

Behinderung und Recht 2/12

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“

IVG-Revision 6a (4. Teil): Die Einführung eines Assistenzbeitrags

Bereits im Rahmen der 4. IVG-Revision stand die Einführung einer Assistenzentschädigung auf der Agenda. Das Parlament war damals der Idee zwar durchaus wohlgesinnt, wollte jedoch zuvor noch Erfahrungen sammeln, um Wirkungen und Kosten besser beurteilen zu können. Es entschied sich deshalb, die Leistung in einem ersten Schritt im Rahmen eines Pilotprojekts anzubieten und dieses danach auszuwerten. Dieses Pilotprojekt konnte in der Zeit von Mitte 2005 bis Ende 2008 mit rund 300 Teilnehmern durchgeführt und in der Folge bis 2011 verlängert werden. Gestützt auf die Erfahrungen aus dem Pilotprojekt und in Berücksichtigung der beschränkten Finanzen der IV ist nun per 1.1.2012 der „Assistenzbeitrag“ als definitive gesetzliche Leistung im Rahmen des IVG eingeführt worden.

Die Regelung des Assistenzbeitrags hat sich als nicht ganz einfach erwiesen. In ganzen 5 Gesetzesartikeln (Art. 42quater bis Art. 42octies IVG) und 10 Verordnungsartikeln (Art. 39a bis 39j IVV) werden die Voraussetzungen, die Bemessung der Leistung und das Verfahren bestimmt. Hinzu kommt, dass in einem rekordverdächtig langen „Kreisschreiben über den Assistenzbeitrag“ (KSAB) von 110 Seiten die Detailregelungen festgehalten sind. Wir können an dieser Stelle nur einige zentrale Aspekte der neuen Leistung darstellen und müssen im Übrigen auf die umfassenden Verwaltungsweisungen hinweisen.

Das Arbeitgebermodell

Ziel des Assistenzbeitrags ist es, den auf Assistenz angewiesenen Personen ein möglichst selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben zu ermöglichen. Dieses Ziel –so die Auffassung der Promotoren der neuen Leistung– kann am besten erreicht werden, wenn jene Personen, die als Folge einer gesundheitlichen Beeinträchtigung auf regelmässige Assistenz angewiesen sind, ihre Assistenzpersonen selber anstellen können. Weil die Sozialversicherungen (und insbesondere die Krankenversicherung) für die Finanzierung einer solchermassen organisierten Assistenz bisher nicht oder nur ungenügend aufgekommen sind, soll der Assistenzbeitrag die bestehende Lücke füllen. Mit dem Assistenzbeitrag können deshalb nur Hilfeleistungen gedeckt werden, welche von einer Assistenzperson erbracht werden, welche von der versicherten Person (oder allenfalls ihrer gesetzlichen Vertretung) im Rahmen eines Arbeitsvertrags angestellt worden ist (Art. 42quinquies Bst. a IVG).

Im Rahmen des Pilotprojekts war es möglich gewesen, irgendeine Person anzustellen. Aus Kostengründen hat sich der Gesetzgeber jedoch entschlossen, hier gewisse Schranken zu setzen: Lohnzahlungen an Personen, mit welcher die versicherte Person verheiratet ist oder in eingetragener Partnerschaft oder in einer faktischen Lebensgemeinschaft (Konkubinats) lebt, können über den Assistenzbeitrag nicht gedeckt werden. Auch die Löhne für Personen, die in gerader Linie verwandt sind (Eltern, Kinder) können nicht über den Assistenzbeitrag finanziert werden (Art. 42quinquies Bst. b IVG). Die angestellten Assistenzpersonen müssen also Personen ausserhalb dieses Kreises sein. Mit dieser ganz zentralen Einschränkung ist der Assistenzbeitrag für viele Betroffene leider nicht mehr sehr attraktiv. Es wird sich weisen, ob sich unter den gegebenen Bedingungen überhaupt 3'000 Menschen für den Assistenzbeitrag anmelden werden, wie dies von der Verwaltung geschätzt worden ist.

