

Behinderung und Recht 3/09

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“

Neuregelung der Pflegefinanzierung

Nach Monaten der Ungewissheit hat der Bundesrat entschieden: Das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wird am 1. Juli 2010 in Kraft treten. Bis dann haben die Kantone Zeit, ihre Gesetzgebung den neuen Bestimmungen anzupassen. Was ändert sich nun konkret mit diesem Gesetz, welches im Parlament höchst umstritten geblieben ist und bei dem erst im letzten Moment eine Einigung zwischen National- und Ständerat gefunden werden konnte? Und welches sind insbesondere die Auswirkungen auf Menschen, die als Folge einer gesundheitlichen Beeinträchtigung regelmässig auf Pflege angewiesen sind?

Krankenversicherung zahlt nur noch einen Beitrag an die Pflegekosten

Die Krankenversicherer müssen künftig von Gesetzes wegen nur noch einen Beitrag an die Kosten der Pflege bezahlen, unabhängig davon, ob die Pflege ambulant, in Tages- oder Nachtstrukturen oder im Pflegeheim erbracht wird. Dieser Grundsatz findet sich neu in Art. 25a Abs. 1 KVG.

Die Festlegung der Höhe des Beitrags hat der Gesetzgeber an den Bundesrat delegiert. Das Eidg. Departement des Innern EDI hat nun in Art. 7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV folgende Vergütungsansätze bestimmt: Im ambulanten Bereich gilt ein Kostenbeitrag von Fr. 79.80 pro Stunde für Massnahmen der Abklärung

und Beratung, von Fr. 65.40 für die Behandlungspflege und von Fr. 54.60 für die Grundpflege. In den Pflegeheimen haben die Versicherer einen Beitrag zu leisten, der vom täglichen Pflegebedarf abhängig ist: Bei einem täglichen Pflegebedarf bis zu 20 Minuten haben die Krankenversicherer 9 Franken zu vergüten, bei einem solchen von 21 bis 40 Minuten 18 Franken usw. bis zum höchsten Ansatz von 108 Franken bei einem Pflegebedarf von täglich mehr als 220 Minuten.

Diese Ansätze, die gesamtschweizerisch einheitlich sind, unterscheiden sich nicht entscheidend von den heutigen Leistungen der Krankenversicherer. Das erstaunt insofern nicht, als der Gesetzgeber von Beginn weg die Absicht verfolgt hat, die Belastung für die Krankenversicherer insgesamt auf dem heutigen Stand zu belassen, die Revision somit für die Krankenkassen kostenneutral auszugestalten. Das geht auch aus den Übergangsbestimmungen hervor: Wird die Kostenneutralität im ersten Jahr nach dem Inkrafttreten nicht erreicht, so hat der Bundesrat in den nachfolgenden Jahren „die erforderlichen Anpassungen“ vorzunehmen, d.h. den Vergütungsansatz entweder zu senken oder zu erhöhen.

Neu: Auch die Versicherten zahlen einen Beitrag an die Pflegekosten

Ein entscheidender Unterschied der Neuregelung betrifft die versicherten Personen: Heute gilt für diese, zumindest im ambulanten Bereich, der Tarifschutz: Die pflegebedürftigen Menschen müssen an die Pflege, welche durch Spitex-Organisationen oder durch anerkannte Pflegefachfrauen und -männer erbracht wird, mit Ausnahme von Franchise und 10%-Selbstbehalt nichts bezahlen. Das wird sich in Zukunft ändern. Der Gesetzgeber hat dabei eine auf den ersten Blick nicht leicht verständliche Regelung in Art. 25a Abs. 5 KVG getroffen, welche wie folgt lautet: „Der versicherten Person dürfen von den nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung“.

