneien, Prothesen usw. Die Geldleistungen der MV sind Sold, Krankengeld, Rente, Spitalersatz, Diätzulagen. Naturalleistungen können, wo das Gesetz es vorsieht, in Geldleistungen umgewandelt werden, so die

Spitalpflege in Spitalersatz; Deutschland kennt auch umgekehrt die Umwandlung von Geld- in Naturalleistungen: Nach einem Spezialgesetz kann Trunksüchtigen das Krankengeld in Form von Lebensmitteln ausgehändigt werden. Ehrenzweig (Allgemeine Rechtsgedanken der Sozialversicherung, S. 74) empfindet gegen die Form der Naturalleistungen gewisse Hemmungen, weil es sich um Eingriffe in die persönliche Lebensführung und in das Familienleben handelt. Dagegen stellt Manes (Allgemeine Versicherungslehre, 5. Aufl., S. 273) fest, dass sich immer mehr die Erkenntnis Bahn breche, dass in der Sozialversicherung die Sachleistungen volkswirtschaftlich bedeutungsvoller sind als die Geldleistungen und Richter (Das soziale Versicherungsrecht, S. 128) erklärt sie als in erzieherischer und gesundheitspolitischer Hinsicht viel wichtiger als die Geldleistungen.

Die Genugtuungssumme, die im privaten Schadenersatzrecht eine wichtige Rolle spielt, gehört nicht zu den der Sozialversicherung auferlegten Geldleistungen. Sie entspricht nach Ehrenzweig durchaus nicht den sozial-ethischen Erwägungen, auf welchen diese Versicherung fassen soll. Entgegengesetzter Ansicht ist Kohler, der Begründer der wissenschaftlichen Durchforschung der Sozialversicherung, der nach Zitat von Manes (Versicherungswesen, S. 7) ausführt, dass beim Tode eines Menschen nicht für den entgehenden Vermögensverlust Ersatz zu leisten sei, sondern für den Wegfall einer Person mit ihrem seelischen, moralischen, intellektuellen Wirken, weil das Leben der Hinterbliebenen einen Teil seines Reizes, ihre Lebensführung einen Teil ihrer Sicherheit, ihr ganzes Dasein ein spannendes, erregendes, versöhnliches Element verliert. Er bezeichnet es als materialistische Verkehrtheit, eine Versicherung lediglich auf dasjenige abzustellen, was an Vermögen durch den Tod einer Person eingebüsst wird. Unser MVG kennt allerdings, im Gegensatz zum KUVG und wohl zu den meisten andern Sozialversicherungsgesetzen, Leistungen, die den Charakter einer Genug-

tuungssumme tragen. Solche sind die nicht als Rechtsanspruch konstruierte, durch den Bundesrat als besondere Anerkennung zu gewährende Erhöhung der Invaliden- oder Hinterlassenenrente bis zu ihrem doppelten Betrag bei Verwundung oder Tod durch Aufopferung (Art. 43) und als Rechtsanspruch eine Rente bei schwerer Beeinträchtigung der körperlichen Integrität, die keine Einbusse an Erwerbsfähigkeit zur Folge hat. Diese Leistung für immaterielle Unbill wird grundsätzlich auch bei grobem Selbstverschulden geschuldet, aber nach Art. 11 gekürzt, während die Genugtuungssumme des Zivilrechts in solchen Fällen überhaupt nicht gewährt wird. Die Gewährung von Hinterlassenenrenten an Witwe und Kinder in Fällen, wo kein ökonomischer Nachteil entstanden ist, gehört zu den Versicherungsleistungen, die bei den heute allgemein herrschenden Auffassungen nicht als Genugtuungsleistung bezeichnet werden darf, obschon die Renten in diesem Falle auch nur zur Deckung ideellen Schadens dienen können.

Dagegen fehlen im MVG verschiedene soziale Leistungen von eminentem volkswirtschaftlichem Wert, die ausländische Gesetzgebungen ihren Versicherten gewähren. Die weitaus wichtigste und in ihren Wirkungen lohnendste solcher Leistungen ist die Berufsfürsorge. Kaufmann (Wiederaufbau und Sozialversicherung, S. 15) unterscheidet zwischen Arbeitsbehandlung als Mittel zur Besserung des körperlichen und seelischen Zustandes und solcher, die unabhängig vom ärztlichen Heilverfahren der Ertüchtigung im alten Beruf oder der Berufsumlernung dient. Er postuliert hierfür die Errichtung besonderer Heil- und Umlernwerkstätten in den bestehenden grossen Betrieben. Den Schluss der Heilbehandlung habe in allen Fällen die Vermittlung einer geeigneten Arbeitsstelle zu bilden. Die Gesellschaft kann es sich nicht gestatten, wertvolle Arbeitskräfte brach liegen zu lassen. Die Versicherung dürfe in ihrer Tätigkeit nicht aufhören mit der Wiederherstellung, sondern erst nach der Wiedereinstellung in geregelte

Arbeit mit ihrem wohltätigen seelischen Einfluss. Den ersten Schritt in dieser Richtung hat das deutsche Gesetz bereits getan, indem es gestattet, die Teilrente für reduzierte Arbeitsfähigkeit vorübergehend bis auf 100% zu erhöhen, wenn die Arbeitslosigkeit unverschuldete Folge des Unfalles ist (Richter: Soziales Versicherungsrecht, S. 173). Ehrenzweig (Die allgemeinen Rechtsgedanken, S. 82) stellt die Berufsfürsorge als den echten sozialen Schadenersatz der Rente gegenüber in den Vordergrund. Auch Richter (S.162) bezeichnet die mit Rechtsanspruch ausgestattete Wiedereinführung in das Wirtschaftsleben als eine psychologische Hilfe, die wichtiger erscheint als der bloss materielle Ausgleich. Die Berufsfürsorge ist vor allem in England und Schweden, aber schon sehr weitgehend auch in Deutschland in den Militärversorgungsgesetzen und seit 1927 auch in der Invalidenversicherung ausgebildet. Sie umfasst die allmähliche Wiedereingewöhnung in den eigenen Beruf, die Berufsumbildung und die Stellenvermittlung. Die Wiedereingewöhnung in den eigenen Beruf wird zur Hauptsache dadurch zu erreichen gesucht, dass der bisherige Arbeitgeber zur Wiederanstellung verhalten ist. Das Militärversorgungsgesetz ist aber noch weitergegangen, indem es die Arbeitgeber allgemein verpflichtet, die restliche Arbeitskraft der Kriegsinvaliden in der Bewerbung zu privilegieren.

Die Berufsumschulung bezweckt, die im eigenen Beruf nicht mehr genügend auswertbare Erwerbsfähigkeit in einem andern Berufe, in welchem ihr noch wesentliche Bedeutung zukommen kann, verwertbar zu machen. Auch bei im eigenen Beruf völlig erhaltener Arbeitsfähigkeit kann trotzdem die Erwerbsfähigkeit praktisch nur noch für andere Berufe bestehen, so z. B. im Falle von oft erst nach vielen, langen Jahren der Berufsausübung ausgelöst, vorher völlig unbekannt gebliebener Idiosynkrasien, wie Zementekzem bei Maurern oder im Stein-druckerberuf acquirierte Überempfindlichkeit gegenüber Terpentin und daraus resultierenden ständigen Ekzemen,

die, einmal ausgelöst, stets wiederkehren und daher eine Berufsumstellung erforderlich machen. In solchen Fällen behilft sich die Sozialversicherung in der Schweiz heute noch damit, dass sie den Versicherten anweist, seinen Beruf aufzugeben, unter der Androhung, dass im Nichtbefolgungsfalle die Versicherung für weitere Rückfälle nicht mehr aufkommen werde. Das EVG hat bisher noch keine irgendwie befriedigende Lösung gefunden (vgl. hierüber Graven:Invalidités, S. 110 und 111); denn die Nichtbefolgung einer solchen Weisung zur Aufgabe des Berufes erklärt das Gericht als grobe Fahrlässigkeit, wodurch der oft bestehenden Unmöglichkeit, der Aufforderung wegen schweren Familienlasten, die nicht der Allgemeinheit aufgebürdet werden wollen, nachzuleben, allzuwenig Rechnung getragen wird.

Wo die Berufsumbildung als Versicherungsleistung eingeführt ist, da müssen, damit sie ihr Ziel erreichen kann, notwendigerweise die Kosten derselben von der Versicherung ohne Rücksicht auf für die Invalidenrente bestehende Kürzungsmöglichkeiten, übernommen werden. Für den Erfolg der Umschulung ist die sich anschliessende Stellenvermittlung von ausschlaggebender Bedeutung.

Über die Lieferung von Prothesen enthält das MVG keine Bestimmungen, im Gegensatz zum KUVG in Art. 73 und 76. In diesem Punkte hat aber der Richter als Gesetzgeber aktiv eingegriffen. Er erklärte sowohl die Lieferung als den Unterhalt und die periodische Erneuerung der gelieferten Prothesen zum Bestandteil der der Versicherung obliegenden Behandlung. Die Gerichtspraxis machte sogar einmal noch einen Sprung weiter und verpflichtete die MV, einem an multipler Sklerose erkrankten Militärpatienten einen Fahrstuhl zu beschaffen, wie ja auch nach dem deutschen Militärversorgungsgesetz dem Blinden ein ausgebildeter Führerhund, dem Hilflosen ein Wärter beschafft werden muss.

In seinem Bericht von 1937 über die Erwerbsunfähigkeit regt das IAA auf S. 116 als weitere Leistungen der

Sozialversicherung an, auch für die nicht abschätzbaren Folgen einer verfrühten Alterung als Nachwirkung von Gebrechen und für gestörtes Gleichgewicht nach überstandener grosser Lebensgefahr Leistungen zu gewähren.

Einen bedeutungsvollen Schritt nach der Richtung der Aufrechterhaltung eines erreichten Lebensstandartes tut Frankreich in seinem neuen Versicherungsgesetz vom 5. April 1928, in dem es, allerdings bei einer Selbstbeteiligung von 15—20%, die Naturalleistungen (Arzt, Spital, Kuren, Medikamente, Apparate) auch der Ehefrau und den Kindern der obligatorisch Versicherten gewährt. Laut Antonelli (*Guide pratique des assurances sociales*, S. 81) existiert diese Ausdehnung der Leistungen auf die Familie bereits in Norwegen, Polen, Tschecho-Slowakei, Ungarn, Jugoslawien und für die Bergbauindustrie auch in Deutschland und Österreich.

Die im MVG vorgesehenen und darüber hinaus durch die Versicherungspraxis übernommenen Leistungen, auf welche ein Rechtsanspruch besteht, sind die folgenden:

a) Im Falle der Krankheit: Krankenbehandlung und Pflege in einem Spital oder zu Hause, in letzterm Falle durch Bezahlung des gesetzlich festgesetzten Spitalersatzes, besondere Zulagen, sowie Sold, Krankengeld oder Rente.

b) Im Falle von Invalidität: Lieferung und Unterhalt von Prothesen und andern Hilfsmitteln, Rente, Auskauf in Kapitalform, Abfindung zur Ermöglichung der Heilung.

c) Im Falle von versichertem Tod, an die Hinterbliebenen: Das feste Sterbegeld von 240 Fr., resp. 200 Fr. nach der Praxis, wenn die Truppe die Begräbniskosten bezahlt, die Hinterlassenenrenten, der Rentenauskauf in Kapitalform und die Wiederverehelichungsabfindung an die Witwe.

1. Leistungen im Krankheitsfall.

a) Die Heilbehandlung ist nach Siegmund (*Die Krankheit im sozialen Versicherungsrecht*, S. 68) immer

dann erforderlich, wenn deren Unterlassung die Erwerbsfähigkeit in einem höhern Masse gefährden würde, als es durch den normalen Alterungsvorgang geschieht. Das will natürlich nicht besagen, dass die Versicherung die Behandlung ablehnen oder einstellen dürfe, wenn feststeht, dass die Wiedergewinnung irgendwelcher Erwerbsfähigkeit trotz aller Behandlung ausgeschlossen ist.

Nach dem System unseres Gesetzes ist grundsätzlich Spitalbehandlung vorgesehen, also Naturalleistung (Art. 19); jedoch steht, wo nicht Absonderung erforderlich ist, dort, wo die häuslichen Verhältnisse dem Heilungsprozess nicht nachteilig sind, dem Militärpatienten ein Anspruch auf Gewährung häuslicher Behandlung zu (Art. 20 Al. 1). Dann muss er sich aber mit dem Spitalersatz begnügen. Nach dem deutschen Militärversorgungsgesetz muss, sofern der Versicherte eigenen Haushalt führt und die häusliche Verpflegung möglich ist, die Versicherung die besondere Einwilligung des Versicherten für die Spitalbehandlung einholen. Es kann dieser unterschiedlichen Regelung praktische Bedeutung zukommen; denn, wenn auch in Art. 19 MVG der Versicherung das Recht gewahrt ist, das Spital selber anzuweisen, so handelt derjenige, der ohne eine Weisung abzuwarten ins Spital eintritt, eben doch im Sinne des Gesetzes, wie ein Geschäftsführer ohne Auftrag. Er hat, wenn die Antwort der MV auf sich warten lässt, dazu um so mehr Veranlassung, als ja nach Art. 20 Al. 2 nicht ausdrücklich bewilligte häusliche Verpflegung keinen Anspruch auf Leistungen gibt. Will die MV im Falle eigenmächtigen Spitaltritts sich ganz oder teilweise von der Übernahme der Spitalkosten befreien können, so muss sie dem Versicherten ein schuldhaftes Handeln oder den zur Zeit des Spitaltritts vorhandenen und erst nachträglich geänderten Willen, die Spitalkosten selber tragen zu wollen, nachweisen.

Krankenbehandlung durch Naturalleistung (Pflege) ist in zahlreichen Neurosefällen völlig unwirksam. Als einzig wirksames Heilmittel gilt dann die Ablösung von

der Versicherung unter gleichzeitiger Zurverfügungstellung der zum Überstehen der kritischen Periode notwendigen Geldmittel, also Behandlung in Form von Geldleistung, der Abfindung nach Art. 38 Gesetz von 1914. In zu enger Fassung sagt die Gesetzesbestimmung, die Abfindung trete an die Stelle der Pension. Ihre Zweckbestimmung verlangt aber, dass sie in allererster Linie an Stelle von weiterer ärztlicher Behandlung trete, was der entsprechende Art. 82 im KUVG ausdrücklich hervorhebt. Der Betrag der Abfindung muss der noch voraussehbaren zukünftigen Erwerbseinbusse entsprechen, also den Lohnausfall und nicht nur den Wegfall des Krankengeldes ersetzen (Plenarbeschluss vom 18. November 1920). Der voraussichtliche Lohnausfall ist in einer zum voraus zahlbaren Summe zusammenzufassen. Der Versicherungsfall muss in einer dem Patienten verständlichen Weise als endgültig erledigt erklärt werden; denn der neurotisch Erkrankte muss sich bewusst werden, dass er allein nun seine Heilung herbeiführen kann, seinen Weg sich nun wieder selber suchen muss, dass ihm aber die Möglichkeit geboten werde, sich ohne ökonomischen Nachteil nur nach und nach wieder in den ordentlichen Arbeitsgang einzugliedern. Falls er etwas mehr Energie aufbringe als ihm zugemutet werde, so könne er auf der erhaltenen Entschädigung sogar einen kleinen Gewinn erzielen. Das den übrigen Versicherten eingeräumte Revisionsrecht muss, wenn das Mittel nicht wirkungslos sein soll, für den als neurosekrank Erklärten entfallen, obschon er meist gegen seinen Willen abgefunden wird. Das KUVG beschränkt die für die vollständige Wiederangewöhnung zu berücksichtigende Dauer auf maximal drei Jahre. Das MVG kennt eine solche Beschränkung nicht. Wenn aber der Experte erklären sollte, in drei Jahren sei die Überwindung der Neurose nicht zu erwarten, dann dürfte wohl kein Abfindungsfall, sondern ein Fall, der weiter zu behandeln ist, vorliegen.

Piccard (in Laubers Praxis, S. 247) bezeichnet die Abfindung als ein psychologisches Heilmittel gegen Wil-

lenslähmung, welche die medizinische Wissenschaft nicht zu heilen vermag. Um ihre Heilwirkung ausüben zu können, bedarf die Abfindung einer sorgfältigen, dem Einzelfall wohl angepassten Festsetzung und namentlich der Auszahlung im richtigen Augenblick. Die Gerichtspraxis hat die Regeln festgelegt. Aber leider werden sie von der MV nicht genau befolgt und anstatt im Interesse der Gemeinschaft wohltuend zu wirken, erregt die Loslösung von der Versicherung oft Misstimmung und dauernde Verbitterung. Einige der oft missachteten Grundregeln sind: Vor allem darf die Abfindung nie rückwirkend bestimmt und aufoktroiert werden. Sie darf nur zukünftige, nie vergangene Erwerbsunfähigkeit aufwiegen. Bis zur Zustellung des Abfindungsentscheides muss die Erwerbsunfähigkeit voll entschädigt werden. Allerdings ist dies beim Bestehen der Pensionskommission nur schwer durchzuführen. Aber die Mängel in der Organisation sollen nicht auf die Versicherten abgewälzt, sondern von der Allgemeinheit getragen werden. Es muss ferner dem Plenarbeschluss vom 18. November 1920 nachgelebt werden, wonach der Berechnung der volle Lohnausfall und nicht das Krankengeld zugrunde zu legen ist. Wenn diesen Grundsätzen nachgelebt und die noch voraussehbare Erwerbsunfähigkeit ungefähr richtig bewertet worden ist, dann trägt der Versicherte das ganze Prozessrisiko, das in der Verzögerung der Heilung, dem dadurch verursachten weiteren Erwerbsausfall und den Behandlungskosten besteht. Hat aber die MV dem Spezialcharakter dieses Heilmittels nicht oder in offenkundig ungenügender Weise Rechnung getragen und muss das EVG eine neue Bestimmung der Abfindungssumme vornehmen, dann gehen die Krankheitsfolgen bis zur Urteilseröffnung zu Lasten der MV (vgl. Urteil Mathier vom 12. November 1941 und Graven: Jurisprudence de la névrose, S. 9 und Invalidités, S. 111). Giorgio und Nabholz (S. 216) raten zu äusserster Vorsicht bei der Anwendung der im KUVG Art. 82 bestehenden analogen Bestimmung. Sie soll nur dann zur Anwendung gebracht

werden, wenn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Erwerbsunfähigkeit nur in der Hoffnung auf Versicherungsleistungen beruhe; denn die einmal getroffene Entscheidung über die Verwendung dieses psychologischen Heilmittels muss dann unabänderlich sein. Aber auch allererste Autoritäten auf dem neurologischen Gebiet verkennen gelegentlich den wahren Charakter neurotischer Erscheinungen.

Man könnte sich fragen, ob in der Sozialversicherung, die die Aufgabe hat, im Interesse unserer Volkswirtschaft und unserer Verteidigungskraft verlorene Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, wo die Versicherungsanstalt verpflichtet wird, ohne Rücksicht auf die Kosten immer die wirksamste Heilbehandlung zu gewähren, nicht dem Versicherten die Pflicht auferlegt werden sollte, sich dem von kompetenten Vertretern medizinischer Wissenschaft und Praxis als beste Heilmethode bezeichneten Verfahren zu unterziehen, i. A. also auch den als notwendig erkannten Operationen. Das Gesetz kennt keinen Operationszwang und die Gerichtspraxis steht auch in der Sozialversicherung auf dem gleichen Standpunkt wie das Bundesgericht in privaten Haftpflichtprozessen, mutet also dem Versicherten nur ganz harmlose operative Eingriffe zu. Sie müssen gefahrlos sein, keine nennenswerten Schmerzen verursachen und, was auch in der Sozialversicherung aufrecht erhalten werden müsste, eine sichere Besserung erwarten lassen. Prof. Roulet postuliert in einem Gutachten Sulmoni, dass wenigstens nach dem Tode die Sektion durch die Hinterlassenen nicht sollte verhindert werden können, weil das grosse Interesse der Allgemeinheit, der grosse Nutzen, welcher die Sektion den Lebenden bringen könne, der Rücksichtnahme auf die Pietät vorgehen sollte. Der Tod dürfe nicht als Abschluss eines Lebens betrachtet werden, weil er heute durch die Erkenntnisse ärztlicher Erfahrung für die Gesundheit und die Erhaltung künftiger Geschlechter über das Lebensende hinaus wirken könne. „Wie das Leben, so sollte auch der Tod des Einzelnen dem

Ganzen Nutzen bringen“, habe ein grosser Pathologe geschrieben. Das EVG hat bis jetzt das Pietätsgefühl der Hinterlassenen geachtet, indem es bei Verweigerung der Sektion strenge Sanktionen verhinderte. Mit Recht überlässt es in solchen Fragen dem Gesetzgeber die massgebende Initiative.

An Stelle von Spitalpflege tritt bei Hauspflege der Spitalersatz im gesetzlich festgesetzten Betrag von 4 Fr. pro Tag, besondere Verhältnisse, die eine Erhöhung rechtfertigen, vorbehalten. Mit diesem Betrag gilt sowohl die im Spital freie Verpflegung, als die Krankenpflege und die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Heilmittel als ersetzt. Bei bewilligter Hauspflege scheidet somit der behandelnde Arzt aus dem öffentlich-rechtlichen Versicherungsverhältnis aus. Er wird der privatrechtliche Mandatar seines Patienten, ohne Anspruch auf Deckung seines Honorars durch die MV. Der BRB vom 16. Juni 1919 über die Erhöhung der Leistungen der MV sucht dem für den Ärztestand in dieser Ordnung liegenden Nachteil abzuhelpen, indem er die MV ermächtigt, auf besonderes Gesuch des behandelnden Arztes hin einen Teil des Spitalersatzes direkt an den Arzt auszubezahlen. Eine Bestimmung wie das KUVG, das in Art. 73 Al. 2 die Anstalt verpflichtet, bei Hauspflege die nötige Wartung zu beschaffen, wenn es an solcher gebricht, kennt deshalb das MVG nicht. Der Spitalersatz soll nach Art. 19 Al. 1 bis zum Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit, nach Art. 21 aber nur bis zum Zeitpunkt, in welchem der Patient aus dem Spital entlassen werden könnte, gewährt werden. Die Gerichtspraxis hat stets, der Zweckbestimmung dieser Leistung entsprechend, auf die letztere Bestimmung abgestellt. Auch nach der Spitalentlassung sind sehr oft noch ärztliche Behandlung und Medikamentation notwendig. Sonderbarerweise kennt das Gesetz ausser in der Form des Spitalersatzes keine Verpflichtung der MV zur Bezahlung von Arzt- und Apothekerkosten. Das spricht allerdings

dafür, dass der Gesetzgeber doch den Spitalersatz bis zum Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit zubilligen wollte. In der Mehrzahl der Fälle würde dies aber eine durch nichts begründete Bereicherung des Patienten mit sich bringen. Darum geht die MV freiwillig im Momente, da der Patient aus dem Spital entlassen wird oder, sofern er in Hauspflege ist, entlassen werden könnte, von der Geldleistung (Spitalersatz) zur Naturalpflege (Übernahme der Arzt- und Apothekerkosten) über. Das EVG hat diese gesunde Lösung begrüsst und durch seine Praxis sanktioniert.

b) Den Erwerbsausfall ersetzende Leistungen erhält der Versicherte in folgenden verschiedenen Formen:

Nach Art. 19 Al. 2 MVG erhält der Militärpatient bis zum Moment, da seine Einheit entlassen wird, von der MV den militärischen Gradsold. Diese Bestimmung wurde aber durch den BRB vom 12. Januar 1940 für die Dauer der Mobilmachung aufgehoben, weil sie allzugrosse Ungleichheiten mit sich brachte und auch der MV eine allzu umständliche Kontrolle auferlegte. Nach diesem und dem ihn ersetzenden BRB vom 21. Mai 1941 erhält der Militärpatient während den ersten 45 Tagen nach seiner persönlichen Entlassung aus dem Dienst oder aus der Behandlung durch die Truppensanität, den Gradsold. Dieser wird, im Gegensatz zum Krankengeld auch ausbezahlt, wenn das Einkommen des Patienten keine Einbusse erleidet und erfährt auch wegen Teilkausalität keine Kürzung, unterliegt aber nach der Praxis der MV grundsätzlich der Kürzung aus Art. 11 wegen grober Fahrlässigkeit. Dem geschichtlichen Werden der Bestimmung des Art. 11 entspricht dies nicht. Wie schon aus dem heutigen Wortlaut, der nur von der Kürzung oder dem Verlust von Ansprüchen an die „Kranken- und Unfallversicherung“, nicht an die MV, spricht, hervorgeht, wollte die lex Forrer solche Kürzungen erst vom Momente an gestatten, da die zivile Versicherung den Militärpatienten zu übernehmen hatte. So wenig als die Armee und die Truppensanität zur Vor-

nahme von Kürzungen auf dem Sold berechtigt ist, so wenig soll es die MV sein.

