

Behinderung und Recht 2/15

Inhaltsverzeichnis

- Assistenzbeitrag:
Klärender Grundsatzentscheid Seite 2
- Vorleistungspflicht der Arbeitslosenversicherung:
Neue Urteile Seite 5
- Überprüfungsbefugnis der IV bei Vorliegen
eines Revisionsgrundes:
Zwei Bundesgerichtsurteile Seite 7
- Krankenversicherungsprämie bei Heimbewohnern:
Unterschiedliche Anknüpfungspunkte bei der
Krankenversicherung und bei den Ergänzungs-
leistungen Seite 9

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, Mühlemattstrasse 14a, 3007 Bern

Tel. 031 370 08 35

Unentgeltliche Beratung in invaliditätsbedingten Rechtsfragen,
insbesondere Sozialversicherungen

„Behinderung und Recht“ ist auch verfügbar auf

www.integrationhandicap.ch (Publikationen)

Edition française: „Droit et handicap“

Assistenzbeitrag: Klärender Grundsatzentscheid

Seit dem 1.1.2012 können Bezüger und Bezügerinnen einer Hilflosenentschädigung, welche nicht im Heim leben, einen Assistenzbeitrag beanspruchen. Von Beginn weg ist das vom Bundesrat in der Verordnung entwickelte und von der Verwaltung im Kreisschreiben (Kreisschreiben über den Assistenzbeitrag KSAB) erarbeitete Modell aus verschiedensten Gründen kritisiert worden. Nun hat das Bundesgericht am 17.10.2014 einen Grundsatzentscheid (9C_648/2013) gefällt, mit welchem es das geltende Modell des Assistenzbeitrags weitgehend als gesetzeskonform eingestuft und gestützt hat.

Ausgangspunkt für den Entscheid bildete die Beschwerde eines Versicherten, der bei einem Unfall ein schweres Schädel-Hirntrauma erlitten hatte, für dessen Folgen er eine ganze Invalidenrente der IV sowie eine Hilflosenentschädigung für mittelschwere Hilflosigkeit bezog. Nachdem er zwei Jahre in einem Wohnheim gelebt hatte, bezog er im September 2012 eine eigene Wohnung in der Hoffnung, die benötigte Assistenz mit Hilfe des Assistenzbeitrags finanzieren zu können. Die IV-Stelle sprach ihm allerdings nach durchgeführter Abklärung nur einen monatlichen Beitrag von Fr. 302.60 zu, was offensichtlich nicht ausreichte, um die anfallenden Assistenzkosten zu decken. Der Versicherte erhob vorerst Beschwerde beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und danach beim Bundesgericht, blitzte aber im Wesentlichen bei beiden Instanzen ab.

Standardisierte Ermittlung des Hilfsbedarfs zulässig

Ausgangspunkt für die Bemessung des Assistenzbeitrags ist gemäss Art. 42sexies Abs. 1 IVG „die gesamthaft für Hilfeleistungen benötigte Zeit“. Der Versicherte war der Auffassung, dass die Ermittlung des Hilfebedarfs mit dem standardisierten Abklärungsinstrument FAKT 2 einen Zeitbedarf ergab, welcher der effektiv benötigten Hilfe nicht entsprach; insbesondere werde für die indirekte Hilfe (Anleitung, Aufforderung, Beaufsichtigung und Kontrolle) ein viel zu niedriger Minutenwert eingesetzt;

der Assistenzbedarf sei deshalb individualisiert aufgrund der konkreten Verhältnisse des Einzelfalls zu ermitteln.

Das Bundesgericht gelangte zu folgendem Schluss: Der Umstand, dass der mittels FAKT2 eruierte Hilfebedarf geringer ausfalle als der Umfang der tatsächlich geleisteten Hilfe, lasse nicht zum vornherein Zweifel an der Tauglichkeit des Abklärungsinstruments aufkommen; das Vorgehen mittels standardisierter Abklärung der individuellen Situation entspreche letztlich auch dem Willen des Gesetzgebers; die zeitlichen Vorgaben in FAKT2 würden den durchschnittlichen Aufwand wiedergeben und auf den Erkenntnissen des wissenschaftlich begleiteten Pilotversuchs beruhen; die Vorgabe bestimmter Zeiteinheiten diene der Objektivierung des Bedarfs, den nach subjektiven Gesichtspunkten festzulegen das Gleichbehandlungsgebot verbiete; zudem werde immer nur der regelmässig und nicht der nur punktuell anfallende Hilfebedarf berücksichtigt; die Ermittlung des Assistenzbedarfs aufgrund des Abklärungsinstruments FAKT2 erweise sich somit insgesamt als rechtmässig. Da vom Beschwerdeführer offenbar nicht dargelegt werden konnte, dass gewisse im FAKT2 getroffene Zeitannahmen auch in objektiver Hinsicht klar ungenügend sind, hat das Bundesgericht den Entscheid der Verwaltung und der Vorinstanz nicht in Frage gestellt.