Im ambulanten Bereich bedeutet dies, dass den Versicherten neu ein Betrag bis zu Fr. 15.95 pro Pflegestunde (20 Prozent des höchsten Pflegebeitrags von Fr. 79.80) in Rechnung gestellt werden kann. Was dann immer noch ungedeckt bleibt, haben Kanton und Gemeinde zu übernehmen. Dieser neue Kostenbeitrag, der zusätzlich zur allgemeinen Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) hinzutritt, kann eine erhebliche Belastung darstellen. Benötigt eine Person beispielsweise täglich 2 Stunden Pflege, so summiert sich eine monatliche Belastung von beinahe 1'000 Franken!

Im Pflegeheim beläuft sich die Kostenbeteiligung der Bewohner neu auf maximal Fr. 21.60 (20% des höchsten Kostenbeitrags von Fr. 108.- pro Tag). Dies führt für viele Personen zu einer erheblichen Entlastung gegenüber der heutigen Regelung, auch wenn die weiteren Kosten des Aufenthalts (Unterkunft, Verpflegung und anderes) noch dazukommen. Profitieren werden vor allem die Versicherten in jenen Kantonen, in denen der Pflegeheimaufenthalt bisher nicht oder nur geringfügig subventioniert worden ist. Umgekehrt werden einige Kantone mit erheblichen Zusatzbelastungen rechnen müssen.

Angestrebt worden ist bei dieser Revision eigentlich eine versicherungsrechtliche Gleichbehandlung der ambulanten Pflege mit der Pflege im Heim. Das ist nur dem Grundsatz nach gelungen, nicht aber betreffend der Auswirkungen für die versicherten Personen, die auf regelmässige Pflege in erheblichem Ausmass angewiesen sind: Diese müssen im Pflegeheim einen maximalen Betrag von Fr. 21.60 pro Tag bezahlen, ausserhalb des Heims unter Umständen aber deutlich mehr. Diese Konsequenz ist vom Gesetzgeber kaum bewusst so gewollt worden. Eine Korrektur wird sich deshalb früher oder später aufdrängen, will man nicht negative Anreize für das Wohnen ausserhalb des Heims setzen.

Sonderregelung für die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege

Eine Sonderregelung hat das Parlament für die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege getroffen, wobei

der Begriff der „Akut- und Übergangspflege“ sehr eng definiert worden ist. Es handelt sich um die Pflege, die unmittelbar im Anschluss an einen Spitalaufenthalt benötigt wird. Sie muss zudem vom Spitalarzt angeordnet worden sein und darf 14 Tage nicht überschreiten (Art. 25a Abs. 2 KVG). Sind diese einschränkenden Kriterien erfüllt, so erfolgt die Finanzierung nach denselben Kriterien wie bei der vom Parlament vor kurzem verabschiedeten Spitalfinanzierung: Der Wohnkanton muss mindestens 55% der Kosten tragen, die Krankenkasse höchstens 45%. Für die Dauer der Akut- und Übergangspflege muss die versicherte Person also ausnahmsweise keinen Kostenbeitrag leisten, der über die allgemeine Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt) hinaus geht.

Wie wird abgerechnet?

In der Verordnung findet sich einzig im Zusammenhang mit der Akut- und Übergangspflege eine Regelung: In Art. 7b Abs. 2 KLV wird festgehalten, dass der Wohnkanton seinen Anteil direkt dem Leistungserbringer, also z.B. der Spitex-Organisation, entrichtet, wenn die Parteien nichts anderes vereinbaren.

Trotz Anträgen aus den Kreisen der Behindertenorganisationen ist in Bezug auf die übrige Pflege in der Verordnung nichts geregelt worden: Hier bleibt es Sache der Kantone und der Tarifpartner festzulegen, wie die Abrechnung erfolgt. Damit sind 26 verschiedene Modelle möglich. Es wäre unbedingt anzustreben, dass auch in diesem Bereich der Kantonsbeitrag direkt an die Leistungserbringer entrichtet wird. Im übrigen müsste geprüft werden, ob in Anbetracht der teilweise hohen Rechnungen nicht ein Wechsel vom System des tiers garant (Rechnung geht vom Leistungserbringer an die versicherte Person) zum tiers payant (Rechnung geht direkt an die Krankenkasse) vollzogen werden könnte, wie dies auch in der Spitalfinanzierung vorgesehen ist.