Generelle Voraussetzungen für den Bezug eines Assistenzbeitrags

Einen Assistenzbeitrag können nur Menschen beanspruchen, die zu Hause leben. Es spielt dabei keine Rolle, ob jemand alleine wohnt oder die Wohnung mit anderen Personen (Familienangehörigen, WG-Partnern) teilt. Sobald eine Wohngemeinschaft jedoch von einer Trägerschaft mit angestelltem Personal geführt wird, gilt sie als „Heim“ mit der Folge, dass die Bewohner keinen Assistenzbeitrag beanspruchen können.

Einen Assistenzbeitrag kann zudem nur beanspruchen, wer eine Hilflosenentschädigung der IV bezieht (Art. 42quater Abs. 1 IVG). Bezüger und Bezügerinnen einer Hilflosenentschädigung der Unfall- oder der Militärversicherung haben demgegenüber keinen Anspruch auf einen Assistenzbeitrag der IV. Diese Einschränkung ist für viele Verunfallte, für welche die Unfallversicherung aufzukommen hat, schwer nachvollziehbar. Gerade Paraplegiker und Tetraplegiker könnten von der neuen Leistung gut profitieren. Es wird deshalb zu diskutieren sein, ob in der Unfallversicherung nicht eine ähnliche Leistung eingeführt werden sollte.

Auch der Bezug einer Hilflosenentschädigung der AHV berechtigt nicht zu einem Assistenzbeitrag, allerdings mit einer Ausnahme: Wer schon vor Erreichen des AHV-Alters oder des allfälligen Vorbezugs einer Altersrente einen Assistenzbeitrag der IV bezogen hat, profitiert von der Besitzstandsgarantie: Der Assistenzbeitrag wird weiter gewährt, jedoch höchstens im bisherigen Umfang (Art. 43ter AHVG).

Sonderregeln für Menschen mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit

Volljährige Menschen mit „eingeschränkter Handlungsfähigkeit“ müssen zusätzliche Voraussetzungen erfüllen, damit sie einen Assistenzbeitrag beanspruchen können: Ein Anspruch besteht, wenn sie einen eigenen Haushalt führen, d.h. nicht mehr mit den Eltern oder ihrem gesetzlichen Vertreter zusammenleben. Leben sie noch bei den

Eltern, dann können sie nur dann einen Assistenzbeitrag beanspruchen, wenn sie eine berufliche Ausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt oder eine Ausbildung auf der Sekundarschulstufe II oder der Tertiärstufe absolvieren oder wenn sie während mindestens 10 Stunden pro Woche einer Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt nachgehen (Art. 39b IVW).

Eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit wird gemäss Kreisschreiben (Ziffer 2018 KSAB) immer dann angenommen, wenn eine volljährige Person unter Vormundschaft, Beistandschaft oder elterlicher Sorge steht. Ob diese generelle Annahme im Falle einer Beistandschaft zulässig ist, muss allerdings in Frage gestellt werden. Sind bisher keine vormundschaftlichen Massnahmen angeordnet worden, zweifelt die IV-Stelle jedoch an der nötigen Urteilsfähigkeit der versicherten Person, so kann sie mit der Vormundschaftsbehörde Kontakt aufnehmen und diese um eine Abklärung bitten (Ziffer 2023 KSAB). Dieses Vorgehen ist nicht ganz unproblematisch und könnte die Vormundschaftsbehörde sogar veranlassen, Massnahmen anzuordnen, wo diese bisher nicht als nötig betrachtet worden sind.

Sonderregeln für Minderjährige

Ursprünglich sollten Minderjährige aus Kostengründen anders als im Pilotprojekt gänzlich von der neuen Leistung ausgeschlossen werden. Auf politischen Druck hin haben Parlament und Bundesrat die Türe doch noch etwas geöffnet: Minderjährige können immer dann um Gewährung eines Assistenzbeitrags ersuchen, wenn sie regelmässig (an mindestens 3 Wochentagen) die obligatorische Schule in einer Regelklasse besuchen, wenn sie eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt oder der Sekundarschulstufe II absolvieren oder bereits einer Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt während mindestens 10 Stunden pro Woche nachgehen (Art. 39a IVW).

Zur Abfederung von Härtefällen ist zudem ein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag auch für jene schwerstbehinderten Kinder eingeräumt worden, welche einen

Intensivpflegezuschlag bei einem behinderungsbedingtem Betreuungsbedarf von täglich mindestens 6 Stunden beziehen. Dieser Anspruch bleibt bei Erreichen der Volljährigkeit trotz Wegfalls des Intensivpflegezuschlags erhalten (Art. 39a Bst. c, Art. 39b Bst. d IVW).

