

Zeitschrift: Zeitschrift für öffentliche Fürsorge : Monatsschrift für Sozialhilfe : Beiträge und Entscheide aus den Bereichen Fürsorge, Sozialversicherung, Jugendhilfe und Vormundschaft

Herausgeber: Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe

Band: 85 (1988)

Heft: 1

Artikel: Was müssen die Mitarbeiter/innen der öffentlichen Fürsorge über die IV und die EL wissen, um die Klienten gut beraten zu können?

Autor: Gubser, Jean-Pierre

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-838612>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 07.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Was müssen die Mitarbeiter/innen der öffentlichen Fürsorge über die IV und die EL wissen, um die Klienten gut beraten zu können?

Referat von Jean-Pierre Gubser, Chef der AHV-Zweigstelle und des Arbeitsamtes der Stadt St. Gallen

Einleitung

Ziel meiner Ausführungen ist es, eine Reihe von Einzelheiten für und aus dem praktischen Alltag im Bereich der Invalidenversicherung und der Ergänzungsleistungen zu vermitteln.

Für den Praktiker an der Basis, der sich mit mehreren Bereichen der Sozialversicherung befassen muss, haben die Gesetze, Verordnungen, Weisungen und Rechtsprechung einen Umfang angenommen, wo die Transparenz schwierig wird und nur noch der Spezialist alle Einzelheiten kennt! In dem Sinn bin ich aufgrund meiner Funktion, als Leiter der AHV-Zweigstelle und des Arbeitsamtes der Stadt St. Gallen, eher ein Allrounder, das heisst, auch ich kenne nicht alle Einzelheiten!

Für uns alle stellt sich in der Praxis das Problem, wie wir die Klienten gut und angemessen beraten können. Im Bereich der Invalidenversicherung und der Ergänzungsleistungen geht es darum, Kenntnisse über die wichtigsten Leistungen, Voraussetzungen, das Verfahren, die Aufgaben und Arbeitsweise der beteiligten Stellen zu kennen. Dabei empfiehlt es sich, Einzelheiten dem Spezialisten zu überlassen und nicht stundenlang in Gesetzen oder Wegleitungen zu suchen, um dann festzustellen, dass diese oder jene Weisung bereits überholt ist. Da führen gute und persönliche Kontakte zu den entsprechenden Stellen und den Mitarbeitern oft schneller zum Ziel!

Trotz der vielen Weisungen und Vorschriften bestehen (glücklicherweise) kantonale Verfahrensunterschiede, unterschiedliche Praxis und auch unterschiedliche Ausnützung der Ermessensspielräume auch im Bereich der Invalidenversicherung und der Ergänzungsleistungen.

Invalidenversicherung (IV)

Invaliditätsbegriff

Als Invalidität im Sinne der IV gilt die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit. Im übrigen genügt das Vorliegen eines Gesundheitsschadens an sich nicht,

um Leistungen der IV auszulösen. Erst wenn sich dieser auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten auswirkt, liegt eine Invalidität im Sinne der IV vor. Der gesetzliche Invaliditätsbegriff deckt somit nicht nur die langläufig als «Gebrechen» bezeichneten Gesundheitsschäden, sondern gewisse Anomalien schwerer Art, die in bezug auf Erwerbsfähigkeit einer Geisteskrankheit gleichkommen. Dagegen gelten blosser Charakterdefekte wie Arbeitsscheu, Liederlichkeit oder Erziehungsmangel nicht als Invalidität.

Versicherungsmässige Voraussetzungen

Die allgemeinen versicherungsmässigen Voraussetzungen gelten für Schweizer Bürger als erfüllt, wenn diese bei Eintritt der Invalidität zum Kreis der Versicherten gehören, Ausländer und Staatenlose sind gemäss IVG anspruchsberechtigt, solange sie ihren zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens 10 vollen Jahren Beiträge geleistet oder ununterbrochen während 15 Jahren in der Schweiz zivilrechtlichen Wohnsitz gehabt haben, diese Voraussetzungen sind durch staatsvertragliche Vereinbarungen oder Sonderregelungen (z.B. für Flüchtlinge) gemildert.

