

Behinderung und Recht 1/12

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“

IV-Revision 6a (2. Teil): Eingliederungsorientierte Rentenrevisionen

Im Rahmen der periodischen Rentenrevisionen wird in erster Linie geprüft, ob sich der Sachverhalt seit der letzten Verfügung in erheblicher Weise verändert hat (Veränderung des Gesundheitszustands und der Erwerbsmöglichkeiten, Veränderung des Status als Folge familiärer Veränderungen wie der Geburt eines Kindes, einer Trennung oder Scheidung usw.). Sind keine Veränderungen eingetreten, so wird die Rente grundsätzlich im bisherigen Ausmass weiter gewährt. Nur ausnahmsweise kann ein früherer Entscheid auch ohne Veränderung des Sachverhalts von der IV-Stelle in Wiedererwägung gezogen werden, nämlich dann, wenn er sich als offensichtlich unrichtig erweist.

Mit der 6. IVG-Revision soll dieses Instrumentarium der Rentenüberprüfungen in zweifacher Hinsicht ergänzt werden: Einerseits durch die zeitlich begrenzten Schlussbestimmungen, welche es erlauben, bei „pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage“ eine Anpassung auch ohne Veränderung des Gesundheitszustands vorzunehmen (vgl. dazu „Behinderung und Recht“ 4/11); andererseits mit den neu vorgesehenen eingliederungsorientierten Rentenrevisionen. Wir wollen aufzeigen, wie diese in Zukunft funktionieren sollen, welche flankierenden Massnahmen vorgesehen sind, welches aber auch die problematischen Aspekte der Regelung sind.

Ermittlung des Eingliederungspotentials

Bei jeder Rentenüberprüfung werden die IV-Stellen ab 2012 nicht nur abklären, ob sich der Sachverhalt seit der letzten Verfügung erheblich verändert hat, sondern sie werden auch zu ermitteln haben, ob bei der betroffenen Person ein „Eingliederungspotential“ besteht, d.h. ob mit gezielten medizinischen Behandlungen und beruflichen Eingliederungsmassnahmen die Erwerbsfähigkeit verbessert werden könnte. Die Erkennung des Eingliederungspotentials wird in erster Linie Sache des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) sein. Es soll aber auch ein Gespräch mit der versicherten Person selber erfolgen und wenn immer möglich der behandelnde Arzt konsultiert und in den Prozess eingebunden werden.

Es sind weder bezüglich des Alters noch bezüglich der medizinischen Diagnosen irgendwelche Einschränkungen vorgesehen, d.h. ein Eingliederungspotential darf z.B. auch bei über 55-jährigen Menschen vermutet werden. In erster Linie werden aber sicher eher jüngere Versicherte und solche mit einem psychischen Leiden anvisiert. Nur wenn die Gesundheitsschädigung so schwer ist, dass eine Person ganz sicher nicht mehr ins Erwerbsleben eingegliedert werden kann, wird auf die Einleitung dieses Prozedere verzichtet werden.

Massnahmen der Wiedereingliederung

Gelangt die IV-Stelle zum Schluss, dass bei einem Rentenbezüger oder einer Rentenbezügerin ein Eingliederungspotential besteht, so fordert sie sie entweder auf, sich einer bestimmten medizinischen Behandlung zu unterziehen oder sie ordnet die geeigneten beruflichen „Massnahmen zur Wiedereingliederung“ an. Diese werden neu in Art. 8a IVG zusammengefasst: Sie umfassen das gesamte Spektrum der bekannten Eingliederungsmassnahmen (Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, Massnahmen beruflicher Art, Abgabe von Hilfsmitteln) sowie neu die „Beratung und Begleitung der Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger und ihrer Arbeitgeber“ (Art. 8a Abs. 2 Buchst. d IVG). Ob unter letzterem Titel wirklich ernst-

hafte neue Angebote geschaffen werden, welche sich von der bisherigen Berufsberatung und Arbeitsvermittlung qualitativ unterscheiden, ist noch nicht erkennbar. Immerhin könnten die IV-Stellen unter diesem Titel ein externes Coaching anordnen oder selber entsprechende Spezialisten einstellen. Das BSV hat in Ziffer 1026 des Kreisschreibens über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art (KSBE) einige Elemente der „Beratung und Begleitung“ inhaltlich umschrieben (Unterstützung von Veränderungsprozessen bei versicherter Person und Unternehmen, Unterstützung beim Abgleich von Stellenprofil und Bewerbungsprofil, Förderung der betrieblichen Eingliederungspotentiale, professionelle Krisenintervention usw.).