Pauschalansatz von Fr. 32.80 pro Stunde nicht zu beanstanden

Das Bundesgericht hatte sich ebenfalls mit der Rüge auseinanderzusetzen, dass der Pauschalansatz von Fr. 32.80, der gemäss Art. 39f IVV für eine Stunde an Hilfeleistung bezahlt wird, ungenügend sei. Es hat diese Rüge verworfen: Weder zwingt dieser Ansatz den Arbeitgeber gesetzliche Arbeitgeberpflichten zu verletzen, noch liege er deutlich unter den Durchschnittskosten für persönliche Dienstleistungen gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik; schliesslich decke der Assistenzbeitrag lediglich die Kosten der Hilfeleistung selber, nicht aber Spesen und Auslagen für die Assistenzperson.

Höchstansatz anrechenbarer Assistenzleistungen

Art. 39e IVV legt fest, dass je nach Hilflosigkeitsgrad und Anzahl alltäglicher Lebensverrichtungen, bei denen ein Hilfebedarf besteht, unterschiedliche Höchstansätze für die anrechenbaren Assistenzstunden gelten. Bezieht eine Person eine Hilflosenentschädigung für mittelschwere Hilflosigkeit und ist sie in 4 alltäglichen Lebensverrichtungen auf Dritthilfe angewiesen, so sind maximal 120 Assistenzstunden pro Monat anrechenbar. Der Beschwerdeführer hatte ursprünglich eine solche Hilflosenentschädigung mittleren Grades unter Annahme eines Hilfebedarfs in 4 Lebensverrichtungen erhalten. Dennoch rechnete die IV-Stelle bei ihm nur 90 Assistenzstunden pro Monat an. Sie war im Rahmen der neuen Abklärung zum Ergebnis gelangt, dass er nur noch bei 3 alltäglichen Lebensverrichtungen auf regelmässige Dritthilfe und zusätzlich auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sei (was ebenfalls zu einer mittleren Hilflosenentschädigung berechtigt); die Hilfeleistung bei der Lebensverrichtung „Fortbewegung / Pflege gesellschaftlicher Kontakte“ sei bereits im Rahmen des Bedarfs an lebenspraktischer Begleitung erfasst.

In diesem Punkt korrigierte das Bundesgericht nun aber den vorinstanzlichen Entscheid: Die fehlende Anerkennung einer Hilflosigkeit im Bereich „Fortbewegung / Pflege gesellschaftlicher Kontakte“ stehe im klaren Widerspruch zu den Erkenntnissen, die sich aus dem Abklärungsbericht Assistenzbeitrag ergeben würden; der Versicherte könne offensichtlich nur wenige kurze, gut vertraute Wegstrecken selbständig bewältigen und brauche sonst immer Anleitung und Begleitung; zudem sei im Abklärungsbericht festgehalten, dass er in gewissen Freizeitbereichen nur wenige Eigenleistungen erbringen könne und im grossen Umfang auf Dritthilfe angewiesen sei; die lebenspraktische Begleitung erfasse nicht die Dritthilfe bei den alltäglichen Lebensverrichtungen, sondern stelle ein eigenständiges Institut der Hilfe dar. Mit anderen Worten: Benötigt eine Person direkte oder indirekte Hilfe bei der Fortbewegung und der Pflege gesellschaftlicher Kontakte, so ist diese Hilfe nicht unter der „lebenspraktischen Begleitung“ anzurechnen,

sondern als Hilfe bei der entsprechenden alltäglichen Lebensverrichtung.