Anmeldeverfahren

Der Invaliditätsbegriff und das Erfüllen der versicherungsmässigen Voraussetzungen sind zwei Elemente, die für den «Laien» an der Basis sehr oft nicht beurteilt, festgestellt oder gar überprüft werden können. Somit wird sehr oft nichts anderes übrig bleiben, als mit dem Anmeldeverfahren eine Abklärung über allfällige Leistungen der IV in Gang zu setzen.

In dem Sinne möchte ich Mut machen, das «Verfahren» in Gang zu setzen, anstatt lange Abklärungen zu tätigen, ob Ansprüche bestehen. Aufgrund der Komplexität können IV-Durchführungsstellen ohne Unterlagen den «Fall» meist auch nicht beurteilen.

Beispielsweise werden IV-Renten nicht nur bei einer Dauerinvalidität, sondern auch nach langdauernder Krankheit und nach Ablauf einer 360tägigen Arbeitsunfähigkeit in rentenbegründendem Ausmasse gewährt. Obwohl gerade bei diesen Versicherten der Gesundheitszustand nicht stabilisiert ist und die IV ihrem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» kaum nachleben kann, empfiehlt sich eine frühzeitige Anmeldung. Obwohl oft sogar noch Leistungen der Krankenversicherung (720 Tage) fliessen.

Wer Leistungen der IV beansprucht, hat sich beim Sekretariat der kantonalen IV-Kommission seines Wohnsitzkantons anzumelden, das offizielle Anmeldeformular ist bei den AHV-Ausgleichskassen, den AHV-Zweigstellen der Gemeinden, den Sekretariaten der IV-Kommissionen und den IV-Regionalstellen erhältlich.

Befugt zur Anmeldung sind grundsätzlich der Versicherte, sein gesetzlicher Vertreter sowie Behörden oder Dritte, die den Versicherten unterstützen oder dauernd betreuen.

Anmeldungen sind grundsätzlich vor der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen einzureichen. Dies gilt insbesondere auch für Massnahmen beruflicher Art.

Bei verspäteter Anmeldung werden die Leistungen höchstens für die zwölf der Anmeldung vorangegangenen Monate ausgerichtet.

Mit der Anmeldung werden automatisch alle nach IVG möglichen Leistungen von Amtes wegen geprüft.

IV-Stellen und ihre Aufgaben

IV-Sekretariat

Das IV-Sekretariat ist zuständig für

- die Entgegennahme der Anmeldungen der Versicherten
- das Einholen der notwendigen Unterlagen (Arzt- und Abklärungsberichte, Lohnausweise, Gutachten usw.)
- die Auskunftserteilung
- die Beschlussfassung und Erstellung von Kostengutsprachen
- die Antragstellung und Ausfertigung der IVK-Beschlüsse und Verfügungen
- die Anhörung des Versicherten nach Erlass des Vorbescheides
- die Rechnungskontrolle
- die Abklärungen bei Versicherten an Ort und Stelle
- die Überprüfung und das Abklärungsverfahren bei der Zusprechung von Hilfsmitteln an Altersrentner

IV-Kommission (IVK)

Die IV-Kommission besteht in der Regel aus fünf Mitgliedern (Arzt/Fachperson für Fragen des Arbeitsmarktes und der beruflichen Eingliederung/Fürsorger oder Sozialarbeiter/Jurist). Die Kommission fasst Beschluss über die vom IV-Sekretariat vorbereiteten Leistungsbegehren. In der Praxis müssen aber nicht alle Begehren von der IVK behandelt werden. Aufgrund von Art. 60bis IVG sind die Befugnisse auf das IV-Sekretariat, den Präsidenten der IVK und auf die Gesamtkommission aufgeteilt.

Im Grundsatz kann das IV-Sekretariat selbständig entscheiden, wenn die Voraussetzungen für die Zusprechung bestimmter Leistungen offensichtlich erfüllt sind.

Die Kompetenzaufteilung entlastet ganz wesentlich den Kommissionspräsidenten von Routinefällen, so dass er sich vermehrt den kritischen Geschäften widmen kann.

IV-Regionalstellen

Die IV-Regionalstellen befassen sich mit der Abklärung und Durchführung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen. Oft sind die Regionalstellen für

mehrere Kantone zuständig. Gestützt auf den neuen Art. 63 IVG sind die IV-Regionalstellen ermächtigt, ohne Beschluss der IVK, Eingliederungsmassnahmen für Versicherte abzuklären und ihnen Arbeit zu vermitteln, solange dadurch keine Leistungen der Versicherung ausgelöst werden, Eingliederungsversuche bei Arbeitgebern bis zur Dauer von 6 Monaten und bei Eingliederungsstätten bis 3 Wochen, vorbehaltlich Taggeldanspruch, zu veranlassen. Mit dem direkten Einsatz der Regionalstelle soll der Zeitverlust vermindert werden.

