

Wer soll das bezahlen?

Versicherungsfragen bei Rehabilitationsmassnahmen

Wenn Kinder und Jugendliche längere Zeit im Spital oder in einer Rehabilitationsinstitution verbringen müssen, stellen sich verschiedene Fragen: Welche medizinischen Massnahmen werden von wem vergütet, und auf welche Hilfsmittel besteht Anspruch in welcher Form? Welche zusätzlichen unterstützenden Leistungen werden an die Eltern entrichtet? In den letzten Monaten haben sich auf politischem Parkett einige erfreuliche Verbesserungen ergeben.

Von Martin Boltshauser

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen haben gegenüber der Invalidenversicherung (IV) und der Krankenkasse sowie allfälligen weiteren Versicherungen verschiedene Leistungen zugute. Es handelt sich um medizinische Massnahmen, um Hilfsmittel sowie um Hilflosenentschädigung und den Intensivpflegezuschlag, den ihre Eltern erhalten. All diese Leistungen sind wichtig, um sowohl die gute Versorgung des Kindes zu gewährleisten als auch die gesamte Familiensituation mit Unterstützungsleistungen im Gleichgewicht zu halten.

Medizinische Massnahmen

Die IV ist grundsätzlich eine Eingliederungs- und Rentenversicherung. Sie übernimmt deshalb in Abgrenzung zur Krankenversicherung keine medizinischen Behandlungskosten. Eine Ausnahme sind die sogenannten medizinischen Massnahmen für Kinder und Jugendliche, die zu den Eingliederungsmassnahmen gehören. Diese gelten

aber nicht absolut, sondern vorwiegend für Kinder und Jugendliche mit einer Diagnose, die auf der Geburtsgebrechenliste steht.

Die IV übernimmt damit alle zur Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendigen medizinischen Massnahmen, und zwar ohne Rücksicht auf die künftige Erwerbsfähigkeit des Kindes oder Jugendlichen. Die als Geburtsgebrechen anerkannten Leiden, für die ein Anspruch auf IV-Leistungen besteht, sind in einer Verordnung abschliessend aufgeführt. Nur wenn das Geburtsgebrechen anerkannt ist, kann und darf die IV die Leistungen erbringen.

In der auf 1. Januar 2022 in Kraft tretenden IV-Revision wird die Geburtsgebrechenliste überarbeitet. Es werden erfreulicherweise einige seltene Krankheiten aufgenom-

men, zudem wird unter anderem die störende Frist einer Diagnosestellung bis zum 5. Geburtstag bei Kindern mit Autismspektrumstörungen gestrichen. Zum Zeitpunkt des Abfassen dieses Artikels sind allerdings die Verordnung und das verwaltungsinterne Kreisschreiben noch nicht veröffentlicht, sodass noch nicht alle Details bekannt sind.

Liegt kein anerkanntes Geburtsgebrechen vor, übernimmt die IV auch dann die Kosten für medizinische Massnahmen, wenn sie unmittelbar auf die berufliche Eingliederung (und nicht auf den unmittelbaren Behandlungserfolg) gerichtet und geeignet sind, um die Erwerbsfähigkeit dauernd und bedeutend zu verbessern oder wesentliche Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit zu verhindern. Diese Bestimmung führt in der Praxis immer wieder zu Missverständnissen, muss doch der langfristige Eingliederungserfolg näher im Fokus sein als der kurzfristige medizinische Erfolg. Die richtige Umschreibung des Sachverhaltes durch den Arzt erhält deshalb hier eine wichtige Bedeutung.

Viele Ärzte und Eltern glauben, dass bei einer Ablehnung von medizinischen Massnahmen durch die IV das Kind keinen Anspruch auf IV-Leistungen generell erheben kann. Das ist falsch. Bei einer Ablehnung sind nur die medizinischen Massnahmen als solche verneint, alle anderen allfälligen Ansprüche gegenüber der IV sind davon nicht betroffen. Zudem muss im Bereich der medizinischen Versorgung die Krankenkasse als obligatorische Krankenversicherung die ärztlichen verordneten Leistungen subsidiär übernehmen. Die Eltern zahlen einen limitierten Selbstbehalt von aktuell maximal 350 Franken pro Jahr.