Vorgehen bei der Anmeldung

Wer von der IV einen Assistenzbeitrag beansprucht, muss sich für diese Leistung mit einem besonderen Formular anmelden. Die IV-Stellen klären den Anspruch nur ab, wenn eine solche spezifische Anmeldung eintrifft. Es erfolgt demgegenüber (anders als sonst üblich) keine Prüfung von Amtes wegen, wenn sich eine Person z.B. nur für eine Hilfflosenentschädigung anmeldet. Ein Assistenzbeitrag kann zudem nicht rückwirkend, sondern immer erst ab Anmeldung zugesprochen werden (Art. 42septies Abs. 1 IVG). Es ist deshalb wichtig, dass diese früh genug eingereicht wird. Falls eine Person während der Abklärung zum Ergebnis gelangt, dass sie doch lieber auf einen Assistenzbeitrag verzichten will, kann sie jederzeit die Anmeldung wieder zurückziehen.

Heimbewohner und Heimbewohnerinnen, die gerne aus dem Heim austreten würden, können einen solchen Entscheid in der Regel erst fassen, wenn sie wissen, welche finanziellen Mittel ihnen für die Finanzierung der Assistenz ausserhalb des Heims zur Verfügung stehen. Für sie ist deshalb ein spezielles Verfahren vorgesehen: Melden sie sich für einen Assistenzbeitrag an, so erhalten sie zwar eine negative Verfügung, weil sie nicht „zu Hause“ leben. Gleichzeitig wird bei ihnen aber schon der Assistenzbedarf berechnet und ihnen mitgeteilt, wie viele Assistenzstunden anerkannt würden. Sobald sie dann melden, dass sie aus dem Heim ausgetreten sind, erhalten sie eine entsprechende positive Verfügung. Dieses Verfahren erleichtert sicher den schwierigen Schritt eines Heimaustritts. Ob es genügt, um die erhofften 320 Heimaustritte auszulösen, wird sich aber erst noch weisen müssen.

Abklärung des Assistenzbedarfs

Nach Eingang einer Anmeldung prüft die IV-Stelle, ob die persönlichen Voraussetzungen für einen Assistenzbeitrag (Hilflosenentschädigung, Leben zu Hause, besondere Voraussetzungen für eingeschränkt Handlungsfähige und Minderjährige) erfüllt sind. Bejaht sie dies, so schickt sie der versicherten Person ein Formular, auf dem diese den Assistenzbedarf im Sinne einer Selbstdeklaration aufführen kann. Danach findet ein Abklärungsgespräch in den Wohnräumlichkeiten der versicherten Person statt, welches von einer Mitarbeiterin des IV-eigenen Abklärungsdienstes durchgeführt wird. Es lohnt sich, sowohl für das Ausfüllen der Selbstdeklaration wie auch im Hinblick auf das Abklärungsgespräch gut vorbereitet zu sein und den Assistenzbedarf möglichst umfassend für alle Lebensbereiche zu deklarieren.

Ist der Bedarf an regelmässiger Dritthilfe in den verschiedensten Lebensbereichen sowie der Überwachungsbedarf in zeitlicher Hinsicht ermittelt worden, so prüft die IV-Stelle in einem nächsten Schritt, ob dieser Bedarf die in der Verordnung (Art. 39e Abs. 2-3 IVV) festgelegten monatlichen Höchstansätze nicht überschreitet, und kürzt den anrechenbaren Bedarf nötigenfalls auf das Niveau dieser Höchstansätze.

Auf die einzelnen Höchstansätze und die alles in allem äusserst komplexe Ermittlung des anrechenbaren Assistenzbedarfs kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Zu erwähnen ist jedoch, dass die Höchstansätze ihrerseits nochmals gekürzt werden, wenn sich die versicherte Person teilweise in einer Institution (Heim, geschützte Werkstätte, Beschäftigungsstätte, Eingliederungsstätte, Tagesklinik, Sonderschule), und zwar um je 10% für jeden Tag und jede Nacht (Art. 39e Abs. 4 IVV). Diese überproportionale Kürzung soll ganz offensichtlich einen negativen Anreiz für die Beanspruchung von institutionellen Angeboten schaffen.