Medizinische Abklärungsstellen (MEDAS)

Die MEDAS sind medizinische Abklärungsstellen der IV, die im Auftrag der IVK medizinischen Abklärungen mit dem Ziel einer Beurteilung des gesamten Gesundheitszustandes und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit des Versicherten durchführen. Die fünf Stellen befinden sich in Basel, St. Gallen, Luzern, Bellinzona und Lausanne. Die MEDAS sind aber keine Kliniken. Behandlungen werden nicht durchgeführt.

Zusprechung von Leistungen

Der Beschluss über die Zusprechung von IV-Leistungen wird vom IV-Sekretariat oder von der IVK gefasst und dem Versicherten durch eine Mitteilung oder Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung durch die zuständige Ausgleichskasse mitgeteilt.

Dabei kann es sich um folgende Leistungen handeln:

- medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen
- Sonderschulung und Massnahmen pädagogischer-therapeutischer Art
- Pflegebeiträge für hilflose Minderjährige
- medizinische Massnahmen zur beruflichen Eingliederung
- berufliche Eingliederungsmassnahmen
- Hilfsmittel im Rahmen einer vom Bundesrat aufgestellten Liste
- Hilfsmittel im Rahmen des Kreisschreibens über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung
- Vergütung von Reisekosten, die im Zusammenhang mit Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen der IV entstehen
- Taggelder
- IV-Renten
- Hilfslosenentschädigungen

Die Leistungspalette der IV ist sehr umfangreich und kann im Rahmen dieser Ausführungen nur summarisch aufgelistet werden.

Auskünfte

Auskünfte über das Verfahren im Einzelfall sind deshalb immer beim zuständigen IV-Sekretariat einzuholen.

Von der grundsätzlichen Schweigepflicht der IV-Organen gegenüber Dritten sind generell die Amtsstellen des Bundes, der Kantone und Gemeinden, der SUVA sowie der vom Bund anerkannten Kranken- und Arbeitslosenversicherungen befreit, soweit die gewünschten Angaben zur Beurteilung von Ansprüchen auf Versicherungs- oder Sozialleistungen oder deren Bemessung notwendig sind.

Dabei können medizinische Angaben aber nur mit Zustimmung des zuständigen Arztes weitergegeben werden.

In der Praxis werden oft zukünftige IV-Rentner von Fürsorgebehörden bevorsusst. Eine Verrechnung der Fürsorgeleistungen ist nur mit der Rentennachzahlung möglich, da die Rente unabtretbar und unverpfändbar ist. Das Gesuch um Verrechnung muss auf einem besonderen Antragsformular gestellt werden.

Schlussbemerkungen

Die IV ist keine Fürsorgebehörde, sondern eine Sozialversicherung, die ihre Leistungen aufgrund von gesetzlichen Vorschriften erbringt. Im Grundsatz bemüht sie sich aber, nach möglichen Leistungen zu suchen und sie auch zuzusprechen. Die langen Wartezeiten können Versicherte manchmal in finanzielle Engpässe bringen. Diese Fristen entstehen oft dadurch, dass die Angaben für die Beurteilung nicht genügen und dass zahlreiche beteiligte Stellen oft selber lange Wartezeiten haben. Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch den Arzt (Behinderung im Aufgabenbereich) ist meist nicht identisch mit dem Begriff der Erwerbsfähigkeit der Invalidenversicherung.

Ergänzungsleistungen

Grundsätzliches

Die Ergänzungsleistungen werden durch die Kantone ausgerichtet und sollen zusammen mit den übrigen Einkünften in angemessener Weise den Existenzbedarf der Betagten, Hinterlassenen und Invaliden decken. Bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen besteht auf die Ergänzungsleistungen und in deren Rahmen auf die Vergütung von Krankheitskosten, Hilfsmitteln sowie Behandlungs- und Pflegegeräte ein klagbarer Rechtsanspruch.