Krankengeld. Es ist eine Eigentümlichkeit des MVG, dass Krankengeld und Rente nicht nach dem genauen Betrag des Arbeitsverdienstes, sondern nach Verdienstklassen berechnet werden, was zur Folge hat, dass der als Grundlage dienende Taglohn, sofern er nicht eine runde Zahl in Franken beträgt, stets auf den Franken aufgerundet wird. Das Gesetz kennt 13 Verdienstklassen mit einem höchstversicherten Tageseinkommen von 15 Fr. Die Differenzierung in der Berechnung von Krankengeld und von Rente, die nach dem KUVG durch die Verschiedenheit der Prozentsätze — 80% des Lohnes für das Krankengeld, 70% für die Rente — erreicht wird, erreicht das MVG bei einem Einheitsprozentsatz von 70% dadurch, dass es das Krankengeld für alle 365 Tage gewährt, die Rente aber auf der Grundlage von 300 Arbeitstagen im Jahre berechnet. Während das KUVG den Übergang vom Krankengeld zur Rente in dem natürlicherweise gegebenen Zeitpunkt vornimmt, in welchem die Fortsetzung der Behandlung eine namhafte Besserung nicht mehr erwarten lässt, hat das MVG die Krankengeldzahlung auf Erkrankungen beschränkt, bei denen nicht zum voraus auf eine Dauer von wenigstens sechs Monaten geschlossen werden muss und lässt in allen Fällen die Umwandlung in Rente nach sechs Monaten andauernder Behandlung eintreten. Diese Rente wird ausbezahlt bis zur Invaliditätserklärung und ist ein Zwischending, eine Vermischung von Krankengeld und Invaliditätsrente. Sie geht ihre eigenen rechtlichen Wege. Wir wollen sie zur Unterscheidung von der eigentlichen Rente mit Krankenpflegerente bezeichnen. Mit der Rente hat sie die Berechnungsart gemein, mit dem Krankengeld aber Aufgabe und Zweck. Während die Invalidenrente nach Art. 28 für dauernden körperlichen Nachteil gewährt wird, tritt die Pension des Art. 25 „an Krankengeldstatt“. Sie untersteht also grundsätzlich den für das Krankengeld geltenden

Bestimmungen, wird darum z. B. auch nicht ausbezahlt, solange kein Erwerbsausfall vorliegt (Art. 19 Al. 5). Sie wird, wie das Krankengeld, den nicht unterstützungspflichtigen Ledigen während der Spitalpflege auf die Hälfte herabgesetzt (Art. 29 des Gesetzes von 1914, der in der Ausgabe Piccard als Al. 2 in Art. 25 des geltenden Gesetzes eingefügt ist). Dagegen hat die, allerdings angefochtene, Gerichtspraxis in den Anwendungsfällen des Art. 9 Al. 1 (Leistungen bei Anmeldung vordienstlicher Krankheit bei Dienstbeginn) die Krankenpflegepension der Invaliditätspension gleichgestellt, und gewährt nur das eigentliche Krankengeld ohne Rücksicht auf nachteilige dienstliche Beeinflussung, die Krankenpflegerente aber nur im Umfange dienstlicher Verschlimmerung.

2. Leistungen im Invaliditätsfall.

a) Die Invaliditätsrente. Der Gerichtspraxis ist es bis jetzt noch nicht gelungen, zwischen Krankenpflege- und Invaliditätsrente eine klare und feste Grenzlinie zu ziehen. Das ist vor allem den verschwommenen gesetzlichen Bestimmungen zur Last zu legen. Doch muss zugestanden werden, dass die Rechtsprechung dieses Abgrenzungsgebiet etwas vernachlässigt hat. Es bietet der wissenschaftlichen Bearbeitung noch dankbaren Spielraum. Auch die Invalidenrente kann nämlich nach Art. 28 Al. 2 als zeitlich begrenzte Rente und ausnahmsweise sogar noch ein zweites Mal nur auf bestimmte Zeitdauer gewährt werden. Die PK scheint die Absicht, die den Gesetzgeber geleitet hat und der Bestimmung ihren Sinn verleiht, völlig vergessen zu haben, so dass entgegen dem bestimmten Wortlaut des Gesetzes die PK aus Opportunität oft jahrzehntelang Renten ständig wieder für ein oder zwei Jahre erneuert, mit Vorliebe in langwierigen Tuberkulosefällen, in denen von Anfang an eine Prognosestellung auf Heilung in absehbarer Zeit nicht möglich war. Wie diese gesetzwidrige Praxis auf den unglücklichen Kranken,

der alle Jahre wieder die Aussicht vor sich sieht, erneut um sein Recht prozedieren zu müssen, wirken muss, in welchem Masse sie sog. Versicherungsneurosen hervorruft oder begünstigt, kann der Gesunde nicht ermessen. Aus den Gesetzesmaterialien geht hervor, dass diese Bestimmung nur Fälle im Auge hat, in denen mit einer Wiederherstellung in relativ kurzer Zeit gerechnet werden kann und dass die ausnahmsweise einmalige Erneuerung der zeitlichen Beschränkung nur für den Fall vorgesehen wurde, dass entgegen der Voraussicht die Heilung doch noch nicht eingetreten ist, wohl aber jetzt in baldiger sicherer Aussicht steht.

Viel umstritten ist die Entschädigungsfrage bei minimalen Invaliditäten. In der Haftpflichtgesetzgebung, die in Kapitalform entschädigt, spielt die Frage, ob auch die theoretisch errechnete minimale Arbeitsunfähigkeit zu entschädigen sei, keine nennenswerte Rolle. Die aus der Haftpflichtgesetzgebung hervorgegangenen Sozialversicherungsgesetze haben denn auch zunächst in keinem einzigen Lande ein Minimum für die Rentengewährung vorgesehen, wie das IAA in seinem Bericht von 1937 über die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit auf S. 124 feststellt. Erst die Erfahrung zeigte, dass kleine Invaliditäten durch physiologische und berufliche Angewöhnung überwindbar sind. Kaufmann (Zur Umgestaltung der deutschen Sozialversicherung, S. 10) hält die kleinen Renten nicht nur für unwirtschaftlich, sondern in ihrer suggestiven Verbindung von Unfall und Geld sogar oft für schädlich. Oberholzer (Führer, S. 95) erklärt, dass theoretische Defekte von 5% sich auf dem Arbeitsmarkt nicht fühlbar machen und die Untersuchungen des internationalen Arbeitsamtes haben ergeben, dass die Abschätzung ihres Einflusses auf den Verdienst meist nicht möglich sei. Es setzte in der Folge eine sehr vehemente Bewegung gegen die Gewährung kleiner Renten ein.

Das MVG schliesst auch kleinste Renten nicht aus. Mit Recht verweist Graven (Invalidités, S. 24) darauf,

dass gegenteils das Gesetz die Berücksichtigung auch kleinster Einbussen vorsieht, wie sich aus Art. 42 ergibt, der der PK das Recht gibt, Jahresrenten unter 100 Fr. auch gegen den Willen des Berechtigten auszukaufen; denn der schon nicht mehr zwangsweise auskaufbare Rentenbetrag von 100 Fr. entspricht in der obersten Verdienstklasse einer Erwerbsfähigkeitseinbusse von nicht ganz 3,2% und von 5,1% in der zur Zeit der Gesetzesredaktion bestehenden höchsten Verdienstklasse.

Über die Gerichtspraxis des EVG schreibt Lauber in „Praxis“ 1928, mit der ominösen theoretischen Erwerbsunfähigkeit habe das Gericht so gut wie aufgeräumt. Unter 5% würden schon lange keine Renten mehr zugesprochen und solche von 5% würden immer seltener (S. 319). Piccard begründet in „Invaliditätsschätzung und Wirtschaftskrise“ diese Praxis damit, dass diese sog. Schnapsrenten die Volksmoral untergraben (Medizin. Wochenschrift 1933, S. 1240). Ob eine solche Bezeichnung für die kleinen Renten und die aus der Bezeichnung sich aufzwingende Schlussfolgerung berechtigt sind, darf aber wohl bezweifelt werden, wenn man berücksichtigt, dass 10% Rente der obersten Verdienstklasse eine Jahresrente von 315 Fr. ausmachen und dass ein regelmässig fliessender monatlicher Zuschuss von Fr. 26.25 in der Arbeiterklasse für das Budget eines Familienvaters ins Gewicht fällt. Auch für denjenigen, der mit einem Taglohn von Fr. 6.— bis Fr. 7.50 (5. Klasse) seine Familie erhalten muss, wird ein regelmässig fliessender monatlicher Zuschuss von Fr. 12.10 kaum die Gefahr einer Untergrabung seiner Moral zur Folge haben. Der Betrag einer 5%igen Rente der obersten Klasse deckt in der untersten Verdienstklasse eine mehr als 23%ige Erwerbsunfähigkeit. Nicht durch die Berechnung des Rentenbetrages, sondern durch die Prüfung der Frage der Anpassungsmöglichkeit an die bestehende Integritätsverletzung und der dadurch ermöglichten Überwindung der anfänglichen Erwerbseinbusse ist die Streitfrage zu lösen. Das führt zum Resultat, dass

minimale Invaliditäten nicht grundsätzlich von jeder Entschädigungsberechtigung ausgeschlossen, sondern durch Angewöhnungsrenten ausgeglichen werden sollen. Nachdem die Praxis des deutschen RVA dazu gelangt war, Invaliditäten unter 10% nicht mehr mit Dauerrenten zu entschädigen, führten nach und nach die Gesetze in verschiedenen Ländern feste Minima für die Gewährung von Dauerrenten ein. So gewähren nach der 1940 veröffentlichten Zusammenstellung des IAA über die Entschädigung der Kriegsoffer (S. 22) z. B. folgende Länder den Kriegsinvaliden nur noch Angewöhnungsrenten bei Invaliditäten bis zu 30% Italien, 25% Deutschland, 20% England, 10% Frankreich und Belgien. In seinem Bericht von 1933 über die Revision des MVG an das EMD macht Stauffer den Vorschlag, bei Invaliditäten bis zu 25% den fünffachen Betrag einer Jahresrente auszubezahlen, sofern der Versicherte den Beweis einer eingetretenen, kausalen Erwerbseinbusse erbringt. Graven (Invalidités, S. 24) hebt hervor, dass die Gerichtspraxis in der Schweiz es abgelehnt hat, einen Missbrauch durch einen andern zu ersetzen. Die Fälle müssen individuell behandelt werden. Es können z. B. auch kleinste Fingerspitzendefekte, die bei Stundenlohn schon nach kurzer Zeit keine Lohneinbusse mehr nach sich ziehen, sich bei Stücklohn dauernd erwerbsschädigend auswirken. Wenn das Gesetz in Art. 42 ausdrücklich den vollwertigen Auskauf von Jahresrenten unter 100 Fr. — in der obersten Verdienstklasse beträgt eine 5%ige Rente Fr. 107.50 — regelt, so darf die Gerichtspraxis nicht solche Renten grundsätzlich verweigern.

Die Hilflosigkeit führt als qualifizierte Invalidität zu besondern Mehrleistungen, die sowohl nach den Art. 24 Al. 9 (Krankengeld) und Art. 29 Al. 2 (Rente) MVG, wie nach Art. 77 KUVG bis zum vollen Jahresverdienst gehen können. Nach dem KUVG kann Hilflosigkeit schon gegeben sein, sobald der Versicherte besonderer Wartung und Pflege bedarf. Das MVG dagegen verlangt „gänzliche Hilflosigkeit und gleichzeitiger Notbedarf“. Ein Uhr-

macher, der beide Beine verloren hat, ist nach KUVG ein Hilfloser, nicht aber nach MVG (Graven: Invalidités, S. 51). Die Gerichtspraxis zum MVG bezeichnet nur denjenigen als hilflos, der für die alltäglichsten und gewöhnlichsten Lebens- und Leibesverrichtungen auf fremde Dienstleistung angewiesen ist. Dagegen genügt es nach dem deutschen Recht, wenn der Invalide ohne fremde Pflege und Wartung nicht bestehen kann (Rosin: Die Rechtsnatur der Versicherung, S. 112; Siefart: Begriff der Erwerbsfähigkeit, S. 150; Manes: Personenversicherung, S. 109). Die Mehrleistung für Hilflosigkeit ist nach unserm Recht immer nur Geldleistung, nach deutschem Recht je nach Umständen auch Sachleistung, indem ein besonderer Pfleger mit der Wartung betraut und auch Anstaltspflege gewährt werden kann (Richter: Sozialversicherungsrecht, S. 161).

Es sei nur kurz auf die eigentümliche Regelung im MVG hingewiesen, wonach das Krankengeld, das maximal während sechs Monaten ausgerichtet wird, nur mit Genehmigung des Bundesrates bis auf den Gesamtbetrag des Taglohns erhöht werden darf, die Hilflosigkeitsentschädigung somit der Überprüfung durch das EVG entzogen ist. Bei Hilflosenrente mit einer Minimaldauer von sechs Monaten aber, wird die Überprüfung des EVG nicht durch die bundesrätliche Genehmigung ersetzt.

Dagegen ist in Art. 43 dem Bundesrat die Befugnis zur Gewährung von bis auf den doppelten Betrag erhöhten Pensionen an den Wehrmann oder dessen Hinterlassene vorbehalten in den Fällen, da der Wehrmann sich im Interesse des Vaterlandes freiwillig einer grossen Gefahr ausgesetzt hat. Gestützt auf diese Ermächtigung hat der Bundesrat gelegentlich auch schon bei durch Verschulden von Vorgesetzten verursachten Unfällen erhöhte Pensionen bewilligt und hat von ihr auch für die Regelung der Fliegerunfälle Gebrauch gemacht.

b) Die Frage, ob es in den Aufgabenkreis der Sozialversicherung gehört, unter bestimmten Voraussetzungen für

Beeinträchtigung der körperlichen Integrität Leistungen auch dann zu gewähren, wenn die Verletzung keinerlei nachteiligen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit haben kann, ist umstritten. Das IAA gibt in seinem Bericht von 1937 über die „Evaluation de l'incapacité permanente de travail“, S. 116 auf diese heikle Frage folgende Antwort: „Die Verweigerung jeder Entschädigung bei Verstümmelungen, solange kein Verdienstausschlag entsteht, ist ebenso unerbittlich als logisch (implacable qu'impeccable), verletzt aber das allgemeine Billigkeitsgefühl, das nicht verletzt werden darf. Das Recht soll nicht reiner Vernunft transzendente Befriedigung verschaffen, sondern positive Regelung bringen, die mit der allgemeinen Auffassung, den moralischen Bedingungen und dem sozialen Leben harmonieren.“ Der Satz, den Eugen Huber dem Zivilgesetzbuch mit auf den Weg gab: „Billigkeit soll das Recht meistern“, hat auch für den Gesetzgeber des Sozialversicherungsrechts seine tiefe Bedeutung.

Eine Entschädigungspflicht für Verletzung körperlicher Integrität ohne Erwerbsschaden kannte die *lex Forrer* weder in der Kranken- und Unfallversicherung, noch in der Militärversicherung. Auch der bundesrätliche Entwurf von 1900 enthielt keine diesbezügliche Bestimmung. Die in Art. 28 der MV auferlegte Verpflichtung, auch für solche Verletzungen Entschädigung zu bezahlen, ist durch die Bundesversammlung eingefügt worden. Unbefriedigend blieb bei der getroffenen Regelung nur, dass die daherige Leistung, welche in das Rechtsgebiet der Genugtuungssumme gehört und darum durch den Richter nach seinem freien Ermessen sollte festgesetzt werden können, an Verdienstklasse und Rentenform gebunden ist. Nach welchen Grundsätzen sollte der der Rente zugrunde zu legende Prozentsatz bestimmt werden können? Es gibt dafür keine Berechnung und keine Bestimmungsmethode und die Festsetzung eines Prozentsatzes wird stets Willkür bleiben. Was hat die zufällig gerade anwendbare Verdienstklasse — man denke an Studenten,

Lehrlinge, Arbeitslose — mit einer durch Operationsfehler oder dienstliche Erkrankung verursachten Sterilität zu tun, wo Alter und Familienstand massgebende Faktoren sein sollten. Der Richter muss für die Festsetzung solcher Integritätsverletzungsentschädigungen völlig freie Hand bekommen, wie bei der Festsetzung der Genugtuungsleistung nach OR und Haftpflichtgesetzen.

Eine schwere Integritätsschädigung liegt nach der Gerichtspraxis vor bei Störungen, die den Lebensgenuss beeinträchtigen, wie Verstümmelungen, Entstellungen, dauernd schmerzhaft Zustände (AS 1932, S. 95). Während es nach unserer Gerichtspraxis nach Möglichkeit vermieden wird, neben einer Erwerbsunfähigkeitsrente noch eine Integritätsentschädigung zuzusprechen, ist in Frankreich und andern Ländern diese Entschädigung ausdrücklich als Zusatzrente vorgesehen. Das deutsche Recht bestimmt, dass die Rente für schwere Integritätsschädigung bei voller und bei nicht um mehr als 50% reduzierter Erwerbsfähigkeit mit 25—50% zu bewerten sei (Bericht des IAA von 1940 über l'Indemnisation des Victimes de la guerre, S. 29).

3. Leistungen im Todesfall: Hinterlassenenrenten.

Mit dem Tode des Versicherten erlischt bei uns der Rentenlauf, während in Deutschland die Invalidenrente noch während drei Monaten nach dem Tode den Hinterlassenen ausgerichtet wird (Bericht des IAA von 1940 über die Kriegsoffer, S. 48). Sämtliche an Hinterlassene vorgesehene Leistungen sind nach dem MVG an den Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Ereignis und dem Tod des Versicherten gebunden. Unser Gesetz kennt keine Bestimmung analog derjenigen im deutschen Militärversorgungsgesetz, welche bei unabhängig von der versicherten Krankheit, aber während des Bezuges von Versicherungsleistungen eintretenden Todesfällen von Versicherten der Familie einen Drittel des Sterbegeldes ausrichtet.

Bei uns haben bei versichertem Tod die Hinterbliebenen in einer gesetzlich hierfür festgesetzten Reihenfolge einen Anspruch auf ein Sterbegeld von 240 Fr. Unabhängig davon besteht die Berechtigung auf Hinterlassenenpensionen.

Aus dem Wortlaut des Art. 35, wonach die Witwenpension 65% beträgt, wenn die Witwe pensionsberechtignte Kinder hat, schliesst die Gerichtspraxis, dass das Gesetz Kindern, welche eine pensionsberechtignte Mutter haben, zwar wohl eine Pensionsberechtigung, nicht aber einen selbständigen Anspruch an die MV einräumt. Wird ihnen ihr Teil durch die Mutter vorenthalten, so können sie Befriedigung ihres Anspruches nur im Verfahren gegen ihre Mutter erreichen. Unser Gesetz kennt keine unterschiedliche Behandlung zwischen erwerbsfähigen und erwerbsunfähigen Witwen. Das deutsche Gesetz dagegen gewährt der erwerbsunfähigen Witwe eine auf 50% (gegenüber 30%) erhöhte Pension, wenn die Witwe nicht imstande ist, wenigstens einen Drittel dessen zu verdienen, was sie in gesundem Zustand verdienen könnte (Art. 37 des deutschen MVG; Adam: Das Militärversorgungsgesetz, S. 54 und 61). Das deutsche Unfallversicherungsgesetz gestattet, bei Arbeitsunfähigkeit der Witwe die Erhöhung der Pension bis auf den doppelten Betrag und Verlängerung der Kinderrente bis Ende der Berufsausbildung (Richter: Soziales Versicherungsrecht, S. 164 und 169).

Unser Gesetz spricht sowohl der Witwe als der unterhaltsberechtigten abgeschiedenen Frau Pensionsansprüche zu, der erstern ohne Rücksicht auf das eheliche Güterrecht, also auch der Ehefrau, die ihren Mann erhalten hat und keinen Schaden erleidet, der letztern nur im Rahmen ihres Unterhaltsanspruchs. Die Beschränkung auf 40% im ersten Alinea erfordert aber, dass sich die beiden oder mehr Frauen in die 40% teilen müssen. Mit der Verheiratung der einen der beiden und nicht erst drei Jahre später erhält die andere das Recht auf volle Befriedigung

ihres Anspruchs; denn aus dem Wortlaut: „unbeschadet ihrer Pensionsansprüche bis zur Wiederverhehlichung“ ergibt sich, dass mit der Wiederverheiratung der Anspruch erlischt, dass die Abfindung mit dem Betrag einer dreifachen Jahrespension somit nicht als Pränumerandozahlung einer weiterhin anerkannten Anspruchsberechtigung aufzufassen ist und nicht auf Kosten der andern Anspruchsberechtigten geht. Eine ähnliche, ebenfalls im Gesetz nicht vorgesehene Teilung muss vorgenommen werden, wenn noch drei oder vier und nicht nur zwei anspruchsberechtigte Grossväter und Grossmütter leben, beschränkt doch Art. 37 c die Leistungen an Grosseltern auf 25%, Beschränkung, die auch zu berücksichtigen ist, wenn mehr als nur das eine vom Gesetze erwähnte Grosselternpaar vorhanden ist. Verlieren dagegen Eltern zwei oder mehr bei der MV versicherte Söhne durch den Dienst, so sind sie zu kumulativem Rentenbezug berechtigt, wie die Gerichtspraxis festzustellen bereits in die Lage gekommen ist.

Bei Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 36 Kinder auf Lebenszeit, nach Art. 37 Geschwister bis der verstorbene Bruder 70 Jahre alt wäre, pensionsberechtigt. Nach der frühern Gerichtspraxis genügte eine Teilerwerbsunfähigkeit von über 50% während einer Minimaldauer von sechs Monaten. Seit 1936 gewährt das Gericht diese Pensionen nur noch bei vollständiger oder beinahe vollständiger Erwerbsunfähigkeit. Nach deutschem Recht erhalten diese Pension Kinder, die wegen Gebrechen ausser Stande sind, sich selber zu erhalten, was den Richter deutlich auf das hinweist, worauf es ankommen soll.

Während Witwe und Kinder ohne Rücksicht auf ihre Vermögensverhältnisse und auch ohne Rücksicht auf durch den Todesfall eingetretenen Schaden die volle gesetzliche Leistung erhalten, das Gesetz hier also vom Haftpflichtgedanken abweichend wirkliche Versicherung gewährt, wird den Aszendenten und Geschwistern ein Anspruch auf Leistungen nur zuerkannt, wenn ein Bedürfnis

nach solchen besteht (Art. 37 letztes Alinea), also eine aus den Ideen der Volkssolidarität, der sozialen Fürsorge fließende Hilfe gewährt, nicht nur über die Haftpflichtgrundsätze hinweg, sondern auch den Versicherungsgedanken hinter sich lassend. Wo aber das Bedürfnis besteht, da kommen zur Bemessung der zu machenden Leistungen die Haftpflichtgrundsätze wieder zu ihrem vollen Recht, indem der Umfang der Leistungen wesentlich, nach der neuern Praxis des EVG ausschlaggebend mitbestimmt wird durch den Umfang des durch den Tod verursachten Schadens. Diese Vorschrift ist in der Literatur (Arnold: Der Versicherungsanspruch im MVG, S. 139) und anfänglich auch in der Gerichtspraxis dahin ausgelegt worden, dass, sobald das Bedürfnis bejaht wird, ein Versicherungsanspruch entsteht und dass die Feststellung eines entstandenen Schadens nur ein Masstab für das Mehr oder Weniger der Leistungen innerhalb des gesetzlichen Rahmens sein soll. Diese von versicherungsrechtlichen Gedankengängen beherrschte Gesetzesauslegung ist durch die neuere Gerichtspraxis verlassen worden. Das EVG liess sich von der Erwägung leiten, dass die Hinterlassenen aus dem Todesfall nicht finanziellen Vorteil ziehen sollen, dass die Leistungen der MV darum nicht über den Rahmen der wahrscheinlich entgangenen Hilfe hinausgehen dürfen. Der Auftrag des Gesetzgebers, die Verhältnisse in billige Berücksichtigung zu ziehen, wird in die bequeme, aber starre Form des reinen Versorgerschadens hineingezwungen. Es sind sowieso fast nur Bedürftige, die einer zu erwartenden Hilfe verlustig gehen können, denn da, wo ein Bedürfnis fehlt, pflegen Söhne ihre Eltern und Grosseltern und Brüder ihre Geschwister nicht zu unterstützen. Die Tatsache, dass das Gesetz erlaubt, in den Leistungen an die Eltern bis über einen Drittel, in den Leistungen an die Geschwister und Grosseltern bis zu einem vollen Viertel des Jahresverdienstes des Sohnes oder Bruders zu gehen, Ansätze, die im praktischen Leben wohl nur in ganz seltenen Ausnahmefällen

erreicht werden, spricht nicht dafür, dass dem Gesetzgeber die enge Auslegung der gegenwärtigen Gerichtspraxis vorgeschwebt hat. Es weist auf soziale Fürsorge mehr als auf Haftpflichtgrundsätze hin.

