

Die neuen IV-Leistungen im Bereich der Hilflosenentschädigungen: Noch ist vieles unklar...

Mit der 4. IVG-Revision hat der Gesetzgeber die Hilflosenentschädigungen der IV gesetzlich neu konzipiert. Die Verwaltung scheint sich aber mit der Umsetzung der neuen Bestimmungen schwer zu tun. Unklare und schwer nachvollziehbare Weisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung haben zu einer allgemeinen Verunsicherung geführt. Mit den ersten Gerichtsentscheiden beginnt sich die Lage erst allmählich zu klären. Wir geben den aktuellen Zwischenstand wieder:

Wann gilt eine Person als Heimbewohnerin?

Die wichtigste Gesetzesänderung im Rahmen der 4. IVG-Revision stellt die Verdoppelung der Ansätze der Hilflosenentschädigung für alle Versicherten, die nicht in einem Heim wohnen, dar. Bei den Minderjährigen bietet die Abgrenzung zwischen Heimbewohnern und Nichtheimbewohnern keine Probleme, da die Hilflosenentschädigung als Tagespauschale entrichtet wird. Je nach dem, ob ein Kind die Nacht daheim verbracht hat oder ob es in einem Entlastungsheim oder einer Pflegefamilie übernachtet hat, erhält es für den betreffenden Tag die volle oder halbe Hilflosenentschädigung. Anders verhält es sich bei volljährigen Personen: Hier wird die Hilflosenentschädigung als Monatspauschale entrichtet. Wie muss nun vorgegangen werden, wenn eine Person in einem Heim lebt, aber die Wochenenden privat (z.B. bei den Eltern) verbringt? Oder wenn eine Person in der Regel daheim wohnt, aber hin und wieder zur Entlastung der Pflegenden eine Nacht in einer Institution verbringt? Gesetz und Verordnung geben auf diese Frage keine direkte Antwort. Folgt man dem gesunden Menschenverstand, so müsste man die erstere Person als Heimbewohnerin einstufen, die zweite als Nichtheimbewohnerin. Das Bundesamt hat nun aber wenige Monate nach Inkraftsetzung der neuen Bestimmungen eine Weisung an die IV-Stellen erlassen, in der es im Ergebnis die Auffassung vertritt, dass eine Person

bereits dann, wenn sie in einem Monat eine einzige Nacht in einer Institution verbringt, generell als Heimbewohnerin einzustufen ist und damit den Anspruch auf die volle Hilflosenentschädigung im betreffenden Monat verliert.

Diese Weisung hat zu verschiedenen Beschwerdeverfahren geführt. Bei einem schwer behinderten Versicherten aus dem Kanton Wallis, der jeweils fünf Nächte in der Woche daheim, zwei Tage aber zur Entlastung seiner pflegenden Mutter in einer Institution verbracht hat, ist das kantonale Versicherungsgericht zum Ergebnis gelangt, es handle sich nicht um eine Person, «die sich in einem Heim aufhält» im Sinne von Art. 42 ter Abs. 2 IVG. Das kantonale Versicherungsgericht hat sich bei seiner Auslegung auf den Willen des Gesetzgebers berufen, dem es in erster Linie darum gegangen ist, mit der Erhöhung der Ansätze der Hilflosenentschädigung möglichst vielen Versicherten zu erlauben, solange wie möglich eine feste Heimplatzierung zu vermeiden. Es hat die Meinung vertreten, dass eine Person erst dann als Heimbewohnerin einzustufen ist, wenn sie innert einer bestimmten Periode mehr als die Hälfte der Nächte in einer Institution verbringt (Urteil vom 10.12.2004, S1 04 135), eine Ansicht, die auch wir vertreten haben («Behinderung und Recht» 1/04). Der kantonale Entscheid ist nun allerdings vom BSV an das Eidg. Versicherungsgericht weitergezogen worden. Dessen Urteil steht noch aus. In der Zwischenzeit sind verschiedene Verfahren auf kantonaler Ebene sistiert worden.

Intensivpflegezuschlag: Halbierung an Tagen des Sonderschulbesuchs?

