

Behinderung und Recht 2/09

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“

Änderung der Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen ist kein Grund zur Aufhebung früher zugesprochener Renten

Am 26. März 2009 hat das Bundesgericht ein Grundsatzurteil gefällt (8C_502/2007), welches in der Presse erhebliche Resonanz ausgelöst und sogar politische Vorstösse provoziert hat. Wir wollen die Überlegungen des Bundesgerichts zusammenfassen und die Auswirkungen des Entscheids zu beurteilen versuchen.

Ausgangslage

Zu beurteilen war der Fall einer Versicherten, der die IV-Stelle im Februar 2003 rückwirkend ab 1999 eine ganze Invalidenrente gewährt hatte. Bei jener Verfügung hatte sich die IV-Stelle auf ein von ihr eingeholtes medizinisches Gutachten abgestützt, welches der früher als Krankenpflegerin tätigen Frau wegen eines lumbospondylo-genen Schmerzsyndroms und einer schweren somatoformen Schmerzstörung eine 100%-Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte.

2 Jahre später überprüfte die IV-Stelle die Rente im Rahmen eines Revisionsverfahrens. Sie holte ein neues Gutachten ein, welches dieselben Diagnosen bestätigte, jedoch - anders als das frühere Gutachten - nun zum Schluss gelangte, es liege eine teilweise Arbeitsfähigkeit vor. Mit Verfügung vom Juli 2005 setzte die IV-Stelle in

der Folge die ganze auf eine halbe Invalidenrente herab, was sie im Einspracheverfahren bestätigte.

Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich stellte auf Beschwerde hin fest, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse in tatsächlicher Hinsicht zwischen der Verfügung vom Februar 2003 und dem Einspracheentscheid vom Februar 2006 nicht wesentlich verändert hatten; vielmehr würden die unterschiedlichen Beurteilungen in den beiden Gutachten auf einer abweichenden Einschätzung eines gleichgebliebenen Sachverhalts beruhen. Eine Anpassung der Rente sei deshalb nicht wegen einer Veränderung des Sachverhalts möglich. Dennoch stützte das kantonale Gericht den Entscheid der IV-Stelle mit der Begründung, dass sich die Rechtslage zwischen den beiden Verfügungen insofern verändert habe, als das Bundesgericht in der Zwischenzeit mit seinem Grundsatzentscheid zu den somatoformen Schmerzstörungen (130 V 352) seine Praxis geändert habe: Eine somatoforme Schmerzstörung gelte seither in der Regel als überwindbar und begründe nur noch in wenigen Ausnahmefällen eine Erwerbsunfähigkeit.

Das Urteil vom 26.3.2009

Das Bundesgericht hatte somit in grundsätzlicher Hinsicht zu entscheiden, ob eine Änderung der Rechtsprechung für sich allein die Aufhebung einer Dauerleistung zu rechtfertigen vermag, resp. im konkreten Fall, ob eine Rentenherabsetzung mit Hinweis auf den Grundsatzentscheid zu den somatoformen Schmerzstörungen zulässig ist.

Das Bundesgericht hat vorerst mit Hinweis auf die bisherige Rechtsprechung und nach Erörterung der Rechtslehre den Grundsatz bestätigt, dass eine blosser Praxisänderung in aller Regel keine Änderung formell rechtskräftiger Verfügungen über eine Dauerleistung zu Ungunsten der Versicherten rechtfertigt; hiervon könne nur abgewichen werden, wenn das öffentliche Interesse an einer gesetzmässigen und sachlich vertretbaren Durchführung der Versicherung ausnahmsweise gegenüber dem Gesichtspunkt der Rechtssicherheit und

des Vertrauens auf die Weitergewährung einmal zugesprochener staatlicher Leistungen überwiege. Dies hat das Bundesgericht im konkreten Fall verneint: Es hat die Meinung vertreten, mit dem Grundsatzentscheid zu den somatoformen Schmerzstörungen seien wohl Kriterien für eine einheitlichere Beurteilung dieser Krankheitsbilder definiert worden; es sei aber keineswegs so, dass zuvor alle somatoformen Schmerzstörungen ohne weiteres zu einer Rente geführt hätten, während dies nun gänzlich ausgeschlossen sei; die früheren Rentenzusprechungen würden daher aus heutiger Perspektive nicht ohne Weiteres rechtswidrig, sachfremd oder schlechterdings nicht vertretbar erscheinen; der Gesichtspunkt der gesetzmässigen und sachlich vertretbaren Durchführung der Versicherung verlange deshalb nicht die Anpassung laufender Renten.