Der ursprüngliche Gesetzestext hatte Aszendenten und Geschwistern, deren Lebensunterhalt durch den Tod des Versicherten nicht beeinträchtigt wurde, jegliche Leistungen verweigert. Weil in der Folge aber in stossenden Fällen die Bundesversammlung ständig Extrakredite bewilligte, wurde dann durch das BG vom 27. Juni 1906 die Bestimmung dahin abgeändert, dass auch diese Verwandten grundsätzlich Anspruch auf Leistungen haben. In denjenigen Fällen, in denen ein Bedürfnis für eine Pension offenbar nicht vorliege, soll eine solche jedoch nicht gewährt werden (Botschaft des Bundesrates vom 5. April 1904). Voraussetzung ist also nicht das Vorliegen von Bedürftigkeit.

Eine dem allgemeinen Volksempfinden vielleicht doch besser Rechnung tragende Lösung postuliert Stauffer in seinem Revisionsbericht an das EMD dahingehend, dass im Todesfall den grundsätzlich pensionsberechtigten Eltern eine gesetzlich fixierte Genugtuungssumme von 2000 bis 3000 Fr. zu entrichten und darüber hinaus der nachgewiesene Versorgerschaden zu ersetzen sei, den Grosseltern und Geschwistern aber nur noch der Versorgerschaden. Er lässt sich hier von den Grundsätzen des Haftpflichtrechtes leiten.

4. Der Rentenauskauf.

Die Frage, ob Invaliden- und Hinterlassenenpensionen in Kapital- oder Rentenform entrichtet werden sollen, bekam ihre Bedeutung erst mit dem Aufkommen der Sozialversicherung. In der Privatversicherung bestimmt jeder Versicherte selber und zum voraus, in welcher Form er die ihm zukommenden Leistungen erhalten will. In der privaten Unfallversicherung wird fast ausschliesslich die Kapitalform gewählt. In der Gewerbehaftpflicht

drängte sich die Kapitalform auf, weil Existenz und Solvabilität der meisten haftpflichtigen Unternehmer nicht zum voraus für die ganze Rentendauer sicher stand. Aber auch in der Eisenbahnhaftpflicht zog die haftpflichtige Unternehmung der Einfachheit und Endgültigkeit der Regelung wegen diese Form vor. Für die Sozialversicherung aber musste die Frage vom Standpunkt der Gemeinschaftsinteressen aus beantwortet werden. Da die Invalidität eine unablässig sich auswirkende Erwerbs- einbusse herbeiführt, ist die fortlaufende Deckung des laufenden Erwerbsausfalles die natürlichste Art der Schadensdeckung. Sie greift nicht in die durch die Produktion geschaffene Kaufkraftverteilung ein und schafft darum auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht nachteilige Kaufkraftschwankungen. Sie zwingt den Invaliden von Anfang an, die ihm gebliebene Arbeitskraft weiterhin zu verwerten und erhält dieselbe dem allgemeinen Produktionsprozess. Die übergrosse Mehrzahl der durch die Sozialversicherung erfassten Volksgenossen versteht nicht, grössere Kapitalbeträge produktiv zu verwenden. Auch wo die Absicht und die zur Durchführung erforderliche Willenskraft besteht, fehlen die nötigen Kenntnisse, die Einsicht in die Funktionsweise und Erfolgsmöglichkeiten der kapitalistischen Kleinunternehmungen und vor allem die unersetzliche Erfahrung. Die unverschuldete Folge ist nur zu oft der finanzielle Zusammenbruch und der Invalide steht nun der Rentenstützen beraubt als schwerbenachteiligter Arbeitsuchender wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Ihrer Aufgabe kann die Sozialversicherung in der grossen Mehrzahl der Versicherungsfälle nur mit Renten-, nicht mit Kapitalleistungen gerecht werden. Sie basiert denn auch in vielen Ländern ausschliesslich auf der Rentenform und in den andern ist die Leistung in Kapitalform nur ausnahmsweise zulässig, meist noch verklausuliert, um zu verhindern, dass im Falle der Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes der Invalide um ihm hierfür gebührende Leistungen

komme und dass seine Hinterlassenen nicht um ihren selbständigen Versicherungsanspruch gebracht werden.

Weil keine besondere gesetzliche Bestimmung den Auskauf der unter der Herrschaft des Pensionsgesetzes von 1874 zugebilligten Renten gestattet, hat das EVG die Auskaufsmöglichkeit solcher Renten verneint.

Das MVG regelt den Rentenauskauf in Art. 42, und zwar in verschiedener Weise für Jahresrenten unter 100 Fr. und für solche, die diesen Betrag erreichen oder überschreiten. Im erstern Falle und überdies immer, wenn der Berechtigte im Ausland wohnt, ist die PK berechtigt, auch gegen den Willen des Versicherten den Auskauf vorzunehmen, wogegen im Falle späterer Verschlimmerung dem Ausgekauften das Revisionsrecht gewahrt bleibt. „In allen andern Fällen ist der Auskauf nur auf Antrag des Berechtigten und nur ausnahmsweise zulässig.“ „Ein mit Zustimmung des Berechtigten ausgekaufter Pensionsfall gilt als endgültig erledigt“ (Wortlaut des Art. 42). In der ersten Hälfte der Zwanzigerjahre hat die MV das „nur ausnahmsweise zulässig“ ausserordentlich weit ausgelegt und durch ihre Angestellten eine grosse Masse Auskaufvergleiche abschliessen lassen. Selbstverständlich waren die Versicherten leicht dazu zu bewegen; denn die Aussicht auf eine grosse Geldsumme überwindet beim ökonomisch Schwachen die aufsteigenden Bedenken. Bestimmte Berechnungsgrundsätze kamen dabei nicht zur Anwendung. Eine nachträgliche objektive Überprüfung der Vergleichssumme auf ihre Angemessenheit war nicht möglich. Ein solches Verfahren musste in der Fachliteratur Diskussionen über die Rechtsgültigkeit solcher Vergleiche rufen. Während Züblin (Der Rechtsschutz in der MV, S. 65) die Ansicht verfocht, dass vom Gesichtspunkt des öffentlichen Rechts aus solche Vergleiche der Risikoverteilung, weil rein spekulativer Natur, absolut nichtig seien, da das Gesetz den Auskauf nur durch die PK und nicht durch Vergleich der MV mit dem Versicherten gestatte und dass schon aus diesem Grunde das EVG solche

Vergleiche nicht als rechtsgültig anerkennen sollte, verteidigt Studer (Die Erwerbsunfähigkeit in Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung, S. 37), vorübergehend Chef der MV und Urheber dieser Auskaufspraxis, sein Vorgehen, rühmt die wirtschaftliche Einsicht und den gesunden Menschenverstand des EVG, dank welcher es der MV ermöglicht werde, in umfangreichem Masse Militärpatienten abzufinden. In den bei erfolgter Verschlimmerung in der Folge häufigen Anfechtungen verlangte aber das EVG einen Entscheid der PK im Anfechtungsprozess. Das führte dazu, dass die MV nicht mehr Abfindungsvergleiche abschliesst, sondern der PK Antrag auf Gewährung oder Verweigerung des verlangten Rentenauskaufs stellt, wie es der gesetzlichen Regelung entspricht. Überdies haben sich seither die Grundsätze, auf welche die MV ihre Stellungnahme aufbaut, völlig geändert. Sie würdigt und wägt die volkswirtschaftlichen und die privaten Interessen genau ab und nimmt, wenn ganz ausnahmsweise ein Auskauf ihr gerechtfertigt erscheint, die Berechnung des Kapitalbetrages nach den Piccard'schen Tabellen vor. Jedoch gelangen gelegentlich immer noch Anfechtungsprozesse bezüglich alter Auskaufsvergleiche vor EVG. Das Gericht behandelt diese Vergleiche als rechtsgültig zustande gekommen und überprüft jeden einzelnen nur auf seine Anfechtbarkeit hin wegen bei Vergleichsabschluss vorhanden gewesenen Willensmängeln unter analoger Anwendung von Art. 23 OR einschliesslich der in Art. 31 festgelegten Befristung. Es darf die Frage aufgeworfen werden, ob es nicht näher gelegen hätte, die in den Haftpflichtgesetzen getroffene Ordnung, wonach jeder Vergleich, der eine offenbar ungenügende Entschädigung gewährte, anfechtbar ist, zur analogen Anwendung zu bringen. Wohl handelt es sich hier um Spezialgesetze und darum um i. A. nicht zur analogen Anwendung geeignete Bestimmungen. Aber diese Spezialgesetze regeln das der Sozialversicherung auf dem Boden des Privatrechts entsprechende Gebiet. Die Vergleiche beschlagen durch das öffent-

liche Recht geschaffene Rechtsverhältnisse und gehören darum selber dem öffentlichen Recht an. Auf diesem Boden steht auch die Gerichtspraxis. Fleiner zählt zu den öffentlich-rechtlichen Verträgen auch die Vergleiche zwischen einer Berufsgenossenschaft (nach deutschem Recht der Versicherer gegen Betriebsunfälle) und dem verunfallten Arbeiter über die Höhe der Unfallentschädigung (Fleiner: Institutionen des deutschen Verwaltungsrechts, S. 202). Mit ihm ist davon auszugehen, dass eine Behörde nur in den Fällen zur Vertragsform greifen darf, in denen das Gesetz dieselbe ausdrücklich zugelassen hat. Weil, wo dies geschieht, der Gesetzgeber der Behörde die Gelegenheit verschafft, den einen Bürger besser zu behandeln als den andern, den Druck am Orte minoris resistentiae zu verstärken, die Zulassung von freien Vergleichsabschlüssen somit eine Gefahr für die Rechtsgleichheit in sich birgt, dürfen nicht in ausdehnender Auslegung des Art. 42 der MV Rechte zugebilligt werden, die ihr nicht ausdrücklich eingeräumt sind. Da die Rentenfestsetzung Sache der PK ist, muss es auch die Festsetzung des an Stelle der Rente tretenden Kapitalbetrages sein. Die MV hat nie das Recht beansprucht, die Rentenfestsetzung anstatt durch PK-Entscheid, auf dem Weg der Parteivereinbarung vorzunehmen, selbst nicht in völlig abgeklärten Fällen, wo divergierende Meinungen gar nicht in Frage kommen und wo die vergleichsweise Rentenerneuerung durchaus am Platze wäre.

Dem Rentenauskauf stellt die für die Sozialversicherung bestehende Notwendigkeit, sich den jeweiligen bestehenden Verhältnissen anpassen zu können, an sich schon starke Hindernisse entgegen, die in befriedigender Weise kaum wegzuräumen sind. Art. 30 MVG gewährt dem Versicherten nicht nur in seinem privaten, sondern auch im Gemeininteresse ein Recht auf Revision bei eintretender Verschlimmerung selbst gegen Gerichtsurteile. Der Auskaufsvergleich beraubt ihn dieses Rechts. Nach der vom EVG nicht gebilligten ursprünglichen Praxis der MV und

der PK hätte der Auskauf einer Invalidenrente sogar die Ansprüche auf Hinterlassenenrenten aus der Welt schaffen, also noch gar nicht existente selbständige Versicherungsfälle unterdrücken sollen. Auch der Auskauf einer Hinterlassenenrente berührt die Ansprüche der in der Rentenberechtigung Nachfolgenden nicht. Dagegen hat die Gerichtspraxis die Frage noch nicht abgeklärt, ob beim Auskauf der Witwe dem Umstand Rechnung zu tragen ist, dass ihre Rentenberechtigung nicht nur mit ihrem Tode, sondern möglicherweise schon vorher durch eine Wiederverheiratung erlischt.

Kein Rentenauskauf ist die der Witwe nach Erlöschen ihrer Pensionsberechtigung infolge Wiederverheiratung gewährte Entschädigung im Betrage einer dreifachen Jahrespension. Die Wiederverheiratung der pensionsberechtigten Mutter des Militärpatienten führt an und für sich die Erlöschung der Pension nicht herbei, kann aber indirekt durch Behebung des bisherigen Bedürfnisses nach einer solchen, deren Aufhebung, gestützt auf das Schlussalinea des Art. 37, bewirken. Eine Entschädigung gemäss Art. 35 Al. 3 kommt dann natürlich nicht in Frage.

Die Elternpension muss im öffentlichen Interesse fortlaufend der Bedürfnislage angepasst werden. Der vergleichsweise Ausschluss dieser Möglichkeit durch Parteivereinbarung muss notgedrungen auf willkürlicher Basis beruhen. Einzelne dieser dem Rentenauskauf in den Weg gestellten Hindernisse haben ausländische Staaten durch Gesetzesbestimmungen wegzuräumen versucht. Nach dem Bericht des IAA von 1937 über die Schätzung der Erwerbsunfähigkeit, S. 363, ist meistens im Falle eintretender Verschlimmerung die Revisionsmöglichkeit gesetzlich vorgesehen. Österreich bestimmt ausdrücklich, dass die Rechte der Hinterbliebenen durch einen Auskauf nicht berührt werden. Das deutsche Militärversorgungsgesetz erlaubt den Auskauf überhaupt nur zur wirtschaftlichen Stärkung eigenen Grundbesitzes und lässt bei Veräusserung des

Grundstückes die Rente wieder aufleben gegen Rückerstattung der Auskaufssumme. Die Witwe muss auf dem Grundstück eine Sicherungshypothek errichten, die Gewähr bieten soll für die Rückerstattung des im Falle der Wiederverheiratung zu viel erhaltenen Kapitalbetrages.

XI. Pflichten des Versicherten.

Dem Anspruch des Versicherten auf Leistungen stehen Pflichten gegenüber, auf deren Verletzung Sanktionen stehen, die bis zur Aberkennung des Anspruchs gehen. Das Heilverfahren erzielt i. A. einen um so rascheren und bessern Erfolg, je früher die Behandlung einsetzt. Eine Hinausschiebung des Beginns derselben verursacht sehr häufig der Versicherung erhöhte Aufwendungen. Darum ist der Wehrmann zu umgehender Meldung von Krankheitssymptomen und erlittenen Unfällen verpflichtet.

Aus den Art. 8 und 9 ergibt sich, dass der Wehrmann beim oder schon vor dem Einrücken vorbestehende Krankheiten melden muss, um überhaupt der Versicherung unterstellt zu werden. Art. 10 verpflichtet die Versicherten, während und speziell am Schluss des Dienstes vor der Entlassung jede ausbrechende Krankheit zu melden und zu wahrheitsgemässen und vollständigen Angaben. Art. 17 verlangt während der Behandlung vom Versicherten Offenheit und volle Wahrheitspflicht dem Arzte und den Organen der Versicherung gegenüber. Die Handhabung der auf der Verletzung dieser Pflichten stehenden Sanktionen durch die MV erheischt ein weitherziges Verständnis für die individuell so verschiedenen Veranlagungen, Reaktionsweisen, Charaktere, Empfindungen, Mentalitäten, der momentanen Situation überhaupt; denn nur allzu leicht riskiert die MV sonst das Gegenteil dessen zu erreichen, was sie erstrebt.

Die Mehrzahl der Menschen ist in Bezug auf Erkrankungsgefahren und in der Beurteilung von Beschwerden und Schmerzen nur allzuängstlich. Allzu peinliche Selbst-

beobachtung hemmt die natürliche Heilungstendenz, die der bis anhin gesunde Körper ausbrechenden Krankheiten gegenüber immer zeigt. Bei dem, der nicht krank sein will, heilen leichtere Erkrankungen oft ohne Arzt und besondere Pflege. Die für die Sozialversicherung sicher wertvollern Menschen stemmen sich dagegen, jede kleine Beschwerde der Versicherung zu melden. Müssen sie dann aber, wenn einmal wider Erwarten die kleine Gesundheitsstörung zur schlimmen Krankheit wird, die Erfahrung machen, dass wegen mangelnder Krankheitsfurcht sie von der Versicherung nun abgeschüttelt werden, so werden auch sie dazu kommen, sich in Zukunft für jede kleinste Beschwerde an die Versicherung zu klammern. Sicher sind die Mehraufwendungen, welche durch verspätete Anmeldung ausbrechender Krankheiten der MV verursacht werden, erheblich geringer als ihr Aufwand für überflüssige Anmeldung harmloser Gesundheitsstörungen, die der normale Mensch ohne den bestehenden gesetzlichen Zwang zur Anmeldung ohne Arzt und Versicherung mit einfachen Hausmitteln heilen würde. Es ist fraglich, ob solche Vorschriften, wie diejenige des Art. 10, die im ursprünglichen Gesetzesentwurf nicht enthalten war, sondern in der ständerätlichen Kommission hineingefügt wurde, mit ihrer absoluten Androhung des Anspruchsverlustes, der Versicherung nicht mehr Schaden als Nutzen bringen, ob sie die richtige Erziehung der Sozialversicherten nicht hemmen, wo ihre Förderung ein dringendes Bedürfnis ist, ob es nicht im Interesse aller läge, die Versicherten von der Anmeldung leichter Störungen abzuhalten und ihnen dafür die beruhigende Garantie zu geben, dass, wenn ernstliche Folgen eintreten sollten, die Versicherung einspringt und hilft und den Hilfesuchenden nicht abschüttelt, wie es jetzt geschieht. Daneben könnten vielleicht die militärischen Vorgesetzten verpflichtet werden, ihre Untergebenen zu beobachten und im Falle von ihnen auffallenden Symptomen von Gesundheitsstörungen, den Truppenarzt aufmerksam zu machen. Einerseits klagt man all-

gemein über die herrschende Mentalität des sich Herandrängens an die Versicherung und andererseits zwingt man die Leute, sich für jede kleinste vermeintliche Störung sofort an die Versicherung zu wenden, wenn sie überhaupt dort ankommen wollen. Eine vorbeugende Neurosebekämpfung sollte sich bereits mit diesen Vorschriften und nicht erst mit den an Neurose Erkrankten abgeben.

Wenn schon die zivile Versicherung diese Fragen ernstlich zu prüfen allen Grund hat, so verstärken sich die Gründe dazu für die MV. Vom Soldaten verlangt nicht nur eine innere Stimme, es verlangen von ihm seine Vorgesetzten, ja es verlangt das ganze Land von ihm, dass er furchtlos jeder Gefahr ins Auge blicke und nicht davor zurückschrecke, sich den Gefahren auszusetzen. Ängstliches Bedachtsein auf körperliches Wohlergehen und auf Schonung seiner Kräfte muss dem Soldaten abgewöhnt werden. Wer sich gegen fühlbar werdende Gesundheitsstörungen wehrt, ist ein brauchbarer Soldat und wertvoller Mensch als derjenige, der stets darauf bedacht ist und nach unserm Gesetz bedacht sein soll, sofort nach Arzt und Versicherung zu rufen. Aus solchen Erwägungen hat die Gerichtspraxis darauf hin tendiert, die MV davon abzuhalten, allzusehr auf ihrem „Schein“, den ihr die Art. 8 und 10 ausstellen, zu beharren. Sie hat kleine Gesundheitsstörungen wie Husten, Schnupfen, Bauchschmerzen, die nachträglich als Symptome einer ernsthaften Krankheit erkannt wurden, nicht als Beweis für die Kenntnis einer vorbestehenden Krankheit anerkannt und hat die Anmeldepflicht für solche Erscheinungen, die ja meist harmlos sind, verneint. Dann hat aber das EMD am 30. Januar 1933 in der Form eines allgemeinen Dienstbefehls eine Verfügung über die Eintritts- und Austrittsmusterung erlassen, die vorschrieb: „Jede noch so geringfügige Gesundheitsstörung, Verletzung oder Unfallfolge sind jetzt (i. e. bei der Austrittsmusterung) zu melden. Wer sich erst nach der Entlassung krank meldet, hat nur dann Anspruch auf die Leistungen der MV, wenn ihm das

Leiden bei Dienstaustritt nicht bewusst sein konnte.“ Selbstverständlich kamen nicht die Versicherungssüchtigen, die Drückeberger und Angstmeier unter das Rad, sondern die guten und brauchbaren Soldaten. Aber eine immer grössere Anzahl auch von den letztern zogen aus der bitteren Erfahrung die Lehre, dass man peinlich dafür beisorgt sein müsse, von allem Anfang an den Anschluss an die Versicherung zu finden. Der leicht voraussehbare Erfolg war derart, dass nach einer Anzahl von Jahren der Befehl wieder aufgehoben wurde.

Etwas ganz anderes ist die im Geschlechtskrankheitenbefehl statuierte Anmeldungspflicht zur Durchführung der prophylaktischen Behandlung nach ausserehelichem Geschlechtsverkehr. Die strikte Handhabung dieser Bestimmung wird nicht Versicherungsneurotiker schaffen, wohl aber wirksam späterer Belastung vorbeugen und ernsthafter Krankheitsbekämpfung dienen.

XII. Kürzung der Leistungen.

1. Die aus sozialpolitischen Erwägungen im Gesetze angeordneten und bereits dem Masse nach bestimmten Kürzungen sollen hier nicht weiter besprochen werden. Um den Versicherten von Krankmeldungen in Bagatellsachen abzuhalten und den Krankgemeldeten zu möglichst baldiger Wiederaufnahme der Arbeit zu veranlassen, werden in Art. 24 und 29 Vollkrankengeld und Rente auf nur 70% des Verdienstaufalles festgesetzt. Das System des vollen Lohnersatzes wird allerdings in der Literatur weitgehend verfochten, weil nur die Ersetzung des vollen Ausfalles die Aufrechterhaltung des bisherigen Lebensstandes ermöglichen und eine ökonomische Deklassierung verhindern kann. Gesetzlich verwirklicht ist dieses System aber einzig in Russland (Antonelli: Guide pratique des assurances sociales, S. 80). Um Überversicherung und damit ein ökonomisches Interesse am Kranksein und Krankbleiben zu verunmöglichen, lässt das Schluss-

alinea von Art. 19 einen Anspruch auf Krankengeld nicht entstehen, wenn das Einkommen infolge der Krankheit keine Einbusse erleidet. Die Frage, ob Krankenkassenbezüge Einkommen im Sinne dieser Gesetzesbestimmung seien, hat die ursprüngliche Gerichtspraxis verneint. Ein Urteil aus dem Jahre 1924 bejahte dann jedoch den Einkommenscharakter solcher Bezüge und 1927 wurde die Frage als offenstehend erklärt und ihre Entscheidung umgangen.

Unter Kürzungen versteht man i. A. die wegen Mitwirkung versicherungsfremder Faktoren vorgesehenen Abstriche, die einen Teil der Mitverantwortung am Schaden den Versicherten selber tragen lassen. Art. 11 betrifft die Mitverantwortung an der Herbeiführung des Versicherungsfalles, Art. 8 die Mitbeteiligung von Vorzuständen an dem dienstlichen Schaden. Von Leistungsherabsetzungen wegen Ereignissen, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles vorgekommen sind, sprechen die Art. 17 Al. 2, 13 Al. 2 und 14 Al. 2.