Ebenfalls erheblichen Wirbel und etliche Gerichtsverfahren hat eine andere Weisung des BSV ausgelöst: Dieses hat die IV-Stellen im April 2004 angewiesen, minderjährigen Versicherten den Intensivpflegezuschlag an jenen Tagen zu halbieren, an denen diese Kinder

eine Sonderschule im Externat besuchen. Obschon die Behindertenorganisationen gegen diese Kürzung, welche weder im Gesetz noch in der Verordnung eine Grundlage kennt, sofort protestiert haben, hat die Verwaltung vorerst auf deren Durchsetzung bestanden und zur Begründung angeführt, auch bei den früheren Hauspflegebeiträgen seien die Ansätze an den Tagen externen Sonderschulbesuchs halbiert worden. Erst nachdem verschiedene kantonale Gerichte (z.B. Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Urteil vom 22.3.2005, IV.2004.00646) darauf hingewiesen haben, dass das Eidg. Versicherungsgericht die frühere Praxis bei den Hauspflegebeiträgen ebenfalls als unzulässig taxiert hatte, hat das BSV sein Rundschreiben im April 2005 widerrufen und klargestellt, dass auch beim Besuch der Sonderschule im Externat rückwirkend ab 1.1.2004 Anspruch auf den vollen Ansatz des Intensivpflegezuschlags besteht. Mehrere Familien warten nun auf die Nachzahlung des Differenzbetrags.

Noch unklar ist, ob der Bundesrat in seiner Botschaft zur 5. IVG-Revision eine gesetzliche Basis für die Halbierung des Intensivpflegezuschlags vorschlagen wird. In der Vernehmlassungsvorlage ist ein solcher neuer Artikel vorgesehen gewesen, von den Behindertenorganisationen aber bekämpft worden. Dies vor allem mit dem Argument, dass sich der Pflegebedarf der Eltern bei schwerstbehinderten Kindern an den Tagen des externen Sonderschulbesuchs zwar etwas reduziert, sicher aber nicht um die Hälfte.

Lebenspraktische Begleitung: Erwartungen nicht erfüllt

Im Rahmen seiner Botschaft zur 5. IVG-Revision hat der Bundesrat die Einführung einer Hilflosenentschädigung für Versicherte, die regelmässig auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind, als wesentlichen Beitrag zur Gleichbehandlung der psychisch und geistig behinderten mit den körperlich behinderten Menschen dargestellt: Mit der neuen Leistung solle es auch dieser Kategorie Versicherter ermöglicht werden, ein Leben ausserhalb von Heimstrukturen zu finanzieren. Es wurde in den Kostenschätzungen des Bundesrates davon ausgegangen, dass allein diese Massnahme jährlich rund 56 Mio Franken kosten werde, da sie voraussichtlich von über 10000 Menschen jährlich in Anspruch genommen werde. Die Behindertenorganisationen haben diese Schätzungen bereits damals bezweifelt, ihre Befürchtungen sind nun aber weit übertroffen worden: Heute

erhält bloss ein Bruchteil der betreffenden Personen wirklich eine Hilflosenentschädigung wegen Bedarfs an lebenspraktischer Begleitung. Verantwortlich dafür ist eine überaus restriktive Praxis bei der Leistungszusprache.

In der Einführungsphase sind die Gesuche immer wieder mit der Begründung abgewiesen worden, die geistig oder psychisch behinderte Person müsse selbständig, d.h. allein wohnen. Kein Anspruch entstehe, wenn eine Person in Wohngemeinschaft mit Familienangehörigen oder in einer betreuten Wohnsituation lebe. Hier hat das BSV erfreulicherweise rasch klärend eingegriffen und in einer Weisung festgehalten, dass es unerheblich sei, in welcher Umgebung sich die versicherte Person aufhalte und ob sie auf die Hilfe des Ehegatten, der Kinder oder Eltern zählen könne. Einzige Bedingung sei, dass sie ausserhalb eines «Heimes» wohne.

Trotz dieser klärenden Weisung der Aufsichtsbehörde lehnen immer wieder IV-Stellen Gesuche ab mit der Begründung, die versicherte Person sei auch mit Begleitung nicht in der Lage selbständig, d.h. allein zu wohnen, weshalb sie keinen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung für lebenspraktische Begleitung geltend machen könne. Diese Auslegung hat vor noch nicht allzu langer Zeit das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen verworfen (Urteil vom 17.2.2005; IV 2004/75): Es genüge – so das Gericht –, dass der Versicherte dank der lebenspraktischen Begleitung durch seine Eltern in der Lage sei, zu Hause zu wohnen, wenn er ohne diese Begleitung gezwungen wäre, in einem Behindertenheim zu leben. Das Urteil ist von der IV-Stelle allerdings an das Eidg. Versicherungsgericht weitergezogen worden, dessen Entscheid noch aussteht.

Ebenfalls häufige Probleme bereitet eine andere Verwaltungsweisung, die verlangt, dass eine Person durchschnittlich mindestens zwei Stunden Dritthilfe pro Woche in Anspruch nehmen muss, damit ein regelmässiger Bedarf an lebenspraktischer Begleitung angenommen werden darf. Gerade leicht geistig behinderte Menschen können oft mit einer Begleitung von 1–2 Stunden pro Woche das Ziel einer selbständigen Lebensführung erreichen. Und wenn sie tatsächlich mehr Hilfe in Anspruch nehmen, wird ihnen bisweilen von den Abklärungspersonen der IV vorgehalten, diese Hilfe sei teilweise nicht nötig und werde deshalb nicht angerechnet. Im Falle einer solchen Person aus dem Kanton Bern musste Beschwerde an das Verwaltungs-

gericht erhoben werden, welches dann gestützt auf die überzeugenden Ausführungen der Pro Infirmis über die Notwendigkeit regelmässiger stützender Gespräche den Anspruch schliesslich bejaht hat (Urteil vom 1.12.2004; IV 64851/345/2004).

Auf der anderen Seite wird auch Menschen mit einer schweren psychischen oder geistigen Behinderung der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung bisweilen abgelehnt, und zwar mit der Begründung, es könnten nur Hilfeleistungen Dritter berücksichtigt werden, welche

als indirekte Hilfe im Sinne von Anleitungen, stützenden Gesprächen und Begleitungen erbracht würden, nicht aber Hilfe im Sinne einer direkten Übernahme gewisser alltäglicher Verrichtungen. Diese Betrachtungsweise würde paradoxerweise dazu führen, dass je schwerer die Behinderung, desto geringer die Aussicht auf eine Hilflosenentschädigung wäre. Auch zu dieser Frage ist mindestens noch ein gerichtliches Verfahren hängig, das hoffentlich die nötige Klärung bringen wird.

Georges Pestalozzi-Seger

Haben auch Kinder von Grenzgängern Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen der IV?

Die heutige Regelung in Gesetz und Verordnung

In der Invalidenversicherung sind nicht nur Personen mit Wohnsitz in der Schweiz obligatorisch versichert, sondern auch Personen, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, aber in der Schweiz erwerbstätig sind (z.B. Grenzgänger, Kurzaufenthalter). Personen wiederum, die für einen Arbeitgeber mit Sitz in der Schweiz im Ausland tätig sind und von ihm entlohnt werden, können mit dem Einverständnis des Arbeitgebers die obligatorische Versicherung weiterführen; desgleichen nicht erwerbstätige Studierende unter 30 Jahren, die ihren Wohnsitz in der Schweiz aufgeben, um im Ausland einer Ausbildung nachzugehen (Art. 1a Abs. 3 AHVG). Und schliesslich können Schweizer Bürger und EU- sowie EFTA-Staatsangehörige der freiwilligen AHV/IV beitreten, wenn sie zuvor während mindestens 5 Jahren der obligatorischen Versicherung angeschlossen gewesen sind und in einem Staat ausserhalb des EU- und EFTA-Raumes Wohnsitz nehmen.