Kürzung des Höchstansatzes bei Arbeit in geschützter Werkstätte

Besucht eine versicherte Person eine geschützte Werkstätte, so wird ihr der Höchstbetrag an anrechenbarer Assistenz für jeden Tag um 10% gekürzt, d.h. bei einer Beschäftigung an fünf Tagen um insgesamt 50% (Art. 42sexies Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 39e Abs. 4 IVV). Aus diesem Grund hatte die IV-Stelle den anrechenbaren Höchstbetrag beim Beschwerdeführer um insgesamt 50% zusätzlich gekürzt. Dieser machte vor Bundesgericht geltend, der Gesetzgeber habe unter dem Begriff einer „stationären und teilstationären Institution“ nicht an geschützte Werkstätten, sondern an Heime und Tageskliniken gedacht. Das Bundesgericht verwarf diese Argumentation und berief sich insbesondere auf die Definition im IFEG, welche auch geschützte Arbeitsplätze erfasse; dass eine Person unter Umständen nicht das ganze Jahr immer gleich oft in einer solchen geschützten Werkstätte arbeite, sondern dazwischen wegen Ferien und aus anderen Gründen fehle, sei unerheblich; dass eine pauschale Lösung gewählt worden sei, die sich auf den regelmässigen Aufenthalt in einer Institutionen abstütze, sei aus Gründen der Praktikabilität und Rechtssicherheit nachvollziehbar. Die getroffene Lösung sei weder gesetzeswidrig noch willkürlich.

Interessant ist, dass der Beschwerdeführer offensichtlich die Höhe des Pauschalabzugs (10% pro Tag resp. Nacht in einer Institution) nicht in Frage gestellt hatte, weshalb sich diesbezüglich seitens des Bundesgerichts weitere Ausführungen erübrigten. In Anbetracht der Tatsache, dass eine Woche 7 und nicht 5 Tage aufweist, erscheint die Höhe des Abzugs tatsächlich nicht ganz nachvollziehbar. Über diesen Punkt wird allenfalls noch eine Klärung nötig sein.

Abzug für die durch die Hilflosenentschädigung bereits gedeckten Hilfeleistungen

Als letztes setzte sich das Bundesgericht mit folgender Frage auseinander: Ist es zulässig, die durch die Hilflosenentschädigung bereits gedeckte Assistenz (gemäss FAKT2 35,69 Stunden beim Bezug einer Hilflosenentschädigung für mittelschwere Hilflosigkeit) von den maximal anrechenbaren zeitlichen Höchstansätzen im Sinne von Art. 39e IW abzuziehen – wie es das Kreisschreiben vorsieht – oder muss nicht vielmehr die Hilflosenentschädigung vom effektiv ermittelten Assistenzbedarf vorweg abgezogen werden, bevor eine allfällige Kürzung im Sinne von Art. 39e IW erfolgt? Auch wenn das Bundesgericht festgestellt hat, dass die von der Verwaltung getroffene Lösung nicht zwingend aus dem Wortlaut des Gesetzes hervorgeht, hat es sie mit Blick auf die weit gefasste Delegationsnorm noch als zulässig taxiert; eine gewisse Benachteiligung von Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen gegenüber solchen mit leichteren Einschränkungen könne daraus resultieren, stelle aber noch keine unzulässige Diskriminierung im Sinne von Art. 8 Abs. 2 BV dar; zudem werde mit der getroffenen Lösung sichergestellt, dass der gesamte Hilfebedarf gleichmässig limitiert werde, unbesehen davon, wodurch er gedeckt sei.

Kommentar

Mit diesem Urteil des Bundesgerichts steht fest, dass das gewählte Modell des Assistenzbeitrags und seine konkrete Ausgestaltung in den wesentlichen Zügen als gesetzmässig gelten kann und somit nicht anfechtbar ist. Das bedeutet nun allerdings nicht, dass in einzelnen Punkten kein Nachbesserungsbedarf besteht. Die Behindertenorganisationen haben bereits auf die wesentlichen Schwachstellen hingewiesen. Diese Annahmen müssen noch mit einer umfassenden Evaluation bestätigt werden, die nach der Einführungsphase von 5 Jahren erfolgen muss. Wie weit diese Schwachstellen behoben werden können, wird dann auch von der finanziellen Belastung der IV durch die neue Leistung abhängen. In der Zwischenzeit darf es nicht erstaunen, dass das

mit der Einführung des Assistenzbeitrags verfolgte Ziel nur bedingt erreicht wird und weniger Menschen von dieser Leistung profitieren können als erwartet worden ist. Insbesondere werden sich die in Aussicht gestellten Heimaustritte kaum in dem Masse einstellen, wie man dies erhofft hat. Wer nicht damit rechnen kann, dass die benötigte Hilfe auch tatsächlich finanziert wird, wird den schwierigen Schritt in die Selbständigkeit in den wenigsten Fällen wagen.