2. Selbstverschulden, Art. 11. Im Gegensatz zum Haftpflichtrecht spielt im Versicherungsrecht die Art der Herbeiführung des Schadensfalles grundsätzlich keine Rolle. Primär gilt, wie Preller (Die wirtschaftliche Funktion der Sozialversicherung, S. 19) sagt: „Die Sozialversicherung hat nicht nach der Schuld zu fragen, sie hat zu heilen.“ Da in der Armee die Soldaten nicht dazu erzogen werden, den Gefahren aus dem Wege zu gehen, sondern sie aufzusuchen, ist es durchaus logisch, dass Art. 11 MVG, nicht wie Art. 98 KUVG, obligatorische Berücksichtigung grober Fahrlässigkeit verlangt, sondern es der Entscheidung der Versicherung und des Richters anheimstellt, ob im Einzelfall ein Abzug zu machen sei oder nicht. Bei der Anwendung dieser Bestimmung soll besonders dem militärischen Verhältnissen weitgehend Rechnung getragen werden. Obschon mit den Worten: „... so kann er (i. e. der Versicherte) und es können die Hinterlassenen ... verlustig erklärt werden“ der Art. 11 sich dem Art. 10,

welcher kategorisch verfügt: „... der Leistungen ... verlustig geht“ sehr klar und deutlich gegenüberstellt, so erklären doch sowohl die Versicherungspraxis als die Rechtsprechung, sobald grobe Fahrlässigkeit vorliege, so könne von der Vornahme eines Abzuges nicht Umgang genommen werden. Aus Komiserationsgründen dürfe die MV nicht zugunsten einer bedauernswerten Witwe mit Kindern in prekärer Lage von der Anwendung einer Kürzung absehen, wird im Urteil Weibel vom 31. Dezember 1941 (AS 1941, S. 181) festgelegt. Man sollte nie aus dem Auge verlieren, dass der Soldat zur Missachtung jeder Gefahr, ja zur Tollkühnheit im Kriege herangezogen wird, dass er, wenn er besonders kühne Wagnisse riskiert, besonders gelobt, im Kriege belohnt, im Falle von Feigheit vor dem Feinde aber gemäss Art. 74 MStrG dem Kriegsgericht zur Aburteilung überwiesen wird. Vom Wehrmann darf darum nicht die Vorsicht „des guten Familienvaters“ verlangt werden, sobald es um die Interessen der Versicherung geht. In der Bemessung der Abzüge wegen Selbstverschulden müsse eine Militärversicherung weitherziger sein als eine zivile. Hierfür suchte bis Ende des letzten Jahres das EVG ohne merkbaren Erfolg, auch bei der PK das nötige Verständnis zu erwecken. Die Ausführungen des Bundesrates in seiner Botschaft vom 28. Juni 1898 sollte auch die PK beherzigen. Dort wird für die Anwendung der Bestimmungen über grobe Selbstverschuldung darauf hingewiesen, dass im ungewohnten Gemütszustand, in dem die meisten Dienstuenden sich befinden, gar manches geschieht, was in normalen Zeiten unterlassen wird und das man deshalb nicht als grobe Selbstverschuldung bezeichnen dürfe. Selbst in der Privatversicherung muss der Gedanke von Schuld und Verantwortung vor dem Versicherungsgedanken zurücktreten. Als zwingenden Rechts bestimmt Art. 15 VVG, dass der Versicherer sogar bei absichtlicher Herbeiführung haftet, wenn der Versicherte einem Gebot der Menschlichkeit gemäss gehandelt hat. Auch im Militärversicherungsrecht ist dieser Grundsatz immer dann zu

beachten, wenn der Soldat Leben oder Gesundheit in militärischen, kameradschaftlichen, überhaupt in ethischen Interessen aufs Spiel gesetzt hat.

Das Recht zur Vornahme einer Reduktion auf den Versicherungsleistungen oder zur Verweigerung derselben steht nach Art. 11 der MV zu, bei Verursachung und nach der Praxis auch bei Verschlimmerung einer Krankheit oder eines Unfalles durch Arglist, grober Fahrlässigkeit, Begehung eines Vergehens oder Widerhandlung gegen dienstliche Vorschriften oder Befehle.

a) Absichtliche Herbeiführung des Schadens. In der Literatur werden Arglist, Absicht und Vorsatz als Begriffe verschiedener Bedeutung auseinander gehalten. Arglist ist nach Binding (zitiert von Streich: Das Verschulden des Versicherten in der Militär- und obligatorischen Unfallversicherung) durch Niedertracht geschärfte List, berechnende Tücke, immer etwas Verwerfliches. Weyl (zitiert von Schönenberger: Die Bedeutung des eigenen fremden Verschuldens für den Versicherungsnehmer) versteht unter Absicht das Wollen des rechtswidrigen Erfolges, den Erfolgswillen, unter Vorsatz aber nur den Tatwillen, für welchen das Bewusstsein der Rechtswidrigkeit nicht notwendig ist. Sowohl Guhl als von Tuhr dagegen bezeichnen Absicht und Vorsatz als gleichbedeutend, als Vorstellung und Wollen eines rechtswidrigen Erfolges (Schönenberger). Die Praxis des EVG steht ebenfalls auf diesem Boden. Sie hat es abgelehnt, zwischen Arglist (Art. 11 MVG) und Absicht (Art. 98 KUVG) einen Unterschied zu machen. Absicht, der nach der Rechtsprechung die Arglist des MVG gleichzustellen ist, liegt nur dann vor, wenn der Vorsatz nicht auf blosse Verbotswidrigkeit, sondern auf Herbeiführung des Versicherungsfalles gerichtet war (Richter: Soziales Versicherungsrecht).

Wenn in einem privaten Vertragsverhältnis die eine Partei eine vorgesehene Suspensivbedingung wider Treu und Glauben selbst herbeiführt, um daraus Vorteile her-

zuleiten, so gilt die Bedingung als nicht erfüllt. Art. 11 MVG und Art. 98 Al. 1 KUVG gehen weiter und lassen den Versicherungsfall bei absichtlicher Herbeiführung auch dann nicht eintreten, wenn der Versicherte in keiner Weise an zu erlangende Vorteile, überhaupt nicht an Versicherung und Versichertsein gedacht hat, wie das bei Selbstmord wohl meistens der Fall sein dürfte. Im Verhältnis zur Versicherung wird jede absichtlich herbeigeführte Schädigung wie ein Versicherungsbetrug behandelt. Jedoch wird immerhin auch im Sozialversicherungsrecht dem Grundsatz nach der Bestimmung des Art. 15 VVG nachgelebt werden müssen, wonach derjenige, der einem Gebot der Menschlichkeit entsprechend gehandelt hat, sein Recht nicht verliert. Wer den einem Kameraden geltenden Schlag im klaren Bewusstsein darüber, dass er sich damit eine schwere Verletzung zuzieht, auffängt, kann seiner Rechte an die MV nicht verlustig gehen. Fraglicher schon ist, ob der unheilbare, hilflose Invalide, der unter dem Druck des ihn beschämenden Gefühls lebenslänglicher Abhängigkeit von der Versicherung seinem Leben ein Ende setzt und damit sich selber gegenüber in gewissem Sinne auch ein Gebot der Menschlichkeit erfüllt, die Entstehung des Versicherungsanspruchs seiner Hinterlassenen nicht verunmöglicht. Der Versicherung gegenüber handelt er auf jeden Fall nicht gegen Treu und Glauben. Den Fall eines modernen Winkelried erklärt Art. 11 MVG zwar nicht ausdrücklich als versichert, aber doch als nicht notwendigerweise von der Versicherung ausgeschlossen.

b) Grobe Fahrlässigkeit. Das EVG hat für den Begriff der groben Fahrlässigkeit keine feste Definition aufgestellt, an die es sich ein für allemal zu halten entschlossen wäre, wie z. B. an den Unfallbegriff. In AS 1929, S. 116, bezeichnet es als grobes Verschulden: „... wenn diejenige Vorsicht ausser acht gelassen wird, die jeder normale Mensch in den besondern Umständen, in denen der Versicherte sich befand, beobachten würde, um einen

nach menschlichem Ermessen im gewöhnlichen Verlauf der Dinge voraussehbaren Unfall zu vermeiden“. Die Praxis hält sich aber durchaus nicht allgemein an diese Umschreibung, speziell nicht bei vor dem Unfall stattgefundenem übermässigen Alkoholenuss, wo der Abzug auch bei nicht voraussehbaren Unfällen immer gemacht wird. Etwas weitmaschiger als die oben wiedergegebene Umschreibung des EVG ist die meistzitierte bundesgerichtliche Definition, auf die sich auch das EVG in mehreren Entscheiden berufen hat: „... wenn unter Verletzung der elementarsten Vorsichtsgebote nicht beachtet wurde, was jedem verständigen Menschen in gleicher Lage und unter gleichen Umständen hätte einleuchten müssen“. Begriffsbestimmung nach Schönenberger: „... wenn die Sorgfalt nicht angewendet wird, die jeder Mensch dieser Klasse in seinem Falle anwenden würde“. Nach Streich, kurz und bündig: „Was unentschuldbar ist, ist grobe, was entschuldbar ist, ist leichte Fahrlässigkeit“. Giorgio und Nabholz (Die schweizer. Unfallversicherung) nimmt, grobe Fahrlässigkeit an, wenn eine besonders schwere Verletzung der im normalen Verkehr üblichen und erforderlichen Sorgfalt vorliegt, also Nichtbeachtung dessen, was jedem einleuchten musste, völlige Gleichgültigkeit gegen das, was offenbar unter gegebenen Umständen hätte geschehen müssen.

Während Art. 98 KUVG vorschreibt, dass sich das Mass der Kürzung nach dem Grad des Verschuldens zu richten hat, die Leistungen somit nicht im Verhältnis der Beteiligung der verschiedenen Kausalitäten an den Unfallfolgen zu verteilen sind, überlässt das MVG die Festlegung der Grundsätze, nach welchen das Mass der Kürzung bestimmt werden soll, der Rechtsprechung. Diese steht i. A. auf dem Standpunkt, dass wenn der Schaden durch konkurrierendes Verschulden von Versichertem und Drittpersonen verursacht worden ist, beide Ursachen berücksichtigt werden müssen, die dem Versicherten aufzuerlegende Mitbeteiligung sich aber dem Grad seines

Verschuldens anzupassen hat. Auch wenn das Selbstverschulden die alleinige Ursache des Unfalles ist, erfolgt bei geringem Grad der groben Fahrlässigkeit, nur geringe Reduktion.

Aus einer festen Praxis ergibt sich seit langen Jahren, dass auch bei ganz grobem Verschulden die Renten und während der Behandlung die Gesamtleistungen der MV nie um mehr als um 50% gekürzt werden, ohne dass allerdings ein solcher Grundsatz je ausdrücklich aufgestellt worden wäre (AS 1940, S. 142). Eine stärkere Reduktion wäre mit den jede Sozialversicherung beherrschenden Zwecken und Zielen nicht zu vereinbaren. Das Urteil i. S. Hümbeli vom März 1942 fällt allerdings aus der Reihe. Der Witwe und den Kindern eines auf das Dach der Führerkabine eines Lastwagens während des Fahrens gekletterten Soldaten, der dem Befehl des Chauffeurs, diesen Platz zu verlassen, nicht nachkam, der, weil in der Folge der Wagen infolge einer Unachtsamkeit des Chauffeurs in einen Strassengraben fuhr und umkippte, heruntergeschleudert und getötet wurde, während die andern, nur von der Brücke hinuntergeworfenen Soldaten unverletzt blieben, wurden wegen grobem Selbstverschulden des Getöteten 60% abgezogen. Das Urteil lehnt unter Berufung auf Art. 98 KUVG es auch ab, dem Umstand Rechnung zu tragen, dass ohne das Verschulden des Chauffeurs der Unfall voraussichtlich gar nicht erfolgt wäre. Sowohl in diesem letztern Punkte wie in der Festsetzung des Kürzungsprozentsatzes hat aber schon das unmittelbar folgende Urteil Leuba sich wieder auf den Boden der bisherigen Praxis gestellt. Die Urteile Galanderet und Stucky aus den Monaten Juni und Juli 1942 lassen dann aber wieder erkennen, dass auch das EVG der Verwendung des Art. 11 als gegenüber den Hinterlassenen sich auswirkendes Disziplinar middel durchaus zustimmt und Kürzungen von über 50% die Wege zu öffnen gewillt ist.

Verlust des Anspruchs bei grober Fahrlässigkeit. Während das KUVG in Art. 98 den Verlust des

Versicherungsanspruchs nur bei absichtlicher Herbeiführung des Versicherungsfalls vorsieht, und die lex Forrer die Zulässigkeit des Abzuges im Falle grober Fahrlässigkeit auf maximal 50% beschränkte, ist es nach dem Wortlaut des Art. 11 MVG nicht ausgeschlossen, dem Versicherten beim Vorliegen von grober Fahrlässigkeit alle Leistungen zu verweigern. Die Gerichtspraxis hat aber von jeher auch in der MV nur bei absichtlich herbeigeführtem Versicherungsfall den Anspruchsverlust zugelassen (AS 1936, S. 63). Nur ein solcher unterbricht eben den Kausalzusammenhang, während die grobe Fahrlässigkeit ihn immer noch bestehen lässt. Dass diese Auslegung die richtige ist, wird auch durch die Botschaft des Bundesrates vom 28. Juni 1898 bestätigt, welche bei der Besprechung der Verschuldensfrage im MVG feststellt, dass in Abänderung des Pensionsgesetzes die grobe Selbstverschuldung als Ausschliessungsgrund fallen gelassen werde. Die Praxis kennt nur die bereits erwähnte Ausnahme, wonach dem Soldaten, der im intimen Verkehr mit einer ihm näher nicht bekannten Frauensperson sich infiziert, jeglicher Anspruch auf Behandlung seiner Geschlechtskrankheit und auf Krankengeld unter Berufung auf Art. 11 wegen grober Fahrlässigkeit verweigert wird. Auf diesem Gebiete versagt die *juris prudentia*.

Sehr häufig werden durch die Leistungsverweigerung oder Kürzung nur oder fast ausschliesslich die unschuldigen Angehörigen oder Hinterlassenen, Frau und Kinder, betroffen. Ausländische Gesetzgebungen geben vielfach dem Richter in solchen Fällen die Befugnis, sich ergebende Härten auszumerzen. Auch die deutsche RVO kennt die Anspruchsverwirkung nur bei vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles, aber bei Begehung von Verbrechen kann den Angehörigen die Entschädigung trotzdem überwiesen werden (Art. 556, 930 und 1065 RVO; Kaskel und Sitzler: Grundriss des sozialen Versicherungsrechts, S. 317; Richter: Sozialversicherungsrecht, S. 152; Siefahrt: Begriff der Erwerbsunfähigkeit im

Versicherungsrecht, S. 82). Rosin (Die Rechtsnatur der Arbeiterversicherung, S. 112) begründet diese Vorschrift mit der Notwendigkeit, in der Sozialversicherung die „Fürsorgegarantie“ aufrecht zu erhalten.

c) Vergehen. Wer sich bei der Begehung eines Vergehens eine Krankheit oder einen Unfall zuzieht, dem können die Versicherungsleistungen ganz oder teilweise entzogen werden, nach den deutschen Gesetzen nur nach strafgerichtlicher Verurteilung wegen vorsätzlichem Vergehen. Die deutsche Fassung erscheint zu eng. Es muss ganz allgemeingültigem Grundsatz entsprechend dem Versicherungsrichter die selbständige Entscheidung überlassen werden, ob ein Vergehen, das der Sanktion des Art. 11 unterliegt, begangen wurde. Den Eltern eines schweizerischen Unteroffiziers, der in voller Uniform den Rhein durchschwamm, um nach Deutschland zu desertieren und dabei ertrank, hat das EVG, gestützt auf unser Gesetz, die Hinterlassenenpension verweigert.

d) Zuwiderhandlung gegen dienstliche Vorschriften oder Befehle. Unnötigerweise stellt die MV die Kürzung wegen solcher Widerhandlungen in den Dienst des militärischen Disziplinarrechts. (So auch Streich.) Den Mann, der schon durch die erlittene Gesundheitsschädigung oft mit bleibender Invalidität und vielfach auch durch die Disziplinarstrafe betroffen ist, noch in seinen Ansprüchen zu beschränken, wenn weder Absicht noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt, lässt sich kaum rechtfertigen. Wenn aber die Kürzung nur beim Vorliegen grober Fahrlässigkeit vorgenommen werden soll, so ist diese Bestimmung völlig überflüssig. Die Frage, ob ihr selbständige Bedeutung zukomme und daher bei jeder für Gesundheitsschädigung kausalen Zuwiderhandlung eine Kürzung vorgenommen werden darf, auch wenn nur eine leichte Fahrlässigkeit vorliegt, hat das EVG m. W. noch nie entschieden. Wenn es aber in der Privatversicherung den Parteien untersagt ist, die Haftung für leichte Fahrlässigkeit auszuschliessen, so wird umso mehr in der Sozial-

versicherung auf die Schwere des Verschuldens als Voraussetzung für eine Reduktion der Leistungen Gewicht zu legen sein.

3. Die Berücksichtigung von Vorzuständen. Art. 8 Al. 2 und 3 und Art. 9 Al. 2 und 3 regeln die obligatorisch vorzunehmende Kürzung bei Mitbeteiligung solcher fremder Faktoren am entstandenen Gesundheitsschaden, die bereits vor Beginn der Versicherung wirksam waren. Auch für vordienstliche Krankheiten kann die MV haftbar gemacht werden, sofern eine solche Krankheit bei Dienstbeginn angemeldet wurde, aber nicht zur Dienstbefreiung führte (Art. 9 Al. 1) oder dem Einrückenden nicht bekannt war und durch den Dienst eine Verschlimmerung erfahren hatte (Art. 8). In beiden Fällen ist die vordienstliche Krankheit versichert, im erstern, abgesehen von den Renten, ohne Kürzung, im letztern Falle in reduziertem Masse. Die Verschlimmerung ist Voraussetzung für das Entstehen der Haftung, nicht Masstab für den Umfang derselben. Während der Grundsatz der Haftung für dienstlich verschlimmerte Vorzustände aus dem Gedanken der Haftpflicht heraus gelöst ist, kommen, wenn die Haftung an sich bejaht werden muss, zur Bestimmung des Masses der Leistungen Grundsätze aus dem Versicherungsrecht zur Anwendung. Die dienstlich verschlimmerte Krankheit tritt vollumfänglich und nicht nur die dienstliche Verschlimmerung in den Kreis der versicherten Risiken, allerdings mit der Beschränkung, dass bei der Bemessung der Leistungen der Vordienstlichkeit in billiger Weise Rechnung zu tragen ist. Für den Bund rechtfertigt sich diese Regelung aus der Erwägung, dass es zur Erhaltung der Schlagkraft der Armee nicht genügt, nur die dienstliche Verschlimmerung zu beheben, dass vielmehr die Krankheit selber geheilt werden muss bis zur Herstellung der Diensttauglichkeit, damit nicht die bisherigen militärischen Ausbildungskosten umsonst aufgewendet wurden. Die Rechtsprechung jedoch steht, ohne es zuzugestehen, in Wirklichkeit von jeher auf dem Boden: Billige

Berücksichtigung beider Parteien gegenüber verlangt kausale Verteilung nach dienstlichen und vordienstlichen Faktoren; denn die Praxis erklärt den Bund nur für die dienstliche Verschlimmerung haftbar. Seine Haftung erlischt, sobald der status quo ante oder der status sine hergestellt ist, der Zustand, wie er ohne den Dienst sein würde: Kausalhaftung dem Grundsatz und dem Masse nach.

Eine Ergänzung finden die Bestimmungen des Art. 8 in den Art. 13 Al. 2 und Art. 14 Al. 2 und 4, wonach die Kürzung auch dann vorzunehmen ist, wenn sich der vordienstliche Charakter der Gesundheitsschädigung erst nach Feststellung der Leistungen herausstellt.

Das MVG enthält nicht, wie Art. 91 KUVG, die ausdrückliche Vorschrift, dass diese Kürzung nur auf den Geldleistungen vorgenommen werden dürfe, die Krankenpflegeleistungen aber voll geleistet werden müssen. Aber sie liegt im Sinne der im letzten Satz des Art. 8 vorgeschriebenen billigen Berücksichtigung und vor allem auch im hohen Interesse der Armee und der Gemeinschaft an der Wiederherstellung der Diensttauglichkeit und der Erwerbsfähigkeit. Das EVG hat deshalb durch Plenarbeschluss vom 3. Mai 1928 diesen Grundsatz als auch für das Militärversicherungsrecht anwendbar erklärt und der MV das Recht verweigert, aus dem Grunde vollständiger Übernahme der Behandlungskosten erhöhte Abzüge auf den Geldleistungen zu machen, d. h. ihr obliegende Geldleistung als durch gewährte Behandlung kompensiert zu erklären.

Auch auf den Gradsold wendet die MV, da wo sie solchen zu entrichten hat, die Kürzungsvorschrift des Art. 8 nicht an.

4. Wegen nachträglich wirkenden Teilursachen sieht das Gesetz in folgenden Fällen die Anwendung von Kürzungen vor:

a) Art. 17 Al. 2. Unwahre Angaben, die in schuldhafter Weise dem Arzt oder den Kontrollorganen der MV

gegenüber gemacht werden und die Verweigerung des Zutritts zum Kranken berechtigen zur gänzlichen oder teilweisen Entziehung der Leistungen für die Folgezeit. Es handelt sich hier um einen speziellen Tatbestand, um eine Strafmassnahme gegen Handlungen, die den Heilungsprozess gefährden. Eine ausdehnende analoge Anwendung auf andere Tatbestände von Disziplinverstössen ist nach allgemein geltenden Rechtsgrundsätzen ausgeschlossen. Die diesbezüglichen Verfügungen der MV sind vollumfänglich der Überprüfung durch das EVG unterworfen und nicht etwa nur soweit, als ein offenkundiges Missverhältnis zwischen der Handlungsweise des Versicherten und der Strafverfügung vorliegt, wie dies auch schon vertreten worden ist. Da die Stärkung der Wehrkraft und die Hebung der Volksgesundheit, also Wahrung der Gesamtinteressen und nicht der persönlichen Interessen des Versicherten, die oberste Aufgabe der MV ist, erscheint die Behinderung des Heilungsprozesses als Strafe dafür, dass der Patient die Erreichung des Hauptzieles gefährdet, an sich schon als ein zweifelhaftes Mittel. Das Gesamtinteresse verlangt darum gerade in diesen Fällen eine peinlich objektive Überprüfung der getroffenen Strafverfügung auch auf ihre Angemessenheit hin durch eine ausserhalb der Verwaltung stehende Instanz. Aus diesen Erwägungen verbot ein Urteil Dubois aus dem Jahre 1919 die Anwendung der Bestimmung auf Krankenpflegeleistungen. Dies wäre an sich logisch, aber die Formulierung des Art. 17 gibt nicht, wie Art. 8, dem Richter die nötige Handhabe zu dieser Einschränkung. Es würde dies übrigens das Recht der MV zur Durchführung der Zwangsbehandlung voraussetzen, das ihr einzuräumen bis jetzt noch von keiner Seite postuliert worden ist. Auch das KUVG beschränkt in solchen Fällen die zulässigen Abzüge nicht auf die Geldleistungen. Die Rechtsprechung versucht jedoch, dem Patienten ein Zurückkommen auf die durch sein übereiltes Handeln herbeigeführte Unterbrechung der Heilbehandlung zu erleichtern. Sie gestattet die Ein-

stellung der Leistungen erst auf fruchtlos gebliebene Ermahnung und Androhung der Folgen hin. Liegt der Verstoß in der Weigerung zum Eintritt in eine bestimmte Heilanstalt, so überprüft das Gericht die Beweggründe eingehend und trägt im Volke bestehenden Auffassungen Rechnung. Es hat es z. B. abgelehnt, vermeidbare Einweisung einer nicht geisteskranken Person in eine Irrenanstalt zur Begutachtung zu decken. Wird die Weigerung als unbegründet befunden, so läßt das Gericht nicht Verwirkung, sondern nur Suspendierung der Leistungen bis zur Befolgung der Verfügung eintreten, wobei allerdings für die durch sein Verhalten verschuldete Verschlimmerung der Versicherte die Verantwortung selber zu tragen hat. Nach dem Wortlaut der Bestimmung genügt eine schuldhaftige Nichtbefolgung. Mit Recht sagt aber Graven (*Invalidités*), dass, wenn das Gesetz in Art. 11 einen Abzug an den Leistungen nur bei grobfahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles gestattet, ein nur leichtes Verschulden an der Herbeiführung einer Verschlimmerung nicht zu Kürzung berechtigen könne. Auch das KUVG läßt in Art. 71 Al. 3 und Art. 81 Al. 1 Kürzung oder Entzug nur bei unentschuldbarer Nichtbefolgung eintreten.

