



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH)

Gültig ab 1. Januar 2015

Stand: 1. Januar 2021

318.507.13 d

01.21

Die vorliegende Änderung dieses Kreisschreibens ersetzt die seit dem 1. Juli 2020 in Kraft stehende Fassung.

Per 1. Januar 2021 geänderte, ergänzte und/oder neue Randziffern:

Rz	Änderung/Begründung
8003.1	Anpassung der Ansätze
8004	Anpassung der Ansätze
8016.1	Präzisierung
8016.2	Präzisierung
8016.3	Regelung betreffend unruhiges Schlafverhalten und regelmässiges Aufwachen in der Nacht
Teil III Kapitel 1, Punkt 5.2.1	Anpassung wegen Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung
8070	Anpassung wegen Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung
8073	Präzisierung
8099	Anpassung wegen Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung
8099.1	«Selber tragen der Heimkosten» wird definiert
Teil III Kapitel 2, Punkt 2.2.2	Anpassung wegen Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung
8105	Anpassung wegen Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung
8108	Präzisierung
Teil III Kapitel 2, Punkt 2.3	Anpassung wegen Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung
8109	Präzisierung
8110	Präzisierung
8111	Anpassung, weil diese Rz nicht mehr nur Erwachsene, sondern auch Minderjährige betrifft

8111.1	Der zweite Satz der alten Rz 8111 wird separat in dieser neuen Rz aufgenommen (bessere Unterscheidung Erwachsene/Minderjährige)
8112	Anpassung wegen Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung
8123	Anpassung der Ansätze
8123.1	Anpassung der Ansätze
8123.2	Anpassung der Ansätze
8127	Anpassung der Ansätze
8127.1	Anpassung der Ansätze
Anhang IV	Ergänzung durch Einschlafrituale

Teil 2: IV-Rente	35
Kapitel 1: Beginn und Ende des Rentenanspruchs	35
1. Allgemeine Anspruchsvoraussetzungen.....	35
1.1 Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG).....	35
1.2 Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG).....	36
1.3 Wartezeit (Art. 28 Abs. 1 Bst b IVG)	36
1.3.1 Allgemeines.....	36
1.3.2 Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit und der Wartezeit	38
1.4 Fortdauernde Erwerbsunfähigkeit nach Ablauf der Wartezeit	38
1.5 Versicherte mit Wohnsitz ausserhalb der EU/EFTA- Staaten	39
1.6 Entscheidungsgrundlagen	39
2. Beginn des Rentenanspruchs	40
3. Verspätete Anmeldung.....	41
4. Ende des Rentenanspruchs	42
Kapitel 2: Bemessung des Invaliditätsgrades	43
1. Bemessungsmethoden.....	43
1.1 Allgemeines	43
1.2 Bestimmung der Bemessungsmethode	44
2. Allgemeine Methode des Einkommensvergleichs	45
2.1 Anwendungsfälle	46
2.2 Vergleichselemente	46
2.2.1 Parallelisierung der Vergleichseinkommen	48
2.3 Valideneinkommen	50
2.3.1 Begriff.....	50
2.3.2 Bemessung des Valideneinkommens.....	53
2.3.2.1 Unselbstständigerwerbende	53
2.3.2.2 Selbstständigerwerbende im Allgemeinen	54
2.3.2.3 Selbstständigerwerbende in Familienbetrieben.....	55
2.3.2.4 Geburts- und Frühinvaliden ohne zureichende berufliche Kenntnisse	56

2.3.2.5	Versicherte, die eine begonnene berufliche Ausbildung wegen der Invalidität nicht abschliessen konnten	57
2.3.2.6	Versicherte in beruflicher Ausbildung, denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zugemutet werden kann	58
2.3.2.7	Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich	58
2.4	Invalideneinkommen	59
2.4.1	Begriff.....	59
2.4.2	Zumutbare Erwerbstätigkeit.....	59
2.4.2.1	Allgemeines.....	59
2.4.2.2	Zumutbare Erwerbsmöglichkeiten	60
2.4.2.3	Zumutbarkeit vorgängiger Eingliederungsmassnahmen	60
2.4.2.4	Ausgeglichener Arbeitsmarkt.....	61
2.4.3	Bemessung des Invalideneinkommens	64
2.4.3.1	Voraussetzungen für die Gleichsetzung des tatsächlichen Einkommens mit dem Invalideneinkommen	64
2.4.3.2	Nicht anrechenbares Einkommen.....	65
2.4.3.3	Abzug invaliditätsbedingter Gewinnungskosten.....	67
2.4.3.4	Tabellenlöhne.....	68
2.4.3.5	Unselbstständigerwerbende	71
2.4.3.6	Selbstständigerwerbende im Allgemeinen	71
2.4.3.7	Selbstständigerwerbende in Familienbetrieben.....	71
2.5	Berechnung des Invaliditätsgrades	72
2.5.1	Allgemeines.....	72
2.5.2	Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich	73
3.	Spezifische Methode des Betätigungsvergleichs.....	74
3.1	Anwendungsfälle	74
3.2	Bemessung des Invaliditätsgrades	75
3.2.1	Allgemeines.....	75
3.2.2	Versicherte im Haushalt	76
3.2.3	Versicherte in Ausbildung.....	79
3.2.4	Ordensangehörige.....	80
4.	Gemischte Methode	81
4.1	Anwendungsfälle	81