Georges Pestalozzi-Seger

Vorleistungspflicht der Arbeitslosenversicherung: Neue Urteile

Aufgrund von Art. 15 Abs. 2 AVIG in Verbindung mit Art. 15 Abs. 3 AVIV und unter Anwendung der Vorleistungsregeln von Art. 70 Abs. 2 lit. b ATSG muss die Arbeitslosenversicherung einer gesundheitlich beeinträchtigten Person eine ungekürzte Arbeitslosenentschädigung ausrichten, falls diese Person bei einer anderen Versicherung (IV, Unfallversicherung, berufliche Vorsorge, Militärversicherung) zum Leistungsbezug angemeldet und nicht offensichtlich vermittlungsunfähig ist. Dieser Anspruch auf eine ungekürzte Arbeitslosenentschädigung besteht auch dann, wenn die betroffene Person nach Ansicht ihrer Ärzte nur noch teilweise (im Umfang von mindestens 20%) arbeiten kann, falls sie bereit ist, eine entsprechende Beschäftigung zu suchen und anzutreten. Fühlt sich eine Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkung allerdings ganz arbeitsunfähig, so gilt sie als vermittlungsunfähig und hat keinen Anspruch auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung (vgl. BGE 136 V 95 sowie den Kommentar in „Behinderung und Recht 3/10“).

Diese Vorleistungspflicht gilt bis zum Zeitpunkt, in dem die IV, die Unfall- und Militärversicherung oder die Pensionskasse einen Entscheid über die Höhe des Invaliditätsgrades gefällt hat. Ist dieser Entscheid erfolgt, darf die Arbeitslosenkasse den versicherten Verdienst entsprechend der von der anderen Versicherung festgelegten Resterwerbsfähigkeit anpassen und das Taggeld entsprechend kürzen (Art. 40b AVIV). Bis zur Höhe der Rentennachzahlungen hat sie zudem ein Rückforderungs- resp. Verrechnungsrecht.

An diesen allgemeinen Grundsätzen hat sich in den letzten Jahren nichts geändert. Das Bundesgericht hat jedoch im Jahr 2014 zu gewissen Auslegungsfragen in drei verschiedenen Urteilen Stellung genommen, die wir nachfolgend kurz vorstellen.

Dauert die Vorleistungspflicht bis zum IV-Vorbescheid oder bis zur IV-Verfügung?

In einem Fall aus dem Kanton Aargau musste sich das Bundesgericht mit der Frage befassen, ob die Vorleistungspflicht der Arbeitslosenversicherung bis zum Vorliegen einer IV-Verfügung dauert oder bereits bei der Zustellung eines Vorbescheids der IV ihr Ende nimmt. Im konkreten Fall hatte die IV mit einem Vorbescheid mitgeteilt, dass sie eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100% auszurichten gedenke, worauf die Arbeitslosenkasse ihre Taggeldleistungen mangels Vermittlungsfähigkeit einstellte. Die versicherte Person wehrte sich dagegen und machte geltend, aufgrund ihrer Vorleistungspflicht müsse die Arbeitslosenkasse das Taggeld bis zum Vorliegen einer IV-Verfügung weiter bezahlen.

In seinem Urteil vom 26. August 2014 (8C_53/2014) erwog das Bundesgericht, dass die Arbeitslosenversicherung das volle Taggeld nur solange auszurichten habe, als Zweifel über den Grad der Vermittlungsfähigkeit bestünden; die Vorleistungspflicht ende aber, sobald das Ausmass der Erwerbsunfähigkeit feststehe; wenn die IV-Stelle mit einem Vorbescheid eine ganze Rente auf der Grundlage einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit ankündige, so könne ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass die versicherte Person keine Einwände dagegen erheben werde; die Arbeitslosenkasse müsse deshalb in einer solchen Konstellation die eigentliche Rentenverfügung der IV nicht abwarten.

Dieses an sich gut nachvollziehbare Urteil hat nun aber leider vereinzelt zu einer Praxis geführt, die durch den Entscheid des Bundesgerichts so nicht gedeckt ist, indem ganz generell nicht mehr die IV-Verfügung abgewartet wird, sondern die Anpassung des versicherten Verdienstes (und damit der Höhe des Arbeitslosentaggeldes) unmittelbar ab dem Datum des Vorbescheids erfolgt. Das dürfte immer dann, wenn die IV-Stelle den Rentenanspruch verneint oder nur eine Teilrente gewährt, nicht haltbar sein; denn erfahrungsgemäss werden gegen solche Vorbescheide oft Einwände geltend gemacht, aufgrund

derer eine Korrektur erfolgt. Die Zweifel betreffend das Ausmass der Erwerbsunfähigkeit werden erst mit einer rechtskräftigen Verfügung beendet: Bei einem Invaliditätsgrad unter 70% dürfte deshalb die Anpassung des Arbeitslosentaggelds erst in diesem Zeitpunkt erfolgen. In diesem Sinn haben auch schon mehrfach kantonale Versicherungsgerichte entschieden (u.a. Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Urteil AL.2010.00222).