Anspruch und Verpflichtung

Die Versicherten haben einerseits einen Anspruch auf geeignete Massnahmen der Wiedereingliederung, den sie notfalls auch gerichtlich durchsetzen können. Andererseits sind sie aber auch verpflichtet, an allen zumutbaren Massnahmen zur Wiedereingliederung aktiv teilzunehmen (Art. 7 Abs. 2 Buchst. e IVG). Es ist absehbar, dass sich aus dieser Mitwirkungspflicht gewisse Konflikte ergeben werden, insbesondere wenn sich einzelne Versicherte subjektiv ausser Stande sehen, an solchen Massnahmen teilzunehmen, während die IV-Stelle eine Teilnahme als zumutbar erachtet. Im Streitfall kommt dann das Mahnverfahren gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG zur Anwendung.

Weitergewährung der Rente während den Massnahmen zur Wiedereingliederung

Während der Dauer der Massnahmen zur Wiedereingliederung wird in Abweichung zur allgemeinen Regelung in Zukunft kein Taggeld gewährt, sondern die Rente weiter ausgerichtet (Art. 22 Abs. 5bis IVG, Art. 47 Abs. 1bis IVG). Nur wenn ein Rentenbezüger oder eine Rentenbezügerin bisher einer Teilerwerbstätigkeit nachgegangen ist oder ein Taggeld einer anderen Versicherung (z.B. Arbeitslosentaggeld) bezogen hat und nun wegen einer Wiedereingliederungsmassnahme diese Erwerbstätigkeit auf-

geben muss oder das Taggeld der anderen Versicherung verliert, so erhält sie zusätzlich zur (weiter laufenden) Rente ein Taggeld (Art. 22 Abs. 5ter IVG). Es ist zu hoffen, dass diese Fälle selten bleiben, denn es ist generell problematisch, eine bisherige Teilerwerbstätigkeit zugunsten einer Wiedereingliederungsmassnahme mit unsicherem Ausgang aufgeben zu müssen.

Rentenanpassung bei erfolgreicher Wiedereingliederung

Nach Beendigung der Massnahmen zur Wiedereingliederung muss die IV-Stelle prüfen, ob die Erwerbsfähigkeit dank dieser Massnahmen verbessert werden konnte oder nicht. Ist eine Verbesserung zu verneinen, so muss der versicherten Person die bisherige Rente weiter gewährt werden. Kann eine Verbesserung in relevantem Umfang bejaht werden, so verfügt die IV-Stelle die Aufhebung oder Herabsetzung der Rente. Parallel zur Aufhebung oder Herabsetzung der Rente können der betroffenen Person und ihrem Arbeitgeber während längstens 3 Jahren weiterhin Beratung und Begleitung zugesprochen werden (Art. 8a Abs. 4 IVG).

Übergangsleistung bei erneuter Arbeitsunfähigkeit

Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit durch Massnahmen der Wiedereingliederung setzt voraus, dass die betroffene Person motiviert ist und aktiv am Prozess teilnimmt. Diese Motivation wird erfahrungsgemäss durch verschiedene Sorgen gebremst, vorab durch die Angst, bei einem allfälligen gesundheitlichen Rückfall mit leeren Händen dazustehen. Diese Angst soll mit der neu eingeführten Übergangsleistung gemildert werden. Die neue Regelung soll immer dann zur Anwendung gelangen, wenn eine Person an Massnahmen der Wiedereingliederung teilgenommen hat und die Rente in der Folge aufgehoben oder herabgesetzt worden ist; aber auch dann, wenn eine Person von sich aus eine Erwerbstätigkeit aufgenommen oder das Pensum erhöht hat und in der Folge die Rente herabgesetzt oder aufgehoben worden ist: Wird eine solche Person innert 3 Jahren nach Aufhebung oder Herabsetzung der Rente wieder wäh-

rend mindestens 30 Tagen arbeitsunfähig, so kann sie von der IV eine Übergangsleistung beanspruchen (Art. 32 Abs. 1 IVG).

Für die Auslösung einer Übergangsleistung ist ein ärztliches Attest nötig, welches bestätigt, dass die Arbeitsunfähigkeit 30 Tage angedauert hat und voraussichtlich weiter andauern wird. Auf dieses Attest stützt sich die Verwaltung ab, ohne weitere Abklärungen zu treffen. Sie spricht dann die Übergangsleistung in Form einer Mitteilung zu (Art. 74ter Buchst. g IVV). Die Höhe der Übergangsleistung entspricht dem Betrag der aufgehobenen oder reduzierten Rente (inkl. Kinderrenten). Es werden damit die früheren Leistungen wiederhergestellt. Zusätzlich besteht während der Dauer der Übergangsleistung auch wieder ein Anspruch auf eine Invalidenrente aus beruflicher Vorsorge (Art. 26a Abs. 2 BVG) sowie auf Ergänzungsleistungen (Art. 27c ELG).

Gleichzeitig mit der Gewährung der Übergangsleistung leitet die IV-Stelle nun aber die Überprüfung des Invaliditätsgrades ein (Art. 34 IVG), sie klärt also ab, ob sich die Erwerbsfähigkeit tatsächlich wieder in relevantem Umfang verschlechtert hat. Je nach Ergebnis der Abklärungen verfügt sie, dass der Rentenanspruch (ohne neue Wartezeit) wieder entsteht oder dass die Rente erhöht, herabgesetzt, aufgehoben oder belassen wird. Der Anspruch auf die Übergangsleistung erlischt am Ende des Monats, in dem die IV-Stelle über den Invaliditätsgrad neu entschieden hat.

Weitergewährung von Renten aus beruflicher Vorsorge während der 3-jährigen Übergangszeit

Da sich die Ängste der Versicherten im Falle einer Wiedereingliederung nicht nur auf den Verlust der IV-Rente beziehen, sondern vor allem auch auf den Verlust der Rente aus beruflicher Vorsorge, hat der Gesetzgeber auch in diesem Bereich eine Sonderregelung getroffen, welche im Vorfeld des parlamentarischen Prozesses viel zu diskutieren gegeben hat. Auch diese Sonderregelung soll künftig in allen Fällen zur Anwendung gelangen, in denen eine IV-Rente aufgehoben oder herabgesetzt

worden ist, nachdem eine Person an Massnahmen der Wiedereingliederung teilgenommen hat oder von sich aus eine Erwerbstätigkeit aufgenommen oder das Arbeitspensum erheblich erhöht hat. Konkret sieht das Gesetz vor, dass in all diesen Fällen die versicherte Person während 3 Jahren zu den gleichen Bedingungen bei jener Vorsorgeeinrichtung weiter versichert bleibt, von der sie bisher eine Invalidenrente bezogen hat (Art. 26a Abs. 1 BVG). Dies gilt sowohl für die obligatorische wie auch für die überobligatorische berufliche Vorsorge.

Während der Weiterversicherung und Aufrechterhaltung des Vorsorgeschutzes kann die Vorsorgeeinrichtung die Invalidenrente entsprechend dem verminderten Invaliditätsgrad der versicherten Person kürzen (oder aufheben), jedoch nur soweit, wie die Kürzung durch ein Zusatzeinkommen der versicherten Person ausgeglichen wird (Art. 26a Abs. 3 IVG).

Während der 3-jährigen Dauer der Weiterversicherung entsteht gegenüber der Vorsorgeeinrichtung eines allfälligen neuen Arbeitgebers vorderhand kein Versicherungsverhältnis. Damit wird ein nicht ganz unwesentlicher positiver Anstellungsanreiz geschaffen. Erst nach Ablauf von 3 Jahren wird die Austrittsleistung aus der bisherigen Vorsorgeeinrichtung fällig und es entsteht eine neue Versicherungspflicht. Bis dann sollte auch in den meisten Fällen klar sein, ob der Arbeitgeber zu einem längerfristigen Arbeitsverhältnis bereit ist.

Kommentar

Dass die Möglichkeiten zur Eingliederung nicht nur vor der erstmaligen Gewährung einer Rente, sondern fortlaufend geprüft werden, und dass auch die Rentenbezüger einen Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen erhalten, ist im Grundsatz gewiss zu begrüssen. Positiv zu werten ist auch, dass mit flankierenden Massnahmen die Anreize zur Wiedereingliederung sowohl bei den versicherten Personen wie auch bei den potentiellen Arbeitgebern erhöht werden. Dennoch erwecken die neuen Massnahmen bei vielen Betroffenen mehr Befürchtungen als Hoffnungen. Was ist der Grund hierfür?