Auch unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung - so das Bundesgericht - lasse sich eine Anpassung laufender Renten nicht rechtfertigen, da es bei den auf die alte Praxis gestützten Verfügungen nicht nur um einige wenige Versicherte gehe, sondern um eine Vielzahl von Fällen, wobei in jedem Einzelfall eine sorgfältige Güterabwägung und Beurteilung der Verhältnismässigkeit erfolgen müsste; die engen Voraussetzungen für die Anwendung einer geänderten Praxis auf laufende, rechtskräftig festgelegte Leistungen seien deshalb nicht erfüllt.

Bedeutung des Urteils

Vorerst muss festgestellt werden, dass sich das Urteil des Bundesgerichts auf einen Einspracheentscheid aus dem Jahr 2006 bezogen hat, also aus der Zeit vor dem Inkrafttreten der 5. IVG-Revision. Für alle Rentenanpassungen, die mit Hinweis auf die Änderung der Rechtsprechung vor dem 1.1.2008 verfügt worden sind (und die angefochten und somit noch nicht rechtskräftig geworden sind), übt der Entscheid des Bundesgerichts eine unmittelbare Wirkung aus.

Nach wie vor unklar ist demgegenüber die Rechtslage hinsichtlich von Verfügungen, mit denen nach dem 1.1.2008 eine Rente herabgesetzt oder aufgehoben wird;

denn mit der 5. IVG-Revision ist in Art. 7 Abs. 2 ATSG eine Bestimmung aufgenommen worden, welche festhält, dass eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Mit dieser Bestimmung hat der Gesetzgeber die bestehende Rechtsprechung des Bundesgerichts im Gesetz verankern wollen (vgl. dazu „Behinderung und Recht, 3/07“). Dieser neu im Gesetz verankerte Grundsatz stützt sich allerdings auf eine langjährige Praxis des Gerichts und besteht nicht erst seit dem Urteil über die somatoformen Schmerzstörungen, welches im Grunde genommen einzig versucht hat, die „Überwindbarkeit aus objektiver Sicht“ mittels von Kriterien zu konkretisieren, um eine einheitliche Anwendung sicherzustellen.

Das Bundesgericht hat die Frage, ob der seit dem 1.1.2008 neu im Gesetz eingeführte Art. 7 Abs. 2 ATSG als Basis für eine Aufhebung oder Herabsetzung einer wegen einer somatoformen Schmerzstörung zugesprochenen Rente genügt, vorderhand offen gelassen. Immerhin hat es durchblicken lassen, dass sich mit Blick auf den Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ zusätzlich die Frage stelle, ob ein allfälliger Rentenentzug mit einem Programm zur Wiedereingliederung der Betroffenen verbunden werden müsste. Wörtlich hat das Bundesgericht festgehalten: „In dieser Konstellation wäre es Sache des Gesetzgebers, die Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung laufender Renten – einschliesslich flankierender Massnahmen – vorzusehen und den dafür geltenden Massstab festzulegen, falls er dies für angezeigt erachten sollte.“ Entsprechende Vorschläge wird der Bundesrat demnächst im Rahmen einer ersten Tranche der vorgesehenen 6. IVG-Revision in die Vernehmlassung schicken. Sie werden allerdings mit Bestimmtheit nicht vor 2011 in Kraft treten.

Eingliederung vor Rente: Ein anderes interessantes Urteil

In diesem Zusammenhang kann auch noch auf ein anderes interessantes Urteil des Bundesgerichts hingewiesen werden (Urteil vom 28.4.2008; 9C_720/2007): In jenem Fall hatte eine Person seit 1991 eine ganze Invalidenrente

bezogen. Aufgrund einer neuen Begutachtung war die IV-Stelle im Jahre 2007, also 16 Jahre später, zum Ergebnis gelangt, der Gesundheitszustand habe sich verbessert und es bestehe nunmehr eine Arbeitsfähigkeit von 80%, weshalb die Rente aufzuheben sei. Das Bundesgericht war demgegenüber der Meinung, dass aufgrund der medizinischen Einschätzungen nun zwar prinzipiell ein Potential für eine erwerblich verwertbare Leistung bestehe, dieses aber nur mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und beruflichen Massnahmen erschliessbar sei; deshalb seien diese Massnahmen vorerst durchzuführen und erst danach über die Rentenrevision zu verfügen.