Ermittlung des Assistenzbeitrags

Ist einmal der anrechenbare monatliche Assistenzbedarf ermittelt worden, so klärt die IV-Stelle in einem nächsten Schritt ab, inwieweit dieser Bedarf nicht bereits durch andere Leistungen der IV und der Krankenversicherung gedeckt ist (Art. 42sexies Abs. 1 IVG); denn der Assistenzbeitrag ist gegenüber diesen Leistungen subsidiär. Berücksichtigt wird dabei als erstes die Hilflosenentschädigung sowie ein allfälliger Intensivpflegezuschlag der IV: Es wird angenommen, dass bei schwerer Hilflosigkeit bereits 57 Stunden Assistenz pro Monat durch die Hilflosenentschädigung gedeckt sind, bei mittlerer Hilflosigkeit 35 Stunden und bei leichter Hilflosigkeit 14 Stunden. Weiter wird berücksichtigt, wie viele Stunden die IV einer Person unter dem Titel der „Dienstleistungen Dritter an Stelle eines Hilfsmittels“ vergütet, z.B. im Zusammenhang mit der Überwindung des Arbeitswegs oder der Ausübung einer Erwerbstätigkeit. Und schliesslich werden auch die Stunden in Abzug gebracht, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung regelmässig für Leistungen der Grundpflege durch Spitex-Organisationen oder anerkannte Pflegefachpersonen vergütet werden. Diese müssen im Voraus deklariert werden. Unregelmässige Spitex-Einsätze, z.B. bei akuten Erkrankungen, werden demgegenüber nicht angerechnet.

Der Assistenzbeitrag beträgt im Regelfall pauschal Fr. 32.50 pro Stunde für den auf diese Weise ermittelten ungedeckten Assistenzbedarf. Der Betrag setzt sich aus einem Grundansatz von Fr. 30.- pro Stunde und einer Ferienentschädigung für die Assistenten von Fr. 2.50 zusammen. Da mit dem Grundansatz auch noch die Sozialleistungen des Arbeitgebers finanziert werden müssen, können mit dem Assistenzbeitrag Stundenlöhne von ca. Fr. 27.- gedeckt werden. Für die Vergütung besonders qualifizierter Hilfeleistungen und die Vergütung des Nachdienstes bestehen besondere Ansätze (Art. 39f Abs. 2 und 3 IVV).

Der monatliche und der jährliche Assistenzbeitrag werden von der IV-Stelle mit einer Verfügung eröffnet. Der jährliche Assistenzbeitrag entspricht dabei dem

12-fachen des monatlichen Beitrags. Wenn jemand allerdings mit einer Person zusammenwohnt, mit der er verheiratet ist oder in eingetragener Partnerschaft lebt, oder mit der er eine faktische Lebensgemeinschaft führt oder in gerader Linie verwandt ist, dann entspricht der jährliche Assistenzbeitrag dem 11-fachen des monatlichen Beitrags (Art. 39g IVV). Begründet wird dies damit, dass den nahen Angehörigen zuzumuten ist, gewisse Hilfeleistungen ohne Abgeltung durch die Sozialversicherungen zu übernehmen.

Vergütung des Assistenzbeitrags

Der Assistenzbeitrag wird (anders als die Hilflosenentschädigung) nicht automatisch ausbezahlt. Die versicherte Person muss vielmehr mit einem Formular Rechnung stellen und dabei die (im Rahmen des Arbeitgebermodells von zugelassenen Personen erbrachten) Assistenzleistungen nachweisen.

Zusätzlich zu den effektiv erbrachten Assistenzleistungen können auch solche in Rechnung gestellt werden, für welche aufgrund arbeitsvertraglicher Lohnfortzahlungspflichten aufzukommen ist, allerdings maximal für 3 Monate (vgl. Art. 39h IVV). Dies ist z.B. der Fall, wenn eine Assistenzperson erkrankt, aber auch dann, wenn die behinderte Person selber kurzfristig für einige Wochen in ein Spital eintreten muss.

Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass der Assistenzbedarf von Monat zu Monat schwanken kann, ist in der Verordnung festgelegt worden, dass der für einen bestimmten Monat in Rechnung gestellte Betrag den von der IV verfügbaren monatlichen Assistenzbeitrag um maximal 50% überschreiten darf. Diese Überschreitung muss dann aber in anderen Monaten kompensiert werden; denn der von der IV-Stelle festgelegte jährliche Assistenzbeitrag kann insgesamt nicht überschritten werden (Art. 39i Abs. 3 IVV).

Bei Personen, die eine Hilflosenentschädigung für leichte Hilflosigkeit beziehen und bei denen eine ärztlich attestierte „Akutphase“ eintritt, darf der von der IV festgelegte

monatliche Assistenzbeitrag schliesslich während maximal 3 Monaten sogar um mehr als 50% überschritten werden. Auch diese Überschreitung ist in anderen Monaten zu kompensieren (Art. 39i Abs. 4 IVV). Dauert die gesundheitliche Verschlechterung länger als 3 Monate, so sollte sofort mit einem Revisionsgesuch um Erhöhung des Assistenzbeitrags ersucht werden.

Beratung und Unterstützung

Die gesetzliche Regelung des Assistenzbeitrags ist komplex und erfordert viel Knowhow. Es kommt hinzu, dass auch die Arbeitgeberrolle Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt, über die lange nicht alle Betroffenen von Beginn weg verfügen. Aus diesem Grund ist vorgesehen, dass die IV-Stelle in den ersten 18 Monaten ab Zusprache des Assistenzbeitrags bei Bedarf eine nötige Beratung und Unterstützung finanzieren kann, z.B. im Zusammenhang mit den Verpflichtungen als Arbeitgeber, der Suche nach Assistenzpersonen oder den Abrechnungen mit der IV-Stelle.

Hält die IV-Stelle einen Beratungsbedarf für gegeben, so erlässt sie eine entsprechende Kostengutsprache. Es können maximal Fr. 1'500.- zugesprochen und pro Stunde maximal Fr. 75.- in Rechnung gestellt werden (Art. 39j IVV). Die versicherte Person kann wählen, wen sie mit der Beratung und Unterstützung beauftragen will. In Frage kommen Einzelpersonen (z.B. Treuhänder), aber auch Organisationen wie die Pro Infirmis.

Georges Pestalozzi-Seger

IVG-Revision 6a (letzter Teil): Änderungen im Bereich der Hilflosenentschädigung

Das erste Massnahmenpaket zur 6. IVG-Revision beinhaltet auch eine Reihe von gesetzlichen Anpassungen im Bereich der Hilflosenentschädigung, die aus den unterschiedlichsten Motiven vorgenommen worden sind. Wir fassen sie im Folgenden kurz zusammen:

Halbierung der Hilflosenentschädigung für Heimbewohner

Bereits vor dem 1.1.2012 war die Hilflosenentschädigung der IV für Heimbewohner und Heimbewohnerinnen nur halb so hoch wie jene für Menschen, die ausserhalb eines Heims leben. Diese Ansätze sind nun noch einmal um die Hälfte gekürzt worden, betragen also nur noch einen Viertel des üblichen Ansatzes (monatlich 116 Franken bei leichter Hilflosigkeit, 290 Franken bei mittelschwerer Hilflosigkeit und 464 Franken bei schwerer Hilflosigkeit).

Weshalb diese Kürzung? Bundesrat und Parlament sind der Auffassung gewesen, dass der Assistenzbeitrag kostenneutral eingeführt werden müsse. Die geschätzten Mehrkosten von mittelfristig rund 70 Millionen Franken pro Jahr sollten andernorts kompensiert werden. Man hat sich deshalb entschieden, dieses Geld durch eine Kürzung bei der Hilflosenentschädigung für Heimbewohner wieder hereinzuholen. Betroffen von dieser Kürzung sind in erster Linie die Kantone, welche den Heimaufenthalt entweder über Subventionen oder über die Ergänzungsleistungen finanzieren. Aber auch die Heimbewohner und Heimbewohnerinnen selber werden diese Kürzung zu spüren bekommen. Es muss leider erwartet werden, dass die Kantone bei der Regelung der Heimtaxen insbesondere strengere Richtlinien für die auswärts verbrachten Tage (Wochenenden, Ferien) einführen mit dem Ergebnis, dass den Betroffenen für diese Tage noch weniger Geld als heute zur Verfügung steht.