Anspruchsvoraussetzungen

Ergänzungsleistungen stehen Personen zu

- die einen eigenen Anspruch auf eine Rente der AHV oder auf eine Rente oder Hilflosenentschädigung der IV besitzen;
- in der Schweiz Wohnsitz haben und sich hier tatsächlich auch aufhalten;
- die das Schweizer Bürgerrecht besitzen oder sich als Ausländer ununterbrochen 15 Jahre oder als Flüchtlinge oder Staatenlose ununterbrochen fünf Jahre in unserem Land aufgehalten haben.

Die Ergänzungsleistungen (1987) sind keine Fürsorgeleistungen. Sie garantieren folgende Mindesteinkommen, die zugleich die Einkommensgrenzen bilden:

- für Alleinstehende Fr. 12 000.-
- für Ehepaare Fr. 18 000.-
- für jedes der ersten 2 Kinder Fr. 6 000.-
- für jedes der weiteren 2 Kinder Fr. 4 000.-
- für jedes der übrigen Kinder Fr. 2 000.-

Wegen der Berücksichtigung der Kosten für Miete, Krankenkassenprämien usw. erreicht der EL-Bezüger meist ein höheres Einkommen.

Anmeldung

Der Anspruch auf Ergänzungsleistung wird durch eine schriftliche Anmeldung geltend gemacht. Dafür besteht ein amtliches Anmeldeformular, das bei der AHV-Zweigstelle der Wohnsitzgemeinde des Rentenbezügers eingereicht werden muss.

Zur Einreichung des Anmeldeformulars sind der Anspruchsberechtigte, der Ehegatte, die Blutsverwandten in auf- und absteigender Linie, die Geschwister sowie die Fürsorge- und Vormundschaftsbehörden befugt.

Die AHV-Zweigstelle nimmt die Anmeldung entgegen, hält darauf das Datum fest, da dies einen Einfluss auf die Anspruchsberechtigung hat. Nach Prüfung der Angaben leitet die AHV-Zweigstelle die Anmeldung an die kantonale Ausgleichskasse weiter.

Vorher nimmt sie in der Regel folgende Kontrollen vor:

- Kontrolle der Personalien
- Kontrolle der Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse aufgrund der vorhandenen Belege, der Steuerakten und weiteren Abklärungen.

Im weiteren sorgt die AHV-Zweigstelle für das Beibringen aller erforderlichen Unterlagen und Belege wie:

- Postabschnitte/Verfügungen über AHV/IV-Renten, SUVA-Renten, Pensionen, Ausländische Renten
- Mietverträge
- Krankenversicherungsausweise
- Scheidungsurteile (Alimentenvereinbarungen)
- Darlehensverträge usw.

Die amtlichen Formulare und Weisungen sind nicht für alle EL-Bezüger leicht verständlich. Deshalb sind die Zweigstellen den Gesuchstellern meist behilflich und ergänzen die Anmeldung durch geeignete Befragung. Damit können in der Praxis Rückforderungen wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben vermieden werden. Im weiteren sind bei der Anmeldung die Versicherten auf die Krankheitskosten und Meldepflicht bei einer Änderung der wirtschaftlichen Verhältnisse aufmerksam zu machen.

Berechnung und Höhe der Ergänzungsleistung

Bei der Berechnung der EL wird unterschieden zwischen Nicht-Heimbewohnern und Heimbewohnern. Der Unterschied liegt im Berechnungsmodus. Beim Nicht-Heimbewohner werden zuerst alle Einkommensbestandteile zusammengezählt, um die Abzüge vermindert und das Ergebnis mit der Einkommensgrenze verglichen. Der Unterschied ergibt den Betrag der jährlichen Ergänzungsleistung. Beim Heimbewohner werden die Einnahmen den Ausgaben gegenübergestellt, die für die EL massgebend sind, die Differenz ergibt den Betrag der EL. Die Kantone bestimmen aber die Höhe der anrechenbaren Heimkosten und den Betrag für persönliche Auslagen.