Da ist einmal sicher die politische Zielvorgabe des Gesetzgebers, der dank der neuen eingliederungsorientierten Rentenrevision in den nächsten Jahren rund 8'000 gewichtete Renten aufheben will, wovon über 10'000 Personen betroffen wären. Es besteht die reale Gefahr, dass die IV-Stellen diese Zielvorgabe so oder so erreichen wollen, unabhängig davon, ob es wirklich gelingt, mit Eingliederungsmassnahmen die Erwerbsfähigkeit von über 10'000 Rentnern und Rentnerinnen zu verbessern. Es ist voraussehbar, dass in vielen Fällen zwar gewisse (nicht allzu kostspielige) Wiedereingliederungsmassnahmen zugesprochen werden, dann aber einfach aufgrund neuer medizinischer Beurteilungen behauptet wird, die Erwerbsfähigkeit habe sich erheblich verbessert. Dies, obschon in Tat und Wahrheit keine wesentliche Verbesserung erreicht werden konnte, sondern einfach eine neue medizinische Würdigung eines im Prinzip gleich gebliebenen Sachverhalts erfolgt. Darin liegt ein voraussehbares erhebliches Konfliktpotential.

Gemischte Gefühle löst das neue Verfahren aber auch deshalb aus, weil für eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rente einzig eine theoretische Verbesserung der Erwerbsfähigkeit genügt, unabhängig davon, ob die betroffenen bisherigen Rentner und Rentnerinnen auf dem realen Arbeitsmarkt wirklich eine Stelle finden konnten oder nicht. Dass dieser Arbeitsmarkt in der Lage ist, in- nert vernünftiger Zeit über 10'000 bisherige Rentner und Rentnerinnen neu aufzunehmen, verneinen praktisch alle Berufsfachleute, wenn sie ihre Meinung ehrlich äussern können. Die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit wird also in vielen Fällen (vorab bei älteren Menschen und langjährigen Rentnern und Rentnerinnen) nicht zur erhofften Wiedereingliederung führen, sondern zur Abhängigkeit von der Sozialhilfe.

Und schliesslich wird auch noch auf folgende mögliche Entwicklung geachtet werden müssen, die von etlichen Fachärzten der Psychiatrie befürchtet wird: Wenn Personen mit einem psychischen Leiden unter ständigen Wiedereingliederungsdruck gesetzt werden, so kann dies auch zum negativen Ergebnis führen, dass sie sich nicht stabilisieren können. Die beabsichtigte Verbesserung der

Erwerbsfähigkeit kann dann auch zu einer realen Verschlechterung des Gesundheitszustands führen. Es bleibt deshalb zu hoffen, dass die RAD und IV-Stellen ihre neue Aufgabe mit dem nötigen Fingerspitzengefühl ausüben und dabei die Einschätzungen der behandelnden Ärzte ernst nehmen und in ihren Entscheidungen mit einbeziehen.

Georges Pestalozzi-Seger

IV-Revision 6a (3. Teil): Die Änderungen im Bereich der beruflichen Eingliederungsmassnahmen

Im Rahmen des soeben in Kraft getretenen ersten Teils der 6. IVG-Revision sind eine ganze Reihe von Bestimmungen im Bereich der Eingliederungsmassnahmen angepasst worden. Auch wenn nur die wenigsten dieser Gesetzes- und Verordnungsänderungen von grundlegender Bedeutung sind, wollen wir sie hier kurz vorstellen.

Integrationsmassnahmen: Erhöhte Anreize für Arbeitgeber

Man ist sich einig, dass es wünschenswert wäre, die 2008 eingeführten Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung vermehrt in Betrieben durchführen zu können. Heute ist dies nicht der Fall, der Grossteil der sozialberuflichen Rehabilitationen findet mangels Interesse seitens der Arbeitgeber in geschütztem Rahmen statt. Um solche Massnahmen für Arbeitgeber attraktiver zu machen, wird der Beitrag, den die IV dem Arbeitgeber für sein Engagement zusprechen kann, von bisher maximal 60 Franken pro Tag neu auf maximal 100 Franken erhöht (Art. 4octies IVV). Diese Erhöhung allein dürfte allerdings noch keine Trendwende auslösen. Viel entscheidender ist, ob es die IV-Stellen schaffen, die Arbeitgeber in persönlichen Kontakten zu informieren und zur Mitwirkung bei Integrationsmassnahmen zu überzeugen.