Fazit

Die Behindertenorganisationen und Gesundheitsligen haben sich gemeinsam in der IG Pflegefinanzierung für

eine soziale Ausgestaltung der Pflegefinanzierung eingesetzt. Wir können es sicher als Erfolg buchen, dass der Kostenbeitrag der Versicherten limitiert worden ist, was in den ursprünglichen Vorschlägen des Bundesrates nicht vorgesehen war. Dennoch: Für Menschen, die daheim wohnen und Pflege benötigen, ist die vorgesehene Mehrbelastung erheblich. Sie ist für die meisten Menschen, die auf Langzeitpflege angewiesen sind, nur deshalb sozial tragbar, weil notfalls auf die Ergänzungsleistungen zurückgegriffen werden kann, welche ungedeckte Pflegekosten zu vergüten haben.

Georges Pestalozzi-Seger

Pflegefinanzierung: Neuerungen auch im Bereich der AHV und der Ergänzungsleistungen

Das Parlament hat nicht nur das Krankenversicherungsgesetz angepasst, sondern gleichzeitig auch noch wichtige Beschlüsse im Bereich der AHV und der Ergänzungsleistungen gefällt mit der Absicht, die aus der Neuordnung der Pflegefinanzierung resultierenden Mehrbelastungen für die betroffenen Personen etwas abzufedern. Der Bundesrat hat beschlossen, diese Änderungen ebenfalls am 1. Juli 2010 in Kraft zu setzen. Wir fassen das Wichtigste kurz zusammen:

AHV: Hilflosenentschädigung neu auch bei leichter Hilflosigkeit

In der AHV werden heute Hilflosenentschädigungen – anders als in der IV – nur im Falle einer mittelschweren und schweren Hilflosigkeit ausgerichtet. Einzig wenn eine Person im Zeitpunkt des Eintritts ins AHV-Alter (resp. bei Vorbezug der Altersrente) bereits eine Hilflosenentschädigung der IV für leichte Hilflosigkeit bezieht, wird diese im AHV-Alter weiter entrichtet (Besitzstand nach Art. 43bis Abs. 4 AHVG). Diese vom Besitzstand erfassten Entschädigungen betragen bei leichter Hilflosigkeit Fr. 228.- (Heimbewohner) resp. Fr. 456.- (Nichtheimbewohner).

Neu soll nun auch in der AHV eine Hilflosenentschädigung für leichte Hilflosigkeit im monatlichen Betrag von Fr. 228.- ausgerichtet werden, wenn eine Person sich nicht auf den Besitzstand berufen kann, sondern erst im AHV-Alter die Anspruchsvoraussetzungen erstmals erfüllt. Allerdings ist dieser Anspruch vorderhand auf Personen beschränkt, die nicht im Heim leben. Es bleiben damit weiterhin Unterschiede zur IV, sowohl was die Höhe der Entschädigung betrifft, als auch bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen.

Wie in der IV gilt eine Wartezeit von einem Jahr, d.h. der Anspruch entsteht erst, wenn die Hilfsbedürftigkeit ein Jahr gedauert hat. Die leichte Hilflosigkeit wird gleich

wie in der IV definiert, mit einer Ausnahme: Der Bedarf an lebenspraktischer Begleitung begründet in der AHV für sich allein keine Hilflosigkeit (Art. 66bis Abs. 1 AHV).

Ergänzungsleistungen: Festlegung der Tagestaxe

Befindet sich eine Person dauernd oder für längere Zeit in einem Heim oder Spital, so wird für die Berechnung der EL die Tagestaxe als Ausgabe angerechnet. Dabei können die Kantone die maximal anrechenbaren Ansätze festlegen. Daran soll sich auch in Zukunft nichts ändern. Immerhin hat der Gesetzgeber in Art. 10 Abs. 2 Bst. a die Kantone neu verpflichtet, dafür zu sorgen, „dass durch den Aufenthalt in einem anerkannten Pflegeheim in der Regel keine Sozialhilfe-Abhängigkeit begründet wird“.