Voll als Einkommen werden angerechnet insbesondere

- Renten der AHV/IV, berufliche Vorsorge, Militärversicherung, Unfallversicherung, ausländische Sozialversicherungen
- Ein $\frac{1}{15}$, bei Altersrentnern, $\frac{1}{10}$ bei Heimaufenthalt bis $\frac{1}{5}$, des nach Abzug der Schulden verbleibenden Vermögens, soweit dies bei Alleinstehenden Fr. 20 000, bei Ehepaaren Fr. 30 000 übersteigt (Sonderregelungen der Kantone Art. 4 ELG)
- Bruttoertrag aus beweglichem Vermögen (Zinsen)
- Einnahmen aus unbeweglichem Vermögen (Miete/Untermiete)
- Familienrechtliche Unterhaltsbeiträge
- Ersatzeinkünfte (Taggelder Unfall-, Kranken-, Arbeitslosen-Versicherung)
- Teilweise angerechnet wird ein allfälliges Erwerbseinkommen
- Davon werden die Sozialversicherungsbeiträge, Gewinnungskosten, ein Freibetrag von Fr. 1000 bei Alleinstehenden und Fr. 1500 bei Ehepaaren abgezogen. Vom Rest werden lediglich $\frac{2}{3}$ angerechnet.

Nicht als Einkommen werden angerechnet:

- Unterstützungsleistungen Verwandter gemäss ZGB 328/329
- Unterstützungsleistungen der öffentlichen Fürsorge (einmalige oder periodische Leistungen)
- Leistungen mit ausgesprochenem Fürsorgecharakter (ohne Rechtspflicht/ einmalig oder wiederkehrend: Leistungen öffentlicher und privater Gemeinnütziger Organisationen usw.)

Vom Einkommen können abgezogen werden:

- Tatsächlich geleistete Unterhaltsbeiträge
- Krankenversicherungsprämien zur Deckung der Kosten in der allgemeinen Abteilung
- Beiträge an die AHV/IV/EO/ALV/BVG/UVG usw.

Aufgrund von Art. 4 ELG können die Kantone in einzelnen Bereichen Sonderregelungen treffen. Bei den Nicht-Heimbewohnern betrifft dies den Mietzinsabzug und die Mietnebenkosten. Bei den Heimbewohnern haben die meisten Kantone zur Deckung der Kosten aufgrund von Art. 4 ELG die Einkommensgrenze um $\frac{1}{3}$ erhöht, unterschiedliche Regelungen bestehen beim Vermögensverzehr von Altersrentnern in Heimen ($\frac{1}{5}$, $\frac{1}{10}$), der Begrenzung der Heimkosten (Tagestaxen von Fr. 41.– bis unbegrenzt, nach Heimtypen usw.) und der Festsetzung des Betrages für persönliche Ausgaben.

Verfügung und Auszahlung

Beginn und Ende des Anspruchs: Der Anspruch auf eine EL besteht erstmals für den Monat, in dem die Anmeldung eingereicht wurde und sämtliche gesetzliche Voraussetzungen erfüllt sind. Er erlischt auf Ende des Monats, in dem eine der Voraussetzungen dahingefallen ist.

Wird jedoch die EL-Anmeldung innerhalb von 6 Monaten seit der Zustellung der AHV/IV-Rentenverfügung eingereicht, so beginnt der Anspruch mit dem Monat der Anmeldung für die Rente, bzw. mit der Rentenberechtigung.

Aufgrund der Anmeldung und Berechnung, meist durch die kantonale Ausgleichskasse, erstellt diese eine Abweisungs- oder Zusprechungsverfügung. Dieser Verfügung wird meist ein Berechnungsblatt beigelegt.

Gegen die Verfügung kann der Betroffene Beschwerde bei der kantonalen Rekursbehörde erheben, deren Entscheid kann an das Eidg. Versicherungsgericht weitergezogen werden.

Für die Auszahlung der EL an eine Behörde oder Drittperson ist ein «Gesuch um Rentenauszahlung an eine Drittperson oder Behörde» der zuständigen Ausgleichskasse einzureichen.

Mutationen, Meldepflicht, Überprüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse

Der Anspruchsberechtigte, sein gesetzlicher Vertreter und die Drittperson oder Behörde, welcher die EL ausbezahlt wird, sind verpflichtet, der zuständigen Durchführungsstelle (AHV-Zweigstelle) von jeder Änderung in den persönlichen und jeder ins Gewicht fallenden Änderung des Einkommens und Vermögens unverzüglich Meldung zu erstatten. Dies gilt insbesondere bei Aufnahme oder Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, Erhöhung einer Leistung der Vorsorgeeinrichtung, Anfall einer Erbschaft, Eintritt in oder Austritt aus einem Heim usw.