Bei allen diesen Personen, die ausserhalb der Schweiz Wohnsitz haben, gilt jedoch das Prinzip der persönlichen Versicherungsunterstellung. Mit anderen Worten: Die Familienangehörigen (Ehegatte, Kinder) sind nicht automatisch mitversichert, sondern nur dann, wenn sie selber ebenfalls die Versicherungsvoraussetzungen erfüllen resp. ebenfalls der freiwilligen Versicherung beigetreten sind. Dieses Prinzip hat das Eidg. Versicherungsgericht in einem Grundsatzentscheid vor kurzem bestätigt (Urteil vom 6.4.2004; SVR 2004 AHV Nr. 17). Allerdings führt dieser Grundsatz anerkanntermassen zu Härten. Der Bundesrat hat deshalb in Art. 22 quater Abs. 2 IVV eine Ausnahme vorgesehen: Kinder solcher

Versicherter haben auch dann, wenn sie selber der Versicherung nicht unterstellt sind, Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen der IV bis zum 20. Altersjahr. Diese Ausnahme gilt allerdings wiederum nur für die Kinder von Versicherten, die für einen Arbeitgeber mit Sitz in der Schweiz im Ausland tätig sind (Art. 1a Abs. 3 AHVG) und für die Kinder jener, die der freiwilligen Versicherung beigetreten sind. Sie gilt nach dem Wortlaut der Verordnung jedoch nicht für die Kinder von Grenzgängern.

Würdigung durch das EVG

Das Eidg. Versicherungsgericht hat sich nun vor kurzem mit der Frage befassen müssen, ob die vom Verordnungsgeber getroffene unterschiedliche Behandlung der im Ausland wohnenden Kinder von Versicherten in dieser Form überhaupt zulässig ist. Zu beurteilen war der Fall von Eheleuten (der Ehemann Schweizer, die Ehefrau Französin), welche als Grenzgänger in Frankreich wohnen und beide in Genf erwerbstätig (und deshalb obligatorisch der AHV/IV unterstellt) sind, deren Tochter mit einem Geburtsgebrechen zur Welt gekommen ist. Das Gesuch um Übernahme der medizinischen Behandlung in einem Genfer Spital als «medizinische Eingliederungsmassnahme» hatten zuvor sowohl die IV wie auch die Eidg. Rekurskommission mangels Versicherteneigenschaft des Kindes abgewiesen.

In seinem Urteil vom 12.1.2005 (I 169/03) ist das EVG trotz aller Zurückhaltung bei der Überprüfung von Verordnungen des Bundesrates zum Schluss gelangt, dass die vom Bundesrat getroffene unterschiedliche Behandlung vor dem verfassungsmässigen Gebot der

rechtsgleichen Behandlung nicht standhält. Die Gründe, welche für die Ausnahmeregelung bei freiwillig Versicherten sowie bei den für eine Schweizer Firma im Ausland erwerbstätigen obligatorisch Versicherten sprechen, würden ebenso sehr für die Kinder von Grenzgängern sprechen: Weder sei es diesen Eltern möglich, ihre Kinder freiwillig in der Schweiz zu versichern, noch bestehe in der Regel die Möglichkeit eines Versicherungsschutzes im Wohnsitzland, da dieser meistens an eine Erwerbstätigkeit in diesem Land gekoppelt sei. Die vom BSV geltend gemachten Argumente für eine unterschiedliche Regelung sind vom EVG nicht als stichhaltig betrachtet worden. Mit der Ausdehnung der Ausnahmeregelung auf Kinder von Grenzgängern werde der Grundsatz, wonach Eingliederungsmassnahmen in erster Linie in der Schweiz und nur ausnahmsweise im Ausland zu gewähren seien, nicht in Frage gestellt. Und auch das Argument der zu erwartenden Mehrkosten hat das Gericht nach genauer Analyse des gesetzgeberischen Willens nicht als schlüssig eingestuft. Entscheidend für das EVG ist geblieben, dass es sachlich nicht zu rechtfertigen ist, die Kinder von obligatorisch Versicherten letztlich schlechter zu stellen als jene von

freiwillig Versicherten, deren Verbindungen zur Schweiz in aller Regel weit weniger eng sind als jene von Grenzgängern. Im Ergebnis muss deshalb – so hat das EVG entschieden – die Ausnahmeregelung von Art. 22 quater Abs. 2 IVV auch für die Kinder von Grenzgängern gelten.