Höhe des versicherten Verdienstes bei unterschiedlicher Festlegung des Invaliditätsgrades durch Unfallversicherung und IV

In einem Fall aus dem Kanton Bern hatte die Arbeitslosenkasse während der Dauer der Invaliditätsabklärung vorerst das ungekürzte Taggeld ausgerichtet. Als die SUVA danach der versicherten Person eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 24% zusprach, kürzte die Arbeitslosenversicherung das Taggeld unter Annahme einer verbleibenden Resterwerbsfähigkeit von 76%. Dieser Entscheidung wurde nicht angefochten. Parallel zur SUVA nahm allerdings auch die IV eine Invaliditätsbemessung vor und erliess ihrerseits 10 Monate später eine Verfügung, mit welcher sie unter Annahme eines Invaliditätsgrades von 33% einen Rentenanspruch verneinte. Die Arbeitslosenkasse nahm dies zum Anlass, das Taggeld erneut zu kürzen und den versicherten Verdienst neu aufgrund einer Erwerbsfähigkeit von 67% festzulegen. Hiergegen wehrte sich die betroffene Person mit der Begründung, die IV habe eine identische Situation einfach anders gewürdigt, was nicht Anlass zu einer erneuten Anpassung beim Arbeitslosentaggeld geben könne.

Das Bundesgericht wies mit Urteil vom 30.9.2014 (8C_824/2013) die Beschwerde allerdings ab. Es gelangte zum Schluss, dass dem Normzweck der Regelung von Art. 40b AVIV erst umfassend entsprochen werde, wenn der durch die IV ermittelte Invaliditätsgrad der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zugrunde gelegt werde; wenn das SECO in seinen Weisungen der Invaliditätsbemessung durch die IV gegenüber jener anderer Sozialversicherer den Vorrang eingeräumt habe, so sei dies im Interesse einer rechtsgleichen und praktikablen Verwal-

tungspraxis nicht zu beanstanden. Mit der IV-Verfügung sei eine neue erhebliche Tatsache entstanden, welche im konkreten Fall eine Revision des ursprünglichen Entscheids erlaubt habe.

Keine Kürzung des Arbeitslosentaggeldes bei einem Invaliditätsgrad von unter 10%

Schliesslich sei noch auf ein Urteil des Bundesgerichts vom 31.3.2014 (140 V 89) verwiesen. Es betraf einen Versicherten, der sich bei der SUVA zum Leistungsbezug angemeldet hatte und parallel dazu ein Taggeld der Arbeitslosenversicherung bezog. Als die SUVA verfügungsweise die Ausrichtung einer Rente verweigerte, weil bloss ein Invaliditätsgrad von 8% vorliege, nahm die Arbeitslosenkasse dies zum Anlass, den versicherten Verdienst auf 92% zu kürzen und das Taggeld entsprechend herabzusetzen.

Das Bundesgericht hob diesen Entscheid letztinstanzlich mit folgender Begründung wieder auf: Wenn im Bereich der Unfallversicherung davon ausgegangen werde, dass bei einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit von weniger als 10% gar keine relevante Invalidität vorliege und allfällige wirtschaftlichen Folgen von der versicherten Person durch eine Willensanstrengung ausgeglichen werden könnten, so sei es auch in der Arbeitslosenversicherung nicht statthaft, bei einer solchen kaum spürbaren marginalen Erwerbsunfähigkeit eine Anpassung des versicherten Verdienstes gestützt auf Art. 40b AVIV vorzunehmen.

Georges Pestalozzi-Seger

Überprüfungsbefugnis der IV bei Vorliegen eines Revisionsgrundes: Zwei Bundesgerichtsurteile

Zugesprochene IV-Renten werden von der IV-Stelle jeweils nach ein paar Jahren mittels der sogenannten Rentenrevision überprüft. Dabei erhalten die IV-Rentner und IV-Rentnerinnen einen Fragebogen, in welchem sie anzugeben haben, ob ihr Gesundheitszustand gleich geblieben ist, sich verbessert oder sich verschlechtert hat. Zudem sind die behandelnden Ärzte und Ärztinnen anzugeben. Diese werden von der IV-Stelle dann meist aufgefordert, einen ärztlichen Verlaufsbericht einzureichen. Es kann aber auch sein, dass die IV-Stelle eine medizinische Begutachtung als angezeigt erachtet. Je nachdem, wie sich der Gesundheitszustand präsentiert, bleibt es dann bei der bisherigen Rente oder die Rente wird herabgesetzt, aufgehoben oder erhöht. Zu einer Rentenrevision und Überprüfung des Rentenanspruchs kommt es aber immer auch dann, wenn ein IV-Rentner oder eine IV-Rentnerin von sich aus eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend macht und um Erhöhung der Rente ersucht.