Wie viel diese Aufforderung an die Kantone wert ist, muss sich noch zeigen. Weil die Verpflichtung nicht in allen Fällen, sondern nur „in der Regel“ gilt, dürfte der Grundsatz schwer durchsetzbar sein. Immerhin werden die Kantone nur in gut begründeten Ausnahmefällen von der Regel abweichen dürfen: Zu denken ist etwa an den Fall einer Person, die sich in ein teures privates Pflegeheim begibt, obschon es ihr auch möglich und zumutbar wäre, in eine ebenfalls geeignete (günstigere) gemeinnützige Institution zu ziehen.

Ergänzungsleistungen: Erhöhte Vermögensfreibeträge

Das Parlament hat gleichzeitig mit der Neuordnung der Pflegeheimfinanzierung die allgemeinen Vermögensfreibeträge bei den Ergänzungsleistungen erhöht, und zwar auf Fr. 37'500.- für Alleinstehende (bisher: Fr. 25'000.-), auf Fr. 60'000.- für Verheiratete (bisher Fr. 40'000.-) sowie auf Fr. 15'000.- (bisher Fr. 10'000.-) für jedes Kind, das Anspruch auf eine Kinderrente gibt.

Gehört dem EL-Bezüger oder der EL-Bezügerin (oder einer Person, die in der Berechnung der EL eingeschlossen ist) eine Liegenschaft, die mindestens von einer dieser Personen bewohnt wird, so gilt bereits heute ein zusätzlicher Vermögensfreibetrag: Nur der 112'500 Franken

übersteigende Wert der Liegenschaft darf beim Vermögen berücksichtigt werden! Dieser Vermögensfreibetrag ist nun für zwei bestimmte Konstellationen sogar auf Fr. 300'000 Franken erhöht worden: Nämlich dann, wenn ein Ehepaar eine Liegenschaft besitzt, die von einem Ehegatten bewohnt wird, während der andere im Heim oder Spital lebt; und dann, wenn eine Person Bezügerin einer Hilflosenentschädigung ist und eine Liegenschaft bewohnt, die sie oder der Ehegatte besitzt (Art. 11 Abs. 1bis ELG).

Personen, die über ein Vermögen verfügen und ganz besonders Liegenschaftsbesitzer werden sich über diese massiv erhöhten Freibeträge freuen können, welche dank der starken Lobby der Seniorenvertreter und des Hauseigentümerversbands eine Mehrheit im Parlament gefunden haben. Eine pflegebedürftige Person, die EL bezieht und ihr Ehepartner werden künftig kaum je mehr gezwungen sein, aus finanziellen Gründen aus der eigenen Liegenschaft auszuziehen, was sicher eine grosse Entlastung darstellt. Dennoch erstaunt es, dass die Vermögensfreibeträge derart stark erhöht worden sind, währenddem die Einkommensfreibeträge seit Jahrzehnten unverändert geblieben sind und auch die maximal anrechenbaren Mietzinseinnahmen seit etlichen Jahren nicht mehr der Teuerung angepasst worden sind. Ob die einseitige Privilegierung des Vermögens dem Grundgedanken der Ergänzungsleistungen, den Existenzbedarf der Rentner angemessen zu sichern, gerecht wird, darf sicher in Frage gestellt werden.

Georges Pestalozzi-Seger

Somatoforme Schmerzstörungen: Auch die 5. IVG-Revision bildet keine Grundlage für die Aufhebung von Renten

In „Behinderung und Recht 2/09“ haben wir ausführlich einen Entscheid des Bundesgerichts kommentiert, wonach die Änderung der Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen für sich allein nicht die Aufhebung einer früher korrekt zugesprochenen Rente rechtfertigt. In jenem Urteil vom 26.3.2009 (135 V 201) hat das Bundesgericht die Frage offen gelassen, ob die im Rahmen der 5. IVG-Revision beschlossenen gesetzlichen Änderungen, insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG, als Grundlage für eine revisionsweise Aufhebung oder Herabsetzung einer Rente genüge oder nicht. Schneller als erwartet hat das Bundesgericht nun auch diese zweite Frage mit einem Urteil vom 1.5.2009 (135 V 215) entschieden.