Wie weiter in der 5. IVG-Revision?

Ob die im Sinne des EVG getroffene Klärung längerfristig Bestand haben wird, ist allerdings noch unsicher. Der Bundesrat hat nämlich in seiner Vernehmlassungsvorlage zur 5. IVG-Revision vorgeschlagen, die bisherige Verordnungsregelung neu im Gesetz in Art. 9 Abs. 2 IVG zu regeln. Einmal im Gesetz verankert, wäre die Regelung der Überprüfung der Verfassungsmässigkeit durch die Gerichte entzogen. Noch unsicher ist aber, ob der Bundesrat nach dem höchststrichterlichen Entscheid an seinem Vorhaben festhält. Und offen ist natürlich auch, ob das Parlament einer Regelung zustimmen wird, welche nach Ansicht des obersten Gerichts mit dem Gleichbehandlungsgebot der Verfassung nicht vereinbar ist.

Georges Pestalozzi-Seger

Krankenversicherung: Wer bezahlt, wenn Heimbewohner in ein Spital eingewiesen werden müssen?

Die Frage des Wohnsitzes von Heimbewohnern beschäftigt immer wieder Verwaltung und Gerichte. Wir haben selber schon mehrfach darüber in «Behinderung und Recht» berichtet, letztmals im September 2001. Nun liegt ein Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vor, welches sich zur krankenversicherungsrechtlichen Seite der Problematik äussert. Wir fassen es kurz zusammen:

Ausgangslage

Eine schwer behinderte junge Frau, die ihre Kindheit und Jugend bei den Eltern im Kanton Waadt verbracht hat, ist nach Abschluss der Schule in einer Institution im Kanton Bern platziert worden, in der sie seit mehreren Jahren lebt. Der damalige Platzierungsentscheid erfolgte durch die Eltern in Absprache mit dem Arzt und mit Zustimmung der IV-Stelle des Kantons Waadt. Im Kanton Bern hat die junge Frau ausserhalb des Behindertenheimes bisher keine Kontakte geknüpft, sie kehrt jedes zweite Wochenende und während 7 Ferienwochen

jährlich jeweils zu den Eltern heim. Der Heimaufenthalt wird durch die IV und mit Ergänzungsleistungen finanziert, welche die Ausgleichskasse des Kantons Waadt festlegt. Die Schriften der Frau sind weiterhin im Kanton Waadt deponiert, wo sie steuerpflichtig ist, und sie ist auch Mitglied der Krankenkasse KPT im Kanton Waadt.

Im Sommer 2003 musste die Versicherte wegen einer Psychose in der Psychiatrischen Klinik Münsingen hospitalisiert werden. Die Klinik wandte sich in der Folge an den Kanton Waadt und ersuchte um Kostengutsprache für den ausserkantonalen Spitalaufenthalt. Die zuständige Stelle des Kantons Waadt verweigerte diese mit der Begründung, die Patientin wohne im Kanton Bern, weshalb man nicht von einem ausserkantonalen Spitalaufenthalt sprechen könne. Auch das Versicherungsgericht des Kantons Waadt schloss sich dieser Ansicht an, worauf sowohl die Versicherte wie auch die

Krankenkasse Beschwerde an das Eidg. Versicherungsgericht erhoben haben.

Das Urteil des EVG

Art. 41 Abs. 3 KVG regelt die Finanzierung von Spitalaufenthalten in einem ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital, welche aus medizinischen Gründen (z.B. in Folge eines Notfalls) erforderlich werden. In solchen Fällen hat die Krankenkasse einen Kostenanteil zu übernehmen, der den Tarifen des betreffenden Spitals für die eigenen Kantoneinwohner entspricht. Die restlichen Kosten muss der Wohnkanton übernehmen. Das Gesetz spricht in der deutschen Fassung vom «Wohnkanton», in der französischen Fassung des Gesetzes von «canton de résidence». In Anbetracht dieser divergierenden Formulierungen und des Mangels an Hinweisen in den Gesetzesmaterialien hat das EVG eine Auslegung aufgrund des Sinnes des Gesetzes vorgenommen. In Anbetracht der Tatsache, dass die Kantone mindestens 50% der anrechenbaren Kosten in den öffentlichen Spitälern decken müssen, sei bei der Interpretation des Begriffs des Wohnkantons der steuerliche Aspekt als relevant anzusehen. Im Allgemeinen entspreche der steuerrechtliche Wohnsitz dem zivilrechtlichen Wohnsitz im Sinne von Art. 23 ZGB ff., weshalb letztlich dieser massgebend sei.