Regelt eine Drittperson die finanziellen Angelegenheiten eines EL-Bezügers, ist sie gegenüber der EL-Stelle meldepflichtig. Dies gilt beispielsweise, wenn die Drittperson die EL regelmässig in Empfang nimmt oder über das Postcheck- oder Bank-Konto verfügt, auf das die EL angewiesen wird. Der EL-Bezüger kann sich bei Unterlassung einer solchen Meldung nicht auf den guten Glauben berufen.

Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse:

Bei jeder Veränderung der Berechnung der EL zugrunde liegenden Personengemeinschaft, der Rente der AHV oder IV sowie bei Eintritt einer voraussichtlich längere Zeit dauernden wesentlichen Verminderung oder Erhöhung des anrechenbaren Einkommens sind die EL auch im Laufe des Kalenderjahres zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Massgebend ist das neue, auf ein Jahr umgerechnete dauernde Erwerbseinkommen sowie das bei Eintritt der Veränderung vorhandene Vermögen.

Macht die Änderung der EL weniger als Fr. 120.– im Jahr aus, so kann auf eine Anpassung verzichtet werden.

Zeitpunkt der Erhöhung, Herabsetzung, Aufhebung

Ist die EL im Verlaufe des Jahres zu erhöhen, so wird die erhöhte Leistung von folgendem Zeitpunkt an ausgerichtet:

- Bei Eintritt einer wesentlichen Verminderung des Einkommens: vom Beginn des Monats an, in dem die Änderung gemeldet wurde, aber frühestens vom Monat an, in dem diese eintritt.

Periodische Überprüfung

Aufgrund von Artikel 30 ELV haben die mit der Festsetzung und Auszahlung der EL betrauten Stellen die wirtschaftlichen Verhältnisse der Bezüger periodisch zu überprüfen. Dies geschieht mindestens alle vier Jahre.

Besonderheiten:

Auslandaufenthalte bis zu drei Monaten im Jahr zu Besuchs-, Ferien- oder Kurzwecken unterbrechen die laufende EL nicht. Dauert ein solcher Aufenthalt aber aus zwingenden Gründen länger (z.B. Unfall, Transportunfähigkeit usw.), so kann die EL bis höchstens ein Jahr weitergewährt werden, sofern der Versicherte ausser seinem Wohnsitz den Schwerpunkt seiner Beziehungen in der Schweiz behält.

Bei der Berechnung der Aufenthaltsdauer für Ausländer, Flüchtlinge und Staatenlose werden bei der EL-Anmeldung Unterbrechungen von weniger als drei Monaten ausser acht gelassen, ist die Frist durch einen mehr als dreimonatigen Auslandaufenthalt unterbrochen, so beginnt sie bei erneuter Einreise in die Schweiz wieder von vorne zu laufen. Daher müssen Auslandaufenthalte von mehr als drei Monaten gemeldet werden.

Krankheitskosten

Im Rahmen der Ergänzungsleistungen besteht ein Anspruch auf die Vergütung ausgewiesener Kosten für Arzt, Arznei, Krankenpflege, Hilfsmittel sowie Behandlungs- und Pflegegeräte, ebenfalls als Krankheitskosten gelten die behinderungsbedingten Mehrkosten.

Allgemeine Voraussetzungen:

Die Kosten sind durch Rechnungen oder Krankenkassenabrechnungen zu belegen. Sie müssen dem EL-Bezüger oder den in die EL-Berechnung einbezogenen Versicherten grundsätzlich selber erwachsen sein.

Die Krankenkosten müssen grundsätzlich in der Schweiz entstanden sein.

Ärztliche Verordnungen: Kosten für Medikamente, Diät, Kuren usw. können nur berücksichtigt werden, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt.

Die Kosten werden nur vergütet, wenn sie innert 12 Monaten seit der Rechnungsstellung geltend gemacht werden. Der Versicherte hat einen jährlichen

Selbstbehalt von Fr. 200.– zu tragen (Ausnahme: Mietkosten für Elektrobetten, Hilfsmittel wie Hörgeräte, Krankheitskosten von Heiminsassen, Diätkosten).

Als Krankheitskosten gelten folgende Auslagen: Honorare diplomierter Ärzte und Zahnärzte, Medikamente und homöopathische Arzneimittel, sofern vom Arzt verordnet.