Sachverhalt

Das Bundesgericht hatte den Fall einer Person zu beurteilen, die bereits seit 1989 als Folge einer somatoformen Schmerzstörung eine halbe IV-Rente bezog. Im Rahmen einer periodischen Revision liess die IV-Stelle des Kantons Neuenburg den Versicherten durch die MEDAS medizinisch begutachten, welche zum Schluss gelangte, es liege kein Leiden vor, welches eine Invalidität zu begründen vermöge. Darauf verfügte die IV-Stelle am 27.2.2008, kurz nach Inkrafttreten der 5. IVG-Revision, die Aufhebung der Rente. Diesen Entscheid stützte auch das kantonale Gericht, worauf die betroffene Person mit Beschwerde an das Bundesgericht gelangte.

Das Urteil vom 1.5.2009

Wie das kantonale Gericht stellten auch die Bundesrichter fest, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person seit der letzten rechtskräftigen Verfügung weder erheblich verbessert noch verschlechtert hatte. Zu beurteilen war deshalb einzig die Frage, ob eine Aufhebung der Rente trotz unverändertem Gesundheits-

zustand auf die neue Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen oder auf die im Rahmen der 5. IVG-Revision erfolgten gesetzlichen Anpassungen gestützt werden könne. Das Bundesgericht musste nun insbesondere entscheiden, ob der seit dem 1.1.2008 geltende neue Art. 7 Abs. 2 ATSG eine genügende Grundlage darstellt, um eine seit vielen Jahren gewährte Invalidenrente aufzuheben.

Art. 7 Abs. 2 ATSG hält fest, dass eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Das Bundesgericht hat nun festgestellt, dass mit dieser neuen ATSG-Bestimmung ein Grundsatz im Gesetz verankert worden ist, der seit langem von der Rechtsprechung entwickelt worden ist. Ob eine Erwerbstätigkeit trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung zumutbar sei oder nicht, dürfe nicht aufgrund der subjektiven Einschätzung der betroffenen Person beurteilt werden, sondern allein nach objektiven Kriterien; der Gesetzgeber habe somit keinen neuen Invaliditätsbegriff eingeführt, sondern einzig die bestehende Praxis gesetzlich verankert; das habe auch der Bundesrat in seiner Botschaft festgestellt, auch wenn er an anderer Stelle von einem engeren Invaliditätsbegriff spreche, was sich als widersprüchlich erweise; da sich schliesslich auch in den Übergangsbestimmungen zur 5. IVG-Revision keine Regelung finde, welche ein Prozedere für die Anpassung laufender Renten festlege, und auch keine begleitenden Massnahmen vorgesehen worden seien, biete die 5. IVG-Revision keine Grundlage, um laufende Renten aufzuheben.

Neuer Anlauf in der 6. IVG-Revision

Nach diesen höchstrichterlichen Klärungen ist die Sache aber nicht vom Tisch: Der Bundesrat hat in der Zwischenzeit eine Vorlage für ein erstes Massnahmenpaket zur 6. IVG-Revision in die Vernehmlassung geschickt. In diesem ist nun neu eine Übergangsbestimmung vorgesehen, welche es erlauben soll, alle Renten zu revidieren, „auf die nach Art. 7 Abs. 2 ATSG kein Anspruch besteht“. Die Behindertenorganisationen werden sich gegen die Möglichkeit einer solchen Revision wehren, wenn nicht wenigstens eine Besitzstandsgarantie vorgesehen wird

für Menschen, die aufgrund ihres Alters und der Länge des Rentenbezugs faktisch keine Chance mehr auf eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben haben.