Das Gesetz sagt nicht, wer zur Anwendung dieser Disziplinarbestimmung legitimiert ist. Die Gerichtspraxis weist die Kompetenz derjenigen Behörde zu, welche für die Gewährung der Leistungen zuständig war, bei Rentenentzug also der PK. Zu Unrecht ficht Züblin (*Der Rechtsschutz in der MV*) diese Regelung mit der Begründung an, eine Disziplinargewalt stehe der PK nicht zu. Es handelt sich eben nicht ausschliesslich um Wahrung der Disziplin, sondern in weitgehendem Masse um Ausgleichung der sich widerstreitenden Gemeinschaftsinteressen an der Herbeiführung der Heilung und der Aufrechterhaltung der nötigen Disziplin.

b) Art. 13 Al. 2 und Art. 14 Al. 2 und 4 gestatten die Vornahme einer Kürzung bei nachträglicher Feststellung der Vordienstlichkeit der voll übernommenen

Krankheit. Für die Folgezeit können (Art. 14 Al. 4) oder müssen (Art. 13 Al. 2 und Art. 14 Al. 2) die Leistungen gekürzt werden. Während nach Art. 8 als zu Kürzungen berechtigende Mitursache nur Krankheiten anerkannt werden, die vor Beginn der Versicherung bereits bestanden haben, erlaubt Art. 14 Al. 2 die nachträgliche Kürzung schlechthin für Krankheiten, die aus einer nicht versicherten Zeit stammen. Die Bestimmung beschlägt auch den Fall der während der Behandlung auftretenden interkurrenten Krankheit, die irrtümlich als mit der dienstlichen Krankheit in ursächlichem Zusammenhang stehend angesehen und deshalb übernommen wurde.

c) Nachträgliche Einflüsse des Zivillebens, die den scheinbar geheilten oder den Rekonvaleszenten wieder aufs Krankenlager werfen, hat die MV sehr oft zur Vornahme von Kürzungen veranlasst wegen Mitwirkung versicherungsfremder Faktoren. Das EVG hat aber zu allen Zeiten daran festgehalten, dass aus einer nachdienstlichen Einwirkung auf den Krankheitsprozess einzig gemäss Art. 11, also beim Vorliegen grober Fahrlässigkeit des Versicherten, ein Kürzungsrecht hergeleitet werden könne. Auf denjenigen, der sich auf Anordnung oder doch nicht gegen die Weisung der MV den Gefahren des Zivillebens wieder aussetzt, kann die MV das Risiko für Rückfälle bei der Arbeit, beim Sportbetrieb usw. nicht abwälzen, auch nicht teilweise, sofern nicht eine grobfahrlässige Herbeiführung im Einzelfall vorliegt.

5. Teilung des Beweislastrisikos. Eine im Gesetz nicht vorgesehene, durch juristische Logik auch kaum zu begründende, aber ein materielles Rechtsempfinden weitgehend befriedigende Verpflichtung der MV zu Teilleistungen hat Prof. Stähelin de lege ferenda vorgeschlagen: In denjenigen Fällen, in denen der gewissenhafte Experte die Frage, ob die grössere Verantwortung an der Erkrankung auf dienstliche oder auf dienstfremde Faktoren entfalle, nicht beantworten könne, weil ihm beide Wahrscheinlichkeiten gleich gross erscheinen, sollte jede Partei

zur Hälfte leiden und es sollten deshalb um 50% gekürzte Leistungen zugesprochen werden dürfen. Dass in diesen Fällen entweder alles oder gar nichts zugesprochen werden muss, ist für den Mediziner schwer begreiflich und erschwert es ihm ausserordentlich, zu einem zu verantwortenden Schlusse zu gelangen. Ich erwähne diese „Kürzung“, weil das EVG selber schon unter zwei Malen zu diesem Ausweg gegriffen hat, ohne allerdings zu versuchen, eine solche Lösung, die ein Plenarbeschluss vom 5. Januar 1920 ausdrücklich als unzulässig erklärt hatte, aus einer gesetzlichen Bestimmung abzuleiten oder sie zur Grundlage einer einzuschlagenden Praxis zu machen. Auf eine juristische, aber auch auf die in solchen Fällen sich aufdrängende soziale Begründung wurde verzichtet. Es galt einfach, dem Gerechtigkeitsgefühl zum Durchbruch zu verhelfen. Wird für eine solche Erledigung die nötige gesetzliche Grundlage geschaffen, so entsteht allerdings die Gefahr, dass dem Bestreben auch in weiterem Umfang das Mass der Leistung dem Grad des erbrachten Beweises anzupassen, allzu leicht nachgegeben würde. Es wäre dann die schwierige Aufgabe des Gerichtes, dieser Gefahr zu begegnen.

6. Die zeitlich limitierte Haftung. Die im Gesetze nicht vorgesehene und durch die frühere Gerichtspraxis abgelehnte zeitlich zum voraus begrenzte volle Haftung hat sich nach und nach Eingang in die Verwaltungspraxis der Versicherung verschafft und in der neuern und neuesten Zeit immer grössere Verbreitung gefunden. Sie wird nun auch durch die Judikatur weitgehend gedeckt. Zuerst wurde sie bei konstitutionellen Krankheiten mit „schicksalsmässigem“ Verlauf angewendet, bei Krankheiten, von denen der Mediziner nicht sagen kann, wann sie beginnen und ob äussere Faktoren auf ihren Ablauf einen Einfluss ausüben können, wo die Wahrscheinlichkeit dienstlicher Beeinflussung des Krankheitsgeschehens im Sinne einer Beschleunigung mit Bestimmtheit weder verneint, noch bejaht werden kann. Es handelt sich hier

somit nicht um einen Anwendungsfall des Art. 8. Diese Krankheiten passen ebensowenig unter Art. 8 wie unter Art. 6; denn beide setzen grundsätzlich die Möglichkeit der Entscheidung über den Zeitpunkt des Beginns einer Krankheit voraus. Es handelt sich nicht um Kürzung der Geldleistungen, sondern um eine zeitliche Begrenzung der Haftung des Versicherers, der volle, aber endgültige Entschädigung für eine mehr oder weniger hypothetische Beschleunigung des Manifestwerdens der Krankheit leistet. Diese zeitliche Haftungsbeschränkung der MV kann schon deshalb nicht als Kürzung nach Art. 8 angesehen werden, weil sie dem Patienten sowohl den Anspruch auf Krankenbehandlung, als das Recht auf Revision nach Art. 30 im Falle der Verschlimmerung nimmt, Ansprüche, die beide bei Anwendung des Art. 8 erhalten bleiben.

Obschon das Gesetz den Hinterlassenen ein eigenes, selbständiges Recht auf Rente einräumt in allen Fällen, in welchen der Militärdienst Ursache oder Mitursache des Todes ist, lassen Versicherungspraxis und Rechtsprechung eine Hinterlassenenrente überhaupt nicht entstehen, sobald dem Militärpatienten gegenüber die Haftung zeitlich limitiert worden war und er nicht innerhalb des Zeitraumes, während dem ihm gegenüber volle Haftung anerkannt wurde, verstorben ist. Die limitierte Haftung ist im Grunde genommen eine Art Auskauf. Aber den Hinterlassenen gegenüber wird auch diese Folgerung nicht anerkannt. Stirbt der Patient vor Ablauf der Frist, so erhalten nicht die Erben den noch nicht ausbezahlten Rentenrest, der in den meisten Fällen dann den rentenberechtigten Witwe und Kindern zukäme, sondern es erhalten die pensionsberechtigten Hinterlassenen für die bis zum Tode noch nicht abgelaufene Zeit der anerkannten Haftung ihre volle Hinterlassenenpension. Zwar garantiert das Gesetz der Witwe (Art. 35 Al. 4) und den Aszendenten (Art. 37 a und b) die Rente auf Lebenszeit, den Kindern und Geschwistern eine Rente bis zum 18. Altersjahre (Art. 36 Al. 2 und Art. 37 b) und der sich wiederverhei-

ratenden Witwe eine feste Abfindung ohne Rücksicht darauf, ob sie Witwenpension nur während kurzer Zeit oder schon während vieler Jahre bezogen habe. Stehen beim Tode des Vaters beispielsweise noch drei Jahre der anerkannten Haftungsdauer aus, so wird Kindern gegenüber, die das 15. Altersjahr erreicht haben, der versicherungsfremde Faktor gar nicht in Rechnung gebracht. Den jüngern Kindern aber kommt gerade in dem Moment, da sie der Hilfe am dringendsten benötigen würden, wenn sie in eine Berufslehre treten sollten, nichts mehr zu. Die Witwe, die sich umgehend nach dem Tode des Mannes wieder verheiratet, erhält eine überreiche Abfindung, weil von der Vollrente berechnet, diejenige aber, die zuvor für ihre Kinder sorgen will und erst nachher an die Wieder-
verheiratung denkt, erhält nichts mehr.

Der Versicherte, der noch der Behandlung bedarf, wird bei Anwendung der limitierten Haftung immer benachteiligt. Gerade der volkswirtschaftlich wertvollere Teil der Versicherungsleistungen wird ihm vorenthalten; für denjenigen Versicherten, der einer Krankenbehandlung nicht mehr bedarf, ist diese Art der Erledigung oft eine absolut ungerechtfertigte Bevorteilung und Bereicherung. Allerdings ziehen in ihrer Kurzsichtigkeit und Unerfahrenheit die meisten Versicherten es vor, hohe Leistungen, wenn auch nur für kurze Zeit zu erhalten, als stark reduzierte Beträge auf längere Frist. Aber in dieser wichtigen Frage darf weder das fiskalische Interesse des Versicherers, noch das vermeintliche, höchstpersönliche Interesse des Versicherten den Ausschlag geben, sondern das Interesse der staatlichen Gesamtheit. Sozialpolitisch ist es, auch abgesehen vom Wegfall der für die Volkswirtschaft so wichtigen sachgemässen Pflege der Krankheit, weitsichtiger gehandelt, die nicht im vollen Umfang zu gewährenden Geldleistungen auf die ganze Krankheitszeit zu verteilen, was meist den Eintritt der Armengekössigkeit vermeiden lässt, als die Leistungen auf eine kurze Anfangszeit der Krankheit zu konzentrieren und den Sozialversicherten

dann seinem Schicksal zu überlassen. Wenn unser Gesetz die Wehrmänner in die Versicherung hineinzwingt und es nicht ihrem Belieben überlässt, ob sie versichert sein wollen, so ist kaum anzunehmen, dass der Gesetzgeber Ausschlüsse aus der Versicherung, die die Wehrkraft schwächen können und die Volksgesundheit ungünstig beeinflussen müssen, billigen würde. Es gibt wahrscheinlich nirgends ein Sozialversicherungsgesetz, das für die Invaliden- oder die Hinterlassenenrenten auf die Lebenserwartung des Versicherten, und dabei erst noch nicht einmal auf die versicherungstechnische, sondern auf die so aleatorische, rein hypothetische, höchstpersönlich-medizinische Lebenserwartung des Patienten abstellt, wie es unsere MV durch ihre Versicherungspraxis tut. Denn das widerspricht den Fundamentalgrundsätzen der Sozialversicherung. Die glücklich überwundene Periode des Rentenauskaufs durch Kapital kehrt in abgeänderter Form, Auskauf von Behandlung und reduzierten Dauerrenten durch Vollrenten auf kurze Zeit, zurück.

XIII. Rückforderung bezahlter Leistungen.

Das Gesetz sieht in den Art. 12, 13 und 14 die Rückforderung gemachter Leistungen vor. Voraussetzung für die Entstehung eines Rückforderungsanspruchs ist die Erwirkung von Leistungen durch

a) wissentlich falsches Vorbringen: wenn eine gar nicht oder nicht mehr bestehende Krankheit oder ein nicht vorgekommener Unfall oder ein erheblich schwererer als der erlittene Unfall vorgeschützt wird (Art. 12 Al. 2);

b) die absichtliche oder grobfahrlässige Verschweigung der Umstände, aus denen sich ergibt, dass für die Gesundheitsschädigung die MV nicht oder nicht vollständig aufzukommen hat oder bereits aufgekomen ist (Art. 13 Al. 3 Gesetz von 1914);

c) der bis Ende Januar 1916 in Kraft gewesene Art. 13 des Gesetzes von 1901 sah die Rückforderung nur vor bei arglistiger Verschweigung der vordienstlichen Entstehung

der Gesundheitsschädigung. Den damals bestehenden Rückforderungsanspruch gewährt auch Art. 14 Al. 1 der MV, wenn sich nachträglich herausstellt, dass der als versichert angegebene Unfall sich in Wirklichkeit in einem nicht versicherten Zeitpunkt ereignet hat;

d) durch wissentliche Verheimlichung des Umstandes, dass die Gesundheitsschädigung ganz oder teilweise aus nicht versicherter Periode stammt oder von Umständen, aus denen sich ergibt, dass die MV für die Gesundheitsstörung nicht aufzukommen hat oder schon aufgekomen ist (Art. 14 Al. 2 und 4).

Ausser im Falle von wissentlich unrichtigen Angaben und arglistiger oder grobfahrlässiger Verschweigung sieht das Gesetz keine Rückforderung von zu Unrecht gemachten Leistungen vor, also namentlich nicht die Rückforderung von durch die MV irrtümlich gemachten Leistungen aus dem Rechtsgrunde des Irrtums. Da das MVG selber die Voraussetzungen der Rückforderung regelt, dürfen auf diesem Gebiet nicht die weitergehenden Bestimmungen des OR zur analogen Anwendung gelangen. Im Militärversicherungsrecht berechtigt der Irrtum nur zur Verweigerung weiterer Leistungen (Art. 13 Al. 1 und 2), nicht aber zur Rückforderung bereits ausgerichteter Leistungen. Zu diesem Schluss gelangt auch das Gutachten des Justizdepartements vom 30. August 1917, erwähnt in Burckhardt: Schweizerisches Bundesrecht, Nr. 2342. Abweichend ist das Rückforderungsrecht im KUVG geordnet. Art. 99 beschränkt dasselbe ausdrücklich auf Geldleistungen, während die Bestimmungen des MVG der Rückforderung bezahlter Arzt- und Spitalkosten nicht im Wege stehen würden. Dagegen erlaubt das KUVG die Rückforderung aller ausgerichteten aber nicht geschuldeten Geldleistungen, die nach den Bestimmungen von Art. 62 bis 67 OR rückforderbar sind, nicht nur der schlechtgläubig bezogenen.

Die MV versucht gelegentlich in Verbindung mit ihren Abweisungsschlüssen in Prozessen vor EVG an-

geblich irrtümlich bereits zu viel bezahltes Krankengeld zurückzufordern und oftmals will sie solche Rückforderungen durch Verrechnung mit als geschuldet anerkannten weiterlaufenden Teilleistungen verwirklichen. Die MV muss sich mit ihrem Recht aus Art. 13, die Weiterzahlung des irrtümlich zu viel Anerkannten einzustellen, begnügen. Umstritten aber ist, ob und inwieweit rückforderbare, also mala fide bezogene Beträge mit weiterlaufenden Ansprüchen des Versicherten verrechnet werden dürfen. Es ist auch bei Beantwortung dieser Frage in Berücksichtigung zu ziehen, dass es sich um im allgemeinen Interesse geregelte, öffentlich-rechtliche Verhältnisse handelt. Das allgemeine Interesse besteht in der Wiederherstellung der Wehr- und Arbeitskraft. Eine Verrechnung selbst dolos erlangter Leistungen mit weiterlaufenden Krankenpflegeansprüchen in dem Sinne, dass die MV bis zur Deckung ihres Rückforderungsanspruchs die Zahlung von Spital-, Arzt-, Heilmittelkosten und Diätzulagen ablehnen dürfte, würde so sehr dem allgemeinen Interesse widersprechen, dass eine solche Verrechnung nicht anerkannt werden darf. Sie ist meines Wissens von der MV auch nie praktiziert worden. Nur allzuoft würde ein solches Vorgehen durch Verzögerung des Heilungsprozesses die nachherigen Leistungen der MV anschwellen machen. Eine generelle, grundsätzliche Ablehnung jeglicher Verrechnungsmöglichkeit von Rückforderungsansprüchen aus betrügerisch ergatterten Leistungen mit weiterlaufendem Teilkrankengeld oder Teilrenten durch die Rechtsprechung würde dagegen das allgemeine Rechtsempfinden verletzen. Trotz dem Abtretungs-, Verpfändungs- und Pfändungsverbot in Art. 15 MVG muss in dieser Frage die Billigkeit das Recht meistern, auch im öffentlichen Recht. Das EVG hat denn auch in seiner spätern Praxis die Verrechnung grundsätzlich zugelassen. Der Entscheid im Einzelfall muss dem Richter überlassen bleiben. Er wird die Verrechnung in nicht krassen Fällen verweigern oder beschränken, wenn durch dieselbe der Verlauf des Heilungs-

prozesses nachteilig beeinflusst werden müsste oder wenn den Familienangehörigen der notwendige Lebensunterhalt dadurch entzogen würde, grundsätzlich aber Verrechnung mit Krankengeldansprüchen nicht ablehnen.

Wer über die Geltendmachung eines Rückforderungsanspruches zu befinden hat, sagt das Gesetz nicht. Da nach Art. 39 der PK die Gewährung oder Verweigerung, der Entzug und jede Änderung der Pension zusteht, wird auch nur sie darüber zu befinden haben, ob eine Rückforderung von zu viel bezahlten Renten geltend gemacht werden soll. Über alle andern Rückforderungsansprüche hat die MV Beschluss zu fassen. Der Rückforderungsanspruch richtet sich in allen Fällen gegen den Versicherten und nach seinem Tode für bis zum Tode gemachte Leistungen an seine Erben, von denen ein jeder, ohne Rücksicht auf seinen guten oder schlechten Glauben, maximal bis zum Betrage seines Erbteils haftet. Sind auf die unwahren Angaben des Versicherten gestützt bereits Leistungen an die Hinterlassenen gemacht worden, so kann eine Rückforderung derselben trotz der Bestimmung des Art. 14 Al. 3, wonach bereits empfangene Hinterlassenenpensionen in allen Fällen behalten werden dürfen, doch durch eigenes doloses Verhalten des Hinterlassenen begründet werden, wie schon aus Art. 17 Al. 3 geschlossen werden musste und wie es denn in dem 1916 in Kraft gesetzten Art. 13 des Gesetzes von 1914 ausdrücklich festgelegt worden ist.

XIV. Revision.

Der Revision nach Art. 30 MVG unterliegen sowohl die durch Verwaltungsentscheidungen als die durch Gerichtsurteile zugebilligten Leistungen, eingeschlossen die durch gerichtliche Vergleiche durch die Parteien vereinbarten. Nicht revidierbar aber sind die im Einverständnis mit dem Versicherten ausgekauften Renten (Art. 42 Al. 3). Die öffentlich-rechtlichen Verhältnisse werden i. A. unter der Voraussetzung *rebus sic stantibus* fixiert. Das Be-

streben, endgültige unabänderliche Beziehungen zwischen den Beteiligten, eine Vertrauen erweckende Stabilität zu schaffen, dem im Privatrecht die materielle Wahrheit weitgehend geopfert wird, tritt im öffentlichen Recht hinter den Willen, dauernd das Richtige zu verfügen und deshalb die Erlasse fortlaufend den sich ändernden tatsächlichen Verhältnissen anzupassen, zurück. Die formelle Gerechtigkeit muss der materiellen in grösserm Umfange weichen als im Privatrecht. Während die prozessrechtliche Revision der Art. 101 ff. OB, die nur gegen gerichtliche Urteile, nicht aber gegen die Verwaltungsbescheide der MV und der PK angestrengt werden kann, sich zum Ziele setzt, an die Stelle eines als unrichtig erachteten Urteils ein richtiges zu setzen, sich also gegen das Urteil selber richtet und sich in der Vergangenheit auswirkt, setzt die in Art. 30 MVG geordnete materielle Revision die Richtigkeit des Urteils voraus und anerkennt sie, richtet sich also nicht gegen das Urteil, sondern gegen die gegenwärtige Rente, die sie für die Zukunft den veränderten Verhältnissen anpassen will. Die eingetretenen Veränderungen machen sich unabhängig von der Form, in welcher die Festsetzung seiner Zeit erfolgt ist, geltend. Es kann deshalb für die Zulässigkeit dieser Revision nicht auf diese Form ankommen und es muss gleichgültig sein, ob die Festsetzung in einen Verwaltungsbescheid, einer Parteivereinbarung oder einem Gerichtsurteil erfolgt ist. Davon gibt es aber zwei wichtige Ausnahmen. Die eine, bereits erwähnte, statuiert Art. 43 Al. 3, wonach auf Verlangen hin gewährter Rentenauskauf der Revision nicht unterliegt. Die Gesetze anderer Länder sehen auch für diese Fälle bei entretender Verschlimmerung die Revision vor. Eine solche Revision kennt unser Gesetz nur für gegen den Willen des Versicherten erfolgten, also auf Entscheidung, nicht auf Vereinbarung sich stützenden Rentenauskauf. Die gleiche Regelung sieht auch das KUVG in Art. 95 vor. Der Ausschluss der Auskaufsvereinbarung von der Revisionsmöglichkeit zwang das

Gericht, privatrechtliche Anfechtungsmöglichkeiten zur analogen Anwendung herbeizuziehen und diese Vereinbarungen wenigstens bei vorhandenen Willensmängeln, Irrtum oder Täuschung, als anfechtbar zu erklären. Der Natur des öffentlichen Rechts angemessener und auch dem Rechtsempfinden entsprechender wäre es, auch gegenüber den Auskaufsvereinbarungen die Anwendung des Art. 30 zu gewähren, wie es gegenüber den übrigen vergleichsweisen Erledigungen der Fall ist.

Die zweite Ausnahme ergibt sich aus der Natur der Sache und ist nicht zu umgehen. Sie betrifft die Abfindung des Art. 38 des Gesetzes von 1914, gleichgültig, ob sie durch Verwaltungsbescheid, Prozessvergleich oder Urteil zustande gekommen ist. Es handelt sich bei dieser Abfindung um ein Heilmittel, dessen Wirksamkeit gerade vom Ausschluss jeder Revisionsmöglichkeit abhängt. Dieser Umstand sollte zu einer vorsichtigen und äusserst gewissenhaften Anwendung dieses Heilmittels führen, so dass dessen Wirksamkeit eine weitgehende Garantie geniessen könnte.

Gegenstand der Revision ist die Pension. Wäre es, wie bei der Revision nach dem OB, die Entscheidung an sich, so müssten von ihr auch die die Krankenpflegeleistungen beschlagenden Teile der Entscheidung betroffen werden. Für diese Leistungen benötigt es aber nicht einmal ein Verfahren nach Art. 30. Sie müssen fortlaufend der Lage und den Bedürfnissen angepasst werden. Wenn heute das EVG entgegen der Verfügung der MV Hauspflege bewilligt, so kann morgen schon wegen Notfall, Diagnosestellung auf ansteckende Krankheit, Veränderung in den häuslichen Verhältnissen usw. die sofortige Spitalweisung erforderlich sein und deshalb trotz Gerichtsurteil erfolgen. Wie die Naturalleistungen, so passt sich auch das Krankengeld dem wechselnden Krankheitsgeschehen und dem durch dasselbe bestimmten Grad der Behinderung in der Erwerbsfähigkeit an. Sobald sich eine gewisse Stabilität voraussehen lässt, so tritt an die Stelle

des Krankengeldes die dann nur im Rahmen des Art. 30 revidierbare Pension.

Voraussetzung für die Revision nach Art. 30 ist eine Zu- oder Abnahme der Schädigung, d. h. eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes, gemäss der Praxis; der Nachteil muss sich als erheblich grösser oder als erheblich geringer herausstellen, als bei der letzten Rentenfestsetzung angenommen worden war oder gänzlich verschwunden sein. Da diejenige Gesundheitsschädigung, welche Hinterlassenenrenten auszulösen vermag, der Tod des Versicherten, keiner Veränderung mehr unterworfen sein kann, kommt die Anwendung des Art. 30 auf Hinterlassenenrenten nicht in Frage. Wenn die Aszendenten- und Kollateralenrenten bei Zu- oder Abnahme der Bedürftigkeit abgeändert werden, so kann hier die fortwährende Anpassungsmöglichkeit an die veränderten Verhältnisse nicht mit Art. 30 begründet werden. Sie stützt sich auf Art. 41, der die Revision von Hinterlassenenrenten vorsieht und auf Art. 37 letztes Alinea, wonach eine Pension nicht ausgerichtet wird, wenn und so lange ein Bedürfnis auf dieselbe offenbar nicht vorliegt.

Unter Nachteil im Sinne des Art. 30 versteht die Judikatur in Übereinstimmung mit Piccard (Rentenrevision, in Lauber: Praxis, S. 267), entgegen Benz (S. 62) nur gesundheitliche Nachteile, nicht aber wirtschaftliche Verhältnisse. Es kann z. B. die MV die Rente nicht deshalb revidieren, weil durch Berufsänderung der Rentenbezüger den Erwerbsausfall wesentlich hat vermindern können. Da die Revision nicht gegen die Entscheidung gerichtet ist, kann sie auch den für die Berechnung des Schadens angewandten Masstab, die Verdienstklasse, nicht berühren und auch nicht das festgelegte Verhältnis für die Verteilung des Schadens auf dienstliche und ausserdienstliche Faktoren. Überdies ist nach der Gerichtspraxis, die darin Piccard gefolgt ist, die voraussehbare Angewöhnung nach abgeschlossenem Heilungsprozess bei rein anatomischem Verlust, z. B. von Finger, Arm, Bein, kein Revisionsgrund.

Die Anpassung muss in solchen Fällen bereits bei der Festsetzung der Rente in Berechnung gestellt werden. Dagegen kann dann das Nichteintreten der zum voraus angerechneten Anpassung einen Revisionsgrund abgeben. Diese Regel gilt natürlich nicht für voraussehbare Veränderungen des körperlichen Zustandes, weil in diesem Falle ja gerade die Endgültigkeit, der Abschluss des Krankheitsprozesses im Körper nicht gegeben ist. Die diesbezügliche Judikatur ist zusammengestellt und erläutert in Graven: Invalidités, S. 121.

In gewissem Umfang vermag der Art. 30 der materiellen Wahrheit zum Siege zu verhelfen. Soll er aber seine Aufgabe in einem wirklich befriedigenden Umfang erfüllen können, wie es in vielen ausländischen Gesetzgebungen der Fall ist (IAA: L'Evaluation de l'incapacité permanente de travail, 1937, S. 213), so bedarf er einer neuen Fassung. Holland z. B. gewährt die Revision, wie bereits oben angeführt worden ist, bei Bewilligung oder Verweigerung, Sistierung oder Entzug einer Pension, sobald Umstände bekannt werden, die, wenn sie bei der Fällung des Entscheides bekannt gewesen wären, denselben beeinflusst haben würden. Bei uns aber wird noch darüber diskutiert, ob gegenüber der Rente null eine Revisionsmöglichkeit bestehe. Oberholzer z. B. (Führer, S. 91) erachtet eine Revision nur als zulässig, wenn eine Pension zugesprochen, nicht aber wenn eine Pension verweigert worden ist. Diese Ansicht ist aber kaum haltbar. Die MV ist für Dienstschäden ohne Rücksicht auf Zeitablauf haftbar. Der im Dienst schwerhörig Gewordene, der mit seinem Rentenanspruch deshalb abgewiesen wird, weil seine Schwerhörigkeit sich in der Erwerbsfähigkeit nicht auswirke, kann bei Verschlimmerung jederzeit eine Rente beanspruchen, wenn später Erwerbsunfähigkeit eintritt.

XV. Regressrechte der MV.

Art. 16 MVG bestimmt, dass die MV in den Ersatzanspruch des Versicherten gegenüber einem Dritten, der

ihm in Bezug auf die Krankheit oder den Unfall schadenersatzpflichtig ist, bis auf die Höhe der von ihr geschuldeten Leistungen eintritt.

Obschon in Art. 16 nicht ausdrücklich erwähnt, so ergibt sich aus andern Bestimmungen, dass der MV keine Regressrechte auf andere Sozialversicherungsanstalten anfallen. Art. 56 MVG entbindet die SUVA von Leistungen in den Fällen, wo sowohl sie als die MV haftbar sind und auch die Krankenkassen machen über die von der MV nicht gedeckten 30% hinaus keine Leistungen für Krankheiten, für welche die MV aufzukommen hat, entsprechend dem in Art. 74 Al. 3 KUVG niedergelegten Grundsatz. Regressrechte der MV entstehen auch nicht in Bezug auf vertraglich geschuldete Leistungen Dritter, z. B. aus privaten Versicherungsverträgen, für welche ja der Versicherte die Prämien entrichtet hat, oder aus Dienstvertrag. Dagegen zessiert in solchen Fällen gemäss Art. 19 Al. 5 MVG, soweit ein Lohnausfall nicht entsteht, für die MV die Verpflichtung zur Bezahlung des Krankengeldes, nicht aber der Invalidenrente. Art. 16 beschlägt nur Schadenersatzansprüche aus Gesetz, d. h. aus unerlaubter Handlung oder aus privater Haftpflicht. Als Gegenwert für ihre öffentlich-rechtliche Leistungspflicht geht auf die MV ein festumgrenzter privatrechtlicher Schadenersatzanspruch über. Das Regressrecht erfasst nicht solche Ansprüche, die die MV nicht deckt, wie Genugtuungsleistungen und andererseits auch nicht von der MV zwar geschuldete, privatrechtlich aber nicht entstehende Ansprüche, wie Leistungen an Hinterbliebene, welche der Lebenserwartung nicht Rechnung tragen und über die Deckung des Versorgerschadens hinausgehen.

Während im Privatrecht Regressrechte auf die Person des Regressberechtigten regelmässig erst übergehen, wenn und soweit er selber geleistet hat, entstehen die Regressrechte der MV schon für die geschuldeten Leistungen, auch wenn sie noch nicht entrichtet worden sind. Da die privaten Ersatzansprüche regelmässig in Kapital-

form, die öffentlich-rechtlichen aber in Rentenform befriedigt werden, muss die Entstehung des Regressrechtes unabhängig von der Leistungseffektuierung stattfinden. Über den Zeitpunkt des Übergangs der Ansprüche auf die MV äussert sich das Gesetz nicht. Da die MV in den Anspruch des direkt Geschädigten eintritt, entsteht derselbe nicht in der MV, sondern im Versicherten. Die MV macht nicht eigene, sondern Rechte des Versicherten geltend. Aber in welchem Moment gehen diese Rechte auf sie über? Von allem Anfang an oder erst mit der Anerkennung ihrer Leistungspflicht oder gar erst mit der Feststellung des Umfangs ihrer Leistungen? Die Beantwortung dieser Frage kann namentlich von Bedeutung sein für die Beurteilung der Verbindlichkeit gegenüber der MV von zwischen dem Schädiger und dem Geschädigten getroffenen Vereinbarungen, durch welche der Geschädigte auf seinen Ersatzanspruch ganz oder teilweise verzichtet. Das deutsche Reichsgericht hatte ursprünglich den Übergang des Regressanspruchs im Zeitpunkte der Feststellung ihrer Leistungspflicht durch die Sozialversicherung angenommen. Die neuere Praxis dagegen fusst auf der Annahme, dass Entstehung des Ersatzanspruchs im Geschädigten und Übergang desselben auf die Versicherungsanstalt zeitlich zusammenfallen, wogegen jedoch die letztere vom Haftpflichtigen an den Geschädigten gutgläubig gemachte Leistungen sich anrechnen lassen muss (vgl. Seligsohn: Der Rückgriff der Versicherungsträger, S. 26).

Der Ersatzanspruch geht zwingend auf die MV über. Der Versicherte kann diesen Übergang nicht etwa durch Verzicht auf die Leistungen der MV verhindern, da sein Anspruch, weil öffentliches Recht, unbedingt besteht und unverzichtbar ist. Auf diesem Boden steht auch die Praxis des deutschen Reichsgerichts (Seligsohn, S. 32).

Da die MV nur den dem Geschädigten zustehenden privatrechtlichen Ersatzanspruch geltend macht, kann zu dessen Beurteilung einzig der Zivilrichter zuständig sein. Unser Gesetz enthält nicht, wie Art. 1543 RVO und Art. 89

des deutschen Angestelltenversicherungsgesetzes, die Bestimmung, dass der Zivilrichter hinsichtlich Bestand und Umfang der durch die Sozialversicherung geschuldeten Leistungen an deren Anerkennung und Entscheide oder an die Urteile des Versicherungsgerichts gebunden ist. So lange eine solche Bestimmung fehlt, wird, falls der Haftpflichtige das Bestehen einer Schadenersatzpflicht der MV bestreitet, nach bei uns allgemein geltendem Grundsatz der Zivilrichter selbständig diese Vorfrage entscheiden, ohne sich an Entscheide der MV und Urteile des EVG gebunden zu erachten. Ist nach seiner Auffassung die MV nicht leistungspflichtig, so können Schadenersatzansprüche auf sie nicht übergegangen sein. Der Geschädigte kann dann kumulativ sowohl von der MV als von dem privatrechtlich verantwortlichen Schadenstifter sich den Schaden ersetzen lassen, eine Bereicherung, welche Art. 16 MVG verunmöglichen wollte.

E. Das Verwaltungsverfahren.

Die MV ist nicht, wie die SUVA, als ein selbständiger Verwaltungskörper mit eigener Persönlichkeit (Art. 41 und 51 KUVG) geschaffen, besitzt nicht, wie die SUVA, über das ganze Land zerstreute Organe (Art. 46 KUVG). Sie ist ein besonderer Zweig der Bundesverwaltung und als solcher in das EMD eingefügt (Art. 46 MVG und Art. 1 und 2 VV vom 12. November 1901 zum MVG). Durch diese Organisation wird ihre Aufgabe, die Armeehaftpflicht des Bundes zu verwirklichen, ganz besonders stark unterstrichen. Die bestehende Zentralisation wird aber auch durch diese ihr gestellte Aufgabe nicht zur Notwendigkeit. Die Verwaltungsorgane, die das Heerwesen im ganzen Lande herum besitzt (Kreiskommandanten, Sektionschefs) sind auf der Beteiligung der Kantone am Militärwesen aufgebaut, von den Kantonen ernannt und können wahrscheinlich nicht für Aufgaben dieses Verwaltungszweiges des EMD, in welchem die Kantone nicht mitzusprechen haben, beigezogen und ausgebaut werden. Neben diesem

Verwaltungsapparat und neben den Kreisagenturen der SUVA noch ein weiteres Netz von Verwaltungsorganen nur für das Militärversicherungswesen zu schaffen, ist allerdings nicht angängig. Darum verwaltet das EMD durch den mit sehr grossen Kompetenzen ausgestatteten Chef der MV den ganzen Zweig zentral von Bern, und neuerlich von Genf und St. Gallen aus, obschon sich das mit dem Wesen einer über das ganze Land verbreiteten Kranken- und Unfallversicherung sehr schlecht verträgt. Die Sozialversicherung verlangt eine ständige, zuverlässige Überwachung aller Patienten, ihrer häuslichen Verhältnisse, der örtlichen Erwerbsbedingungen und Arbeitsgelegenheiten in den verschiedenen Berufen, eingehende Kenntnis der lokalen Verhältnisse im Ärzteswesen, Besprechungen mit dem behandelnden Arzt usw. Ihre Funktionen der Tatbestandsfeststellung, der Überwachung und Kontrolle verlangen einen dezentralisierten Unterbau. Eine so völlig zentralisierte Verwaltung, wie die MV, ist der Ausbeutungsgefahr in viel höherem Masse ausgesetzt als eine Organisation, welche ihre Organe im ganzen Land herum besitzt. Waldheim (Zeitgemässe Reform der deutschen Sozialversicherung, S. 140) verlangt für Deutschland die Zentralisation des Verwaltungsapparates und Dezentralisation des Dienstleistungsapparates. Nur ein lokales Organ mit seiner ständigen Überwachungsmöglichkeit und einer auf persönlicher Kenntnis beruhenden Einschätzung des Schadens sei befähigt, gerecht abzuschätzen (S. 56). Auch Samson (Präventive Versicherungspolitik, S. 49) verlangt einheitliche Leitung, zweckmässig zentralisierte Wirtschaftstätigkeit, aber weitgehende Dezentralisation der Staatsorgane. In allen Kulturstaaten ist die soziale Krankenversicherung auf örtliche, regionale, Betriebs- oder Berufsrankenkassen aufgebaut. Wenn die MV von Truppsanität und EMD losgelöst und dem Volkswirtschaftsdepartement unterstellt würde, so liesse sich sicherlich durch das bestehende oberste Organ unsere Sozialversicherung, das Bundesamt für Sozialversicherung,

leicht eine dezentralisierte Organisation schaffen, welche unter Mitbeteiligung der anerkannten Krankenkassen, sowohl der SUVA als der MV für Abklärung, Kontrolle, Auszahlungen dienen und volle Befriedigung bieten würde, ohne die Selbständigkeit einer jeden der beiden Anstalten in Verwaltung und Entscheidung einzuengen. Heute muss sich das Verwaltungsverfahren für die Abklärung und Erledigung des Versicherungsfalles auf der Grundlage einer unbefriedigenden Organisation aufbauen. Die Doppelspurigkeit in Überwachung und Abklärung von SUVA und MV verlangt doppelte finanzielle Aufwendungen in der Verwaltung, die unberechtigtweise die Institution selber diskreditieren.

In einer auf die Gesetzesrevision hin ausgearbeiteten Eingabe vom Jahre 1912 hatte der Oberfeldarzt ein Dezentralisierungsprojekt entworfen, das nicht der Vergessenheit anheimfallen darf. Die Anmeldungen wären nach wie vor an den Oberfeldarzt zu richten. Die Krankenpflege aber und die Krankengeldauszahlungen sollten die anerkannten Krankenkassen unter der Kontrolle der MV besorgen. Das Abklärungs- und Feststellungsverfahren wollte er den Krankenkassen und den Agenturen der SUVA überbinden. Die PK sollte aufgehoben werden (Botschaft des Bundesrates vom 12. November 1912). Die SUVA hat sich seither eine Organisation und einen Verwaltungsapparat geschaffen, der überall als mustergültig anerkannt ist, der frei von Bürokratismus allen Anforderungen gerecht wird. Die Verbindung der beiden eidgenössischen Sozialversicherungsanstalten in dieser oder jener Form drängt sich auf. Auch der frühere Chef der MV, Oberfeldarzt Vollenweider, erstrebt eine Reorganisation auf diesem Boden. Die schweizerische Ärztesgesellschaft wirbt in einem in der Schweiz. Ärztezeitung für Standesfragen 1942, S. 211, durch ihren Präsidenten publizierten Artikel für den Ausbau des ärztlichen Dienstes der MV analog demjenigen der SUVA, um eine wirksame Bekämpfung der Ausbeutung zu ermöglichen.

Auch im Ausland zeigt sich die Tendenz zur gemeinsamen Erfüllung der Aufgaben der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung durch dezentralisierte untere Organe. Bezüglich Deutschland stellt Kaufmann (Zur Neugestaltung der deutschen Sozialversicherung, S. 35) fest: Die organisatorische Verbindung der Versicherungsträger wird immer stärkeres Bedürfnis. Gerade für die Heilbehandlung besteht Aufgabengemeinschaft und Schicksalsverbundenheit. Mit der Zusammenarbeit muss von unten auf begonnen werden.

Allerdings ist durch den BRB vom 7. Oktober 1941 eine sogenannte Dezentralisierung vorgenommen worden, indem die Verwaltungsbureaux für Behandlungsfälle der französischen Schweiz nach Genf und für diejenigen aus der Ostschweiz nach St. Gallen verlegt wurden. Aber Abklärung, Kontrolle usw., alles bleibt beim alten, bleibt zentralisiert, nur dass die MV nun drei zentralisierte Verwaltungen anstatt vorher eine einzige besitzt. Die Nachteile der Zentralisation werden wohl kaum in spürbarer Weise vermindert worden sein; dagegen musste auf einen Teil ihrer Vorteile verzichtet werden.

Voraussetzung für die Ingangsetzung der Versicherung ist die Anmeldung des Versicherungsfalls (Art. 18). Im Gegensatz zum KUVG gewährt das MVG nach der Auslegung, die ihm die Gerichtspraxis gegeben hat, keine Leistungen irgendwelcher Art für die Zeitperiode, die vor der Anmeldung der Ansprüche liegt. Jedoch gilt zufolge der im Gesetze durchgeführten Zusammenfassung von Truppensanität und Versicherung in der gemeinsamen Leitung durch den Oberfeldarzt die Eintragung auf den dienstlichen Rapporten der Truppensanität als rechtsgültige Anmeldung der Ansprüche an die Versicherung, sofern aus dem Rapport hervorgeht, dass der Wehrmann noch ungeheilt aus dem Dienst entlassen worden ist (Art. 18, a). Die Wirkung dieser Anmeldung wird aber hinfällig, wenn im Anschluss an die Entlassung weder Behandlung der Krankheit erfolgt, noch Erwerbsunfähigkeit

eintritt. In diesem Falle ist, sofern eine dieser Bedingungen nachträglich eintritt, Anmeldung aus dem Zivilleben Voraussetzung für die Entstehung eines Anspruchs auf Leistungen. Aus der Fassung: „Der behandelnde Arzt ist zu dieser Anzeige verpflichtet“ schliesst Arnold (Versicherungsanspruch, S. 70), dass nur die ärztliche Anmeldung die Leistungspflicht der MV auslöse. Die Gerichtspraxis hat jedoch jeder Anmeldung diese Wirkung beigemessen, auch der durch den Versicherten persönlich, seine Familienangehörigen oder irgend einen andern Vertreter besorgten. Im letztern Falle weist die MV den sich Anmeldenden an, unverzüglich einen Arzt aufzusuchen und ihr durch denselben die sachgemässe Meldung erstatten zu lassen. Bevor ihr die ärztliche Meldung zukommt, setzt die MV in der Regel das weitere Verfahren nicht in Gang; ihre Leistungspflicht jedoch beginnt von der ersten Meldung an. Die MV ist in ihrer zentralisierten Organisation völlig auf Vertrauen verdienendes Zusammenarbeiten der behandelnden Ärzte mit der MV angewiesen. Die SUVA kann sich dagegen durch ihre ortskundigen Organe, speziell die Kreisärzte, auch ohne Mitwirkung des behandelnden Arztes ein zuverlässiges Bild verschaffen.

Anhand der ärztlichen Anmeldung hat die MV sich nun zunächst darüber schlüssig zu machen, ob ein versicherter Krankheitsfall vorliegt. Die objektive, gewissenhafte Abklärung ist für die MV gesetzliche Amtspflicht. Sie handelt nicht als Partei, nicht als Vertreterin des Fiskus, sondern als mit der Verwirklichung des Versicherungsanspruches beauftragtes Staatsorgan. Ihre Aufgabe stimmt hierin mit derjenigen des EVG überein. Sie hat in der Besorgung der Verwaltungsgeschäfte bereits Verwaltungsrechtspflege auszuüben. Die durch die MV angeordneten Expertisen durch aussenstehende Ärzte sind darum nicht Parteiexpertisen, sondern amtliche. Die MV wird erst dann Partei, wenn der Versicherte sie zur Partei macht durch gerichtliche Anfechtung ihres Verwaltungsentscheides. Erst jetzt wird in ihr der Parteiwille er-

weckt, ein Parteiinteresse existent, das Interesse, ihren Verwaltungsakt aufrecht zu erhalten. Deshalb werden denn auch von ihr im hängigen Prozessverfahren eingeholte Gutachten als private Parteigutachten gewürdigt und grundsätzlich mit gleichem Masstab gemessen, wie die durch den Versicherten ins Recht gelegten Gutachten. Dem praktizierenden Anwalt, der Mühe hat, sich mit der Einstellung des EVG, wonach die durch die MV vor der Anfechtung ihres Entscheides eingeholten Gutachten als amtliche anerkannt werden, abzufinden, möchte ich an die Feststellung Fleiners (Einzelrecht und öffentliches Interesse, S. 20) über die Verwaltungsrechtspflege erinnern: „Wer diese Gesetzgebung mit den durch die reinen und scharfen Linien des Zivilprozessrechtes verwöhnten Augen betrachtet, wird darin den geschlossenen Aufbau vermissen und durch manchen juristischen Schönheitsfehler gestört werden.“ Allerdings veranlassen übertriebene Begehrungstendenzen und andere Verhältnisse bei den Versicherten die MV in derartigen Fällen gelegentlich an eine Institution zu appellieren, die in der Privatversicherung unter der Bezeichnung „Versicherungsarzt“ bekannt geworden ist. Aber das EVG behält in dieser Beziehung die Augen offen und ordnet eigene Expertisen an, wo ihm eine Tendenz zu Einseitigkeit vorzuliegen scheint.

Hat die MV den Fall in seinen tatsächlichen Verhältnissen und in seinen medizinischen und rechtlichen Zusammenhängen zwischen Dienst und Gesundheitsschädigung abgeklärt, so hat sie ihren Entscheid zu fällen. Kommt sie zum Schlusse, dass ein versicherter Krankheitsfall vorliegt, so ordnet sie Spitalbehandlung (Art. 19 Al. 1) an, was die Regel ist oder bewilligt verlangte häusliche Behandlung, wenn die gesetzlichen Vorbedingungen hierzu (Art. 20 Al. 1) gegeben sind. Sodann hat die MV die zur Vornahme der Verdienstklasseneinteilung nötige Abklärung durchzuführen und das Krankengeld festzusetzen. Nach Gesetz steht ihr das Recht zu, hierzu die Mitwirkung

der kantonalen Behörden in Anspruch zu nehmen (Art. 26 Al. 3 und 4). Sie scheint aber von diesem Recht kaum je Gebrauch zu machen. Um Prozesse über die Verdienstklasseneinteilung nach Möglichkeit zu vermeiden, hat die MV mit aner kennenswerter Initiative in geschickter Weise ein im Gesetze nicht vorgesehenes Verfahren eingeschaltet, in dem sie die Berufungsfrist gegen ihren Entscheid nur für den Fall ansetzt, dass der Versicherte nicht innert zehn Tagen allfällige Einwendungen gegen die Einschätzung bei der MV direkt erheben werde. Werden solche erhoben, so erfolgt vor Erlass der definitiven Entscheidung neue Abklärung.

Da die vom Gesetzgeber offenbar als selbstverständlich vorausgesetzte vertrauenswürdige Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte mit der MV sich nicht im notwendigen Umfang verwirklichen liess, suchte die MV die ihrer Organisation fehlende Dezentralisation sich selber teilweise zu schaffen durch Ernennung von Vertrauensärzten in den verschiedenen Landesgegenden. Diese hatten als Vertreter der MV im Verkehr mit dem Versicherten und seinem behandelnden Arzte zu funktionieren. Der Versuch befriedigte aber nicht. Dem grossen finanziellen Aufwand entsprach das erzielte Resultat bei weitem nicht. Überwachung und Kontrolle blieben nach wie vor ungenügend. In einer Eingabe vom 9. April 1938 an das EMD wies das EVG auf die offenkundigen Mängel des Systems der Vertrauensärzte und des ganzen Aussendienstes der MV hin und regte an, die Frage der festen Anstellung von Kreisärzten und die Errichtung von Kreisagenturen zu prüfen. Die Institution der Vertrauensärzte ist in der Folge dann wieder aufgehoben und durch Vermehrung des Ärztestabes der Zentralverwaltung ersetzt worden, welche nun die Militärpatienten in ihrem Milieu aufsuchen und kontrollieren. Aber auch dieses System vermag die in der Eingabe des Gerichtes vom 9. April 1938 gerügten Mängel nicht zu beheben und verliert mit zunehmenden Verkehrseinschränkungen erst noch an Wirksamkeit.

Ergibt die medizinische Abklärung sofort oder im Laufe der Behandlung, dass die Erwerbsunfähigkeit voraussichtlich länger als ein halbes Jahr andauern werde, so hat anstelle des Krankengeldes die Pension zu treten. Darüber zu entscheiden, ob und in welchem Betrage eine Pension geschuldet sei, fehlt aber bei der Duplizität der Behörden der MV die Kompetenz. Sie muss nun über diesen Punkt einen besonderen Bericht mit Antrag an die Pensionskommission ausarbeiten. In den Fällen, welche nicht von Anfang an der PK vorzulegen sind, führt die MV das Entscheidungsverfahren im vollen Umfange durch und schliesst es mit der Eröffnung ihres Bescheides an den Versicherten ab. In den andern Fällen entscheidet jede Behörde getrennt mit selbständiger Kompetenz: die MV darüber, ob und welche Krankenpflegeleistungen, Spitalersatz, Diätzulagen dem Versicherten, Sterbegeld seinen Hinterlassenen zukommen sollen, die PK darüber, ob und welche Pensionen dem Versicherten oder seinen Hinterlassenen zu gewähren sind. Volkswirtschaftlich, volkshygienisch und wehrpolitisch ist die Krankenbehandlung, die Wiederherstellung der Gesundheit und der Erwerbsfähigkeit der wichtigere und in vielen Fällen auch der finanziell folgeschwerere Teil der Bundesleistung. Um stossende Widersprüche zu vermeiden, ist die MV nur allzu oft bereit, ihre Verfügungen umgehend den PK-Entscheiden anzupassen. Trotzdem besteht die Möglichkeit, dass die eine Behörde dem Versicherten die Leistungen gewährt, die andere verweigert. Im Falle Birchler hat im April 1941 die PK entgegen dem Antrag der MV eine Rente verweigert, weil B. seine Krankheit nicht innert Jahresfrist angemeldet habe. Darauf hat mit Entscheid vom 28. Mai 1941 die MV die Behandlung übernommen und das Krankengeld bis zum 10. Mai zugebilligt, weil der Mann beim Einrücken in den Dienst seine Krankheit angemeldet hatte.

Wenn schon die PK einer einheitlichen Entscheidung über die Ansprüche des Versicherten hinderlich und für

die Verwaltungskosten der Versicherung eine unnötige Belastung ist, so ist auch die Abgrenzung der Kompetenzen zwischen MV und PK unbefriedigend. Eine natürlich gegebene Grenzziehung wäre es gewesen, der MV die Entscheidung über die während der Behandlung zu machenden Leistungen zu überbinden, der PK aber die nach Abschluss der Behandlung für bleibende Invalidität und im Todesfall an die Hinterbliebenen geschuldeten Leistungen vorzubehalten. Es hat keine innere Berechtigung, vom sechsten Krankheitsmonat an eine zweite Verwaltungsbehörde neben die MV zu stellen, so wenig es sich sachlich begründen lässt, die Zubilligung von Sterbegeld und Hinterlassenenpension verschiedenen Behörden zu übertragen.

Die Bescheide der MV sowohl als der PK sind, wie diejenigen der SUVA, Verfügungen und nicht erstinstanzliche Administrativjustizentscheide. Vor Erlass der Verfügungen der MV und der PK bestehen überhaupt keine Streitigkeiten und keine Parteien und somit auch keine Entscheidungsinstanz. Nur in den Unfallversicherungsprozessen gibt es zwei Instanzen. In Militärversicherungssachen ist das EVG die einzige Instanz. Die MV und die PK wenden, jede für sich, in dem ihr zugewiesenen Verwaltungsgebiet das Gesetz auf den einzelnen Fall an. Das Eigenartige ist, dass einer in den eigentlichen Verwaltungsapparat eingegliederten Kommission von Aussenstehenden ein wesentlicher Teil der Administration übertragen wird. Es ist dies aber durchaus nicht eine vereinzelte Erscheinung. Der Bundesrat ernennt für die Expropriationen besondere Schätzungskommissionen, deren Entscheidungen vor Bundesgericht angefochten werden können. Er ernennt zur Überprüfung von Entscheidungen der Armeeverwaltung in Entschädigungsfragen besondere Rekurskommissionen des EMD. In den Kantonen besorgen vielfach ausserhalb der Verwaltung stehende Steuerkommissionen die Einschätzung der Steuerpflichtigen, Verfügungen, die in einzelnen Kantonen vor dem Administrativrichter, in den andern im Verwal-

tungsverfahren angefochten werden können, ohne Anfechtung aber zur formell rechtskräftigen Verwaltungsverfügung werden.

Die PK war in den Verwaltungsapparat eingeschaltet, lange bevor die gesetzliche Grundlage zu einem Versicherungsprozess geschaffen wurde. Das vorher geltende Administrativverfahren räumte dem Versicherten das Recht ein, die Entscheide der MV an das EMD und dessen Entscheide an den Bundesrat, die Entscheide der PK aber direkt an den Bundesrat weiterzuziehen. Die Entscheide der PK konnte auch das EMD von sich aus dem Bundesrat zur Überprüfung vorlegen, während dem EMD keine Möglichkeit gegeben ist, von sich aus die Abänderung einer Einzelentscheidung der MV vorzunehmen oder zu beantragen. Die Entscheidungen der PK unterliegen somit einer wirksameren Verwaltungskontrolle als diejenigen der MV. Diesem Bedürfnis entsprechend ist schon das Verfahren vor der PK geregelt. Sie wird von der MV einberufen. Die MV lässt durch einen Juristen und einen Mediziner, die in der Kommission beratende Stimme haben, ihre Anträge verteidigen. Der Versicherte aber kommt nicht zum Wort. Auf Betreiben des EVG bringt seit einer Anzahl von Jahren die MV ihren an die PK gerichteten Antrag dem Versicherten vorher zur Kenntnis und gibt ihm Gelegenheit, seine Einwendungen schriftlich zu Händen der PK einzureichen. Der überragende Einfluss, den die MV aber trotzdem auf die Entscheide der PK haben muss, ergibt sich allein schon aus der Tatsache, dass die sieben-gliedrige PK an einem Vormittage 30 bis 50 und gelegentlich auch noch mehr Entscheide fällt, für welche ihre Mitglieder die Akten durchzustudieren am Vortage Gelegenheit hatten.

Die Grenzen ihres Verfügungsrechts haben, wie die andern Verwaltungsbehörden, die MV und die PK von Amtes wegen zu beachten und dürfen dieselben auch dann nicht überschreiten, den Versicherten auch dann nicht in seinem materiellen Anspruch beschneiden, wenn er

nicht opponiert oder sich einverstanden erklärt hat. Die gesetzlichen Vorschriften müssen allen Versicherten gegenüber in gleicher Weise zur Anwendung gebracht werden (Fleiner: Einzelrecht und öffentliches Interesse, S. 28), wo nicht eine besondere Befugnis zur Abweichung von den gesetzlichen Vorschriften erteilt worden ist. Eine solche Befugnis ist z. B. durch Verwaltungsratsbeschluss vom 16. Oktober 1918 der Direktion der SUVA erteilt worden durch die Ermächtigung, bei bestimmten gewerblichen Gesundheitsschädigungen, welche weder Unfallfolgen, noch Berufskrankheiten im engen Rahmen des Art. 68 KUVG sind, freiwillige Versicherungsleistungen zu gewähren. In analoger Weise könnte der Bundesrat der MV genau umschriebene Befugnisse erteilen, einzelne nicht gewollte Härten des Gesetzes zu mildern. Von sich aus aber kann die MV nicht Abhilfe schaffen. Dagegen würde es ihr freistehen, im Verwaltungsverfahren Änderungen einzuführen, die das Vertrauen in die Objektivität ihrer Verwaltungstätigkeit erhöhen würde. Ich denke da vor allem an die Einräumung eines Rekusationsrechtes bei der Expertenernennung in wichtigen Fällen, eines Mitspracherechtes bei der Stellung der Expertenfragen, das Recht, nach Beendigung des Abklärungsverfahrens zum Ergebnis Stellung zu nehmen und Erweiterungsanträge zu stellen.

Auch im heutigen Verwaltungsverfahren kommen dem Bundesrat und dem Militärdepartement neben der MV und der PK noch selbständige Entscheidungsbefugnisse zu, die der Überprüfung im Verwaltungsjustizverfahren vor dem EVG entzogen sind. Das EMD entscheidet nach Art. 40 Al. 2 darüber, ob ausnahmsweise schon vor der Bewilligung einer Pension die MV Vorschüsse auf eine zu erwartende Pension ausrichten darf. Das EMD hat diese Entscheidungsbefugnis an den Chef der MV delegiert. Art. 15 Al. 2 erteilt dem EMD die Befugnis zum Erlass der notwendigen Massnahmen, um zu verhindern, dass Krankengeld und Spitalersatz dem Kranken oder

den durch ihn zu erhaltenden Personen entzogen werde.

Dem Bundesrat ist in Art. 24 letztes Alinea die Kompetenz vorbehalten, in besonderen Fällen das Krankengeld bis auf den vollen Lohnbetrag zu erhöhen, während über die Erhöhung der Rente bis zum Betrage des vollen Verdienstes nach Art. 29 Al. 2 die PK entscheidet, in letzter Instanz somit das EVG. Dagegen fällt nach Art. 43 wiederum in die Kompetenz des Bundesrates die Erhöhung der Invaliden- und Hinterlassenenpension bis auf ihren doppelten Betrag bei besonders mutiger Einsetzung des Lebens.

Die Aufgabe der MV ist die Verwirklichung des Rechts auf Versicherungsleistungen in jedem einzelnen Fall. Dies verlangt der Gesetzgeber von der Verwaltung seiner Sozialversicherung. Der Bundesrat anerkennt in seiner Botschaft zum OB (BB1 1915, IV, S. 246) ausdrücklich, dass die gerechte Befriedigung dieser Versicherungsansprüche auch ohne wesentliches Zutun des Ansprechers Pflicht des Bundes sei. Es entspricht das auch der rechtswissenschaftlichen Lehre (Jellineck: System der subjektiven öffentlichen Rechte, S. 354). Die pflichtgemässe Tätigkeit des Staatsorganes ist die stärkste Garantie, die dem individuellen publizistischen Anspruch überhaupt gegeben werden kann. Mit der Besorgung der Verwaltungsgeschäfte durch die Verwaltungsbehörden wird deshalb praktisch schon Verwaltungsrechtspflege ausgeübt (Fleiner: Einzelrecht und öffentliches Interesse, S. 20). Das alles gilt vollumfänglich von der pflichtgemässen Abklärung der Ansprüche des Versicherten durch die MV in tatbeständlicher, medizinischer und rechtlicher Beziehung. Wird noch die Möglichkeit der Mitwirkung des Versicherten und seines Anwalts etwas besser den allgemeingültigen prozessualen Grundsätzen angepasst, so kann das Abklärungsergebnis dadurch an Objektivität nur gewinnen.

F. Der Versicherungsprozess.

In der Organisation des Rechtsschutzes des Individuums muss dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Verwaltungsbehörden dem Individualrecht immerhin nicht so unbeteiligt gegenüberstehen wie ein Richter. Überall in der Verwaltung besteht die Gefahr, dass die Verwaltungsbehörden das Fiskalinteresse mit dem Gemeininteresse identifizieren. Das innerhalb der Verwaltung geordnete Beschwerdeverfahren vermochte nirgends diese Gefahr zu bannen. Die Schaffung einer Verwaltungsjustiz war auch im Militärversicherungswesen bald schon zum dringendsten Bedürfnis geworden. Wo die Verwaltungsjustiz ins Leben gerufen worden ist, da wurde ihr die Aufgabe des Schutzes der subjektiven öffentlichen Rechte der Bürger gestellt. Aber mit ihrer Entwicklung hat sich, wie Fleiner (System des deutschen Verwaltungsrechts, S. 243) feststellt, in stets steigendem Masse die Überzeugung Bahn gebrochen, dass der Schutz der objektiven Rechtsordnung ein ebenso wichtiges Anliegen der Verwaltungsrechtspflege sein muss.

Auch der Verwaltungsprozess setzt zwei Parteien voraus. Zwar bestimmt Art. 144 OB, dass im Falle der Berufung gegen Entscheide der MV einzig der Versicherte oder seine Hinterlassenen Prozesspartei seien. Aber auch in diesen Prozessen verteidigt die MV die Verwaltungsverfügung in gleicher Weise, ob sie ihre eigene Verfügung rechtfertige oder als Vertreterin des auch vom Gesetze als Prozesspartei bezeichneten EMD die Verfügung der PK. In beiden Fällen wird sie nicht nur als Berufungsbeklagte bezeichnet, sondern übt auch in gleicher Weise wie der Versicherte alle Parteirechte aus. Während im Zivilprozessverfahren über Ansprüche der Parteien gestritten wird, geht im Administrativjustizverfahren der Streit um die Richtigkeit oder Richtigstellung eines amtlichen Erlasses. Darum steht der Verwaltungsbehörde, von Rückforderungsprozessen abgesehen, weder ein Klage-

noch ein Widerklagerecht zu. Sie ist naturgemäss in der ersten gerichtlichen Instanz immer in der Beklagtenrolle. Das trifft für die SUVA und die MV immer zu, nicht aber für das EMD bezüglich der PK-Entscheide. In denjenigen Fällen, in denen Verwaltungsentscheidungen besonders Fachkommissionen übertragen werden, wahrt sich die Verwaltung naturgemäss auch ihrerseits das Recht der Anfechtung der ja nicht von ihr stammenden Entscheidung und damit das Recht, als Prozesspartei den Rechtsweg beschreiten zu können. Dieses Recht ist im Versicherungsprozess nicht der MV, sondern der ihr übergeordneten Behörde, dem EMD, eingeräumt worden, das aber nie selber handelnd auftritt, sondern sich stets durch die MV vertreten lässt. Diese Regelung stammt, abgesehen von der Vertretung des EMD durch die MV, aus dem frühern verwaltungsrechtlichen Beschwerdeverfahren, in welchem das EMD gegenüber Pensionskommissionsentscheiden als Beschwerdeinstanz ausgeschaltet war, dafür aber die Aufgabe der Kontrolle derselben und die Kompetenz zur Anfechtung der PK-Entscheide vor dem Bundesrat zugewiesen erhielt, zur wirksamen Wahrung der Verwaltungsinteressen. Dieses Recht ist dem EMD auch nach der Einführung der Administrativjustiz erhalten geblieben. Es kann klagend vor Versicherungsgericht auftreten und in diesem Falle finden wir den versicherten Staatsbürger in der Beklagtenrolle. Es kommt gelegentlich vor, dass das EMD PK-Entscheide gerichtlich anfecht, in denen die PK den Anträgen der MV voll und ganz entsprochen hat, so dass dann die gleiche MV, deren Anträgen entsprochen worden ist, als Vertreterin des EMD vor Gericht diesen Entscheid als unrichtig anfecht und dessen Abänderung verlangt.

Das MVG und ihm folgend der OB und der BRB vom 26. Dezember 1917 über die Behandlung von Streitigkeiten aus der Militärversicherung bezeichnen die Verwaltungsbescheide der MV und der PK als erstinstanzliche Entscheide und die Einleitung der gerichtlichen Überprüfung

derselben als Berufung, während das KUVG in Art. 120 und die Verordnung II über die Unfallversicherung in Art. 9 in richtiger Weise diese Anfechtung als Klage gegen die Erledigung von Versicherungsansprüchen bezeichnen. Im gleichen Sinne spricht sich auch der Bundesrat in seiner Botschaft zum OB (BB1 1915, IV, S. 245 ff.) aus: Es handelt sich im Militärversicherungsprozess nicht um eine Berufung im zivilprozessualen Sinne, besteht doch noch kein im kontradiktorischen Verfahren gestaltetes Urteil. Es liegt nur die Weiterziehung einer administrativen Verfügung an ein Gericht vor. Die irreführende Bezeichnung als Berufung ist wohl auf die unrichtige Anschauung zurückzuführen, es würden ja einfach die bisher dem EMD und dem Bundesrat zustehenden Funktionen auf das EVG übertragen. Im Gerichtsverfahren sind jedoch MV und EMD nicht Vorinstanz, sondern Partei. Sie befinden sich der gerichtlichen Instanz gegenüber in der gleichen Rechtsstellung wie die SUVA. Die Rechtsvorkehr, welche das gerichtliche Verfahren einleitet und die Versicherungsanstalt, sei es SUVA oder MV, vor die gerichtliche Instanz zwingt, ist nicht eine Berufung, sondern eine Klage. Die Berufung wird i. A. bei der Instanz, deren Urteil angefochten wird, eingereicht, die Klage bei der zu ihrer Beurteilung zuständigen Gerichtsbehörde.

Für die verschiedene Regelung der zur Anrufung des Richters vorgesehenen Fristen, zehn Tage zur Anfechtung der Bescheide der MV, 30 Tage gegenüber den Bescheiden der PK, liegt kein innerer Grund vor, gilt doch in beiden Fällen schon die Äusserung des Willens, den Fall der gerichtlichen Überprüfung unterbreiten zu wollen, als rechtsgültige „Berufung“, zu deren Begründung dann das Gericht eine erstreckbare Frist ansetzt. Für die Anfechtungen von Entscheiden vor Bundesgericht besteht eine einheitliche Frist von 20 Tagen. Die gleiche Frist gilt zur Weiterziehung kantonaler Urteile in Unfallprozessen an das EVG. Es dürfte sich rechtfertigen, auch für die Anfechtung der Administrativentscheide der MV und der PK vor EVG

die Übereinstimmung mit dem übrigen eidgenössischen Prozessrecht herzustellen und auch im Militärversicherungswesen eine einheitliche Frist von 20 Tagen für die gerichtliche Anhängigmachung vorzusehen.

Nicht alle im Administrativverfahren durch die Versicherungsbehörden gefällten Entscheidungen können vor das gerichtliche Forum gebracht werden. Art. 55 MVG von 1914 beschränkt die gerichtliche Anfechtungsmöglichkeit auf Verfügungen der MV und der PK. Darum musste sich das Gericht im Urteil Rhis vom 30. Juni 1930 als unzuständig erklären, eine in Anwendung von Art. 15 Al. 2 durch das EMD getroffene Verfügung über Zuweisung von Krankengeld direkt an die gegenüber dem Versicherten Unterhaltsberechtigten zu überprüfen. Aus dem gleichen Grunde können Verfügungen gemäss Art. 40 Al. 2 (Vorschusszahlung) nicht an das EVG weitergezogen werden, mögen sie auch, gestützt auf die Ermächtigung durch das EMD, durch die MV selber ausgefällt worden sein. Dagegen kann das EVG im Rahmen von Art. 90 OB selbständig Vorschusszahlung anordnen. Selbstverständlich fehlt dem EVG auch die Kompetenz zur Überprüfung der vom Bundesrate gemäss Art. 24 Schlussalinea und Art. 43 getroffenen Entscheidungen.

Nach Art. 57 Al. 3 des Gesetzes von 1914 hat das EVG auch die Streitfragen zu entscheiden, die sich zwischen SUVA und MV in Fällen ergeben, in welchen sich die Haftungsfrage für beide Versicherungen stellt. Prozesse zwischen verschiedenen Sozialversicherungsanstalten, an denen der Versicherte nicht beteiligt ist, denen keine Verwaltungsentscheidung voranzugehen braucht, fallen ausser den Rahmen des eigentlichen Versicherungsprozesses.

Nach dem Schlussalinea des Art. 113 OB hat das EVG auch Streitigkeiten zwischen Anwalt und Klient über die Honorarforderung des Anwalts zu beurteilen. Es handelt sich um einen Annex zum Versicherungsprozess. Das EVG tritt aber auf diese Streitigkeiten nur ein, soweit

die Rechnung vor dem EVG geführte Prozesse gegen PK-Entscheide beschlägt. Es überprüft die Rechnung nicht für die vor der gerichtlichen Anhängigmachung im Administrativverfahren besorgte Geschäftsführung und auch nicht für das Gerichtsverfahren gegen MV-Entscheidungen. Diese Beschränkung ist bedauerlich, nötigt sie doch oft zu einem weitem kantonalen Verfahren und vielerorts zur Führung eines Zivilprozesses.

Im ursprünglichen Verwaltungsverfahren hatte das Gesetz die Weiterziehung aller Entscheide des Oberfeldarztes an das EMD (Art. 22) und aller Berufungsentscheide des EMD, sowie die durch dasselbe vorzunehmenden Krankengeldbestimmungen (Art. 26 Al. 5) an den Bundesrat vorgesehen. Für das EVG aber beschränkt Art. 55 Ziff. 1 und 2 das Überprüfungsrecht hinsichtlich der Entscheide der MV auf Verfügungen über die Hauspflege und über das Krankengeld. Das Gericht hat deshalb mehrmals in Urteilen zum Ausdruck gebracht, dass Verfügungen, die sich ihrer Natur nach als reine Verwaltungsmassnahmen zu erkennen geben, wie z. B. die Frage, in welches Spital oder Sanatorium der spitalbedürftige Kranke einzuweisen sei, nicht der gerichtlichen Überprüfung unterliegen, solange nicht Willkür geltend gemacht werden könne. In diesen Fällen ist, wie bei Verfügungen des EMD nach Art. 15 Al. 2 und Art. 40, trotz Einführung der Verwaltungsjustiz, immer noch Raum für das Beschwerdeverfahren innerhalb der Verwaltung.

Kein Gegenstand des Versicherungsprozesses ist die Feststellungsklage. Fleiner (Institutionen, S. 253), erklärt dieselbe sogar als im Verwaltungsstreitverfahren überhaupt unzulässig. Die Aufgabe des Verwaltungsrichters ist die Überprüfung einer durch die Verwaltung erlassenen Verfügung und ihre Richtigstellung. Darüber wie in Zukunft das Recht zu verwirklichen sei, hat der Richter nicht zu entscheiden, kann er gar nicht entscheiden, hat doch schon sein eigenes gegenwärtiges Urteil nur Bestand rebus sic stantibus. Das EVG tritt denn

auch auf die immer wieder, auch von Anwälten, gestellten Begehren, die Haftung der MV für allfällig später eintretende Rückfälle und Komplikationen urteilsmässig festzulegen, nicht ein.

Die Art. 12, 13 und 14 räumen der MV ein Rückforderungsrecht gegenüber dem Versicherten und gegenüber seinen Erben ein für Leistungen, die der Versicherte in betrügerischer Weise erlangt hat. Nach Art. 120 KUVG sind die zwischen Versicherten und Drittpersonen einerseits und der Anstalt andererseits aus diesem Gesetze entstehenden Streitigkeiten vor den Versicherungsgerichten geltend zu machen, die somit auch für von der SUVA angehobene Rückforderungsprozesse zuständig sind. Im Militärversicherungsrecht ist dagegen die Zuständigkeit des EVG gemäss Art. 55 beschränkt auf „Berufungen“ des Versicherten gegen Verfügungen der MV und Entscheidungen der PK. Die gesetzlich geregelte Kompetenz von MV und PK geht aber nur auf Gewährung oder Verweigerung sowie auf Widerruf gewährter Leistungen. Das Recht, eigene Rückforderungsansprüche kurzerhand in die Form von Verfügung oder Entscheidung einzukleiden, wäre ein derartiger Eingriff in die bestehende Rechtsordnung, dass ein solches Recht, um anerkannt werden zu können, gesetzlich stipuliert sein müsste. Das EVG hat bis jetzt die Frage nicht entschieden, sondern ausdrücklich offen gelassen, ob Rückforderungsklagen der MV beim EVG erhoben werden können. Jedoch hat es 1928 im Urteil Bosshard erklärt, dass die MV nicht zuständig sei, um von sich aus die Rückzahlung zu dekretieren. Wie der Anspruch des Versicherten auf Leistungen, fusst auch der Anspruch der Versicherung auf Rückerstattung zu Unrecht gemachter Leistungen im öffentlichen Recht. Die Zuständigkeit des Zivilrichters kommt nicht in Betracht. Wenn aber die MV versucht, ihr Rückforderungsrecht in Form eines eigenen Entscheides zu verwirklichen und der Versicherte so vorsichtig ist, durch sein passives Verhalten zu verhindern, dass ein gerichtliches Urteil ge-

fällt werden kann, so ist nicht ersichtlich, wie sich die MV einen exekutierbaren Titel anders verschaffen könnte, als durch eine selbständige Klage vor EVG. Wenn das Gericht es ablehnt, selber als Gesetzgeber aufzutreten, sich eine gesetzlich nicht vorgesehene Kompetenz selber zuzuteilen und auf solche Klagen nicht eintritt, dann muss wohl die MV auf die Geltendmachung des ihr zustehenden Rückforderungsrechts verzichten, so lange nicht der Gesetzgeber einen Weg zu dessen Geltendmachung vorzeigt.

Das Verfahren vor EVG ist in Militärversicherungsfällen grundsätzlich kostenlos. Kosten dürfen gemäss Art. 156 Al. 2 OB nur im Falle einer offensichtlich aussichtslosen Berufung gegen einen PK-Entscheid aufgelegt werden. Auch nur im Verfahren gegen PK-Entscheide, nicht aber im Verfahren gegen MV-Entscheidungen kann nach der gleichen Gesetzesbestimmung dem obsiegenden Versicherten eine Parteientschädigung zugesprochen werden. In Anlehnung an diese Bestimmung über die Verurteilungsmöglichkeiten der Versicherung zur Bezahlung von Parteientschädigungen hat das EVG in einer von Anfang an nie schwankenden, nun aber je länger je heftiger angefochtenen Praxis es abgelehnt, in Berufungsfällen gegen MV-Entscheide die unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen, obschon Art. 117 OB dieselbe ohne Einschränkung vorsieht, sobald die Verhältnisse sie rechtfertigen. Das Sozialversicherungsamt hatte in einer Erläuterung vom 31. August 1913 zuhanden der Expertenkommission ausgeführt, die Meinung bestehe, dass das Armenrecht in weitgehendem Masse gewährt werden sollte. Die Protokolle über die Verhandlungen der vorberatenden Behörden scheinen keine Anhaltspunkte dafür zu enthalten, dass ein Mitglied dieser Behörden eine gegenteilige Meinung geäussert hätte, oder dass überhaupt der Gedanke aufgetaucht wäre, die unentgeltliche Verbeiständung in andern als in aussichtslosen Fällen an finanziell ungünstig gestellte Versicherte nicht zu gewähren. Gerade der Umstand, dass auch beim voll-

ständigen Obsiegen von der MV Ersatz für den aufgenötigten Prozessaufwand nicht erhalten werden kann, eine prozessuale Singularität, sollte um so gebieterischer für die Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung an Unbemittelte sprechen, um so mehr, als viele dieser Fälle nicht einfach liegen und oft auch einem erfahrenen Anwalt harte Nüsse zu knacken geben. Es ist zu berücksichtigen, dass der Prozessgegner immer durch einen tüchtigen Juristen vertreten wird, der über eine auf diesem Spezialgebiete überaus reiche Gerichtserfahrung verfügt. Erst im Juni 1942 hat das EVG dann beschlossen, diese Praxis in Ausnahmefällen zu lockern und hat sie damit dem Grundsatz nach aufgegeben.

Wohl hat, wie bereits oben ausgeführt, der Bundesrat in seiner Botschaft zum Entwurf des OB (BBl 1915, IV, S. 246) erklärt, es sei Pflicht des Bundes, jedem Versicherten auch ohne sein wesentliches Zutun dasjenige zukommen zu lassen, was ihm nach Gesetz gebührt (Albisser Das Verfahren vor dem EVG, S. 28). Trotzdem aber stand in seinem Entwurf die Vorschrift und ist in Art. 88 Gesetz geworden, dass das Gericht einer Partei nicht mehr zusprechen dürfe, als sie verlange. Opfer dieser aus den Zivilprozessgesetzen übernommenen, mit dem Offizialcharakter der Sozialversicherung nicht harmonierenden Bestimmung werden vor allem die vertrauenden, bescheidenen, anständigen Versicherten und alle die, welche in Wahrheit schwerer krank sind, als sie es selber fühlen. Nationalrat Forrer hatte bei der Gesetzesberatung gegen diese Vorschrift kraftvoll opponiert und erklärt, dass der Versicherte unbedingt das erhalten müsse, was ihm gebühre, dass das Gericht verpflichtet sein soll, einem Versicherten, der zu wenig verlangt habe, mehr zuzusprechen, als er verlange. Diese Meinung drang nicht durch. Dagegen wurde ein Postulat Affolter angenommen, das dann in Art. 89 OB seinen Niederschlag gefunden hat wie folgt: „Kommt das Gericht vor der Urteilsfällung zum Schlusse, dass der Versicherte irrtümlich zu wenig gefordert hat,

so gibt es hiervon den Parteien Kenntnis“. Falls daraufhin der Versicherte sein Begehren abändert, so hat das Gericht anhand der ergänzten Akten sein Urteil zu fällen. Der Gesetzestext lässt dem Gericht nicht die Wahl, ob es von dieser Bestimmung Gebrauch machen will oder nicht. Sobald die Mehrheit der Überzeugung ist, dass dem Versicherten mehr zukommt, als er selber verlangt, ist gemäss dieser Vorschrift vorzugehen. Der Gesetzgeber wollte offenkundig volle Garantie dafür schaffen, dass erst in Kenntnis der ihm nach dem Gesetz wahrscheinlich zustehenden Ansprüche der Versicherte sich darüber endgültig zu äussern habe, was er verlange und nur mit dieser Garantie versehen, sollte Art. 88 OB Geltung haben. Leistungen aber, die ein Versicherter nicht will, weil er sie nicht benötigt, sollen ihm nicht aufgezwungen werden. Das Gericht macht jedoch recht spärlichen Gebrauch von Art. 89 OB und in Fällen, in welchen der Versicherte Berufungsbeklagter ist, erklärt es sogar die Bestimmung als nicht anwendbar, selbst dann nicht, wenn erst die Gerichtsexpertise der obern Instanz die bisher unerkannte Schwere der Gesundheitsstörung dartut. Der Wortlaut des Gesetzes erlaubt es kaum, anzunehmen, dass nur dann im Sinne des Gesetzes „irrtümlich zu wenig gefordert“ worden ist, wenn der Versicherte mehr verlangt, als die Versicherung ihm geben will, nicht aber dann, wenn er darum kämpfen muss, dass ihm wenigstens das, was die Versicherung selber oder die kantonale Vorinstanz ihm zugestanden haben, zukomme. Die Gerichtspraxis kann in diesem Punkte weder mit dem Wortlaut, noch mit der Entstehungsgeschichte, noch mit der Notwendigkeit einer einschränkenden Interpretation begründet werden und enthält sich denn auch einer ernsthaften Motivierung.

Art. 89 OB räumt indirekt dem Versicherten das Recht der Klageänderung bis zur Urteilsfällung ein; denn, wenn das Gericht auf die Unterklagung aufmerksam machen muss, so kann es die ohne oder vor seiner Intervention erfolgte Korrektur der Klagebegehren nicht als

unzulässig erklären. Aus dieser Bestimmung ergibt sich weiterhin die Pflicht des Gerichtes, Prozessvergleiche zwischen den Parteien daraufhin zu prüfen, ob dem Versicherten das, was ihm gebührt, auch zukommt und falls dies nicht der Fall ist, die Parteien aufmerksam zu machen.

Die Revision nach Art. 101 ff. OB. Während die materielle Revision des Urteils eine seit dem Urteil eingetretene erhebliche Veränderung zur Voraussetzung hat, handelt es sich bei der prozessualen Revision des Art. 101 OB um die nochmalige Überprüfung des dem Urteil zugrunde gelegten Tatbestandes. Albisser (Das Verfahren vor EVG, S. 29) unterscheidet zwischen der im Kleide der Kassation auftretenden Revision von Ziff. 1 lit. a—e und der Revision im engern Sinne von Ziff. 2 und 3. Zu besonderer Diskussion gibt uns hier nur Ziff. 2 Veranlassung, welche die Zulässigkeit der Revision an die Bedingung knüpft, dass entscheidende Beweismittel, deren Beibringung im frühern Verfahren nicht möglich war, seither aufgefunden wurden. Aus dem Grunde erst nachträglich bekannt gewordener neuer Tatsachen gibt es keine Revision. Der Revisionsgrund von Ziff. 2 ist aus den Zivilprozessgesetzen übernommen worden, die das Hauptgewicht auf die Endgültigkeit der einmal getroffenen Lösung legen, die vor allem Stabilität des Urteils erzielen wollen, darum ja auch eine materielle Revision, wie die des Art. 30 MVG nicht kennen. In öffentlich-rechtlichen Verhältnissen, wo die Wahrheit der Entscheidung ihrer Endgültigkeit vorgehen muss, wo die Entscheidung den sich verändernden Verhältnissen neu angepasst werden kann, da sollten auch für die Korrektur ex tunc andere Bestimmungen aufgestellt werden als im Zivilprozessrecht. Wo ein Prozessverfahren selbst über seine Begehren hinaus dem Versicherten dasjenige zukommen lassen will, was ihm nach Gesetz und Recht gebührt, da sollten auch neu bekannt gewordene Tatsachen die nachträgliche Richtigstellung einer unrichtigen Sentenz rechtfertigen.

Den Begriff des „neuen Beweismittels“ legt die Gerichtspraxis in Übereinstimmung mit der allgemein anerkannten Auslegung im Zivilprozessrecht eng aus. Der Nachweis der unrichtigen ärztlichen Beurteilung im abgelaufenen Prozess durch ärztliches Gutachten ist kein neues Beweismittel, das die Revision begründen könnte, weder wenn das neue Gutachten durch einen kompetenteren Fachmann erstattet ist, noch wenn erst der weitere Verlauf der Krankheit die richtige Beurteilung erlaubt; denn im erstern Fall wäre die Beibringung schon vor dem Urteil möglich gewesen, im letztern hat das Beweismittel zur Zeit der Urteilsfällung noch gar nicht existiert und kann deshalb eine Revision *ex tunc* nicht begründen. Weder die Gesetzesbestimmung, noch die Gerichtspraxis nehmen darauf Rücksicht, dass der Krankheitsverlauf sehr häufig erst retrospektiv die zuverlässige Beurteilung der Zusammenhänge erlaubt. Der Richter muss gelegentlich den Experten zu voreiligen Schlüssen veranlassen, wo der Experte lieber zugewartet hätte. Da sollte dann aber auch der Ausweg gefunden werden, durch nachträgliche Korrektur den Fehler zu beheben. Wohl sind die zivilprozessuale Literatur und Judikatur in der Auslegung und Anwendung gleichlautender Bestimmungen einheitlich zu dieser Auffassung gelangt. Die Rechtsprechung in Sozialversicherungssachen sollte aber dem speziellen Stoff und den durchaus eigenartigen Verhältnissen durch eigene, unabhängige Interpretation Rechnung tragen. Es geben ja auch, mit vollem Recht, die Militärjustiz und die Militärversicherung dem Begriff „im Dienste stehen“ eine grundverschiedene Auslegung. Jede der beiden Institutionen interpretiert diese Worte so, wie es die Erfüllung der ihr gestellten Aufgabe erheischt. Wenn die neue Begutachtung durch eine vom Gerichte als massgebend anerkannte Autorität als neues Beweismittel in Verbindung mit den frühern im Revisionsverfahren frei gewürdigt werden dürfte, so könnten Fehler und Ungerechtigkeiten nachträglich wieder gutgemacht werden. Hochqualifi-

zierte medizinische Experten in Tuberkulosefällen, wie Prof. Rud. Stähelin und Dr. Bachmann, regen an, es den Experten zu ermöglichen, ihre Schlüsse erst dann abgeben zu müssen, wenn der Krankheitsablauf zuverlässige Schlüsse erlaube oder doch wenigstens den Experten zu erlauben, in diesem Momente auf ihre Schlüsse zurückzukommen, ein Postulat, das zwar in der privaten Haftpflicht nicht, wohl aber in der Sozialversicherung sollte verwirklicht werden können.

Streitwertgrenzen. Der Umstand, dass die Möglichkeit, für jede Kleinigkeit ein oberstes Gericht der Eidgenossenschaft zu behelligen, nicht von allem Anfang an verunmöglicht wurde, ist oft gerügt worden. Von verschiedenen Seiten ist im Laufe der Zeit angeregt worden, auch nachträglich nun noch Streitwertgrenzen einzuführen. Es ist das aber kaum ein begehbarer Weg. Verwaltungsrechtliche Streitigkeiten, die nicht zum gerichtlichen Austrag gebracht werden können, sind auf dem verwaltungsrechtlichen Beschwerdeweg zu erledigen. Sowohl über als unter der Streitwertgrenze stellen sich die gleichen Rechtsfragen, für die sich notwendigerweise zwei verschiedene Judikaturen ausbilden müssten, diejenige des EVG und diejenige des Bundesrates. In letzterer würde der Einfluss der MV zu ausschlaggebender Bedeutung gelangen. In vielen Rechtsfragen würden je nach dem Streitwert diametral entgegengesetzte Lösungen wegleitend sein. Je nach dem erstrebten Resultat würden die Parteien im Einzelfall den Streitwert hinaufschrauben oder hinunterdrücken. Über die für die Streitwertbemessung massgebenden Richtlinien müsste in zeitraubender Arbeit eine besondere Judikatur geschaffen werden und wenn in dieser Frage Bundesrat und EVG nicht zu übereinstimmenden Grundsätzen gelangen sollten, so wären Kompetenzkonflikte vor der Bundesversammlung unvermeidlich. Es ist vielleicht noch nirgends die Abgrenzung zwischen dem verwaltungsrechtlichen Beschwerdeverfahren und dem Verwaltungsgerichtsverfahren durch Streitwert-

grenzen versucht worden, sondern wohl überall durch Bezeichnung der der gerichtlichen Überprüfung unterliegenden Streitgegenstände, meist durch die Enumerationsmethode, seltener durch eine Generalklausel. Die Befreiung des obersten Gerichtes muss nicht auf dem Wege der Beschneidung seiner Kompetenzen gesucht werden, sondern durch dezentralisierte Einschaltung einer ersten Gerichtsinstanz, deren Sach- und Ortskenntnis das EVG in reinen Schätzungs- und Würdigungsfragen weitgehend als ausschlaggebend anerkennen könnte. Das würde ganz von selber nach und nach die gewünschte Befreiung der eidgenössischen Instanz von diesen Fragen, die kein rechtliches Interesse bieten, mit sich bringen.

Streitigkeiten der MV mit dem behandelnden Arzt und Spitälern. Solche, meist Tarif- und Honoraransätze beschlagende Differenzen sind, obwohl öffentlich-rechtlicher Natur, nicht dem EVG zur Beurteilung zugewiesen. Sie müssen deshalb auf dem Beschwerdeweg innerhalb der Verwaltung ausgetragen werden. Es dürfte sich rechtfertigen, dieselben ebenfalls der Beurteilung durch das EVG zu unterstellen, weil sie ja in engster Verbindung zum Versicherungsfall stehen.

Auch für Vollstreckungsstreitigkeiten, bei welchen angesichts des Art. 15 MVG sich z. B. die Frage des Verrechnungsrechtes der MV stellen kann, dürfte das EVG die einzig geeignete gerichtliche Instanz sein. Eine diesbezügliche gesetzliche Regelung steht aber bis heute noch aus.

Organisationsfragen. Am Stande seiner Sozialversicherung ist die Macht des Willens eines Volkes zur wirklichen Volksgemeinschaft, der Grad der Betätigung seiner Solidarität, das Mass seiner Erkenntnis in die wirtschaftlichen Zusammenhänge zu erkennen. Wenn von allen Volksgenossen die erforderliche Opferbereitschaft verlangt und aufgebracht wird, so wird sie im Wohlergehen aller, in zunehmender Gesundheit der Volkskraft und Er-

tüchtigung zum Kampf und Wettstreit in Kriegs- und Friedenszeiten die schönsten Früchte tragen. „Die Versicherung ist ein typisches Dokument des Fortschritts der Kultur, ist ein Gradmesser der ökonomischen und moralischen Entwicklungsstufe eines Volkes, der untrügliche Beweis für politische, soziale und wirtschaftliche Reife eines Volkes“ (Manes: Versicherungslexikon; Geschichte). Wenn man vom Volke die notwendigen Opfer verlangt, dann muss man ihm auch eine möglichst sichere Garantie dafür geben, dass nicht Bürokratismus, dass nicht versicherungsfremde Interessen einen guten Teil der Aufwendungen verzehren. Wir haben bereits bei der Besprechung des Verwaltungsverfahrens gesehen, dass die kostspielige Hypertrophie einer Pensionskommission, das Fehlen eines dezentralisierten Unterbaues der Versicherungsanstalt zur Bekämpfung von Versicherungsbetrug kaum zu verantworten sind. Aber auch im Versicherungsprozess lassen sich Fortschritte erzielen, Verwaltungskosten ersparen, wenn die Organisation des gerichtlichen Dienstes durch das Interesse der Versicherungsinstitution geleitet wird.

Viele Versicherungsprozesse drehen sich um Alltagsfragen die keinerlei rechtliches Interesse bieten, wie z. B., ob die ärztlich verordnete Diät am Wohnort des Patienten einen Mehraufwand von 1 Fr. oder von nur 50 Cts. verursacht, ob der Patient in die Verdienstklasse der kleinen oder in diejenige der mittleren Landwirte einzureihen ist, ob und mit welchen Beträgen er seine Eltern bis dahin unterstützt hat, wie hoch die Naturalleistungen des Arbeitgebers zu bewerten sind usw., unzählige Fragen, die alle durch den mit den Verhältnissen betrauten und über die nötigen Aufklärungsmittel verfügenden kantonalen Richter viel zuverlässiger und gerechter beurteilt werden könnten, als durch die teuern Bundesrichter in ihren Bureaux in Luzern. In allen Kantonen besitzen wir bereits besondere Sozialversicherungsgerichte, welche seit 25 Jahren die erstinstanzlichen Urteile in den Unfallprozessen gegen die

SUVA fällen und somit auf dem Gebiete der Sozialversicherung unter der Oberleitung des EVG schon reichliche Erfahrungen gesammelt haben. Sicherlich würden sie auch die erstinstanzliche Beurteilung der Prozesse gegen die MV sehr gerne übernehmen. In der Gesetzesberatung wurde 1912 auch der Vorschlag gemacht, nicht kantonale Versicherungsgerichte, sondern eine eidgenössische erste Instanz zu schaffen. Das wäre aber für die MV heutzutage, da die kantonalen Versicherungsgerichte sich bewährt haben, erst recht nicht empfehlenswert. Auch Subdirektor Oertli spricht sich, gestützt auf eine 25jährige Erfahrung, in „Rückblick und Ausblick“ (S. 42) entschieden gegen die Einführung einer ersten eidgenössischen Instanz und für die Beibehaltung der kantonalen Versicherungsgerichte aus. Die Erfahrungen der SUVA beweisen, dass sich ein sehr grosser Prozentsatz der Kläger mit der erstinstanzlichen Beurteilung begnügen. Gar manchen Militärpatienten leitet einzig das Bedürfnis, den Verwaltungsentscheid, den er als durch Fiskalinteressen beeinflusst ansieht, durch eine unabhängige Instanz überprüft zu wissen. Die aus dieser Neuerung resultierende Abnahme der Geschäftslast des EVG würde voraussichtlich die Unterdrückung von zwei Richterstellen ermöglichen, sofern gleichzeitig das EVG mit dem Bundesgericht in Lausanne zusammengekoppelt würde, um die Beurteilung wichtiger Fälle durch das Fünfergericht beibehalten zu können. Diesem Versicherungsgericht könnte dann das gesamte öffentlich-rechtliche Versicherungswesen und was mit ihm zusammenhängt, überbunden werden. Die engere Verbindung der beiden Bundesgerichte würde die Rechtsprechung beider befruchten und auch im Sekretariats- und Kanzleibetrieb erkleckliche Ersparnisse ermöglichen.

Wenn die gesetzgebenden Behörden von weiten Volkskreisen diejenige Opferwilligkeit verlangen, welche die Erfüllung dieser grossen, der heutigen Generation gestellten Aufgabe erfordert, dann müssen diese Behörden auch die Garantie dafür bieten können, dass die Organisation der

ganzen Sozialversicherung nicht unnötige Kosten verschlingt und dass ihr Aufbau und Betrieb nur durch rein sachliche und nicht durch politische Erwägungen bestimmt wird.

Schlussbemerkung

Es wird wohl mancher Leser die Herbeiziehung so vieler Literatur aus fast dem ganzen Gebiet der Sozialversicherung in dieser Arbeit über die Militärversicherung als übermässig und unnötig empfinden. Die Vorarbeiten für die Ausarbeitung des Referates wurden aber getroffen im Hinblick auf die Erfüllung der durch den ursprünglichen Titel: „Das schweizerische Militärversicherungsrecht und die Frage seiner Revision“ den Referenten gestellten Aufgabe, um damit auf breiter Basis die Grundlagen zu schaffen zur Aufstellung und fruchtbringenden Diskussion von Revisionspostulaten. Der schweizerische Juristenverein hat von jeher für die Vorbereitung von Gesetzen und Gesetzesentwürfen ausserordentlich wertvolle Vorarbeit geleistet mit den durch ihn frühzeitig veranlassten Referaten und den auf ihnen sich aufbauenden Diskussionen. Immer hat sich diese Diskussion auf ernster, wissenschaftlicher Höhe bewegt und hat öfter in bestimmten Resolutionen ausgemündet. Wenn der Verein, wie es zuerst vorgesehen war, seine Mitglieder nun später vielleicht einmal zur fruchttragenden Mitarbeit an der Revision unserer altersschwachen Militärversicherung heranziehen will, so muss ihnen durch Bekanntgabe der Literatur des In- und Auslandes eine genügende Grundlage geboten werden, damit sie sich auch über die mit unserer MV engverwandten übrigen Zweige der Sozialversicherung eingehend orientieren können. Es wäre die Aufgabe der Referenten gewesen, anhand dieser Literatur die Verhältnisse unter Berücksichtigung des ganz besondern Charakters unserer MV zu überprüfen und darzutun, welche aus Literatur und Judikatur sich aufdrängenden Postulate auch in unserer MV verwertbar sind und welche über

ihren Aufgabenkreis hinausgehen. Obschon in der Folge diese Aufgabe den Referenten wieder abgenommen wurde, hielt ich es für gegeben, auch unter dem neuen Titel die vorgesehene breite Grundlage bestehen zu lassen, damit ein bisschen Vorarbeit geleistet sei, wenn vielleicht demnächst der schweizerische Juristenverein zur Mitarbeit am Umbau des MVG aufgerufen wird. Denn unterdessen hat die Bewegung für die Revision des MVG und die Reorganisation der MV von ärztlicher Seite mächtigen Impuls erfahren. Am 8. Mai 1942 hat der Präsident der schweizerischen Ärztlichen Gesellschaft durch einen Aufsehen erregenden Artikel in der Ärztezeitung die Dringlichkeit der Reorganisation öffentlich dargetan. Eine von allen kantonalen Ärztekammern und medizinischen Fakultäten beschickte Tagung hat am 28. Juni 1942 sich einstimmig hinter diesen Artikel gestellt und die Erwartung ausgesprochen, dass die Vorarbeiten unverzüglich an die Hand genommen werden. Der Vorsteher des EMD hat gegen Ende Juni eine Konferenz aller interessierten Kreise zur Besprechung dieser dringenden Frage einberufen.

Am 3. Juni 1942 hat Nationalrat Bircher die Motion eingereicht: „Der Bundesrat wird eingeladen: 1. Den Entwurf eines revidierten MVG dem Rate vorzulegen, das nach Friedensschluss sofort in Kraft gesetzt werden kann. 2. Unverzüglich die administrative Reorganisation der MV vorzunehmen.“ Unter diesen Umständen dürfte die Zeit nicht mehr fern sein, da auch der schweizerische Juristenverein im Interesse unseres Vaterlandes berufen sein wird, sich mit der Revisions- und Reorganisationsfrage eingehend zu befassen.