Im konkreten Fall ist das EVG nun anders als die Vorinstanz zum Schluss gelangt, dass die Versicherte im Kanton Bern keinen Wohnsitz begründet hat. Die Plat-

zierung im Heim im Kanton Bern sei von den Eltern entschieden worden, die Versicherte habe nicht aus freien Stücken bewusst dauerhaft einen neuen Mittelpunkt ihrer Lebensbeziehungen gewählt und habe auch nicht die Beziehung zum früheren Wohnort abgebrochen; deshalb müsse in diesem Fall tatsächlich von einem ausserkantonalen Aufenthalt ausgegangen werden; da die Spitaleinweisung unbestrittenermassen als Notfall anzusehen sei, müsse der Kanton Waadt Kostengutsprache leisten (Urteil vom 17.1.2005; K 108/04).

Kommentar

Erfreulich ist, dass das Urteil zu einer Klärung dieser immer wieder kontroversen Zuständigkeitsfrage geführt hat. Im zu beurteilenden Fall ist das Ergebnis sicher sinnvoll. Muss ein Heimbewohner oder eine Heimbewohnerin demgegenüber nicht notfallmässig in ein Spital eintreten, so wird sie sich in den überwiegenden Fällen, weil sie am Ort des Heimaufenthaltes keinen Wohnsitz begründet hat, zur Behandlung in den ursprünglichen Wohnkanton begeben müssen. Je nach den konkreten Verhältnissen sind solche Spitalertritte mit langen Transporten verbunden, was im Falle von kurzen Hospitalisierungen nicht gerade sinnvoll erscheint. Für solche Personen bleibt deshalb eine Zusatzversicherung, welche die Behandlungen in allen öffentlichen Spitälern der Schweiz in der allgemeinen Abteilung deckt, nach wie vor sinnvoll.

Georges Pestalozzi-Seger

Welche Kosten müssen die Krankenversicherer bei psychiatrischer Spitex-Pflege übernehmen?

Über die neuen Urteile des Eidg. Versicherungsgerichts ist in der Presse bereits breit berichtet worden. Wir verzichten auf die Wiedergabe der Vorgeschichte des Konflikts zwischen Krankenkassen einerseits und Spitex-Organisationen, Krankenpflegeverbänden und Behindertenorganisationen andererseits, wollen aber doch der Frage nachgehen, welche konkreten Leistungen nun nach Ansicht des EVG im Rahmen der psychiatrischen Spitex-Pflege von den Krankenversicherern zu übernehmen sind und welche nicht.

Ganz generell hat das EVG in seinen Urteilen vom 18.3.2005 (z.B. K 105/04) festgehalten, dass ein behandlungsbedürftiger psychischer Gesundheitsschaden vorliegen muss und dass die erkrankte Person in ärztlicher Behandlung stehen muss. Entscheidend für die Leistungspflicht der Krankenversicherer sei somit, dass es sich um krankheitsbedingte Pflegemassnahmen handle und nicht um Massnahmen, die aus andern persönlichen oder sozialen Gründen erforderlich seien. Im Einzelnen sind folgende Massnahmen von den Krankenversicherern als Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu finanzieren:

Massnahmen der Abklärung und der Beratung

Psychisch erkrankte Personen haben vorerst wie körperlich Erkrankte Anspruch auf Finanzierung der Abklärung und Beratung (Art. 7 Abs. 2a KLV). Dazu gehören einerseits die Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfelds der Patienten sowie die Planung der nötigen Massnahmen zusammen mit den Patienten und dem Arzt resp. der Ärztin. Dazu gehört ebenfalls die Beratung von Patienten und Personen in ihrem Umfeld, z.B. bezüglich der Einnahme von Medikamenten und dem Gebrauch medizinischer Geräte, sowie die Kontrolle. Bei psychisch Erkrankten habe – so das EVG – die Beratung den besonderen Anforderungen an die Krankenpflege bei psychischen Beeinträchtigungen Rechnung zu tragen; im Einzelfall könne etwa die Anleitung und Einübung von Bewältigungsmechanismen, die Unterstützung in Krisensituationen oder die Beratung im Umgang mit Krankheitssymptomen erforderlich sein. Diese Massnahmen dürften allerdings nicht therapeutischen Charakter aufweisen, sondern hätten sich auf die pflegerische Betreuung zu beschränken; sie dürften sich auch nicht in einer krankheitsunabhängigen Beratung in persönlichen und sozialen Fragen oder in der Mithilfe im Haushalt erschöpfen.

Massnahmen der Behandlungspflege

Grundsätzlich haben auch psychisch erkrankte Menschen Anspruch auf Massnahmen der Behandlungspflege wie etwa die Verabreichung von Medikamenten (Art. 7 Abs. 2b KLV). Allerdings hat das EVG hier noch einmal betont, dass Massnahmen mit eigentlichem psychotherapeutischen Charakter unter diesem Titel nicht vergütet werden könnten, weshalb unter dem Titel der «Behandlungspflege» für spezifische psychiatrische Pflegeleistungen wenig Raum bleibe.

Massnahmen der Grundpflege

Schliesslich haben psychisch erkrankte Menschen auch Anspruch auf Massnahmen der Grundpflege wie etwa

die Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden sowie beim Essen und Trinken (Art. 7 Abs. 2c Ziff. 1 KLV). Nun wird aber in Ziff. 2 dieses Artikels auch noch die «psychiatrische und psychogeriatrische Grundpflege» als Pflichtleistung aufgeführt. Krankenversicherer und überraschenderweise auch das BAG haben sich auf den Standpunkt gestellt, unter diesem Titel seien keine eigenständigen Leistungen gemeint, sondern einzig der höhere zeitliche Aufwand, der in der ordentlichen Grundpflege bei psychisch erkrankten Personen anfalle. Diese Auslegung hat das EVG nun mit aller Klarheit zurückgewiesen und festgehalten, dass unter die «psychiatrische und psychogeriatrische Grundpflege» besondere Leistungen zu subsumieren seien, welche der Überwachung und Unterstützung psychisch erkrankter Personen bei der Alltagsbewältigung (Bewältigung grundlegender alltäglicher Lebensverrichtungen) dienen; darunter würden allerdings nur Massnahmen der Personenhilfe und nicht der Sachhilfe (Haushalthilfe) fallen; letztlich gehe es bei diesen Massnahmen darum, der psychisch erkrankten Person wieder zu ermöglichen, die alltäglichen Lebensverrichtungen selber zu besorgen, dies im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe. Das EVG hat nicht zu Unrecht festgestellt, dass die Massnahmen der Beratung und jene der Unterstützung bei der Alltagsbewältigung ineinander fliessen und dass auch gewisse Abgrenzungen zwischen Pflichtleistungen und Nichtpflichtleistungen mit Schwierigkeiten verbunden sind. Trotz erfreulicher Klärung ist deshalb nicht auszuschliessen, dass es im einen oder anderen Fall auch in Zukunft Konflikte geben wird, zumindest solange sich die Aufsichtsbehörde um die Formulierung klarer Kriterien drückt.

Georges Pestalozzi-Seger

Herausgeber:

Rechtsdienst für Behinderte der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter SAEB

Zweigstelle Zürich

Bürglistrasse 11, 8002 Zürich, Tel.: 01/201 58 27

Zweigstelle Bern

Schützenweg 10, 3014 Bern, Tel.: 031/331 26 25

Edition française:

«Droit et handicap»

Unentgeltliche Beratung in Invaliditätsbedingten

Rechtsfragen, insbesondere Sozialversicherungen