Georges Pestalozzi-Seger

Ergänzungsleistungen: Neue Rechtsprechung zur Anrechenbarkeit von Einnahmen

Im Laufe des letzten Jahres sind verschiedene interessante Urteile zur Frage der Anrechenbarkeit von Einnahmen bei der EL-Berechnung gefällt worden. Einige davon wollen wir kurz zusammenfassen und kommentieren.

Zumutbares Erwerbseinkommen der Ehefrau

Beansprucht ein verheirateter IV-Rentner Ergänzungsleistungen, so stellt sich immer wieder die Frage, ob ein Erwerbseinkommen für seine nichtinvalide Ehefrau angerechnet werden darf, selbst wenn diese tatsächlich nicht oder nur in sehr geringem Masse erwerbstätig ist. In einem Urteil vom 8.1.2009 (134 V 53) hatte das Bundesgericht erneut Gelegenheit sich hierzu zu äussern. Es hat dabei seine Praxis bestätigt, wonach Eheleute grundsätzlich verpflichtet sind, einander beizustehen und für den ehelichen Unterhalt zu sorgen. Verzichtet eine Ehefrau auf eine Erwerbstätigkeit, obschon ihr eine solche zumutbar wäre, so darf die Verwaltung dennoch ein Erwerbseinkommen im Sinne von Art. 11 Abs. 1 Buchst. g ELG (Einkünfte, auf die verzichtet worden ist) anrechnen. Für die Zumutbarkeit massgebend sind nebst der familiären Situation (Kinderbetreuungspflichten) insbesondere das Alter der Ehefrau, ihr Gesundheitszustand, ihre sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten, ihre Ausbildung und der Arbeitsmarkt. Zu berücksichtigen sind auch die Schwierigkeiten, die sich ergeben, wenn eine Person sehr lange nicht mehr erwerbstätig gewesen ist.

Im konkreten Fall war die Vorinstanz zum Schluss gelangt, dass der 38-jährigen Ehefrau und Mutter dreier schulpflichtiger Kinder primär aus gesundheitlichen Gründen nur ein 25%-Pensum und somit ein Erwerbseinkommen von Fr. 12'000.- zumutbar sei. Die Vorinstanz stützte sich dabei auf die Einschätzung eines behandelnden Arztes. Das Bundesgericht hat nun aber die Sachverhaltsermittlung durch die Vorinstanz als unvollständig und deren Schlüsse als willkürlich beurteilt. Dies insbesondere, weil die Ehefrau vor noch nicht allzu langer Zeit ein Gesuch um eine IV-Rente eingereicht hatte und die

IV-Stelle gestützt auf die Beurteilung ihres ärztlichen Dienstes rechtskräftig verfügt hatte, es liege keine Invalidität vor. Das Bundesgericht hat deshalb die Sache an die Vorinstanz zur Neuurteilung zurückgewiesen, weil es aufgrund der Akten nicht in der Lage war, das Ausmass der zumutbaren Erwerbstätigkeit festzulegen.

Anrechenbarkeit von Unterhaltsbeiträgen

Ein Dauerthema im Bereich der Ergänzungsleistungen ist die Anrechenbarkeit von familienrechtlichen Unterhaltsbeiträgen. In einem Fall aus dem Kanton Bern hatte eine geschiedene Frau Anspruch auf monatliche Unterhaltsbeiträge ihres ehemaligen Ehegatten. Weil diese Frau seit vielen Jahren mit einem neuen Lebenspartner zusammenwohnte, gelangte der Ex-Mann an den Richter mit dem Antrag, es sei die Unterhaltsverpflichtung aufzuheben. Mit gerichtlichem Vergleich vereinbarten die Parteien schliesslich die Aufhebung der Unterhaltsverpflichtung. Von diesem Vergleich wollte nun aber die Ausgleichskasse nichts wissen: Sie rechnete die Unterhaltsbeiträge dennoch an und lehnte das EL-Gesuch ab. Auch das Verwaltungsgericht war der Auffassung, es liege ein Einkommensverzicht vor.