Hat sich der Gesundheitszustand tatsächlich verändert – sei es im Sinne einer Verbesserung oder im Sinne einer Verschlechterung – liegt ein Revisionsgrund vor. Auch die veränderte Aufteilung von Erwerbs- und Haushaltbereich stellt einen Revisionsgrund dar, dies selbst dann, wenn sich der Gesundheitszustand gar nicht verändert hat. Liegt nun ein Revisionsgrund vor, darf die IV-Stelle nach geltender Rechtsprechung den Rentenanspruch in tatsächlicher und in rechtlicher Hinsicht umfassend prüfen und ist dabei nicht an frühere Beurteilungen gebunden. Es ist nicht erforderlich, dass die geänderte Tatsache selbst (wie beispielsweise der veränderte Gesundheitszustand oder die neue Aufteilung von Erwerbs- und Haushaltbereich) zur Neufestsetzung der IV-Rente führt. Bei der umfassenden Prüfung des Rentenanspruchs kann vielmehr auch die Neubeurteilung eines anderen Anspruchselements (wie beispielsweise des Valideneinkommens, des Invalideneinkommens oder des Abzugs vom Tabellenlohn) eine Erhöhung, Herabsetzung oder

gar Aufhebung der Rente zur Folge haben. Dies soll anhand von zwei vor kurzem gefällten Bundesgerichtsentscheiden illustriert werden.

Neufestlegung des Valideneinkommens anlässlich einer Revision

Mit dem Umfang der Rentenüberprüfung im Rahmen einer Revision hatte sich das Bundesgericht in seinem Urteil vom 21. Oktober 2014 (9C_378/2014) zu befassen. Dabei ging es um einen Versicherten mit einer im Jahre 2006 zugesprochenen halben IV-Rente, der Ende 2011 eine gesundheitliche Verschlechterung geltend machte und die Erhöhung seiner Rente beantragte. Die von der IV-Stelle daraufhin in Auftrag gegebene Verlaufsbeurteilung ergab anstatt einer Verschlechterung vielmehr eine Verbesserung des Gesundheitszustandes. Unter Beibehaltung der ursprünglichen Vergleichseinkommen hätte dies weiterhin zumindest zu einer Viertelsrente geführt. Die IV-Stelle kam jedoch zum Schluss, dass sich das Valideneinkommen nicht mehr nach dem im Jahre 2002 vor der Invalidität erzielten Einkommen zu richten habe, denn der damalige Arbeitgeber sei im Jahre 2004 in Konkurs gefallen und der Versicherte hätte dieses Einkommen somit auch ohne Gesundheitsschaden nicht weiter erzielen können. Deshalb sei auf das in den Jahren 1996 bis 2000 durchschnittlich erzielte Einkommen, aufindexiert auf das Jahr 2010, abzustellen. Dies führe zu einem Invaliditätsgrad von weniger als 40%, so dass die halbe IV-Rente aufgehoben werde.

Die Aufhebung der IV-Rente wurde vom Bundesgericht gestützt. In seinem Urteil zitiert das Bundesgericht mit Hinweis auf mehrere Urteile und Publikationen seine ständige Praxis, wonach bei Vorliegen eines Revisionsgrundes in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht eine umfassende und allseitige Überprüfung des Rentenanspruchs erfolge, und wonach keine Bindung an frühere Beurteilungen bestehe. Die IV-Stelle sei deshalb befugt gewesen, das Valideneinkommen und auch den Abzug vom Tabellenlohn frei zu überprüfen; und dies ohne jegliche Bindung an die der ursprünglichen Rentenverfügung zu Grunde liegenden Vergleichseinkommen.

Anzumerken ist, dass der ehemalige Arbeitgeber des Versicherten bereits im Jahre 2004 und somit zwei Jahre vor der ursprünglichen Rentenzusprache in Konkurs gefallen war. Die IV-Stelle hätte das Valideneinkommen also bereits dannzumal nach den in den Jahren 1996 bis 2000 durchschnittlich erzielten Einkünften ermitteln können. Für den Versicherten wird es kaum nachvollziehbar sein, dass genau dieser Umstand anlässlich der Rentenrevision – die er durch Geltendmachung einer gesundheitlichen Verschlechterung selbst angestossen hatte – nun dazu führt, dass seine bisherige IV-Rente nicht nur auf eine Viertelsrente reduziert, sondern sogar aufgehoben wird.