4.2 Bemessung des Invaliditätsgrades	81
4.2.2 Unentgeltliche Mitarbeit im Betrieb des Ehepartners/der Ehepartnerin	84
5. Ausserordentliche Methode.....	87
5.1 Allgemeines	87
5.2 Bemessung des Invaliditätsgrades	87
Kapitel 3: Rentenstufe bei der erstmaligen Rentenzusprache	89
1. Grundsatz	89
2. Sonderfälle	90
2.1 Wiederaufleben der Invalidität.....	90
3. Änderung des Rentenanspruchs	92
3.1 Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit.....	92
3.1.1 Grundsatz.....	92
3.1.2 Wirkungen	94
3.2 Verbesserung der Erwerbsfähigkeit	94
3.2.1 Grundsatz.....	94
3.2.2 Wirkungen	95
Kapitel 4: Revision und Wiedererwägung	96
1. Revision	96
1.1 Allgemeines	96
1.2 Revisionsgründe	98
1.3 Revision von Amtes wegen.....	101
1.4 Revision auf Gesuch hin	102
1.5 Prozessuale Revision	103
1.6 Invaliditätsbemessung im Revisionsverfahren	103
1.7 Wirkungen der Revision.....	106
1.7.1 Allgemeines.....	106
1.7.2 Rentenerhöhung.....	106
1.7.3 Herabsetzung oder Aufhebung der Rente	107
1.7.3.1 Allgemeines.....	107
1.7.3.2 Bei Wiedereingliederungsmassnahmen	108
1.7.3.3 Bei Verbesserung der Erwerbsfähigkeit	109
1.7.3.4 Bei unrechtmässiger Erwirkung der Rente oder bei Meldepflichtverletzung	110
1.7.3.5 Unveränderte Invalidität	112

2.2.3 Leichte Hilflosigkeit.....	135
3. Hilflosigkeit – einzelne Elemente.....	136
3.1 Alltägliche Lebensverrichtungen	136
3.1.1 Allgemeines.....	136
3.1.2 Ankleiden, Auskleiden (inkl. An- und Ablegen allfälliger Hilfsmittel, sofern diese nicht zu Behandlungs- oder Therapiezwecken dienen)..	137
3.1.3 Aufstehen, Absitzen, Abliegen (inkl. ins Bett gehen oder das Bett verlassen).....	138
3.1.4 Essen	139
3.1.5 Körperpflege.....	140
3.1.6 Verrichten der Notdurft	140
3.1.7 Fortbewegung (im oder ausser Haus), Pflege gesellschaftlicher Kontakte	141
3.2 Hilfe von Drittpersonen	142
3.2.1 Regelmässige und erhebliche Hilfe	142
3.2.2 Direkte und indirekte Hilfe	143
3.3 Dauernde Pflege (medizinische oder pflegerische Hilfeleistung).....	144
3.4 Dauernde persönliche Überwachung.....	145
3.5 Lebenspraktische Begleitung.....	147
3.5.1 Allgemeines.....	147
3.5.2 Anwendungsfälle	150
3.5.2.1 Begleitung zur Ermöglichung des selbstständigen Wohnens	151
3.5.2.2 Begleitung bei ausserhäuslichen Verrichtungen.....	153
3.5.2.3 Begleitung zur Vermeidung dauernder Isolation.....	153
3.5.3 Regelmässige lebenspraktische Begleitung	154
3.5.4 Abgrenzung der lebenspraktischen Begleitung von beistandschaftlichen Massnahmen	154
3.5.5 Mischform: Hilflosigkeit bei den alltäglichen Lebensverrichtungen und Bedarf an lebenspraktischer Begleitung.....	154
4. Sonderfälle von Hilflosigkeit	155
4.1 Sonderfall von schwerer Hilflosigkeit.....	155
4.2 Sonderfälle von leichter Hilflosigkeit.....	156

4.2.1	Besonders aufwendige Pflege	156
4.2.2	Pflege gesellschaftlicher Kontakte	159
5.	Besondere Ansprüche Minderjähriger	162
5.1	Allgemeines	162
5.2	Intensivpflegezuschlag.....	162
5.2.1	Allgemeines.....	162
5.2.2	Anrechenbare Betreuung	163
5.2.2.1	Behandlungs- und Grundpflege.....	163
5.2.2.2	Dauernde Überwachung	168
6.	Bemessung der Hilflosigkeit und des Betreuungsaufwandes	171
6.1	Allgemeines	171
6.2	Bemessung der Hilflosigkeit bei Erwachsenen.....	171
6.3	Bemessung der Hilflosigkeit bei Minderjährigen.....	172
6.4	Bemessung des Betreuungsaufwandes bei Minderjährigen für den Intensivpflegezuschlag	173

Kapitel 2: Hilflosenentschädigung der IV: Entstehung, Ausschluss, Revision und Ende des Anspruchs174

1.	Entstehung des Anspruchs	174
1.1	Allgemeines	174
1.2	Besonderheiten bei Versicherten im ersten Lebensjahr	176
1.3	Besonderheiten bei der lebenspraktischen Begleitung	177
2.	Ausschluss des Anspruchs	177
2.1	Allgemeines	177
2.2	Aufenthalt in einer Institution zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen.....	179
2.2.1	Volljährige Versicherte.....	179
2.2.2	Minderjährige Versicherte.....	180
2.3	Aufenthalt in einer Heilanstalt	181
2.4	Aufenthalt in einem Heim bei lebenspraktischer Begleitung.....	184
3.	Revision – Änderung des Anspruchs.....	185
4.	Ende des Anspruchs	186

Kapitel 3: Hilflosenentschädigung der AHV187

1.	Anspruchsvoraussetzungen	187
2.	Höhe der Hilflosenentschädigung.....	188

3. Entstehung des Anspruchs nach dem Eintritt ins AHV-Rentenalter	188
4. Ablösung der Hilflosenentschädigung der IV durch eine solche der AHV (Besitzstand).....	189
5. Ausschluss des Anspruchs	192
6. Revision – Änderung des Anspruchs.....	193
6.1 Allgemeines	193
6.2 Revision in Besitzstandsfällen.....	194
6.2.1 Bei Verschlimmerung der Hilflosigkeit	194
6.2.2 Bei Verbesserung der Hilflosigkeit.....	195
7. Ende des Anspruchs	195
Kapitel 4: Verfahren	196
1. Hilflosenentschädigung der IV	196
1.1 Allgemeine Verfahrensbestimmungen	196
1.1.1 Abklärung	196
1.1.2 Verfügung und Auszahlung bei volljährigen Versicherten	197
1.1.3 Verfügung und Auszahlung bei minderjährigen Versicherten	198
1.2 Besondere Verfahrensbestimmungen bei der lebenspraktischen Begleitung	199
1.3 Besondere Verfahrensbestimmungen bei Vorliegen von Sonderfällen von Hilflosigkeit.....	200
2. Hilflosenentschädigung der AHV	200
Teil 4: Zusammenfallen von Leistungsansprüchen	201
Kapitel 1: IV-Rente – Eingliederungsmassnahmen und Taggelder der IV	201
1. Grundsätzliche Priorität des Taggeldanspruchs	201
2. Rekonvaleszenzzeiten nach medizinischen Eingliederungsmassnahmen	202
3. Ablösung der IV-Rente durch ein Taggeld.....	203

4. Kein Anspruch auf eine IV-Rente bei Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen, für welche die IV die Kosten für Unterkunft und Verpflegung überwiegend übernimmt .	204
5. Ablösung eines IV-Taggeldes durch die IV-Rente	205
6. Wiedereingliederung und Integrationsmassnahmen: Rente statt Taggeld	205
7. Doppelanspruch auf Taggeld und Rente	206
Kapitel 2: IV-Rente – Rente der AHV	207
Kapitel 3: IV-Rente – Rente oder Eingliederungsmassnahmen der obligatorischen UV, MV oder BV	207
1. IV-Rente – Eingliederungsmassnahmen der UV oder MV	207
2. IV-Rente – Rente der UV oder MV	208
3. IV-Rente – Rente der BV	210
Kapitel 4: Hilflosenentschädigung der IV oder AHV – Hilflosenentschädigung der UV oder MV	210
Teil 5: Schlussbestimmungen	211
Anhang I : Formulare	212
Anhang II: Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit und der Wartezeit anhand eines Beispiels (vgl. Rz 2017 ff.)	213
Anhang III : Richtlinien zur Bemessung der massgebenden Hilflosigkeit bei Minderjährigen	214
Anhang IV : Maximalwerte und altersentsprechende Hilfe	223
Anhang V : Prozess HE	231
Anhang VI : Standardindikatoren im Detail	233

**Anhang VII : Vergleich zwischen der LSE bis 2010 und der
LSE 2012238**

**Anhang VIII: Entscheidungshilfe zur Bemessung der
Hilflosigkeit bei Kindern mit Hörschädigung240**

Abkürzungen

AHI-Praxis	Monatsschrift über die AHV, IV und EO, herausgegeben vom Bundesamt für Sozialversicherungen (Einstellung per Ende 2004; bis 1992 ZAK)
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVV	Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
ATSV	Verordnung zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
AVIG	Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung
AVIV	Verordnung über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung
ALV	Obligatorische Arbeitslosenversicherung
BEFAS	Berufliche Abklärungsstelle der IV
BGE	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des Schweizerischen Bundesgerichtes
BGer	Schweizerisches Bundesgericht
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
EFL	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit
EL	Ergänzungsleistungen

ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
ELV	Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
EOG	Bundesgesetz über den Erwerbssersatz für Dienstleistende und Mutterschaft
EVG	Eidgenössisches VersicherungsgerichtFAKT Standardisiertes Abklärungsinstrument der IV
HE	Hilflosenentschädigung
IFEG	Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen
IK	Individuelles Konto
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
KS	Kreisschreiben
KSTI	Kreisschreiben über die Taggelder der Invalidenversicherung
KSVI	Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
LSE	Schweizerische Lohnstrukturerhebung
MV	Militärversicherung
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung
Pra	Die Praxis

Teil 1: Einführung

Kapitel 1: Invalidität

1. Definition

Artikel 8 ATSG

¹ *Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.*

² *Nicht erwerbstätige Minderjährige gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird.*

³ *Volljährige, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen.*

Artikel 4 Absatz 1 IVG

Die Invalidität (Art. 8 ATSG) kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

- 1001 Die Invalidität setzt 3 Elemente voraus:
- einen Gesundheitsschaden
 - eine Erwerbsunfähigkeit
 - einen Kausalzusammenhang zwischen Gesundheitsschaden und Erwerbsunfähigkeit

2. Gesundheitsschaden (medizinisches Element)

2.1 Allgemeines

- 1002 Die Invalidität setzt einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden voraus, welcher durch Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursacht sein muss. Auch die durch Suizidversuch (ZAK 1965 S. 381) oder ärztlichen Eingriff verursachten Schäden gelten als versichert.
- 3/16

- 1003
3/16 Ein versicherter Gesundheitsschaden liegt dann vor, wenn eine vertiefte und auf einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem beruhende Diagnose ärztlich erstellt wurde (BGE 130 V 396, 9C_862/2014, 9C_366/2015). Zudem sind Angaben zum erforderlichen Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigung unabdingbar (BGE 141 V 281).
- 1004
3/16 Es liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 Erw. 2.2.1, BGE 131 V 49, 9C_173/2015, 9C_899/2014). Hinweise hierzu ergeben sich namentlich, wenn:
- eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht;
 - intensive Schmerzen angegeben werden, die aber vage charakterisiert werden;
 - keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird;
 - demonstrativ vorgetragene Klagen unglaubwürdig wirken;
 - schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist.
- 1005
3/16 Die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung erfolgt nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 141 V 281; siehe Rz 1006). Dieses ist auf alle Arten von Gesundheitsschädigungen anwendbar. Weil die Diagnosestellung, die Erhebung der funktionellen Einschränkungen im Leistungsvermögen sowie die Berücksichtigung von persönlichen und sozialen Faktoren bei körperlichen, geistigen und psychischen (objektivierbare und nicht objektivierbare) Krankheitsbildern unterschiedlich komplex ist, kann hinsichtlich der qualitativen Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren je nach Beschwerdebild differenziert werden.

- 1006
3/16 Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen. In Anhang VI sind die Standardindikatoren im Detail aufgeführt.

Systematischer Überblick über die Indikatoren

A. Kategorie "funktioneller Schweregrad"

- a. Komplex "Gesundheitsschädigung"
 - i. Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde
 - ii. Behandlungserfolg oder –resistenz
 - iii. Eingliederungserfolg oder –resistenz
 - iv. Komorbiditäten
- b. Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)
- c. Komplex "Sozialer Kontext"

B. Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens)

- a. Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen
- b. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

- 1007
3/16 Zum Gesundheitsschaden und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wie auch zur erfolgten bzw. geplanten medizinischen Behandlung nimmt in der Regel als erstes die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt Stellung (Rz 1057 f.).

- 1008
3/16 Die medizinische Beurteilung, ob von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne von Rz 1005 auszugehen ist, ist Sache des RAD (Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG), der zu

Handen der IV-Stelle unter Berücksichtigung der bisher erfolgten bzw. geplanten medizinischen Behandlung die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs prüft.

1009 – Aufgehoben
1018
3/16

3. Längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (wirtschaftliches Element)

Artikel 7 ATSG

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

1018.1 Von Erwerbsunfähigkeit wird erst ausgegangen, nachdem die versicherte Person sowohl die angezeigten beruflichen Eingliederungsmassnahmen als auch die ihr zumutbaren medizinischen Eingliederungsmassnahmen wie z. B. medikamentöse Therapien, Operationen, Psycho-, Ergo- oder Physiotherapien durchlaufen hat. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nicht berücksichtigt werden können insbesondere invaliditätsfremde Gründe wie Alter (vgl. aber Rz 3050.1), mangelnde Schulbildung, sprachliche Probleme, soziokulturelle Faktoren, reines Suchtgeschehen und Aggravation (vgl. Rz 1026). Eine Erwerbsunfähigkeit ist zudem nur zu berücksichtigen, soweit sie für die versicherte Person aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Das subjektive Empfinden der versicherten Person (z. B. Schmerzen) ist dabei nicht massgebend. Die Beurteilung, was aus objektiver Sicht zumutbar ist und was nicht obliegt den IV-Stellen

gestützt auf die medizinischen Angaben des regionalen ärztlichen Dienstes.

- 1019 Der Gesundheitsschaden gibt nur dann Anspruch auf Leistungen der IV, wenn er eine voraussichtlich längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat.
- 1020 Bei Nichterwerbstätigen wird die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, der Erwerbsunfähigkeit gleichgestellt (Art. 8 Abs. 3 ATSG, Art. 5 Abs. 1 IVG). Man spricht von *spezifischer Arbeitsunfähigkeit*, d. h. von der Unfähigkeit oder der verringerten Fähigkeit, sich im angestammten Aufgabenbereich (z. B. im Haushalt, Studium) zu betätigen.
- 1021 Die Erwerbsunfähigkeit unterscheidet sich von der *Berufs-unfähigkeit*, d. h. der Unfähigkeit, im angestammten Beruf zu arbeiten. Wenn die versicherte Person ohne wesentliche Erwerbseinbusse eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit ausüben kann, gilt sie nicht als invalid im Sinne des Gesetzes.
- 1022 Die Erwerbsunfähigkeit unterscheidet sich auch von der *Arbeitsunfähigkeit*, d. h. von der medizinisch begründeten Unfähigkeit, eine bestimmte Tätigkeit in einem bestimmten Umfang ausführen zu können (Art. 6 ATSG; Rz 3047 ff.).
- 1023 Die IV versichert die gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit, die ALV hingegen die wirtschaftlich bedingte Erwerbsunfähigkeit bzw. -losigkeit.

4. Kausalzusammenhang zwischen Erwerbsunfähigkeit und Gesundheitsschaden (Kausalelement)

- 1024 Eine Invalidität im Sinne der IV liegt vor, wenn die Erwerbsunfähigkeit oder die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, d. h. wenn zwischen den beiden Elementen ein Kausalzusammenhang besteht.

- 1025 Für die Annahme einer Invalidität genügt es, wenn die Erwerbsunfähigkeit nur teilweise auf den Gesundheitsschaden zurückzuführen ist. Wer jedoch nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann nicht erwerbsunfähig und somit nicht invalid sein (ZAK 1985 S. 223).
- 1026 Ein Kausalzusammenhang liegt nicht vor und eine Invalidität ist nicht gegeben, wenn die Erwerbsunfähigkeit nicht durch einen Gesundheitsschaden, sondern durch andere Faktoren (*invaliditätsfremde Gründe*, vgl. ZAK 1989 S. 313) verursacht wurde, insbesondere durch
- wirtschaftliche Gründe, wie Arbeitslosigkeit (ZAK 1984 S. 347), Krise, Mangel oder Rückgang der Arbeitsmöglichkeiten in einem bestimmten Gebiet oder einem bestimmten Erwerbszweig (hier kommt allenfalls die ALV zum Tragen),
 - persönliche Gründe, wie mangelnder Arbeitseifer (ZAK 1964 S. 299), mangelhafte Bildung (ZAK 1980 S. 279) oder Sprachkenntnisse, Alter, Unfähigkeit über das normale Mass hinauszuarbeiten (ZAK 1988 S. 476).

Beispiel 1:

Eine auf einem Auge blinde Geschäftsführerin verliert mit 60 Jahren infolge Betriebsschliessung ihre Stelle und findet aus konjunkturellen Gründen nur eine mässig bezahlte Vertreterinnentätigkeit. Weil somit wirtschaftliche Gründe für die teilweise Erwerbsunfähigkeit vorliegen, ist die Versicherte nicht invalid im Sinne des Gesetzes.

Beispiel 2:

Ein Versicherter kann nach einer Rückenoperation nicht mehr als Hilfssanitärmonteur arbeiten, ist aber – ausser in Tätigkeiten, die eine gebückte Stellung oder das Heben von Gewichten über 10 kg verlangen – dank breiter Berufserfahrung voll arbeits- und vermittlungsfähig. Wegen des Wegfalls der besser bezahlten schweren Hilfsarbeit wird er künftig wahrscheinlich eine Erwerbseinbusse erleiden. Diese Erwerbsunfähigkeit ist durch den Gesundheitsschaden bedingt und der Versicherte gilt als invalid.

- 1027 Infolge invaliditätsfremder Gründe kann die Erwerbsfähigkeit auch höher sein als es den tatsächlichen Verhältnissen entspricht. In solchen Fällen kann eine Invalidität vorliegen (z. B. wirtschaftlich besonders günstige Umstände; betriebliche Gründe bei Selbstständigerwerbenden wie etwa hervorragende Mitarbeitende, die durch überdurchschnittlichen Einsatz den behinderungsbedingten Ausfall der versicherten Person wettmachen; vermehrter Einsatz von Familienangehörigen; finanzielle Notlage der versicherten Person, die sie zu einer unzumutbaren Arbeit oder Leistung zwingt; vgl. Rz 3044 ff.).

Kapitel 2: Eintritt der Invalidität (Versicherungsfalls)

1. Allgemeines

Artikel 4 Absatz 2 IVG

Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat.

- 1028 Der Eintritt der Invalidität bzw. des Versicherungsfalls erfolgt in jenem Zeitpunkt, in welchem eine Leistung der IV objektiv erstmals angezeigt ist. Er ist für jede Leistungsart (berufliche oder medizinische Massnahme, Hilfsmittel, Rente etc.) einzeln festzustellen. Es ist möglich, dass für denselben Gesundheitsschaden verschiedene Versicherungsfälle vorliegen.
- 1028.1
3/16 Die Verschlechterung eines bereits bestehenden Gesundheitsschadens löst keinen neuen Versicherungsfall aus. Tritt hingegen ein von der ursprünglichen gesundheitlichen Beeinträchtigung völlig verschiedener Gesundheitsschaden hinzu, kann ein neuer Versicherungsfall entstehen (BGE 136 V 369, 9C_294/2013).
- 1029
1/17 Der Zeitpunkt, in dem eine Anmeldung eingereicht oder von dem an eine Leistung gefordert wird, ist für die Bestimmung des Eintritts des Versicherungsfalls unerheblich (9C_655/2015).

- 1030 Bezüglich des *Rentenanspruchs* tritt der Versicherungsfall ein, sobald die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich wenigstens zu 40 Prozent arbeitsunfähig war (9C_882/2009) und weiterhin mindestens zu 40 Prozent erwerbsunfähig ist, also am ersten Tag nach Ablauf der einjährigen Wartezeit. Der Versicherungsfall kann jedoch frühestens am ersten Tag des der Vollendung des 18. Altersjahres folgenden Monats (ZAK 1984 S. 445) eintreten.
- 1031 Der Versicherungsfall kann nicht eintreten, solange die versicherte Person ein Taggeld für die Wartezeit bezieht (Art. 18 Abs. 1 und 2 IVV), bzw. solange sie sich Eingliederungsmassnahmen unterzieht und ein Rentenanspruch nach Art. 29 Abs. 2 IVG ausgeschlossen ist (AHI-Praxis 2001 S. 152).
- 1032 Bei Geburts- und Frühinvaliden tritt der Versicherungsfall für die Rente in der Regel im Zeitpunkt der Vollendung des 18. Altersjahres ein. Dies jedoch nur, sofern diese Versicherten im besagten Zeitpunkt nicht in Eingliederung stehen. In einem solchen Fall tritt die für den Rentenanspruch spezifische Invalidität erst nach Abschluss oder Abbruch der Eingliederungsmassnahmen ein (Rz 9001 f.; BGE 137 V 417; AHI-Praxis 2001 S. 152).
- 1033 Bei Versicherten mit Wohnsitz ausserhalb eines EU/EFTA-Staates entsteht der Rentenanspruch erst, wenn diese während eines Jahres ohne wesentliche Unterbrechung durchschnittlich zu 50 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und der Invaliditätsgrad nach Ablauf der Wartezeit mindestens 50 Prozent beträgt oder wenn sie mindestens zu 50 Prozent bleibend erwerbsunfähig geworden sind (Art. 29 Abs. 4 i.V.m. Art. 28 Abs. 1 IVG und Art. 10 VO Nr. 1408/71 in Bezug auf die EFTA – Staaten bzw. Art. 7 VO Nr. 883/04 in Bezug auf die EU-Staaten).
- 1034 Der Eintritt des Versicherungsfalls ist in der Regel mit der Entstehung des Rentenanspruchs identisch. Die Entstehung des Rentenanspruchs kann jedoch abweichen, so z. B. bei verspäteter Anmeldung (Rz 2027 ff.).

- 1035 Bei *Eingliederungsmassnahmen* ist die betroffene Person seit dem Zeitpunkt als invalid zu betrachten, in welchem zum ersten Male offensichtlich wird, dass der Gesundheitsschaden nach den gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen die Gewährung einer Leistung rechtfertigt.
- 1036 Bei Versicherten vor dem vollendeten 20. Altersjahr, die an einem *Geburtsgebrechen* leiden, ist der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts dann anzunehmen, wenn das festgestellte Gebrechen eine medizinische Behandlung oder eine ständige Kontrolle erstmals notwendig macht (ZAK 1967 S. 47).
- 1037 Die IV-Stelle legt den Zeitpunkt des Versicherungsfalls besonders sorgfältig fest. Sie misst dieser Abklärung grosses Gewicht zu, da der Eintritt des Versicherungsfalls massgebend ist für die Erfüllung der versicherungsmässigen Voraussetzungen, den Leistungsbeginn im Allgemeinen, die Bestimmung der Rentenberechtigung und die Rentenberechnung (s. RWL).

2. Eintritt der Invalidität bei sich in Abständen folgenden Leistungen gleicher Art

- 1038 Bei sich folgenden Massnahmen gleicher Art, die in engem Zusammenhang miteinander stehen, ist für den Eintritt der Invalidität auf die erste Massnahme abzustellen. Sind demnach bei der erstmaligen Notwendigkeit medizinischer Massnahmen oder der erstmaligen Abgabe eines bestimmten Hilfsmittels die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt, können auch mit dem entsprechenden Leiden im Zusammenhang stehende Massnahmen, die später notwendig werden, nicht gewährt werden. Wird z. B. bei einer versicherten Person ein chirurgischer Eingriff vorgenommen, bevor sie versichert war, kann eine spätere Korrekturoperation, die durch die erste bedingt ist, nicht zu Lasten der IV gehen, selbst wenn im Moment, in welchem die zweite Operation angezeigt ist, die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt sind.

- 1039 Hingegen ist bezüglich Eingliederungsmassnahmen bei einem neuen Leiden, das mit dem früheren in keinem sachlichen Zusammenhang steht, oder bei der Abgabe eines anders gearteten Hilfsmittels in einer späteren Phase der Eingliederung (z. B. Abgabe eines Gerätes am Arbeitsplatz an prothetisch versorgte Versicherte) ein neuer Versicherungsfall anzunehmen, auf dessen Eintritt die versicherungsmässigen Voraussetzungen neu zu überprüfen sind.

Kapitel 3: Versicherungsmässige Voraussetzungen

Artikel 6 IVG

¹ Schweizerische und ausländische Staatsangehörige sowie Staatenlose haben Anspruch auf Leistungen gemäss den nachstehenden Bestimmungen.

^{1bis} Sieht ein von der Schweiz abgeschlossenes Sozialversicherungsabkommen die Leistungspflicht nur des einen Vertragsstaates vor, so besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn die von Schweizerinnen und Schweizern oder Angehörigen des Vertragsstaates in beiden Ländern zurückgelegten Versicherungszeiten nach der Zusammenrechnung einen Rentenanspruch nach dem Recht des andern Vertragsstaates begründen.

² Ausländische Staatsangehörige sind, vorbehältlich Artikel 9 Absatz 3 IVG, nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben. Für im Ausland wohnhafte Angehörige dieser Personen werden keine Leistungen gewährt.

- 1040 Im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles müssen die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt sein, damit Leistungen der IV ausgerichtet werden können.
- 1041 Die versicherungsmässigen Voraussetzungen beinhalten 2 Kriterien:
– Mindestbeitragsdauer (Art. 36 Abs. 1 IVG);

– Wohnsitz und gewöhnlicher Aufenthalt in der Schweiz (Rz 4101 ff. RWL).

- 1042
1/13 Für bestimmte ausländische Staatsangehörige können auf Grund des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der EU/EFTA, zwischenstaatlicher Abkommen und für Flüchtlinge gemäss Bundesbeschluss über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und Staatenlosen günstigere versicherungsmässige Voraussetzungen bestehen, die bei Eintritt der Invalidität erfüllt sein müssen (vgl. Wegleitung über die Stellung der Ausländer und Staatenlosen in der AHV und IV und Kreisschreiben über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV [KSBIL]).
- 1043 Für ausländische Staatsangehörige vor dem vollendeten 20. Altersjahr gelten erleichterte versicherungsmässige Voraussetzungen (Art. 9 Abs. 2 und 3 IVG i.V.m. Art. 39 Abs. 3 IVG).
- 1044 Die IV-Stelle überprüft, nötigenfalls unter Mithilfe der zuständigen Ausgleichskasse, das Vorhandensein der versicherungsmässigen Anspruchsvoraussetzungen (Art. 57 Abs. 1 lit. c, Art. 60 Abs. 1 lit. a IVG). Art und Ergebnis der Prüfungen hält sie in den Akten fest (vgl. Rz 2016 ff. KSVI).

Kapitel 4: Eingliederung vor / aus der Rente

1. Grundsatz

- 1045 In der IV gilt der Grundsatz „Eingliederung vor Rente“. Demnach gehen die Eingliederungsmassnahmen den Renten grundsätzlich vor. Ein Rentenanspruch besteht somit in der Regel so lange nicht, als von Eingliederungsmassnahmen eine rentenbeeinflussende Änderung erwartet werden kann (Art. 28 Abs. 1 Bst a IVG, ZAK 1984 S. 345, 1982 S. 493, 1981 S. 134, 1970 S. 166 und 414, 1969 S. 457).
- 1045.1
1/15 Die medizinische, persönliche und erwerbliche Situation wird laufend überprüft. Nach der Rentenzusprache können jederzeit Massnahmen der Wiedereingliederung mit dem

Ziel der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit durchgeführt werden, soweit diese angezeigt sind.

2. Vorgehen

- 1046
1/15
- Vor der Gewährung einer Rente zieht die IV-Stelle unabhängig davon, ob die versicherte Person es verlangt, alle gesetzlich möglichen Eingliederungsmassnahmen in Betracht, die notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu verbessern oder zu erhalten (Art. 8 Abs. 1 IVG; ZAK 1962 S. 139). Neben den Eingliederungsmassnahmen der IV sind auch nicht durch die IV zu übernehmende Eingliederungsmassnahmen zu prüfen (z. B. medizinische Massnahmen bei Erwachsenen oder Anstrengungen, welche die versicherte Person im Rahmen ihrer Pflicht zur Selbsteingliederung unternehmen sollte). Es darf keine Rentenzusprache erfolgen, ohne dass die IV-Stelle einzelfallbezogen geprüft und dokumentiert hat, dass zumutbare medizinische Behandlungen ausgeschöpft sind.

Beispiel:

Ein intelligenter, 35-jähriger Schwerarbeiter kann infolge eines Rückenleidens grösstenteils ganztätig noch leichte Hilfsarbeiten ausführen. Da seine Verdienstchancen somit wesentlich gesunken und zeitweilig gesundheitsbedingte Arbeitsausfälle möglich sind, gilt er nur noch zur Hälfte als erwerbsfähig. Ohne berufliche Massnahmen hätte er somit Anspruch auf eine halbe Rente. Die IV-Stelle prüft vorerst, ob durch Umschulung auf qualifizierte, leichte Arbeit das mutmassliche künftige Einkommen auf ein rentenbeeinflussendes Niveau gesteigert, d. h. die Erwerbsfähigkeit verbessert oder ganz wiederhergestellt werden kann.

- 1047
- Für die Beurteilung der Eingliederungsfähigkeit sind die Stellungnahme des RAD und die übrigen Abklärungen massgebend. Die Abklärungen müssen aufzeigen, welche beruflichen Tätigkeiten die betroffene Person in Berücksichtigung ihres Gesundheitszustandes noch ausüben könnte und ob solche Arbeitsmöglichkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich vorhanden wären

(Rz 3047 ff.). Zu diesem Zweck kann die IV-Stelle Berichte und Auskünfte verlangen, Gutachten einholen und Abklärungen an Ort und Stelle durchführen (Art. 69 Abs. 2 IVV). Wird eine Eingliederung nicht für möglich gehalten, müssen dafür konkrete und objektive Hinweise vorliegen. Die IV-Stelle darf sich nicht bloss auf die subjektiven Angaben der versicherten Person stützen (ZAK 1981 S. 47).

Kapitel 5: Schadenminderungspflicht sowie Auskunfts- und Mitwirkungspflicht

- 1048
1/13 Im Sinne der *Schadenminderungspflicht* (Selbsteingliederungspflicht) hat die versicherte Person aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (z. B. Tätigkeit im Haushalt, Rz 3089) vorzukehren (Art. 7 IVG). Die Schadenminderungspflicht findet auf die verschiedensten Lebensbereiche Anwendung. Allerdings müssen die gesamten objektiven und subjektiven Umstände des Einzelfalls berücksichtigt werden, um zu klären, ob eine Massnahme für eine versicherte Person zumutbar ist oder nicht. Zu den subjektiven Umständen gehören in erster Linie das Ausmass der verbleibenden Arbeitsfähigkeit, die persönliche Situation, wie beispielsweise das Alter, die konkrete berufliche Situation oder auch die Bindung zum Wohnort. Als objektive Umstände zu berücksichtigen sind das Vorhandensein eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes und die voraussichtliche Dauer des Arbeitsverhältnisses. Je grösser die Inanspruchnahme des Versicherers, desto strenger müssen die Anforderungen für die Schadenminderungspflicht sein. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn auf Massnahmen zur Schadensminderung verzichtet wird und dies eine Rentenzusprache oder eine Umschulung in einen völlig neuen Beruf zur Folge hat (9C_924/2011).
- 1048.1
1/18 Insbesondere ist sie gehalten,
– jede Möglichkeit wahrzunehmen, um eine ihrer Invalidität angepasste zumutbare Erwerbstätigkeit zu finden, anzunehmen oder behalten zu können; die IV-Stelle ist z. B.

- nicht verpflichtet – auch nicht nach 17-jährigem Rentenbezug – bei durchgehend bestehender nichtausgeschöpfter 50%iger Arbeitsfähigkeit per se Eingliederungsmassnahmen zu prüfen und die Rente während dieser Dauer weiterauszurichten (9C_752/2013);
- in ihrer Erwerbstätigkeit oder in ihrem Aufgabenbereich mögliche und zumutbare Umstellungen vorzunehmen, damit die verbliebene Arbeitsfähigkeit bestmöglich ausgenützt wird (beispielsweise bei einem Gewerbetreibenden, der anstelle der früher im Vordergrund stehenden handwerklichen Arbeit vermehrt administrative Arbeiten übernimmt). Die Restrukturierung eines (Familien-)Betriebes fällt jedoch dann nicht unter die Schadenminderungspflicht, wenn der Arbeitsbetrieb sich unzweckmässig oder ineffizient organisieren müsste, um den Einsatz eines gesundheitlich beeinträchtigten Betriebsinhabers oder eines Familienmitgliedes desselben zu ermöglichen (9C_955/2011 Erw. 4.2);
 - als selbstständigerwerbende versicherte Person eine (rentenausschliessende) unselbstständige Tätigkeit aufzunehmen, selbst wenn sie im Betrieb eine Arbeit von einer gewissen erwerblichen Bedeutung leistet (9C_357/2014, 8C_460/2011);
 - sich einer zumutbaren medizinischen Heilbehandlung zu unterziehen, sofern diese geeignet ist, die Erwerbsfähigkeit so zu verbessern, dass die Rente herabgesetzt oder aufgehoben werden kann (9C_671/2016; 9C_418/2010). Bei medizinischen Massnahmen ist kein strenger Massstab anzulegen (ZAK 1985 S. 325 und 327). Insbesondere sind nur medizinische Massnahmen zumutbar, die ein vernachlässigbares Risiko („Routineoperation“, kein erhöhtes Narkoserisiko etc.) beinhalten. Nicht von Bedeutung ist, ob die IV die Kosten der medizinischen Massnahmen übernimmt;
 - sich soweit angezeigt Blutspiegelkontrollen zu unterziehen: Die Kontrolle der Serumkonzentration der verschriebenen Arzneimittel ist eine der regelmässig verwendeten Methoden, um abzuklären, ob die begutachtete Person die Medikation eingehalten hat. Eine solche Kontrolle stellt zwar durch die erforderliche Blutentnahme einen

Eingriff in die persönliche Freiheit dar, ist aber eine der versicherten Person durchaus zumutbare Abklärungsmassnahme, insbesondere im Hinblick auf die Mitwirkungspflicht und die Pflicht, sich notwendigen ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen (9C_732/2012);

- unter Umständen ihren Wohnsitz zu wechseln, wenn sich an einem anderen Ort geeignete Erwerbsmöglichkeiten bieten (ZAK 1983 S. 256, 1970 S. 343).

Die versicherte Person hat dabei an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer (Wieder-)Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilzunehmen (Art. 7 Abs. 2 IVG, Art. 21 Abs. 4 ATSG).

- 1049 Die versicherte Person ist zur *Auskunftserteilung und Mitwirkung* verpflichtet, d. h. sie hat sich allen angeordneten zumutbaren Abklärungs- und (Wieder-)Eingliederungsmassnahmen zu unterziehen und aktiv zum Erfolg der (Wieder-)Eingliederung beizutragen (Art. 28 und 43 Abs. 2 ATSG). Sie muss sich beispielsweise für die erforderlichen medizinischen Untersuchungen bereithalten (ZAK 1967 S. 281, Rz 7014.1); die im Ausland wohnhafte versicherte Person hat sich nötigenfalls in der Schweiz den für die Beurteilung des Rentenanspruchs unerlässlichen Abklärungsmassnahmen zu unterziehen (ZAK 1978 S. 255).
- 1049.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, wahrheitsgetreue
3/16 Angaben zu machen und darf sich nicht auf das Aussageverweigerungsrecht berufen (Art. 28 ATSG; 9C_258/2014).
- 1050 Bei Abklärungen können grundsätzlich nur invaliditätsbedingte Kosten (z. B. für die Dolmetscherfunktion bei einem Hörgeschädigten) sowie solche für Abklärungsmassnahmen, die von der IV-Stelle angeordnet wurden (Art. 45 ATSG, Art. 51 IVG), übernommen werden. Beherrscht die versicherte Person die Amtssprache des Kantons nicht, hat sie für die Abklärung auf der IV-Stelle im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht selber (auf eigene Kosten) dafür zu sorgen,
1/15

dass eine Person, die ihrer Muttersprache kundig ist (z. B. Familienangehörige, Vertreter/innen der Botschaft oder des Konsulats), anwesend ist. Staatsvertragliche Regelungen betreffend die Entgegennahme von Schriftstücken in der Amtssprache der anderen Vertragspartei bleiben vorbehalten. Für psychiatrische Untersuchungen im Rahmen angeordneter medizinischer Abklärungen (z. B. Polydisziplinäre medizinische Gutachterstelle) und bei der EFL können Dolmetscherkosten übernommen werden, falls keine Medizinalperson, die der Sprache der versicherten Person mächtig ist, zur Verfügung steht (vgl. KSVI).

- 1051 Die angeordneten Massnahmen und die eigenen Vorkehren müssen der versicherten Person zumutbar sein. Als zumutbar gilt dabei jede Massnahme, die der (Wieder-) Eingliederung der versicherten Person dient und ihrem Gesundheitszustand angemessen ist. So sind Massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG und