

Behinderung und Recht 3/11

Impressum

„Behinderung und Recht“ erscheint vierteljährlich als Beilage zum Mitteilungsblatt von *Integration Handicap*

Herausgeber: Rechtsdienst *Integration Handicap*

Zweigstelle Zürich, Bürglistrasse 11, 8002 Zürich
Tel. 044 201 58 27

Zweigstelle Bern, Schützenweg 10, 3014 Bern
Tel. 031 331 26 25

Unentgeltliche Beratung in invaliditätsbedingten Rechtsfragen,
insbesondere Sozialversicherungen

„Behinderung und Recht“ kann auf
www.integrationhandicap.ch (Publikationen)
heruntergeladen werden.

Edition française: „Droit et handicap“

Ergänzungsleistungen: Anrechnung von hypothetischem Erwerbseinkommen

Wir haben schon mehrfach über die Frage der Anrechnung eines hypothetischen Erwerbseinkommens bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen berichtet, letztmals in „Behinderung und Recht 3/09“. Wir greifen dieses Thema erneut auf, weil es einerseits in der Praxis vieler Beratungsstellen eine zunehmende Bedeutung erlangt hat und weil andererseits die Verwaltung ihre Weisungen (Wegleitung über die Ergänzungsleistungen) aufgrund neuerer Bundesgerichtsurteile umfassend überarbeitet und per 1.4.2011 auf den neuesten Stand gebracht hat.

Die verschärfte Praxis der IV führt heute dazu, dass vermehrt Teilrenten statt ganze Renten zugesprochen werden. Damit hat sich der Druck auf die Ergänzungsleistungen erhöht, die nun ihrerseits mit einer zunehmend strengeren Praxis insbesondere bei der Anrechnung hypothetischen Erwerbseinkommens reagieren.

Hypothetisches Erwerbseinkommen bei Teilinvaliden

Die Verordnung über die Ergänzungsleistungen sieht vor, dass Invaliden als Erwerbseinkommen grundsätzlich der Betrag angerechnet wird, den sie im massgebenden Zeitpunkt tatsächlich verdient haben (Art. 14a Abs. 1 ELV). Bezieht eine Person eine Teilrente bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40% und 69%, so wird ihr jedoch ein hypothetisches Mindesteinkommen angerechnet

(Art. 14a Abs. 2 ELV), und zwar bei einem Invaliditätsgrad von 40% bis 49% im Betrag von jährlich 25'400 Franken, bei einem Invaliditätsgrad von 50% bis 59% im Betrag von jährlich 19'050 Franken und bei einem Invaliditätsgrad von 60% bis 69% im Betrag von jährlich 12'700 Franken. Dieses hypothetische Erwerbseinkommen wird gleich wie reales Erwerbseinkommen behandelt, d.h. es wird der Einkommensfreibetrag abgezogen und danach das Einkommen „privilegiert“ zu 2/3 angerechnet.

Die Bestimmung von Art. 14a Abs. 2 ELV stellt eine gesetzliche Vermutung dar, wonach eine teilinvalide Person in der Lage ist, die festgelegten Einkommensbeträge zu erzielen. Diese Vermutung kann von der betroffenen Person umgestossen werden, indem sie den Nachweis erbringt, dass sie trotz ausreichender Arbeitsbemühungen nicht in der Lage ist, eine entsprechende Stelle zu finden. Gemäss der neuen Ziffer 3424.05 der Wegleitung über die Ergänzungsleistungen (WEL) gilt dieser Nachweis dann als erfüllt, wenn sich eine Person beim RAV zur Arbeitsvermittlung angemeldet hat und quantitativ und qualitativ genügende Stellenbemühungen nachweist. Es gelangen somit die in der Arbeitslosenversicherung massgebenden Kriterien zur Anwendung. Kein hypothetisches Erwerbseinkommen kann zudem angerechnet werden, wenn die teilinvalide Person sich um ihren Ehegatten kümmert und dieser ohne deren Beistand und Pflege in einem Heim platziert werden müsste (Ziffer 3424.05 WEL). Ob dies auch der Fall ist, wenn ein behindertes Kind gepflegt und betreut wird, lässt die Wegleitung offen, muss aber wohl ebenfalls angenommen werden.

Weiterhin kein hypothetisches Einkommen wird bei IV-Rentnern angerechnet, welche bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% eine ganze Rente beziehen oder die bereits das 60. Altersjahr überschritten haben. Ebenfalls keine Anrechnung erfolgt bei Personen, die in einer geschützten Werkstätte im Sinne des IFEG arbeiten (Art. 14a Abs. 3 ELV). In all diesen Fällen wird nur das effektiv erzielte Erwerbseinkommen bei der EL-Bemessung angerechnet. Ist bei einer unter 60-jährigen Person bisher ein hypothetisches Erwerbseinkommen angerech-

net worden, so muss die EL-Stelle bei Vollendung des 60. Altersjahres von Amtes wegen eine Revision durchführen und die Ergänzungsleistungen auf diesen Termin anpassen (Ziffer 3427.06 WEL).

Schliesslich darf auch bei teilinvaliden Personen, deren Invalidität nach der Methode des Betätigungsvergleichs bemessen worden ist (in der Regel Haushaltführende) kein hypothetisches Erwerbseinkommen angerechnet werden (Art. 14a Abs. 3 ELV). Sowohl die Verordnung wie auch die Wegleitung lassen allerdings erstaunlicherweise offen, wie bei Personen vorzugehen ist, deren Invalidität nach der gemischten Methode ermittelt wird. Wir sind der Auffassung, dass ein hypothetisches Erwerbseinkommen im Sinne von Art. 14a Abs. 2 ELV auch in diesen Fällen nicht angerechnet werden kann. Dies dürfte zumindest dann zutreffen, wenn aufgrund der Invaliditätsbemessung keine oder nur noch eine minimale Erwerbsfähigkeit besteht.

Übergangsfrist bei der Anrechnung?

Immer wieder wird die Frage aufgeworfen, ob es zulässig ist, dass die EL-Stelle einem Teilrentner ohne Vorwarnung ein hypothetisches Erwerbseinkommen anrechnet. Die massgebende Wegleitung (Ziffer 3424.09 WEL) hält in diesem Zusammenhang fest, dass eine laufende Ergänzungsleistung infolge der Anrechnung eines hypothetischen Erwerbseinkommens nicht sofort, sondern erst 6 Monate nach Zustellung einer entsprechenden Verfügung herabgesetzt werden darf. Dies soll der betroffenen Person ermöglichen, sich um eine angepasste Erwerbstätigkeit zu bemühen: Entweder findet sie eine Stelle oder sie vermag den Nachweis zu erbringen, dass sie trotz intensiver Bemühungen keine Stelle gefunden hat, was dann wiederum dazu führt, dass nach der Übergangsfrist von der Anrechnung eines hypothetischen Erwerbseinkommens abzusehen ist.

Diese Regelung gelangt allerdings praxisgemäss dann nicht zum Zug, wenn eine Ergänzungsleistung erstmals (und damit meistens rückwirkend) zugesprochen wird. In diesem Fall ist es der EL-Stelle erlaubt, ein hypothe-

tisches Erwerbseinkommen von Beginn an anzurechnen. Wer der Meinung ist, dass diese Anrechnung zu Unrecht erfolgt ist, hat Einsprache zu erheben und den Nachweis zu erbringen, dass er sich in genügendem Masse um eine Erwerbstätigkeit bemüht und trotz Bemühungen keine Stelle gefunden hat. Sind solche Bemühungen nicht in genügendem Ausmass nachweisbar, so kann die betreffende Person später, wenn vergebliche Arbeitsbemühungen während einer gewissen Zeit (mindestens während 6 Monaten) erfolgt sind, bei der EL-Stelle eine Neuberechnung der Ergänzungsleistungen beantragen.

Zumutbares Erwerbseinkommen des nicht invaliden Ehegatten

Deutlich verschärft hat sich in den letzten Jahren die Praxis bezüglich der Anrechnung eines zumutbaren Erwerbseinkommens des Ehemannes oder der Ehefrau einer verheirateten IV-Rentnerin oder eines verheirateten IV-Rentners. Weder das Gesetz noch die Verordnung regeln diese Problematik explizit. In der Wegleitung findet sich nun aber neu eine ausführliche Darstellung in den Ziffern 3482.01- 3482.07 WEL. Die Anrechnung eines hypothetischen Erwerbseinkommens des Ehegatten stützt sich auf den allgemeinen Grundsatz von Art. 11 Abs. 1 Buchst. g ELG, wonach auch Einnahmen anzurechnen sind, auf welche verzichtet worden ist. Wenn nun z.B. die Ehefrau eines IV-Rentners keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, obschon ihr eine solche zumutbar wäre, so wird ihr dennoch ein solches hypothetisches Einkommen angerechnet.

Gemäss den Bestimmungen der Wegleitung soll für die Festsetzung des zu berücksichtigenden Einkommens auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung abgestellt werden, wobei – insbesondere bezüglich des Ausmasses einer zumutbaren Erwerbstätigkeit und der Höhe des zumutbaren Einkommens – nebst der familiären Situation (Kinderbetreuungspflichten) auch das Alter, der Gesundheitszustand, die sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten, die Berufsausbildung, die bisher ausgeübten Tätigkeiten und die Dauer der Erwerbslosigkeit zu berücksichtigen sind (Ziffer 3482.04 WEL).

Auch hier gilt allerdings der Grundsatz, dass von einer Anrechnung eines zumutbaren Einkommens des Ehegatten abzusehen ist, wenn dieser den Nachweis erbringt, dass er trotz ausreichender Arbeitsbemühungen keine Stelle finden konnte. In der Wegleitung wird auch hier präzisiert, dass diese Voraussetzung dann als erfüllt gilt, wenn die betreffende Person beim RAV zur Arbeitsvermittlung angemeldet ist und qualitativ wie quantitativ genügende Arbeitsbemühungen nachweist. Ebenfalls von einer Anrechnung abgesehen wird, wenn die EL beziehende Person ohne den Beistand und die Pflege des nicht invaliden Ehegatten in einem Heim platziert werden müsste (Ziffer 3482.03 WEL). In der Wegleitung wird demgegenüber festgehalten, dass die Haushaltsführung für den Ehegatten oder die Kinder es nicht erlaube, auf die Anrechnung eines hypothetischen Einkommens zu verzichten. Wie diese Weisung ausgelegt werden darf, bleibt unklar: Insbesondere in einem Haushalt mit Kleinkindern wird einer Mutter kaum zugemutet werden können, einer erheblichen Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Geregelt werden in der Wegleitung auch die Folgen einer vorzeitigen Pensionierung des nichtinvaliden Ehegatten (Ziffer 3482.05 WEL): Erfolgt diese freiwillig und nicht etwa aus wirtschaftlichen oder gesundheitlichen Gründen, so soll das bisher berücksichtigte Erwerbseinkommen (nach Abzug des Freibetrags und der Anrechnung von zwei Dritteln) weiter angerechnet werden, wenn es höher liegt als das Ersatz Einkommen (Rente). Da die Gründe für eine vorzeitige Pensionierung oft vielschichtig und nicht leicht zu definieren sind, sind in diesem Zusammenhang Konflikte kaum zu vermeiden.

Schliesslich regelt die revidierte Wegleitung auch, wie vorgegangen werden soll, wenn der nicht invalide Ehegatte einer selbständigen Erwerbstätigkeit nachgeht und dort ein Einkommen erzielt, welches „wesentlich tiefer“ liegt als das Einkommen, welches er zumutbarerweise als Arbeitnehmer verdienen könnte. Auch dann soll letzteres Einkommen an Stelle des effektiven Einkommens angerechnet werden, wobei in diesem Fall immerhin eine Vorankündigungsfrist von 12 Monaten einzuhalten ist (Ziffer 3482.07 WEL). Es bleibt nur zu hoffen, dass diese

Bestimmung nur in klaren Fällen von weit unterdurchschnittlichem Einkommen zur Anwendung gelangen wird und nicht dazu führt, dass viele Selbständigerwerbstätige indirekt gezwungen werden, ihren Betrieb als Folge der Invalidität ihrer Ehefrau aufzugeben.

Ein Beispiel aus der Rechtsprechung

Dass die neuen Verwaltungsweisungen durchaus im Einklang mit der Rechtsprechung stehen, zeigt ein Urteil des Bundesgerichts, welches vor kurzem gefällt worden ist (Urteil vom 26.1.2011; 9C_717/2010). In diesem Fall hat das Gericht die Anrechnung eines zumutbaren Einkommens bei der Ehefrau eines IV-Rentners im Umfang von jährlich rund 24'000 Franken gestützt; und dies obschon die über 50-jährige Ehefrau bisher nie erwerbstätig gewesen war und zeitlebens den Haushalt für den Ehemann und den (mittlerweile 11-jährigen) Sohn geführt hatte, und obschon sie über keine Berufsausbildung und schlechte Sprachkenntnisse verfügte. Hinzu kam, dass die Frau selber gesundheitlich angeschlagen war und sich bei der IV angemeldet hatte, das Rentengesuch jedoch unter Annahme eines Invaliditätsgrades von 20% abgewiesen worden war. Dass eine solche Person real auf dem Arbeitsmarkt kaum je eine Stelle finden wird, ist offensichtlich. Sie wird sich aufgrund der heutigen Praxis dennoch „ausreichend“ um Arbeit bemühen müssen. Es darf ernsthaft die Frage gestellt werden, ob hier der Arbeitsmarkt nicht unnötig mit Bewerbungen strapaziert wird...

Verzicht auf Familienzulagen

Schliesslich ist auf einen weiteren Aspekt bei der Anrechnung hypothetischen Erwerbseinkommens hinzuweisen: Falls davon auszugehen ist, dass das angerechnete hypothetische Erwerbseinkommen einen Anspruch auf Kinderzulagen begründen würde, so können zusätzlich hypothetische Kinderzulagen angerechnet werden, und zwar nicht privilegiert zu 2/3, sondern sogar voll (Rz. 3482.08 WEL).

IV: Rentenaufhebung erst nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen?

Im Rahmen der IVG-Revision 6a sollen ab 2012 systematisch alle Renten überprüft werden. Wo die IV-Stelle ein Eingliederungspotential vermutet, sollen Eingliederungsmassnahmen zugesprochen werden und nach deren Abschluss die Renten herabgesetzt oder aufgehoben werden, wenn sich die Erwerbsfähigkeit dank den Eingliederungsmassnahmen verbessert hat.

Rentenüberprüfungen finden allerdings schon heute statt, in den letzten 5 Jahren ist dieser Prozess bereits intensiviert worden. Heute wird dabei primär geprüft, ob sich der Gesundheitszustand einer Person verbessert hat, wofür die IV-Stellen häufig neue medizinische Gutachten in Auftrag geben. Dabei stellt sich immer wieder dieselbe Frage: Kann einer Person, welche während vieler Jahre eine Rente bezogen und den Bezug zum realen Arbeitsmarkt längst verloren hat, die Rente aufgrund eines theoretisch verbesserten Gesundheitszustands ohne Übergangsfrist herabgesetzt oder aufgehoben werden, und dies ohne der versicherten Person zuvor Eingliederungsmassnahmen zu gewähren?

Das Bundesgericht hat diese Frage in einem neueren Urteil vom 10.9.2010 (9C_163/2009) erneut bejaht. Zu beurteilen hatte es den Fall eines 44-jährigen ehemaligen Bauarbeiters, der seit 14 Jahren eine ganze Invalidenrente bezogen hatte. Diesem Versicherten war die Rente aufgehoben worden, weil ein neues Gutachten zum Schluss gelangt war, es bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit, was nach Ansicht der IV-Stelle nur noch einen Invaliditätsgrad von 15% ergab.

Das Bundesgericht hat in Zusammenfassung seiner langjährigen Praxis festgehalten, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar sei. Praktisch bedeute dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlos-

sen und damit der Invaliditätsgrad ohne Übergangsfrist neu festgelegt werden dürfe. Dies sei insbesondere dann der Fall, wenn schon zuvor eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit bestanden habe, „so dass der anspruchserhebliche Zugewinn an Leistungsfähigkeit kaum zusätzlichen Eingliederungsbedarf“ nach sich ziehe, sowie dann, wenn das hinzugewonnene Leistungsvermögen in einer Tätigkeit verwertet werden könne, welche die versicherte Person bereits ausgeübt habe oder unmittelbar wieder ausüben könnte.

Von diesem Grundsatz gibt es nach Ansicht des Bundesgerichts nur wenige Ausnahmen: Dies sei einmal der Fall, wenn die ärztliche Beurteilung der (verbesserten) Arbeitsfähigkeit unter dem ausdrücklichen Vorbehalt der Durchführung befähigender beruflicher Massnahmen erfolge. Dies sei aber auch dann der Fall, wenn nach langjährigem Rentenbezug davon ausgegangen werden müsse, dass es einer Person nur mit Hilfe rehabilitativer und beruflicher Massnahmen überhaupt möglich sei, die wiedergewonnene theoretische Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch wirklich zu verwerten.

Im konkret zu beurteilenden Fall verneinte das Bundesgericht einen solchen Ausnahmefall, obschon ein langjähriger Rentenbezug vorlag, der unbestreitbar zu einer invaliditätsbedingten arbeitsmarktlichen Desintegration geführt hatte. Für die Einschätzung des Bundesgerichts war offensichtlich massgebend, dass der Versicherte wegen seiner subjektiver Krankheitsüberzeugung in den 2 Jahren seit der medizinischen Begutachtung keinerlei Anstrengung zur Selbsteingliederung unternommen hatte und damit für eine Wiedereingliederung auch nicht ernsthaft zu motivieren war.

Wird schliesslich eine Rente ohne Übergangszeit aufgehoben, so schliesst dies selbstverständlich nicht aus, dass die IV-Stelle der betroffenen Person parallel zum Aufhebungsentscheid oder danach Eingliederungsmassnahmen gewährt, z.B. in Form einer Arbeitsvermittlung. In der Praxis zeigt sich allerdings, dass die Intensität solcher Unterstützungen oft nachlässt, wenn einmal eine Rente aufgehoben worden ist, und dass solche Arbeitsvermitt-

lungen entsprechend selten zu einem Ergebnis führen. Die betroffenen ehemaligen Rentenbezüger fühlen sich deshalb verständlicherweise häufig von der IV-Stelle in ihrer schwierigen Lage fallen gelassen.

Georges Pestalozzi-Seger

Hilflosenentschädigung: Zum Besitzstand im AHV-Alter

Hat eine Person bis zum Erreichen des AHV-Alters (oder dem Vorbezug der AHV-Rente) eine Hilflosenentschädigung der IV bezogen, so wird ihr die Entschädigung danach mindestens im bisherigen Betrag weitergewährt (Art. 43bis AHVG).

Dieser Besitzstandsgarantie kommt deshalb eine wesentliche Bedeutung zu, weil sich der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung gemäss AHVG in verschiedener Hinsicht vom Anspruch gemäss IVG unterscheidet: Einerseits wird im AHV-Alter der Bedarf an lebenspraktischer Begleitung bei der Bemessung der Hilflosigkeit nicht berücksichtigt, andererseits entfällt der Anspruch im AHV-Alter im Falle einer Hilflosigkeit leichten Grades, wenn sich eine Person im Heim aufhält. Schliesslich – und dies ist der grösste Unterschied – ist die Hilflosenentschädigung bei Personen im AHV-Alter, die nicht im Heim leben, nur halb so hoch wie jene im IV-Alter.

Was gilt nun aber, wenn eine Person, welche vom Besitzstand bei Übertritt ins AHV-Alter profitiert hat, später seinen Aufenthaltsstatus ändert? Das Bundesgericht hatte sich vor kurzem mit dem Fall eines Versicherten zu befassen, der als Taubblinder im IV-Alter eine Hilflosenentschädigung für schwere Hilflosigkeit bezogen hatte. Bei Erreichen des AHV-Alters war ihm diese Entschädigung aufgrund der Besitzstandsregeln vorderhand weiter gewährt worden. Als sich dann die Betreuungssituation kurzfristig verschlechterte, trat der Versicherte vorübergehend für insgesamt 11 Monate in ein Heim ein, worauf die Hilflosenentschädigung auf den halben Ansatz reduziert wurde. Als er danach wieder in eine eigene Wohnung zog, weigerte sich die Ausgleichskasse, die Entschädigung wieder auf den doppelten Ansatz wie vor dem Heimeintritt zu erhöhen.

Anders als die kantonale Vorinstanz gelangte das Bundesgericht in seinem Urteil vom 3.5.2011 (9C_150/2011) zum Ergebnis, dass in einem solchen Fall die Besitzstandsgarantie effektiv nicht wieder aufleben könne.

Sinn und Zweck der Besitzstandsgarantie sei es einzig zu verhindern, dass die Versicherten bei Eintritt ins Rentenalter – allein wegen der Ablösung der IV durch die AHV – eine Leistungskürzung gewärtigen müssten. Darüber hinaus sei jedoch eine einschränkende Auslegung dieser Garantie angezeigt. Sie komme dann, wenn sich der anspruchsbegründende Sachverhalt (hier: der Aufenthaltsort) verändere, nicht zur Anwendung.

Mit diesem Urteil hat sich das Bundesgericht der Ansicht des BSV angeschlossen: Dieses hatte während der Dauer des Beschwerdeverfahrens eine Bestimmung des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit (Ziffer 8126 KSIH) ersatzlos per 1.1.2011 gestrichen. In jener Weisungsbestimmung war noch gestanden, dass bei Änderung des Aufenthaltsortes einer Person, welche eine Hilflosenentschädigung aufgrund der Besitzstandsgarantie erhält, die Folgen dieselben wie vor dem Rentenalter seien.

Für die betroffene Person hat der vorübergehende Heimaufenthalt dazu geführt, dass sie ihre Besitzstandsansprüche definitiv verloren hat und nun für alle Zukunft jährlich 11'136 Franken weniger an Hilflosenentschädigungen erhalten wird. Diese Konsequenz ist überaus hart. Es muss deshalb allen potentiell Betroffenen dringend geraten werden, von einem auch nur kurzen vorübergehenden Heimaufenthalt abzusehen, wenn sich dieser wenn immer möglich vermeiden lässt.

Georges Pestalozzi-Seger

Krankenversicherung: Übernahme von Arzneimitteln, die nicht in der Spezialitätenliste figurieren

Das Bundesgericht hat am 23. November 2010 ein Urteil gefällt, welches für ein erhebliches Medienecho gesorgt hat (136 V 395): Es hatte zu beurteilen, ob die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei einer an einem Morbus Pompe erkrankten Person die Kosten für das Medikament Myozime zu übernehmen habe, Kosten, die sich für die Dauer von 1,5 Jahren auf rund 750'000 Franken beliefen. Das Medikament Myozime figurierte im massgebenden Zeitpunkt nicht in der Spezialitätenliste, es war jedoch von der Swissmedic zugelassen worden, und zwar im Rahmen eines vereinfachten Zulassungsverfahrens, welches für sogenannte „Orphan Drugs“ zur Anwendung gelangt.

Das Bundesgericht hat vorerst seine Rechtsprechung bestätigt, dass die Kosten eines solchen Medikaments nur ausnahmsweise und unter restriktiven Bedingungen übernommen werden können: Es muss bei einer Krankheit, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Probleme nach sich ziehen kann, wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame Behandlungsmethode verfügbar sein, und das Arzneimittel muss einen hohen therapeutischen (kurativen oder palliativen) Nutzen haben.

Bestritten war in diesem Fall, ob von einem hohen therapeutischen Nutzen ausgegangen werden dürfe. Das Bundesgericht hat vorerst festgestellt, dass allein aus der Orphan-Drug-Zulassung noch nicht automatisch auf einen hohen therapeutischen Nutzen geschlossen werden könne, weil die Zulassung einen solchen nicht voraussetze. Im konkreten Fall ist es aufgrund einer eingehenden Prüfung der medizinischen Akten zum Schluss gekommen, dass das streitige Medikament möglicherweise die Reduktion der Lungenleistung und die nächtliche Beatmung sowie weitere Beeinträchtigungen verhindert oder verlangsamt hätte, doch sei das Ausmass dieser Verbes-

serungen ungewiss und weder mit allgemeinen Studien noch im konkreten Fall nachzuweisen; ein „hoher“ therapeutischer Nutzen müsse deshalb verneint werden.

Das Bundesgericht hat zusätzlich auch noch geprüft, ob in diesem Fall das Kriterium der Wirtschaftlichkeit gegeben sei; dieses werde zwar in der Regel nur dann geprüft, wenn mehrere zweckmässige Behandlungsalternativen mit vergleichbarem medizinischen Nutzen vorliegen würden; das bedeute aber nicht, dass es nicht auch dann, wenn es nur eine einzige Behandlungsmöglichkeit gebe, herangezogen werden könne; denn eine Leistung sei generell dann zu verweigern, wenn zwischen Aufwand (Kosten) und Heilerfolg ein grobes Missverhältnis bestehe; je höher der Nutzen eines Medikaments, desto höhere Kosten seien auch gerechtfertigt. Das Bundesgericht hat damit klargestellt, dass es ethisch und rechtlich zulässig ist, Kostenüberlegungen anzustellen, selbst wenn es um die menschliche Gesundheit geht. Das Bundesgericht hat unter Hinweis auf verschiedene frühere Urteile zu kostenaufwändigen Behandlungen und gestützt auf eine Reihe nationaler und internationaler Studien versucht, Kriterien für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit kostspieliger Behandlungen zu entwickeln (vgl. die Erwägungen 7.5, 7.6 und 7.7 des Urteils). Es ist schliesslich zum Ergebnis gelangt, dass angesichts des durch das Arzneimittel Myozime erzielten Nutzens Kosten von jährlich rund 500'000 Franken nicht als wirtschaftlich betrachtet werden könnten.

Interessant ist, dass der Hersteller des Medikaments in der Zwischenzeit einen Antrag auf Aufnahme von Myozime in die Spezialitätenliste gestellt hat. Die Fachkommission des Bundes hat die Aufnahme nach Prüfung der Unterlagen empfohlen, der Entscheid der Verwaltung steht im Zeitpunkt der Verfassung dieses Beitrags jedoch noch aus.

Neue Verordnungsbestimmungen

Das Verfahren um die Kostenübernahme von Myozime hat den Bundesrat bewogen, die Kostenübernahme von Arzneimitteln, die nicht in die Spezialitätenliste aufge-

nommen sind, auf generelle Weise in der Verordnung (Art. 71b KVV) zu regeln. Ebenfalls hat er in analoger Weise geregelt, unter welchen Bedingungen die Kosten von Arzneimitteln übernommen werden sollen, welche zwar in der Spezialitätenliste figurieren, jedoch ausserhalb der genehmigten Fachinformationen und Limitierungen zur Anwendung gelangen sollen (Art. 71a KVV).

Gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung sollen solche Arzneimittel einerseits übernommen werden, wenn ihr Einsatz eine unerlässliche Voraussetzung für die Durchführung einer anderen von der obligatorischen Krankenversicherung übernommenen Behandlung bilden und diese eindeutig im Vordergrund steht. Sie sollen auch dann übernommen werden, „wenn vom Einsatz des Arzneimittels ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet wird, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere oder chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternative keine andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist“ (Art. 71a Abs. 1 KVV). In jedem Fall können solche Arzneimittel nur auf besondere Gutsprache der Krankenkasse nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes übernommen werden.

Die Verordnung hält ebenfalls fest, dass die zu übernehmenden Kosten in einem „angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen“ müssen. Den Krankenversicherern wird dabei die Befugnis erteilt, die Höhe der Vergütung zu bestimmen. Ist ein Arzneimittel in der Spezialitätenliste aufgeführt, dann soll selbst dann, wenn es im Rahmen einer anderen Indikation verwendet wird, der in der SL aufgeführte Preis nicht überschritten werden. Auch wenn die Verordnung damit gewisse Kriterien formuliert und das Prozedere regelt, werden auch in Zukunft weitere Auseinandersetzungen in diesem ethisch-rechtlich heiklen Grenzbereich kaum zu vermeiden sein.

Georges Pestalozzi-Seger

Hörgeräte: Pauschalvergütung ab 1. Juli 2011

Das Eidg. Departement des Innern hat trotz Widerständen verschiedenster Kreise auf den 1.7.2011 ein neues System für die Vergütung von Hörgeräten durch die IV in Kraft gesetzt: Wer ein Hörgerät benötigt, erhält von der IV künftig eine Pauschale von 840 Franken (monaurale Versorgung) resp. von 1'650 Franken (binaurale Versorgung). Diese Beträge liegen erheblich unter den bisherigen Vergütungsansätzen von 1'395 bis 2'100 Franken (monaurale Versorgung) resp. 2'275 bis 3'355 Franken (binaurale Versorgung). Es wird auch nicht mehr unterschieden, ob es sich um eine leichtgradige oder schwergradige Hörbehinderung handelt. Das BSV begründet dies damit, dass nach Ansicht von Fachleuten „kein zuverlässiger Zusammenhang zwischen der Schwere der Hörstörung und dem Anpassungsaufwand sowie den Kosten für ein Hörgerät“ bestehe.

Damit die Pauschale entrichtet wird, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein: Ein HNO-Arzt muss eine genügend schwere Hörstörung festgestellt und die Versorgung mit Hörgeräten empfohlen haben, die Versorgung muss durch eine Fachperson erfolgt sein, es muss sich um ein von der METAS zugelassenes Gerät handeln und der IV müssen Rechnungskopien mit den nötigen Angaben zugestellt werden. Der Pauschalbetrag gelangt selbst dann zur Auszahlung, wenn der eingereichte Rechnungsbetrag unter der Pauschale liegen sollte. Eine medizinische Schlussexpertise entfällt hingegen in Zukunft.

Im Pauschalbetrag sind nicht nur die Kosten des Hörgeräts selber enthalten, sondern sämtliche Dienstleistungen, die während der Dauer von 6 Jahren anfallen. Zusätzlich vergütet werden einzig die Batteriekosten (jährlich 40 Franken bei monauraler Versorgung resp. 80 Franken bei binauraler Versorgung) sowie Reparaturkosten, die ab dem zweiten Jahr anfallen: Auch für diese gelten Pauschalbeträge von 130 Franken resp. bei Elektronikschäden von 200 Franken.

Anspruch auf eine neue Pauschalvergütung entsteht erst nach Ablauf von 6 Jahren. Ausnahmsweise kann er bereits vorher entstehen, falls eine wesentliche Veränderung der Hörfähigkeit eine Neuversorgung nötig macht. Zu erwartende allmähliche Hörminderungen sollen jedoch keinen Anspruch auf ein neues Gerät geben, dies mit der Begründung, dass die Versicherten dafür zu sorgen haben, dass ihr Gerät über eine Verstärkungsreserve verfügt.

Härtefallregelung in Ausnahmefällen

Fachleute und Betroffene befürchten, dass mit den neuen Pauschalansätzen bei komplexen Hörbehinderungen und anspruchsvollen beruflichen Situationen keine adäquate Versorgung mehr finanziert werden kann. Diesen Befürchtungen ist das EDI insoweit etwas entgegengekommen, als es eine Ausnahmeregelung für „Härtefälle“ vorgesehen hat (Ziffer 5.07.2 HVI-Anhang). Diese soll für Personen gelten, die einerseits einer Ausbildung, Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich nachgehen und andererseits aufgrund ihrer Hörstörung schwierig zu versorgen sind. Die Voraussetzungen sollen allerdings restriktiv gehandhabt werden, sie sollen nur bei 3-5% aller Erwerbstätigen mit Hörproblemen zur Anwendung gelangen. Entsprechende Gesuche werden aufgrund einer Prüfung durch HNO-Kliniken von den IV-Stellen anhand eines Kriterienkatalogs entschieden. Wird ein Härtefall festgestellt, wird die IV die über dem Pauschalbetrag liegenden Mehrkosten einer „adäquaten, einfachen und zweckmässigen Versorgung“ übernehmen.

Sonderregelung für Kinder

Bei der Hörgeräteversorgung von Kindern bis 18 Jahren soll das neue Pauschalssystem nicht zur Anwendung gelangen. Hier sind dafür im Anhang zur Hilfsmittel-Liste (Ziffer 5.07.3) für die Geräte und die gesamten Dienstleistungen während 6 Jahren Höchstvergütungsbeträge festgelegt worden, und zwar von 2'830 Franken bei einer monauralen Versorgung und von 4'170 Franken bei einer binauralen Versorgung. Hinzu kommen jährliche Pauschalen von 60 Franken resp. 120 Franken für die Batte-

riekosten. Die Versorgung von Kindern muss zwingend durch Pädakustiker und Pädakustikerinnen erfolgen, welche vom BSV für diese Tätigkeit zugelassen worden sind.

Übergangsregelung

Die Verwaltung erhofft sich vom neuen System mehr Wettbewerb und als Folge davon ein erhebliches Absinken der hohen Preise in der Schweiz. Ob sich dieser Effekt in genügendem Masse einstellen wird oder ob das neue System nicht vielmehr dazu führt, dass die Betroffenen einen stetig höheren Teil der Versorgung selber finanzieren müssen, wird sich erst nach 2-3 Jahren weisen. Zumindest seitens der hörbehinderten Menschen ist die Zuversicht bezüglich erheblich tieferer Preise nicht allzu gross: Viele von ihnen haben sich noch rasch vor dem 1. Juni 2011 für eine neue Versorgung bei der IV angemeldet. Damit profitieren sie während einer Übergangszeit von 6 Jahren noch vom bisherigen System mit seinen wesentlich höheren Ansätzen.

Georges Pestalozzi-Seger