Ausgewiesene Mehrkosten für lebensnotwendige Diätkosten der allgemeinen Abteilung bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Spital. Ärztlich verordnete Badekuren und Rekonvaleszenzaufenthalte, unter Abzug eines Beitrages für Unterkunft und Verpflegung, Hauspflegekosten für Krankenpflege.

Abgabe oder Finanzierung von Hilfsmitteln, Pflegehilfs- und Behandlungsgeräten (Hilfsmittel genannt), aufgrund der Bestimmungen im Anhang der Verordnung über den Abzug von Krankheits- und Behinderungskosten können eine ganze Palette von Hilfsmitteln leihweise abgegeben oder finanziert werden. Die Liste umfasst von Bein- und Armapparaten, Starbrillen, Brustprothesen und Elektrobetten noch eine Reihe anderer Geräte.

Krankheitskostenabfindung

Wird wegen Überschreitung der Einkommensgrenze keine monatliche EL ausgerichtet, so kann aufgrund der verfügbaren Quote für die Vergütung von Krankheitskosten eine einmalige Abfindung ausgerichtet werden; vergütet wird dann nach der Formel:

- ausgewiesene Krankheitskosten
- abzüglich Selbstbehalt
- minus Betrag, um den die Einkommensgrenze überschritten wird.

Die von den Fürsorgebehörden und gemeinnützigen Organisationen bevoorschussten oder von Verwandten oder Bekannten ohne Rechtspflicht bezahlten Krankheitskosten sind ebenfalls zu vergüten.

Behinderungsbedingte Mehrkosten

Im Rahmen der Krankheitskosten können folgende ausgewiesene Aufwendungen bis Fr. 3600.– pro Jahr und Person vergütet werden.

Haushilfedienst: Hilfe einer Drittperson im Haushalt für Kochen, Putzen, Waschen usw. Es können pro aufgewendete Stunde höchstens Fr. 15.– vergütet werden.

Transport zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort: Grundsätzlich können die Kosten für die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels zum nächsten medizinischen Behandlungsort berücksichtigt werden. Ist dies nicht möglich, können die Kosten eines anderen zumutbaren Verkehrsmittels übernommen werden. Es gelten folgende Ansätze:

Personenwagen
Taxi

45 Rappen pro Kilometer
tatsächliche Auslagen

Mehrkosten für Miete einer rollstuhlgängigen Wohnung: Die Mietzinsmehrkosten werden bei der laufenden EL berücksichtigt. Diese Kosten sind deshalb als Ausnahme bereits bei der Anmeldung für eine EL oder anlässlich einer Mutation geltend zu machen.

Verfügbare Quote

Im Grundsatz entspricht die verfügbare Quote für krankheits- und behinderungsbedingte Mehrkosten der Differenz zwischen der Einkommensgrenze und der jährlich ausgerichteten Ergänzungsleistung. Diese Quote ist somit betragsmässig begrenzt.

Auskunftspflicht

Die Durchführungsorgane der EL unterstehen ebenfalls einer Schweigepflicht. Davon ausgenommen sind analog wie bei der IV Auskünfte an Amtsstellen des Bundes, der Kantone und Gemeinden, soweit die gewünschten Angaben zur Beurteilung von Ansprüchen auf Versicherungs- oder Sozialleistungen und deren Bemessung notwendig sind.

Anschlussleistungen bei den EL

Wegen der finanziellen Begrenzungen bei den EL kennen verschiedene Kantone Anschlussleistungen, die ausgerichtet werden. Wenn der Rentenbezüger wegen hoher Aufwendungen durch Miete, Heizung, Krankheitskosten, Heimtaxen usw. seinen Lebensunterhalt immer noch nicht finanzieren kann.

Schlusswort

Die IV ist recht komplex und entsprechend für alle Beteiligten zeitintensiv, für die Fürsorgebehörden bedeutet dies oft, dass der Versicherte in einen finanziellen Engpass gerät und dann bevorschusst werden muss.

Die Ergänzungsleistungen sind wesentlich einfacher, decken aber durch das System und ihre Leistungsbegrenzung (Einkommensgrenze) nicht in allen Fällen sämtliche Kosten ab.

In diesem Sinn liegt es an uns, die gesetzlichen Möglichkeiten der IV und EL auszuschöpfen und ihre Leistungen in materieller und beraterischer/menschlicher Hinsicht darauf aufzubauen.