Das Bundesgericht hat die Sache nun aber anders beurteilt (Urteil vom 19.6.2007; P 40/06). Es hat zwar festgehalten, dass ein gerichtlicher Vergleich für die EL-Stelle in aller Regel nicht bindend ist; im vorliegenden Fall müsse aber berücksichtigt werden, dass nach geltender Praxis nach 5-jährigem Konkubinat vermutungsweise von einer Schicksalsgemeinschaft ähnlich einer Ehe ausgegangen werde, was wie bei einer Eheschliessung den Untergang der Unterhaltsverpflichtung zur Folge habe; in einem solchen Falle solle die geschiedene Frau nicht gezwungen werden, sich in einen aussichtslosen Prozess einzulassen.

Dieses Urteil ist sicher erfreulich, weil es EL-Bezüger nicht verpflichtet, aussichtslose Prozesse zu führen. Es zeigt aber doch auf, wie heikel es EL-rechtlich selbst bei scheinbar klaren Situationen ist, auf einen Unterhaltsbeitrag im Rahmen einer Vereinbarung oder selbst eines gerichtlichen Vergleichs zu verzichten. Es empfiehlt sich

in solchen Situationen immer, sich vorher rechtlich beraten zu lassen.

Anrechnung von Renten aus beruflicher Vorsorge

Dass Invalidenrenten aus beruflicher Vorsorge bei der EL-Berechnung als Einnahmen anzurechnen sind, ist an sich klar. Was nun aber, wenn eine Pensionskasse für frühere Zeiten Rückforderungen stellt und diese mit den laufenden Invalidenrenten verrechnet, sodass während einer gewissen Dauer effektiv gar keine Renten aus beruflicher Vorsorge zur Auszahlung gelangen? Darf die Ausgleichskasse diese Renten dann trotzdem noch anrechnen? In einem Fall aus dem Kanton St. Gallen waren Verwaltung und kantonales Gericht dieser Ansicht.

Das Bundesgericht hat in seinem Urteil vom 7.8.2008 (P 68/06) vorerst seine langjährige Praxis bestätigt, wonach nur jene Einnahmen angerechnet werden können, welche die EL-beziehende Person tatsächlich erhalten hat und über welche sie im Zeitpunkt der EL-Beanspruchung in rechtlich ungeschmälerter Weise verfügen kann. Diese Voraussetzung war in diesem Fall offensichtlich nicht erfüllt. Geprüft werden müsse aber auch – so das Bundesgericht –, ob der Versicherte nicht auf ihm zustehende Einnahmen verzichtet habe und ob eventuell anrechenbares Verzichtseinkommen vorliege. Ein solcher Verzicht liege in der Regel bei der Kürzung oder Aufhebung einer Rente infolge Verrechnung mit Rückforderungen nicht vor; er könnte allerdings dann bejaht werden, wenn sich eine durch einen Anwalt vertretene Person nicht dagegen wehre, wenn die Pensionskasse mit der an sich zulässigen Verrechnung so weit gehe, dass das betriebsrechtliche Existenzminimum der versicherten Person unterschritten werde, was nicht zulässig sei.

Erfreulich ist an dieser Entscheidung, dass grundsätzlich nur tatsächlich ausbezahlte Renten angerechnet werden dürfen und von diesem Grundsatz nur bei einem eigentlichen Einkommensverzicht abgewichen werden darf. Das wird all jene Personen beruhigen, denen die Pensionskasse die reglementarische Invalidenrente gekürzt hat, weil sie das Freizügigkeitskapital, das ihnen voreilig ausbe-

zahlt worden war, teilweise aufgebraucht hatten und der Pensionskasse nicht mehr voll zurückzahlen konnten. Unserem Rechtsdienst sind mehrere Fälle bekannt, bei denen die Ausgleichskasse in solchen Fällen für die Dauer der Kürzung nicht die effektiv ausbezahlte PK-Rente angerechnet hat, sondern die höhere reglementarische Invalidenrente. Diese Praxis erweist sich damit als unzulässig.

Georges Pestalozzi-Seger