Integrationsmassnahmen können im Übrigen neu, falls sie im Rahmen von Massnahmen zur Wiedereingliederung zugesprochen werden, insgesamt länger als ein Jahr dauern. Die bisherige eher hinderliche zeitliche Limitierung der Massnahmen, die von den Behindertenorganisationen von Beginn weg bekämpft worden ist, wird nun zumindest bezüglich der Wiedereingliederungsmassnahmen aufgehoben.

Umschulung

In der Verordnung (Art. 6 Abs. 1bis IVV) wird neu präzisiert, dass als Umschulungsmassnahmen auch Ausbildungsmassnahmen gelten, die zu einer höherwertigen als die vorhandene Ausbildung führen, sofern sie zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit notwendig sind. Das entspricht im Grunde bereits der heutigen Praxis, nach welcher die IV eine Ausbildung auf einen höherwertigen Berufsabschluss nur zu finanzieren hat, wenn die anvisierte Verbesserung der Erwerbsfähigkeit nicht mit adäquateren (d.h. weniger kostspieligen) Massnahmen erreicht werden kann. Kosten und Nutzen einer Ausbildung müssen zudem wie bisher in einem vernünftigen Verhältnis zueinander stehen.

Arbeitsversuch

Arbeitsversuche werden bereits heute immer wieder angeordnet, und zwar als Abklärungsmassnahmen. Neu sind sie vom Gesetzgeber als eigenständige berufliche Eingliederungsmassnahmen in Art. 18a IVG und Art. 6bis IVV geregelt: Danach kann die IV-Stelle „einer versicherten Person versuchsweise einen Arbeitsplatz für längstens 180 Tage zuweisen“, um deren tatsächliche Leistungsfähigkeit im Arbeitsmarkt abzuklären. Während eines solchen Arbeitsversuchs hat die betroffene Person Anspruch auf ein Taggeld. Wer bisher eine Rente bezogen hat, dem wird diese weiter ausgerichtet.

Das Gesetz hält nun ausdrücklich fest, dass während des Arbeitsversuchs kein Arbeitsverhältnis im Sinne des OR entsteht (Art. 18a Abs. 3 IVG). Damit soll die Bereitschaft der Arbeitgeber zur Durchführung von Arbeitsversuchen erhöht werden. Eine ganze Reihe von explizit erwähnten Rechten und Verpflichtungen aus dem Arbeitsvertragsrecht werden dennoch als „sinngemäss anwendbar“ erklärt. Nach wie vor nicht geregelt ist allerdings die Frage des Unfallversicherungsschutzes während Arbeitsversuchen: Während in der Botschaft noch eine Regelung auf Verordnungsebene angekündigt worden war, findet sich bis heute keine solche. Seitens der Verwaltung wird dies noch nachzuholen sein.

Arbeitsversuche sollen jeweils in einer Vereinbarung geregelt werden, in der Rahmenbedingungen, Ziel und Dauer festgelegt werden. Diese Vereinbarung soll dann von allen Parteien, d.h. von der versicherten Person, der Eingliederungsfachperson der IV und vom Einsatzbetrieb unterzeichnet werden. Eine vorzeitige Beendigung ist möglich, wenn das vereinbarte Ziel erreicht wurde, wenn sich geeignetere Massnahmen aufdrängen oder eine Weiterführung aus medizinischen oder anderen beachtlichen Gründen nicht zumutbar oder zielführend ist (Art. 6bis IVV).

Einarbeitungszuschuss

Der Einarbeitungszuschuss ist erst im Rahmen der 5. IVG-Revision in den Katalog der beruflichen Massnahmen aufgenommen worden. Die damals gewählte Regelung hat sich jedoch in der Anwendung als unglücklich erwiesen, weshalb die entsprechenden Bestimmungen schon wieder einer Revision unterzogen worden sind. Der massgebende neue Artikel 18b IVG hält nun Folgendes fest: „Hat eine versicherte Person im Rahmen der Arbeitsvermittlung einen Arbeitsplatz gefunden und entspricht die Leistungsfähigkeit noch nicht dem vereinbarten Lohn, so hat sie während der erforderlichen Einarbeitungszeit, längstens jedoch während 180 Tagen, Anspruch auf einen Einarbeitungszuschlag“. Der Einarbeitungszuschuss setzt also, anders als der Arbeitsversuch, den Abschluss eines ordentlichen Arbeitsvertrags voraus, bei dem der Arbeitgeber auch verpflichtet ist, die gesetzlichen Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten.

Der Einarbeitungszuschuss wird im Einzelfall festgelegt. Er entspricht höchstens dem vereinbarten monatlichen Bruttolohn inkl. Sozialversicherungsbeiträge und darf den Höchstbetrag des Taggeldes nicht überschreiten. Er wird an den Arbeitgeber ausbezahlt, und zwar am Ende der Einarbeitungszeit. Erkrankt oder verunfallt die versicherte Person während der Einarbeitungszeit, so wird der Einarbeitungszuschuss für die Dauer der Lohnfortzahlung des Arbeitgebers weiter ausgerichtet, es sei denn es bestehe Anspruch auf ein Taggeld der EO oder der Kranken- und Unfallversicherung (Art. 6ter Abs. 3 und 4 IVV).

Es bleibt zu hoffen, dass der Einarbeitungszuschuss, der sich in Einzelfällen als durchaus positiver Anreiz für den Abschluss von Arbeitsverträgen erwiesen hat, künftig vermehrt zur Anwendung gelangt. Voraussetzung ist allerdings, dass die IV-Stellen die Arbeitsvermittlung als aktiven Prozess betreiben, bei welchem die Eingliederungsfachleute der IV direkt mit den Arbeitgebern verhandeln. In verschiedenen Kantonen besteht diesbezüglich allerdings noch ein enormer Nachholbedarf.

Entschädigung für Beitragserhöhungen

Ein weiteres Angebot der IV zugunsten von anstellungsbereiten Arbeitgebern ist die „Entschädigung für Beitragserhöhungen“: Sie ist ebenfalls im Rahmen der 5. IVG-Revision eingeführt worden, hat bisher aber noch kaum Wirkung entfaltet. Durch gewisse Anpassungen ist sie jetzt in einem eigenen Artikel (Art. 18c IVG) noch etwas attraktiver ausgestaltet worden.

Arbeitgeber zögern oft mit der Anstellung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen, weil sie fürchten, dass im Falle einer erneuten Arbeitsunfähigkeit ihre Taggeldversicherung oder gar die Pensionskasse Leistungen erbringen muss und in der Folge dann die Prämien erhöht. Als Kompensation für dieses Risiko richtet die IV dem Arbeitgeber eine Entschädigung aus, wenn eine versicherte Person nach erfolgter Arbeitsvermittlung innert 3 Jahren (bisher: innert 2 Jahren) aus gesundheitlichen Gründen erneut arbeitsunfähig wird und das Arbeitsverhältnis im Zeitpunkt der erneuten Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Monate gedauert hat. Der Arbeitgeber muss dabei anders als bisher nicht mehr nachweisen, dass die erneute Arbeitsunfähigkeit auf das vorbestehende Leiden zurückzuführen ist.

Die Entschädigung beträgt wie bisher 48 Franken pro Tag bei Betrieben bis zu 50 Mitarbeitern und 34 Franken pro Tag bei grösseren Betrieben. Sie wird ab dem 16. Tag einer Absenz ausgerichtet, sofern der Arbeitgeber weiterhin Lohn zahlt oder seine Taggeldversicherung ein Taggeld entrichtet (Art. 6quater IVV).

Taggeldanspruch bei Erkrankung und Unfall während Eingliederungsmassnahmen

Schliesslich soll noch auf eine letzte Anpassung betreffend den Taggeldanspruch hingewiesen werden. Hierbei ist vorzuschicken, dass das Parlament, ohne dass dies vom Bundesrat vorgeschlagen worden war, etwas überraschend die Bestimmungen über das Eingliederungsrisiko (Art. 11 IVG) gestrichen hat, worauf auch der Bundesrat die entsprechende Regelung in der Verordnung (Art. 23 IVV) aufgehoben hat: Die IV kommt damit nicht mehr für die Heilbehandlung auf, wenn eine Person während Eingliederungsmassnahmen erkrankt oder verunfallt.

Verblieben ist Art. 20quater IVV, welcher bestimmt, wie lange das IV-Taggeld weiter bezahlt wird, wenn eine Person eine Eingliederungsmassnahme wegen Krankheit, Unfall oder Mutterschaft unterbrechen muss und für diese Zeit keinen anderweitigen gleichwertigen Taggeldanspruch hat. Neu wird in diesen Fällen das Taggeld im ersten Jahr der Eingliederung während längstens 30 Tagen weiter ausgerichtet, im zweiten Jahr der Eingliederung während längstens 60 Tagen und ab dem dritten Eingliederungsjahr während längstens 90 Tagen. Verschiedene Eingliederungsmassnahmen, welche aufeinander folgen, werden hierbei zusammengezählt.

Georges Pestalozzi-Seger

Weitere Änderungen im Bereich der Sozialversicherungen per 1.1.2012

Auf den 1.1.2012 ist nicht nur die 6. IVG-Revision in Kraft getreten, sondern noch eine ganze Reihe weiterer grösserer und kleinerer Revisionen. Wir stellen einige wenige dieser Gesetzesanpassungen vor, die für Menschen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von Bedeutung sind:

AHV: Betreuungsgutschriften

Bisher konnten gemäss Art. 29 septies Abs. 1 AHVG Versicherte, welche im gleichen Haushalt Verwandte in auf- und absteigender Linie, Geschwister, Ehegatten, Schwiegereltern oder Stiefkinder mit einem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der AHV oder der IV für mindestens mittlere Hilflosigkeit betreuen, Antrag auf Anrechnung von Betreuungsgutschriften stellen. Im Rahmen der auf den 1.1.2012 in Kraft getretenen „technischen“ Revision des AHV-Gesetzes ist diese Bestimmung nun in zweifacher Hinsicht revidiert worden.

Einerseits werden den Hilflosenentschädigungen der AHV und der IV neu auch jene der Unfallversicherung und der Militärversicherung gleichgestellt. Dadurch ändert sich allerdings insofern nichts, weil gestützt auf ein Urteil des EVG diese Gleichstellung in der Praxis bereits vollzogen worden war. Andererseits wird nun nicht mehr verlangt, dass die betreuten Personen im selben Haushalt oder der unmittelbaren Nachbarschaft der betreuenden Person leben müssen, sondern es wird nur noch verlangt, dass die betreuten Personen von der betreuenden Person „leicht erreicht werden können“. Dieses Kriterium ist in der Verordnung (Art. 52g AHV) konkretisiert worden: Die betreuende Person darf nicht mehr als 30 km entfernt von der betreuten Person wohnen oder sie muss die betreute Person innert einer Stunde erreichen können. Weiterhin erforderlich ist, dass betreuende Person und betreute Person das Vorliegen eines Betreuungsverhältnisses bestätigen.

Die Betreuungsgutschriften werden immer noch weit weniger beansprucht, als dies aufgrund der häufigen familiären Betreuungsverhältnisse zu erwarten wäre. Die Öffnung der Voraussetzungen ist deshalb sicher zu begrüssen, insbesondere weil als Folge des vermehrten individuellen Wohnens Betreuer/innen und Betreute tendenziell weniger häufig im gleichen Haushalt zusammenleben als früher. Nach wie vor ein Problem stellt jedoch die Information der Betreuenden über ihr Recht auf Geltendmachung von Betreuungsgutschriften dar. Hier liegt sicher auch eine wichtige Aufgabe der Beratungsstellen der Behinderten- und Seniorenorganisationen.

Arbeitslosenversicherung: Erste Korrektur der letzten Revision

Im Rahmen der per Januar 2011 in Kraft getretenen Revision des Arbeitslosenversicherungsgesetzes hat der Gesetzgeber festgehalten, dass über 55-jährige und invalide Versicherte nur noch dann Anspruch auf maximal 520 Taggelder haben, wenn sie eine lückenlose Beitragszeit von 24 Monaten in den letzten 2 Jahren vor der Anmeldung nachweisen können. Wir haben in „Behinderung und Recht 1/11“ bereits darauf hingewiesen, dass als Folge dieser gesetzlichen Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen die Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses keinen einzigen Tag zu spät erfolgen darf.

In der Zwischenzeit haben die Parlamentarier eingesehen, dass diese Neuregelung zu abstrusen Resultaten führt und dass sie auch diejenigen bestraft, die vorerst auf eigene Initiative eine neue Stelle suchen wollen, ohne sogleich Arbeitslosengelder zu beanspruchen. Sie haben nun in einem Schnellverfahren Art. 27 Abs. 2 Bst. c AVIG angepasst und die nötige Beitragszeit für den Bezug der maximalen Taggelder von 24 Monaten auf 22 Monate reduziert. Da gegen diese Regelung kein Referendum ergriffen worden ist, tritt sie bereits am 1. Januar 2012 in Kraft.

KVG: Spitalfinanzierung

Die unter dem Titel „Spitalfinanzierung“ erfolgte Revision des KVG ist vom Parlament bereits im Dezember 2007 verabschiedet worden und in einzelnen Punkten im Januar 2009 in Kraft getreten. Die wesentlichen Neuerungen sind nun aber nach einer 3-jährigen Übergangszeit erst per 1.1.2012 rechtswirksam geworden: Dazu zählt insbesondere der Grundsatz von Art. 49 Abs. 1 KVG, dass die Vergütung der stationären Behandlung inklusive Aufenthalt und Pflegeleistungen im Spital in der Regel über leistungsbezogene Fallpauschalen zu erfolgen hat, welche auf gesamtschweizerischen Strukturen beruhen.

Ebenfalls von Bedeutung ist, dass der kantonale Anteil an der Vergütung der stationären Behandlung in einem Listenspital oder Listengeburtshaus für alle Kantonseinwohner mindestens 55% beträgt und damit der Anteil der Krankenkasse 45% (Art. 49a Abs. 2 KVG). Dies gilt gleichermaßen für öffentliche und private Spitäler. Kantone mit einer unterdurchschnittlichen Prämienhöhe können ihren Vergütungsanteil zwischen 45% und 55% festlegen, müssen ihn dann aber bis 2017 ebenfalls sukzessive auf mindestens 55% erhöhen (Schlussbestimmung, Ziffer 5).

Für die Versicherten selber ist vorallem von Bedeutung, dass sie künftig für eine stationäre Behandlung zwischen allen Spitälern frei wählen können, die entweder auf der Spitalliste ihres Wohnkantons figurieren oder auf der Spitalliste des Standortkantons des jeweiligen Spitals, und zwar unabhängig davon, ob es sich um ein öffentliches oder ein privates Spital handelt (Art. 41 Abs. 1 KVG). Ihre Krankenkasse und ihr Wohnkanton haben in all diesen Fällen ihren Anteil (45% resp. 55%) nach dem Tarif zu übernehmen, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person gilt.

Dies bedeutet konkret, dass man sich künftig in ein ausserkantonaies Spital ohne erhebliches Kostenrisiko begeben kann. Nur wenn der Tarif im anderen Kanton höher ist als im Wohnkanton, muss die Differenz aus der eigenen Tasche berappt werden, es sei denn eine Zusatz-

versicherung komme hierfür auf. Ist der Tarif im anderen Kanton sogar tiefer, dann decken Krankenkasse und Wohnkanton den Aufenthalt vollständig. Ob die Weiterführung der weit verbreiteten Zusatzversicherungen für die Deckung des Aufenthaltes in der allgemeinen Spitalabteilung unter den gegebenen Umständen noch Sinn macht, muss deshalb von jeder versicherten Person ernsthaft geprüft werden. Hierbei ist zu beachten, dass diese Zusatzversicherungen nebst dem Spitalaufenthalt noch andere Leistungen decken.

Muss ein ausserkantonaies Spital schliesslich aus „medizinischen Gründen“ gewählt werden, so haben die Krankenkasse und der Wohnkanton die Kosten nach dem Tarif im entsprechenden Standortkanton des Spitals zu übernehmen. In diesem Fall entstehen der versicherten Person selber also auch dann keine Kosten, wenn die Tarife im anderen Kanton höher sind als im Wohnkanton. „Medizinische Gründe“ liegen bei einem Notfall vor oder auch dann, wenn die erforderliche Behandlung in keinem Spital angeboten wird, welches auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist. In letzterem Fall muss wie bisher eine Zusage des Wohnkantons (meistens des Kantonsarztes) eingeholt werden (Art. 41 Abs. 3 und 3bis KVG).

KVG: Pflegeleistungen

In einem Urteil vom 27.4.2010 (136 V 172) hatte das Bundesgericht entschieden, dass das Vorbereiten der Medikamente nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen im Rahmen des KVG gehöre, weil die Verordnung (Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV) nur die „Verabreichung“ der Medikamente als Pflichtleistung bezeichne. Nachdem dieses Ergebnis allseits als unverständlich beurteilt worden war, hat das EDI nun die massgebende Verordnung ergänzt. Neu gilt die „Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten sowie Dokumentation der damit verbundenen Tätigkeiten“ als Pflichtleistung (Art. 7 Abs. 2 Bst. b Ziff. 7 KLV).

Ebenfalls als Pflichtleistung neu in den Katalog der Pflegemassnahmen aufgenommen worden ist die

„Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen“ (Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 3 KLV), wobei diese Koordinationstätigkeit von Pflegefachpersonen vorgenommen werden muss, welche eine 2-jährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen können.

Georges Pestalozzi-Seger