Die Kürzung vermag im Übrigen aus dem Blickwinkel

einer Gesamtsystematik des Sozialversicherungsrechts nicht so recht zu überzeugen. Sie wird im Ergebnis dazu führen, dass Heimbewohner und Heimbewohnerinnen beim Eintritt ins AHV-Alter plötzlich eine doppelt so hohe Hilflosenentschädigung wie zuvor erhalten (1/2-Ansatz statt 1/4-Ansatz); denn die Kürzung ist nur im Bereich der IV vorgenommen worden, nicht aber bei den Hilflosenentschädigungen der AHV.

Keine Hilflosenentschädigung für minderjährige Heimbewohner mehr

Noch radikaler ist der Gesetzgeber bei den minderjährigen Heimbewohnern und Heimbewohnerinnen vorgegangen: Sie erhalten seit dem 1.1.2012 für jene Tage, die sie intern in einem Heim verbringen, gar keine Hilflosenentschädigung (und auch keinen Kostgeldbeitrag) mehr. Begründet worden ist dieser Schritt damit, dass man diese Anpassung bereits anlässlich des 2008 in Kraft getretenen NFA hätte vornehmen müssen, was damals aber versehentlich unterlassen worden sei. Künftig sei es Sache der Kantone, den Heimaufenthalt bei Minderjährigen zu finanzieren.

Für die Kantone ist zwar klar, dass sie für den Aufenthalt in Sonderschulheimen aufzukommen haben, es gibt jedoch ganz unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Finanzierung des Aufenthalts in Ferien- und Entlastungsheimen. Es muss deshalb leider befürchtet werden, dass sich für einzelne Familien neue Finanzierungslücken ergeben. Immerhin soll der Aufenthalt in Pflegefamilien künftig nicht mehr als Heimaufenthalt qualifiziert werden. Auch wenn die entsprechende Verordnungsbestimmung (Art. 36 Abs. 3 IVV) versehentlich noch nicht gestrichen worden ist, ist vorgesehen dies mit rückwirkender Wirkung per 1.1.2012 noch zu tun. Kinder in Pflegefamilien sollen also dieselben Leistungen erhalten wie Kinder, die in der eigenen Familie aufwachsen.

Verspätete Anmeldung

Auch bei der Frage, wie weit eine Hilflosenentschädigung bei verspäteter Anmeldung rückwirkend nachgezahlt

werden kann, ist ein weiteres früheres gesetzgeberisches Versehen (diesmal aus der 5. IVG-Revision) im Rahmen des ersten Massnahmenpakets zur 6. IVG-Revision korrigiert worden: Art. 48 IVG hält neu wieder fest, dass bei einer verspäteten Anmeldung die Hilflosenentschädigung maximal für die 12 Monate, die der Anmeldung vorangegangen sind, nachgezahlt werden kann. Eine Nachzahlung für einen längeren Zeitraum hinaus ist jedoch weiterhin möglich, wenn die IV-Stelle aufgrund einer früheren Anmeldung genügend Hinweise gehabt hätte, dass ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung bestehen könnte.

In den Jahren 2008 bis 2011 ist eine Nachzahlung bei verspäteter Anmeldung bis zu 5 Jahre möglich gewesen (vgl. hierzu „Behinderung und Recht“ 2/11). In Übergangsrechtlicher Hinsicht ist in den Schlussbestimmungen zur IV-Änderung vom 16.11.2011 (Ziffer 3) nun geregelt worden, dass der wieder eingeführte Art. 48 IVG und damit die maximal 1-jährige Nachzahlung in allen Fällen zur Anwendung gelangt, in welchen eine Hilflosenentschädigung erst nach dem 1.1.2012 geltend gemacht wird.