Die IV übernimmt bei Bejahung der Leistungsvoraussetzungen folgende Massnahmen, sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt:

- die ambulante oder stationäre ärztliche Behandlung auf der allgemeinen Abteilung
- die Behandlung durch medizinische Hilfspersonen (z. B. Physiotherapie)

Viele Ärzte und Eltern glauben, dass bei einer Ablehnung von medizinischen Massnahmen durch die IV das Kind keinen Anspruch auf IV-Leistungen generell erheben kann. Das ist falsch.

- anerkannte Arzneimittel
- Behandlungsgeräte.

Im Zusammenhang mit der Verordnung von Behandlungsgeräten und dem Anspruchsbeginn sind folgende Punkte zu beachten.

Behandlungsgerät: Das Behandlungsgerät ist vom Hilfsmittel abzugrenzen. Es ist nur in Ergänzung zu einem Geburtsgebrechen möglich und soll einen therapeutischen Effekt haben. Beispiele hierfür sind das Stehgerät, Windeln oder das Therapiefahrrad. Besteht kein anerkanntes Geburtsgebrechen, ist die Krankenkasse allenfalls leistungspflichtig. Der Arzt sollte wissen, ob ein Behandlungsgerät oder allenfalls ein Hilfsmittel gebraucht wird, und diese Verordnung entsprechend begründen.

Anspruchsbeginn: Der Anspruch auf medizinische Massnahmen beginnt mit dem Beginn der Behandlung. Auf die Leistungen der IV wird (im Gegensatz zur Krankenkasse) kein Selbstbehalt erhoben. Der Anspruch erlischt am Ende des Monats nach dem 20. Geburtstag des Kindes. In der Folge übernimmt die Krankenversicherung die Behandlungskosten. Auch hier gibt es in der IV-Revision erfreuliche Verbesserungen: Die medizinischen Massnahmen werden bis zum 25. Geburtstag verlängert, wenn die IV berufliche Massnahmen leistet. Zudem muss die Krankenkasse im Sinne eines Besitzstandes die bisherigen von der IV bezahlten Leistungen weiterhin erbringen.

Anspruch auf Hilfsmittel

Wann hat ein Kind oder ein Jugendlicher Anspruch auf Hilfsmittel? Die IV übernimmt Hilfsmittel, die für die selbstständige und unabhängige Bewältigung des privaten Alltags benötigt werden. Dazu gehören Hilfsmittel für die Fortbewegung (z. B. Rollstühle), für die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt (z. B. elektronische Kommunikationsgeräte) und für die Selbstsorge (z. B. Elektrobetten). Auch invaliditätsbedingte bauliche Änderungen in der Wohnung können von der IV finanziert werden. Darüber hinaus werden gewisse Hilfsmittel vergütet, wenn sie für die Schule oder die Ausbildung unerlässlich sind (z. B. Treppenlifte).

Nach Gesetz und Rechtsprechung unterliegt die Hilfsmittelversorgung den allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen Geeignetheit, Erforderlichkeit und Eingliederungswirksamkeit. Leistungen, die ausschliesslich in der Hilfsmittelliste der IV aufgeführt sind, werden nur in einfacher und zweckmässiger Ausführung erbracht. Die IV ist auch im Bereich der Hilfsmittel keine umfassende Versicherung, welche sämtliche durch die Invalidität verursachten Kosten abdecken will. Das Gesetz will die Eingliederung lediglich so weit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist und zudem der voraussichtliche Erfolg der Eingliederungsmassnahme in einem vernünftigen Verhältnis zu ihren Kosten steht. Die Notwendigkeit des Hilfsmittels muss sich auf die konkrete Situation, in welcher die versicherte Person lebt, beziehen.

Doppelte Abgabe von Hilfsmitteln: Es stellt sich in der Praxis immer wieder die Frage, ob ein Hilfsmittel auch doppelt abgegeben werden darf. Dies wird von der IV verneint, wenn die Versorgung damit nicht mehr als einfach und zweckmässig gilt. Die Abgabe von zwei identischen Hilfsmitteln (z. B. Abgabe eines Rollstuhls für das

Zuhause und eines weiteren Rollstuhls für die Schule oder den Arbeitsplatz) kann aber nicht ohne Weiteres als nicht einfach und zweckmässig oder als Luxusversorgung qualifiziert werden, denn unter bestimmten Umständen kann auch eine einfache und zweckmässige Hilfsmittelversorgung die doppelte Abgabe eines bestimmten Hilfsmittels erfordern. Entscheidend ist, ob die Abgabe des fraglichen Hilfsmittels in einer doppelten Ausführung notwendig ist, um die leistungsspezifische Invalidität zu kompensieren. Eine gut vorbereitete Argumentation bei der Anmeldung und eine Begründung auch in der ärztlichen Verordnung sind hier von grossem Vorteil und erleichtern sogar der IV die Abklärung, womit über den Anspruch auch schneller entschieden werden kann.

Unter bestimmten Umständen kann auch eine einfache und zweckmässige Hilfsmittelversorgung die doppelte Abgabe eines bestimmten Hilfsmittels erfordern.

Einfach und zweckmässig: Welches Hilfsmittel ist im konkreten Einzelfall einfach und zweckmässig? Was braucht es für eine Versorgung, um den gesetzlichen Anspruch zu erfüllen? Hier besteht kein Wahlrecht für die versicherte Person, die Entscheidung liegt bei der IV. Gemäss IV liegt eine «unzulässige Luxusversorgung» dann vor, wenn ein Hilfsmittel im Hinblick auf die Kompensation einer ausfallenden Körperfunktion nicht mehr leistet als ein anderes billigeres Hilfsmittel, seine Funktion aber viel angenehmer, bequemer oder sonstwie «luxuriöser» ist. Dann leistet die IV lediglich Kostengutsprache für das von ihr als geeignet bezeichnete Hilfsmittel. Die versicherte Person hat aber die Wahl, ein anderes Hilfsmittel zu wählen, wenn es grundsätzlich den gleichen Zweck erfüllen kann und wenn sie darüber hinaus bereit ist, die Mehrkosten gegenüber dem anderen Hilfsmittel selbst zu finanzieren (sog. Austauschbefugnis).

Die IV hat wie oben aufgeführt die Anspruchsvoraussetzungen zu prüfen. Vor jeder Zusprache klärt sie ab, ob ein zweckmässiges Hilfsmittel aus einem Depot bezogen werden kann. Die IV-Stelle teilt dem Lieferanten innert 60 Tagen ab Zustellung des Kostengutsprachegebuchs der IV mit, ob sie die Kosten übernimmt oder nicht. Kann die IV-Stelle die Frist von 60 Tagen nicht einhalten, informiert sie den Leistungserbringer schriftlich über den Grund der Verzögerung. Das kann in Einzelfällen zu einschneidenden Verzögerungen führen, weshalb eine gute Vorbereitung des Gesuchs umso wichtiger wird.

Abgrenzungsfragen: Bei Gegenständen, die sowohl als Hilfsmittel als auch als Behandlungsgerät dienen können (z. B. orthopädische Stützkorsetts, Lendenmieder, Krückstöcke, Velos), ist zu beachten, dass bei einer Hilfsmittelanmeldung das Gerät den vom Gesetz genannten Zweck (Fortbewegung, Herstellung des Kontakts mit der Umwelt, Selbstsorge) unmittelbar erfüllen muss. Dies ist vom Arzt in seinem Antrag an die IV richtig zu begründen (s. oben unter Behandlungsgerät).

Ist die IV nicht leistungspflichtig, kann bei der Krankenkasse allenfalls noch ein Leistungsgesuch gestellt werden. Das ist im Einzelfall zu prüfen. Hilfsmittel am Arbeitsplatz, im Aufgabenbereich, zur Schulung und Ausbildung sowie bauliche Vorkehrungen zur Überwindung des Arbeitswegs sind vor allem nach einem Spitalaufenthalt oder einer Rehabilitationsmassnahme

wichtig, um so schnell als möglich den Alltag so wenig eingeschränkt wie möglich bewältigen zu können.

Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag

Diese Leistungen kommen direkt den Eltern der Minderjährigen zugute. Sie sind absolut zentral für vielen Familien und gewähren in einigen Fällen auch die Existenzsicherung der Familie. Bis Ende 2020 wurden diese Leistungen bei einem Spital- oder Rehabilitationsaufenthalt komplett eingestellt. Da die Eltern meist am Spitalbett sein müssen, führten diese finanziellen Einbussen neben grossem Unverständnis vor allem zu teilweise happigen finanziellen Einbussen.