Zusätzliches Leiden erlaubt Aufhebung der Rente

Auch das Urteil des Bundesgerichts vom 21. 01.2015 (8C_237/2014) zeigt eine solche Situation auf. In diesem Fall ging es um einen Versicherten mit einer Dreiviertelsrente, bei dem im Rahmen einer Rentenrevision ein erneutes Gutachten angeordnet wurde. Daraus ging hervor, dass beim Versicherten im Vergleich zur Erstbegutachtung neu eine Schulterproblematik hinzugetreten war. Die Arbeitsfähigkeit wurde im zweiten Gutachten aber trotzdem höher eingeschätzt, was dazu führte, dass die IV-Stelle die bisherige Dreiviertelsrente aufhob.

In seinem Urteil stützte das Bundesgericht die revisionsweise Aufhebung der IV-Rente. Es führte aus, dass mit dem Hinzutreten der Schulterproblematik eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts und somit ein Revisionsgrund vorliege, so dass der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit neu eingeschätzt werden könnten. Als Ausfluss der allseitigen Prüfung und Neubeurteilung des Rentenanspruchs sei es zulässig, die Rente basierend auf der Arbeitsfähigkeitseinschätzung des zweiten Gutachtens anzupassen; entgegen der Ansicht des Versicherten stellten die hinzugetretenen Schulterbeschwerden nicht einzig einen Revisionsgrund für eine Rentenerhöhung dar, sondern könnten in der vorliegenden Konstellation auch Anlass für eine Aufhebung der Rente bilden.

Zusammenfassung und Bemerkungen

Die beiden Urteile zeigen, dass das Vorliegen eines Revisionsgrundes, welcher Art auch immer, dazu führen kann, dass sich Invaliditätsgrad und Rentenanspruch massgeblich und insbesondere auch zu Ungunsten der Versicherten verändern können. Dies ist insbesondere dann stossend, wenn sich der Gesundheitszustand tatsächlich nicht verändert oder nachweislich gar verschlechtert hat, die IV-Stelle aufgrund eines Revisionsgrundes aber zu einer umfassenden Neuprüfung und somit auch zu einer neuen Beurteilung des Gesundheitszustands befugt ist.

Immer dann, wenn die Verhältnisse nicht ganz klar sind, oder wenn der ursprüngliche Rentenentscheid gar als eher grosszügig anzusehen ist, muss daher Rentenbezügern und Rentenbezügern eher abgeraten werden, eine Veränderung der Verhältnisse (sei es in Bezug auf den Gesundheitszustand oder sei es in Bezug auf die Aufteilung von Erwerbs- und Haushaltbereich) geltend zu machen. Dies selbst dann, wenn die betroffene Person subjektiv das Gefühl hat, es gehe ihr schlechter.

Petra Kern

Krankenversicherungsprämie bei Heimbewohnern: Unterschiedliche Anknüpfungspunkte bei der Krankenversicherung und bei den Ergänzungsleistungen

Gemäss Art. 61 Abs. 2 KVG können die Krankenversicherer die Krankenkassenprämien kantonal und regional abstufen, wobei die Prämienregionen jeweils vom Bundesamt für Gesundheit festgelegt werden. Die Höhe der effektiven Krankenkassenprämie richtet sich nach derjenigen Prämienregion, in welcher sich der Wohnort einer Person befindet. Anknüpfungspunkt ist also nicht der Wohnsitz im Sinne von Art. 23 ff. ZGB, sondern der Wohnort. Mit Wohnort ist derjenige Ort gemeint, wo eine Person ständig wohnt, ohne dort notwendigerweise ihren Wohnsitz zu haben. Bei Personen, die sich zum Beispiel in einem Pflegeheim aufhalten, richten sich die Krankenkassenprämien nach den am Standort des Pflegeheims massgebenden Tarifen; dies obwohl die Bewohner des Pflegeheims dort gestützt auf Art. 26 ZGB keinen Wohnsitz begründen.