Georges Pestalozzi-Seger

Hilflosenentschädigung: Erreichen der Volljährigkeit löst keinen neuen Versicherungsfall aus

Die Hilflosenentschädigung der IV ist bei Minderjährigen zum Teil anders ausgestaltet als bei Volljährigen: Sie wird einerseits als Tagespauschale ausgerichtet, andererseits wird bei besonders hohem Betreuungsaufwand zusätzlich ein Intensivpflegezuschlag gewährt. Nach Erreichen des 18. Altersjahres erfolgt die Auszahlung hingegen als monatliche Pauschale. Der Intensivpflegezuschlag entfällt, dafür kann neu bei der Bemessung auch der Bedarf an lebenspraktischer Begleitung berücksichtigt werden. Wegen dieser Unterschiede ist die Verwaltung bis vor kurzem der Auffassung gewesen, dass das Erreichen des 18. Altersjahres einen neuen „Versicherungsfall“ auslöse, bei dem die Leistungsvoraussetzungen frei und umfassend neu zu prüfen seien. In einem kürzlich gefällten Grundsatzentscheid vom 31.10.2011 (137 V 424) hat das Bundesgericht demgegenüber entschieden, dass das Erreichen des 18. Altersjahres nicht zu einem neuen Versicherungsfall führe. Was sind nun die praktischen Auswirkungen dieses Urteils?

Anpassung des Hilflosigkeitsgrades nur bei erheblicher Veränderung des Sachverhalts

Ist mangels eines neuen Versicherungsfalls keine umfassende Neuüberprüfung zulässig, so darf die IV den bisherigen Hilflosigkeitsgrad bei Erreichen des 18. Altersjahres nur anpassen, wenn sich der für die Bemessung der Hilflosigkeit massgebende Sachverhalt seit der letzten Verfügung im Sinne von Art. 17 ATSG wesentlich verändert hat. Die IV-Stelle kann also den Grad der Hilflosigkeit z.B. nur herabsetzen, wenn sie nachweisen kann, dass sich die Hilfsbedürftigkeit in den massgebenden Lebensverrichtungen wegen einer Verbesserung des Gesundheitszustands oder besserer Versorgung mit Hilfsmitteln erheblich vermindert hat oder die dauernde Überwachungsbedürftigkeit weggefallen ist. Und wenn sie diese wesentliche Veränderung als gegeben erachtet, so kann die Herabsetzung frühestens auf das Ende des

zweiten der Verfügung folgenden Monats erfolgen und nicht rückwirkend auf den 18. Geburtstag.

Als Folge dieses Urteils können die IV-Stellen bei Minderjährigen die Leistung einer Hilflosenentschädigung (anders als den Intensivpflegezuschlag) nicht bis zum Erreichen des 18. Altersjahres limitieren. Sie werden allerdings weiterhin für diesen Zeitpunkt eine Revision im Sinne einer Überprüfung vorsehen, dies schon nur um abzuklären, ob ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung besteht, der gesetzlich erst ab diesem Datum bei der Bemessung der Hilflosigkeit zu berücksichtigen ist.

Folgen bei Ausländerinnen und Ausländern

Das Urteil des Bundesgerichts vom 31.10.2011 ist aber auch für gewisse ausländische Staatsangehörige von Bedeutung: Anders als Schweizer Bürger und Bürgerinnen (sowie diesen aufgrund des Personenfreizügigkeitsabkommens oder eines bilateralen Sozialversicherungsabkommens gleichgestellte ausländische Staatsangehörige) haben Bürger aus Staaten, mit denen die Schweiz kein Abkommen abgeschlossen hat, nur dann Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, wenn sie die Versicherungsklausel von Art. 6 Abs. 2 IVG erfüllen: Sie müssen bereits im Zeitpunkt des Eintritts der Hilflosigkeit (Ablauf der 1-jährigen Wartezeit) mindestens während eines Jahres Beiträge an die AHV/IV entrichtet haben oder sich mindestens während 10 Jahren in der Schweiz aufgehalten haben.

Reist beispielsweise ein 5-jähriges Kind nordafrikanischer Eltern bereits mit einer „Hilflosigkeit“ in die Schweiz ein, so erhält es von der IV mangels Erfüllung der versicherungsmässigen Voraussetzungen keine Hilflosenentschädigung. Bisher konnte ein solches Kind dann aber zumindest ab 18 Jahren eine Hilflosenentschädigung beanspruchen, weil das Erreichen der Volljährigkeit als neuer Versicherungsfall angesehen wurde und die versicherungsmässigen Voraussetzungen in diesem Zeitpunkt nun erfüllt waren. Mit der neuen Interpretation durch das Bundesgericht wird dies nicht mehr möglich sein: Wer als Kind die Voraussetzungen nicht erfüllt hat, wird

sie zeitlebens nicht mehr erfüllen können und damit eine Hilflosenentschädigung der IV nur ab einer eventuellen Einbürgerung erhalten.