Per 1. Januar 2021 haben sich durch das Bundesgesetz über die Angehörigenpflege erfreulicherweise zentrale Verbesserungen ergeben, indem diese Leistungen bei Aufenthalt in einer stationären Einrichtung nicht mehr automatisch eingestellt werden. Damit wird auch von Gesetzes wegen endlich geregelt, dass die Eltern die not-

wendige IV-Unterstützung nicht mehr verlieren, bis das Kind wieder nach Hause kann. Der Spitalarzt hat hier eine wichtige Rolle, muss er doch

Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag werden während einer stationären Aufnahme nicht mehr automatisch eingestellt, der Bedarf muss jedoch begründet werden.

bei längeren Aufenthalten für die vollen Monate des Aufenthalts (also nicht für den Eintritts- und Austrittsmonat) die Bestätigung abgeben, dass die Eltern die behinderungsbedingte medizinische und pflegerische Unterstützung am Krankenbett leisten müssen.

Anspruch auf Hilflosenentschädigung: Eine Hilflosenentschädigung wird dann ausgerichtet, wenn das Kind oder der Jugendliche in mehreren alltäglichen Lebensverrichtungen (Ankleiden/Auskleiden, Aufstehen/Absitzen/Abliegen, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft, Fortbewegung und Pflege gesellschaftlicher Kontakte) dauernd auf die Hilfe anderer Personen angewiesen ist. Angerechnet wird auch die dauernde Pflege und/oder persönliche Überwachung. Der Anspruch wird im Vergleich zum Unterstützungsbedarf bei gleichaltrigen gesunden Kindern geprüft. Die Höhe der Hilflosenentschädigung ist abhängig vom Grad der Hilflosigkeit (leicht, mittel, schwer). Die Leistung wird für jeden Aufenthaltstag zu Hause ausgerichtet. Übernachtet das Kind oder der Jugendliche in einem Heim, besteht nur dann Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, wenn die Eltern die Kosten für den Aufenthalt selbst tragen.

Der Anspruch entsteht, wenn die Voraussetzungen während eines Jahres erfüllt sind und die Hilflosigkeit weiter-

hin andauert. Bei Kleinkindern im 1. Lebensjahr entsteht der Anspruch sofort, wenn die Hilflosigkeit voraussichtlich mehr als 12 Monate dauern wird. Ab dem 18. Geburtstag werden die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung für Volljährige geprüft.

Anspruch auf Intensivpflegezuschlag: Wenn das Kind oder der Jugendliche einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung hat und im Tagesdurchschnitt eine zusätzliche grund- oder behandlungspflegerische Betreuung von mindestens 4 Stunden benötigt, besteht Anspruch auf einen zusätzlichen Intensivpflegezuschlag. Dieser richtet sich für Minderjährige nach dem Betreuungsaufwand, der im Vergleich zu einem gleichaltrigen, nicht behinderten Kind erforderlich ist. Er wird für die Tage ausgerichtet, an denen ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung besteht. Der Aufwand wird häufig von den Eltern oder einem Elternteil erbracht. Wichtig zu wissen ist die Konkurrenz zu allfällig verordneten Spitex-Stunden. Diese werden ja über die IV oder die Krankenkasse finanziert, und die entsprechenden Stunden werden bei der Ermittlung des Aufwands für den Intensivpflegezuschlag abgezogen. Deshalb bedarf es jeweils einer rechtzeitigen fachlichen Abklärung.

Der Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag erlischt auf jeden Fall mit dem 18. Geburtstag. Danach sind weitere Kostenübernahmen für pflegerische Massnahmen zu Hause allenfalls über die Ergänzungsleistungen möglich.

Beratung

Die Leistungen der IV sind sowohl für die Eltern als auch häufig für die Ärzte ein Dschungel. Procap arbeitet deshalb seit Jahren mit den Kinderspitälern und deren Sozialdiensten und Ärzten zusammen, damit die Kinder und Jugendlichen sowie die betroffenen Familien so gut wie möglich betreut und abgesichert sind.

Procap bietet seinen über 22 000 Mitgliedern Sozialversicherungsberatung vor Ort und bei Bedarf Rechtsberatung durch erfahrene Rechtsanwälte an. Der Erwerb der Mitgliedschaft ist jederzeit möglich.

Procap hat einen Ratgeber über die Rechte von Kindern mit Behinderung herausgegeben, der voraussichtlich im März 2022 in der 6. Auflage völlig überarbeitet neu herausgegeben wird. Zudem sind verschiedene Merkblätter unter www.procap.ch hinterlegt.

Korrespondenzadresse:

Martin Boltshauser, Rechtsanwalt
Leiter Rechtsdienst Procap
Frohburgstrasse 4
4601 Olten
E-Mail: Martin.Boltshauser@procap.ch