Gemäss Art. 10 Abs. 3 lit. d ELG wird bei der Berechnung des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen im Rahmen der anerkannten Ausgaben ein jährlicher Pauschalbetrag für die Krankenkassenprämien berücksichtigt, welcher der kantonalen bzw. regionalen Durchschnittsprämie entspricht. Die jährlichen Pauschalbeträge werden jeweils vom Eidgenössischen Departement des Innern festgelegt. In den Kantonen Zürich, Bern, Luzern, St. Gallen und Graubünden existieren je drei Prämienregionen. Die übrigen Kantone besitzen entweder je zwei oder nur je eine Prämienregion.

Wie ist nun damit umzugehen, wenn eine Person von ihrer Wohnsitzgemeinde in ein Heim umzieht, das sich in einer anderen Prämienregion oder gar in einem anderen Kanton befindet? Diese Frage hatte das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Anfangs dieses Jahres zu beurteilen. Wir fassen das am 25. Februar 2014 gefällte Urteil (ZL.2012.00101) an dieser Stelle zusammen und zeigen auf, dass bei Heimbewohnern die unterschiedlichen Anknüpfungspunkte für die effektive Kranken-

kassenprämie und für die bei den Ergänzungsleistungen anrechenbare Pauschale zu Ungerechtigkeiten führen können.

Im genannten Urteil hatte sich das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit einem EL beziehenden AHV-Rentner zu befassen, der von seiner Wohnung in Uitikon in ein Alters- und Pflegeheim in der Stadt Zürich wechselte. Da ihm seine Krankenkasse korrekterweise die am Ort des Alters- und Pflegeheimes in der Stadt Zürich geltende Krankenkassenprämie in Rechnung stellte, beantragte er auch bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen den für die Stadt Zürich geltenden Pauschalbetrag der Prämienregion 1 und nicht wie von der EL-Stelle vertreten den für Uitikon geltenden tieferen Pauschalbetrag der Prämienregion 3. In seinem Urteil stellte das Sozialversicherungsgericht klar, dass für die Bestimmung der massgebenden Prämienregion für die Krankenkassenpauschale nicht an den Wohnort, sondern an den Wohnsitz anzuknüpfen ist, und dass für die Bestimmung des Wohnsitzes auf Art. 13 ATSG und – aufgrund der darin enthaltenen Verweisung – auf Art. 23-26 ZGB abzustellen ist.

Das Sozialversicherungsgericht hielt nun fest, dass sich bei einem Eintritt in ein Altersheim (selbst wenn darin auch Pflegeleistungen erbracht werden) rechtsprechungsgemäss der Wohnsitz im Sinne von Art. 23 ZGB nach der Absicht des dauernden Verbleibens richte. Ebenfalls rechtsprechungsgemäss sei bei einem Eintritt in ein Pflegeheim hingegen grundsätzlich Art. 26 ZGB anwendbar, wonach durch den Aufenthalt im Pflegeheim kein neuer Wohnsitz begründet werde. Aufgrund der konkreten Umstände sei erstellt, dass sich der AHV-Rentner aus freien Stücken mit der Absicht des dauernden Verbleibens in das Alters- und Pflegeheim in Zürich begeben und somit in der Stadt Zürich Wohnsitz begründet habe. Bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen sei daher die für die Stadt Zürich massgebende durchschnittliche Krankenversicherungsprämie (Prämienregion 1) zu berücksichtigen.

Im Falle des vom Sozialversicherungsgericht beurteilten AHV-Rentners fallen somit die unterschiedlichen Anknüpfungspunkte von Wohnort (massgebend für die Höhe der Krankenkassenprämie) und Wohnsitz (massgebend für die durch die EL angerechnete Krankenkassenpauschale) aufgrund der Begründung eines neuen Wohnsitzes am Standort des Altersheims zusammen. Eine Person, die durch den Wechsel in ein in einer anderen Prämienregion liegendes Heim gestützt auf Art. 26 ZGB aber keinen neuen Wohnsitz begründet, hat demgegenüber damit zu rechnen, dass in ihrer EL-Berechnung entweder die Krankenkassenpauschale einer tieferen oder diejenige einer höheren Prämienregion berücksichtigt wird. Angesichts der unterschiedlichen Anknüpfungspunkte wird sie somit entweder „zu viel“ oder „zu wenig“ Ergänzungsleistungen erhalten, um ihre effektiv anfallende Krankenkassenprämie zu finanzieren. Da dies zu unbefriedigenden Situationen führt, wäre es zu begrüssen, wenn sich die von den EL-Stellen zu berücksichtigenden Krankenkassenpauschalen immer nach derjenigen Prämienregion zu richten hätten, nach der sich auch die effektiven Krankenkassenprämien bestimmen.

Petra Kern