Georges Pestalozzi-Seger

Behandlungspflege bei Kindern mit einer Geburtsbehinderung: Neues Rundschreiben

Mit Urteil vom 7.7.2010 (8C_81/2010) hat das Bundesgericht festgehalten, dass die IV unter dem Titel der „medizinischen Massnahmen“ die Pflege durch Spitex-Organisationen und Pflegefachpersonen nur zu vergüten hat, wenn es sich um Massnahmen der Behandlungspflege handelt, deren Durchführung eine medizinische Berufsqualifikation erfordert. Die Grundpflege muss von der IV nicht vergütet werden. Wir haben dieses Urteil in „Behinderung und Recht 4/10“ bereits zusammengefasst und kritisch kommentiert. Gestützt auf das Urteil hat das BSV in der Folge im Februar 2011 ein Rundschreiben (IV-Rundschreiben Nr. 297) verfasst, in welchem es präzisiert hat, unter welchen Bedingungen welche Pflegeleistungen in welchem zeitlichen Umfang von der IV vergütet werden können. Es hat sich nun gezeigt, dass mit diesem Rundschreiben nicht allen komplexen Pflegesituationen in genügendem Masse Rechnung getragen worden ist. In Zusammenarbeit mit den Spitex-Organisationen und einer Vertretung der Behindertenverbände hat das BSV dieses Rundschreiben deshalb überarbeitet und die überarbeitete Fassung auf den 1.3.2012 in Kraft gesetzt (neues IV-Rundschreiben Nr. 308).

Erfreulich ist, dass der Katalog der verrechenbaren Massnahmen erweitert worden ist: So können neu als Massnahmen der „Abklärung und Beratung“ koordinative Massnahmen im Rahmen hochkomplexer und gleichzeitig sehr instabiler Pflegesituationen im Umfang bis zu maximal 6 Stunden pro Woche übernommen werden. Auch ist der Zeitrahmen für eine ganze Reihe von Pflegemassnahmen erweitert worden. So können z.B. den Spitex-Organisationen neu für die komplexe pflegerische Behandlung einer Epidermolysis bullosa pro Einsatz bis zu 2 Stunden vergütet werden.

Als genereller Grundsatz wird festgehalten, dass die im Rundschreiben aufgeführten Massnahmen der Behandlungspflege immer von der IV zu vergüten sind, wenn sie von einer Spitex-Organisation erbracht werden. Nur wenn die Eltern oder andere Bezugspersonen die Be-

handlungspflege „freiwillig im Rahmen ihrer Kapazitäten und Fähigkeiten“ übernehmen, erfolgt keine Vergütung. Welche Massnahmen von den Fachpersonen der Spitex-Organisationen zu erbringen sind und welchen Teil der Behandlungspflege die Eltern übernehmen können, soll zwischen Ärzten, Spitex-Organisationen und Eltern im Konsens festgelegt werden. Die Spitex-Organisationen sollen auf dem entsprechenden Antragsformular dann bestätigen, dass sie der Aufgabenteilung zustimmen und den erforderlichen Bedarf abdecken können.

Für die Spitex-Leistungen, die von der IV zu übernehmen sind, soll schliesslich derselbe Tarif wie in der Krankenversicherung gelten. Die Spitex-Organisationen können also die Massnahmen der Abklärung und Beratung zu einem Ansatz von Fr. 79.80 pro Stunde und die Behandlungspflege zu einem Ansatz von Fr. 65.40 pro Stunde in Rechnung stellen. Die IV deckt damit nicht die vollen Kosten der Spitex-Organisationen, sondern leistet – wie die Krankenkassen – nur einen Beitrag an die Kosten. Das ist vom Gesetz zwar nicht abgedeckt, sollte aber zu keinen Problemen führen, solange die Kantone die Restkosten übernehmen. Die Familien der geburtsbehinderten Kinder selber müssen keinen Kostenanteil tragen.

Georges Pestalozzi-Seger