Geht somit aus den ärztlichen Berichten hervor, dass wohl medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit besteht, diese jedoch als Folge jahrelanger Dekonditionierung erwerblich nicht umgesetzt werden kann, so ist das bloss hypothetisch erzielbare Einkommen solange nicht anzurechnen, als es aus eigener Kraft (zumutbare Selbsteingliederung) nicht realisiert werden kann. Erst wenn Massnahmen wie z.B. eine sozialberufliche Rehabilitation mit Arbeits- und Belastungstraining die Erwerbsfähigkeit tatsächlich wiederhergestellt haben, darf die Rente angepasst werden.

Georges Pestalozzi-Seger

Invaliditätsbemessung: Ergebnisse der beruflichen Abklärung dürfen nicht ausser Acht gelassen werden

In früheren Urteilen hatte das Bundesgericht immer wieder betont, dass im Hinblick auf die Ermittlung der Invalidität eine enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und den Berufsfachleuten nötig sei. Aufgabe der Ärzte sei es, die gesundheitlich bedingten Einschränkungen möglichst konkret festzustellen und sich insbesondere zu äussern, welche Funktionen nicht mehr oder nur noch beschränkt ausgeführt werden können; den Berufsberatern komme demgegenüber die Aufgabe zu, festzuhalten, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten aufgrund der ärztlichen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten des versicherten in Frage kämen (vgl. unter anderem 107 V 17).

Die Rolle der Berufsfachleute im Zusammenhang mit der Invaliditätsbemessung hat schweizweit in den letzten Jahren stetig an Bedeutung verloren. Tendenziell wird die Invalidität immer häufiger allein gestützt auf ein medizinisches Gutachten beurteilt: Gelangt dieses zum Ergebnis, dass die Einschränkungen aus medizinisch-theoretischer Sicht nur gering oder weitgehend überwindbar sind, so wird auf berufliche Abklärungen oft gänzlich verzichtet. Ist demgegenüber eine berufliche Abklärung z.B. im Rahmen eines stationären Aufenthalts durchgeführt worden und bestätigen die Berufsfachleute, dass trotz grossem Einsatz und Motivation eine wesentlich geringere Leistung erreicht werden konnte, als die medizinischen Gutachter angenommen hatten, so werden die Ergebnisse der beruflichen Abklärungen ausser Acht gelassen mit dem Hinweis, es komme den ärztlichen Einschätzungen Priorität zu.

Das Bundesgericht hat nun glücklicherweise wieder etwa Gegensteuer gegen diesen bedauerlichen Trend zur ausschliesslich medizinischen Beurteilung gegeben. Wir fassen zwei im Laufe des letzten Jahres gefällte Urteile zusammen:

Bei grossen Diskrepanzen sind weitere Abklärungen nötig

In einem Fall aus dem Kanton Aargau hat die IV-Stelle einerseits ein Gutachten bei einer Rehabilitationsklinik in Auftrag gegeben, welche gestützt auf zwei halbtägige Tests zum Ergebnis gelangt war, beim Versicherten bestehe für mittelschwere Tätigkeiten ohne Heben von schweren Lasten und ohne gewisse Stellungen eine volle Leistungsfähigkeit. In völligem Kontrast zu dieser Einschätzung sind demgegenüber die Ergebnisse einer 6-wöchigen Abklärung in einer beruflichen Eingliederungsstätte gestanden: Danach konnte der Versicherte die medizinisch-theoretisch festgestellte funktionelle Leistungsfähigkeit trotz Zuweisung leichter Arbeiten und bestem Arbeitsverhalten bei Weitem nicht realisieren.

Trotz dieser offensichtlichen Diskrepanz hat die IV-Stelle des Kantons Aargau und auch das kantonale Versicherungsgericht sich in der Folge allein auf die Ergebnisse des medizinischen Gutachtens abgestützt, den Bericht der Berufsabklärung für die Ermittlung des Invaliditätsgrades als irrelevant bezeichnet und sich nicht weiter mit den Widersprüchen befasst. Das Bundesgericht hat dieses völlige Ausserachtlassen des Berichts der im Auftrag der IV tätig gewordenen beruflichen Abklärungspersonen als unzulässige Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes betrachtet: Einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung von immerhin 6 Wochen dürfe nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden. Liege eine offensichtliche und erhebliche Diskrepanz zwischen den Ergebnissen medizinischer und beruflicher Abklärung vor, so begründe dies ernsthafte Zweifel an der ärztlichen Einschätzung, welche die IV-Stelle verpflichtet hätten, zusätzliche medizinische Stellungnahmen einzuholen. Wohl hatte die IV-Stelle einen Bericht des RAD eingeholt, welcher sich aber selber als widersprüchlich und unkohärent erwies und deshalb nicht geeignet war, die Widersprüche aufzulösen. Das Bundesgericht hat die Sache deshalb zu ergänzender Prüfung zurückgewiesen (Urteil vom 4.7.2008; 9C_833/2007).

Notwendigkeit einer erstmaligen beruflichen Ausbildung in geschütztem Rahmen?

In einem anderen Fall aus dem Kanton Bern war zu entscheiden, ob eine junge Versicherte in der Lage sei, eine berufliche Ausbildung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu absolvieren oder ob sie hierfür auf einen geschützten Ausbildungsplatz angewiesen sei. Letzteres befürworteten sowohl der Berufsberater der IV-Stelle selbst wie auch der Klassenlehrer im 10. Schuljahr der Berufswahlschule und die Ausbildungsspezialisten der Eingliederungsstätte mit Hinweis auf die mannigfachen Defizite der jungen Frau während eines Praktikums. Die IV-Stelle und das Verwaltungsgericht des Kantons Bern gelangten demgegenüber zum Ergebnis, dass aus rein medizinischer Sicht keine erheblichen kognitiven Einschränkungen festzustellen seien.

Das Bundesgericht hat in seinem Urteil vom 2.12.2008 (9C_745/2008) schliesslich festgehalten, dass sich die Notwendigkeit der strittigen Massnahme nicht nur aus dem gesundheitlichen Status ergebe, sondern dass sie in Verbindung mit den gestiegenen Anforderungen des heutzutage bestehenden ausgeglichenen Arbeitsmarktes zu beurteilen sei; in dieser Beziehung habe die Vorinstanz zu Unrecht die bei den Akten liegenden beruflichen Berichte ausser Acht gelassen; diese fehlenden vorinstanzlichen Sachverhaltsfeststellungen seien aufgrund des Dossiers von Amtes wegen zu ergänzen. Das Bundesgericht gelangte zum Ergebnis, dass die aus den Vorakten klar hervorgehenden vielfachen Einschränkungen die für die Versicherte nach ihren persönlichen Verhältnissen in Betracht fallenden Ausbildungs- und Erwerbsmöglichkeiten in offensichtlicher aktenmässig klar belegter Weise beeinträchtigen würden. Es hat deshalb die IV-Stelle verpflichtet, die invaliditätsbedingten Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung in einer Eingliederungsstätte zu übernehmen.

Engere Zusammenarbeit von medizinischen und beruflichen Fachleuten erwünscht

Es wäre generell zu wünschen, dass die Ermittlung der Arbeitsfähigkeit von gesundheitlich beeinträchtigten Personen wieder vermehrt in enger Zusammenarbeit zwischen medizinischen und beruflichen Fachleuten erfolgt. In diese Richtung gehen Abklärungsmodelle, bei denen die Ärzte (wenn möglich jene des RAD) ihre Einschätzung nicht medizinisch-theoretisch losgelöst von den Anforderungen der Arbeitswelt abgeben, sondern eng in den Prozess der beruflichen Abklärung eingebunden werden, mit dem Ziel, dass daraus eine gemeinsame Einschätzung resultiert, welche von allen Fachleuten mitgetragen wird. Ein solches Modell wird z.B. in Bern im Rahmen der AMA (Arbeitsmarktliche Abklärung) mit Erfolg praktiziert.

Georges Pestalozzi-Seger

Ausserkantonaler Spitalaufenthalt: Was müssen Krankenkasse und Kanton bezahlen?

Die Finanzierung von ausserkantonalen Spitalaufenthalten hat in den letzten Jahren einerseits zu zahlreichen politischen Diskussionen Anlass gegeben, andererseits aber auch zu verschiedenen Rechtsverfahren geführt. Wir wollen im Folgenden als erstes kurz die bisherige Rechtslage darlegen, dann ein interessantes neues Urteil des Bundesgerichts hierzu erläutern und schliesslich die vom Parlament beschlossene neue Regelung vorstellen, die in Zukunft gelten wird.

Die bisherige Regelung

Nach bisheriger gesetzlicher Regelung konnten die Versicherten zwar unter den auf einer Spitalliste eines Kantons figurierenden Spitälern frei wählen. Diese Wahl ist aber insofern eingeschränkt gewesen, als die Krankenversicherer an einen ausserkantonalen Spitalaufenthalt nur einen Kostenanteil zu übernehmen hatten, entsprechend dem Tarif, den sie für einen innerkantonalen Spitalaufenthalt zu erbringen hatten. Noch mehr ins Gewicht gefallen ist, dass der Wohnsitzkanton seinen (relativ bedeutenden) Kostenanteil für einen ausserkantonalen Spitalaufenthalt in der Regel nicht zu leisten hatte, weshalb für die Versicherten in einem solchen Fall erhebliche Kosten angefallen sind (Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG in der bis Ende 2008 gültigen Fassung).

Von diesem Grundsatz ist bisher nur abgewichen worden, wenn für den ausserkantonalen Spitalaufenthalt „medizinische“ Gründe bestanden haben. Als solche hat das KVG notfallmässige Spitalaufenthalte angesehen sowie Behandlungen, die in einem ausserkantonalen Spital notwendig werden, weil die entsprechenden Leistungen in den im Wohnkanton gelegenen Spitälern nicht angeboten werden.

Wann liegen „medizinische“ Gründe vor: Ein neues Bundesgerichtsurteil

In einer Reihe von Urteilen musste sich das Bundesgericht kürzlich mit der Frage befassen, wann „medizinische“ Gründe für einen ausserkantonalen Spitalaufenthalt bestehen. In einem dieser Fälle hat auch unser Rechtsdienst eine im Kanton Zürich wohnhafte und an MS erkrankte Person vertreten, die sich im Jahre 2005 für 3 Wochen in eine stationäre neurologische Rehabilitation in die Klinik Valens begeben hatte. Die im Kanton St. Gallen gelegene Klinik Valens figuriert auf der Zürcher Spitalliste mit einem Leistungsauftrag für neurologische Rehabilitation. Dennoch hat sich die Krankenkasse Wincare geweigert, den vollen Tarif in dieser Klinik von täglich Fr. 650.- zu bezahlen, sondern ist einzig bereit gewesen, Kostengutsprache im Umfang von täglich Fr. 270.- zu erteilen, entsprechend dem Tarif in der kantonalzürcherischen Klinik in Wald. Sie hat sich dabei einerseits auf das Gesetz berufen und geltend gemacht, dass die ausserkantonale Klinik unbestrittenermassen nicht in einer Notfallsituation aufgesucht worden sei, und die betreffende Rehabilitation auch in einer im Kanton Zürich gelegenen Klinik (Höhenklinik Wald) möglich gewesen wäre. Andererseits hat sie auch Bezug genommen auf ein früheres Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts (127 V 398): Dieses hatte seinerzeit in einer analogen Situation entschieden, dass die Krankenkasse eines im Kanton Basel-Stadt wohnhaften Versicherten die Kosten einer stationären Behandlung in einem im Kanton Basel-Land gelegenen Spital nicht voll übernehmen müsse, obschon sich dieses Spital auf der gemeinsamen Spitalliste der beiden Kantone befand.

Nachdem das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die Beschwerde unseres Rechtsdienstes gutgeheissen hatte, zog die Krankenkasse den Fall an das Bundesgericht weiter. Das Bundesgericht hat nun in seinem Urteil vom 30.4.2009 (9C_690/2008) erwogen, dass im vorliegenden Fall insofern eine besondere Situation vorliege, als im Kanton Zürich nur etwas mehr als 20% des Bedarfs an Infrastruktur für stationäre Rehabilitationsaufenthalte durch innerkantonale Kliniken abge-

deckt werden könne und mithin die Mehrheit der Zürcher Versicherten auf ausserkantonale, auf der Zürcher Spitalliste aufgeführte Rehabilitationskliniken (wie die Klinik Valens) angewiesen sei; wenn der Kanton Zürich in seiner Spitalplanung für stationäre Rehabilitationsaufenthalte zu rund 80% auf ausserkantonale Kliniken zurückgreife, so komme dies einem fehlenden Angebot innerkantonalen Behandlungsmöglichkeiten derart nahe, dass es sich rechtfertige, diese Auslagerung des Rehabilitationsbedarfs als „medizinischen“ Grund im Sinne von Art. 41 Abs. 2 Buchst. b KVG gelten zu lassen; nur mit einer solch weiten Interpretation der medizinischen Gründe werde man dem Grundgedanken des KVG, dass die medizinische Versorgung tarifgeschützt im Rahmen der Grundversicherung möglich sein solle, gerecht.

Dieses Urteil ist im Ergebnis höchst erfreulich, auch wenn seine Auswirkungen in Anbetracht der vom Parlament beschlossenen Neuregelung der Spitalfinanzierung nur noch von beschränkter Dauer sein werden.

Neue Regelung: Freie Wahl des Spitals erleichtert

Das Parlament hat im Rahmen der am 21.12.2007 verabschiedeten Spitalfinanzierungsvorlage beschlossen, den interkantonalen Wettbewerb im Bereich der stationären Behandlung künftig zu erleichtern: Es hat sich für eine grundsätzliche Neukonzeption entschieden, deren praktische Auswirkungen im Einzelnen noch nicht ganz abschätzbar sind. Formell ist die Spitalfinanzierung bereits am 1.1.2009 in Kraft getreten, in Folge einer Übergangsbestimmung wird dieser Teil der Vorlage aber erst im Jahre 2012 voll wirksam werden.

Gemäss dem neuen Art. 41 Abs. 1bis KVG wird die versicherte Person für eine stationäre Behandlung künftig frei unter den Spitälern wählen können, die auf der Spitalliste entweder ihres Wohnkantons oder des Kantons, in dem sich das Spital befindet (Standortkanton) aufgeführt sind. Sowohl der Krankenversicherer wie auch der Wohnkanton müssen dann unabhängig vom Standort eines solchen Listenspitals die Vergütung des Aufenthalts anteilmässig übernehmen (nach dem vorgesehenen

Schlüssel von 45% für den Krankenversicherer und 55% für den Kanton).

Massgebend für die Kostenübernahme wird allerdings weiterhin der Tarif sein, der für die Listenspitäler des Wohnkantons gilt. Liegt dieser Tarif im anderen Kanton etwas höher, so wird die versicherte Person die entsprechende Differenz selber tragen müssen, ausser es liegen „medizinische Gründe“ für den ausserkantonalen Spitalaufenthalt vor. Liegt der Tarif im ausserkantonalen Spital tiefer, dann muss künftig die versicherte Person nichts mehr an den ausserkantonalen Spitalaufenthalt bezahlen; und zwar selbst dann nicht, wenn keine „medizinischen“ Gründe für die Wahl eines solchen Spitals bestehen. Die Wahl eines ausserkantonalen Spitals wird damit für die Versicherten ganz wesentlich erleichtert.

Georges Pestalozzi-Seger

Berufliche Vorsorge: Kürzung von Invalidenleistungen wegen Überentschädigung auch nach Erreichen des AHV-Alters?

Wir haben bereits vor kurzem in „Behinderung und Recht“ (2/08) über die neuere Bundesgerichtspraxis zur Kürzung von Invalidenrenten wegen Überentschädigung berichtet. Damals ist es um die Frage gegangen, ob und wann bei der Berechnung der Überentschädigung ein zumutbarerweise erzielbares Erwerbseinkommen mitberücksichtigt werden kann. Nun hat das Bundesgericht zwei neue Grundsatzentscheide zur Frage gefällt, ob und unter welchen Bedingungen Invalidenrenten aus beruflicher Vorsorge wegen Überentschädigung gekürzt werden können, wenn eine Person das AHV-Alter erreicht hat.

Bundesgericht bejaht grundsätzlich Kürzungsmöglichkeit

Vorauszuschicken ist, dass nach der Konzeption des BVG eine Invalidenrente bei Erreichen des Rentenalters nicht von einer Altersrente abgelöst wird, sondern bis zum Tod der versicherten Person weiter läuft (Art. 26 Abs. 3 BVG). Von diesem Grundsatz können die Vorsorgeeinrichtungen abweichen, indem sie im Reglement vorsehen, dass die Invalidenrente bis zum Erreichen der Altersgrenze limitiert und danach von einer Altersrente abgelöst wird. Ist Letzteres der Fall, so stellt sich die Kürzungsfrage nicht, da nach den Bestimmungen von Art. 24 BW 2 nur Invaliden- und Hinterlassenenrenten, nicht aber Altersrenten gekürzt werden können. Läuft die Invalidenrente auch nach Erreichen des AHV-Alters jedoch weiter, dann stellt sich sehr wohl die Kürzungsfrage.

Nachdem in letzter Zeit verschiedene widersprüchliche Entscheide gefällt worden waren, hat das Bundesgericht die Frage nun in einem Grundsatzentscheid geklärt. In seinem Urteil vom 24.11.2008 (135 V 39) hat es festgehalten, dass die gemäss BVG gewährten Invalidenrenten auch nach Erreichen des AHV-Alters formell Invalidenrenten bleiben und somit – anders als die Altersrenten – weiter einer Kürzung im Falle einer Überentschädigung unterliegen.

Keine Anrechnung der AHV-Renten bei der Bemessung der Überentschädigung

Das Bundesgericht hat jedoch gleichzeitig ebenfalls entschieden, dass für die Ermittlung einer allfälligen Überentschädigung die AHV-Renten – anders als die IV-Renten – nicht mitberücksichtigt werden können. Dies gehe aus dem Wortlaut von Art. 24 BW 2 hervor, wonach nur Leistungen „gleicher Art und Zweckbestimmung“ angerechnet werden dürfen, die „der anspruchsberechtigten Person aufgrund des schädigenden Ereignisses ausgerichtet werden“; die Verordnung lege damit das Prinzip der sachlichen und ereignisbezogenen Kongruenz fest; die AHV-Renten würden aufgrund des Versicherungsfalls „Alter“ ausgerichtet und nicht als Folge des Eintritts einer Invalidität; sie würden auch ausgerichtet, wenn das schädigende Ereignis (Invalidität) nicht eingetreten wäre; deshalb seien sie nach dem klaren Wortlaut von Art. 24 Abs. 2 BW 2 nicht anrechenbar (Urteil vom 19.12.2008; 135 V 29).

Im Ergebnis führt die Praxis nun dazu, dass BVG-Invalidenrenten nach Erreichen des AHV-Alters zwar theoretisch den Kürzungsmöglichkeiten unterliegen, jedoch praktisch nur noch dann gekürzt werden können, wenn eine Person nebst der BVG-Invalidenrente auch noch eine hohe Invalidenrente aus der Unfallversicherung bezieht; denn UVG-Invalidenrenten werden nach heutiger Regelung ebenfalls über das AHV-Alter hinaus weiter entrichtet.

Andererseits ist es grundsätzlich möglich (wenn auch höchst selten), dass eine Person nach Erreichen des AHV-Alters mit der AHV-Rente einerseits und der BVG-Invalidenrente andererseits insgesamt ein grösseres Einkommen erzielt als vor Eintritt der Invalidität. Nach Auffassung des Bundesgerichts ist dies nicht unzulässig; denn es gebe in der Sozialversicherung kein generelles Überentschädigungsverbot; es sei z.B. auch zulässig, dass Altersrentner eine AHV-Rente und eine Pensionskassenrente beziehen und daneben einer Erwerbstätigkeit nachgehen und damit insgesamt ein höheres Einkommen erzielen als vor Erreichen des Rentenalters.

Georges Pestalozzi-Seger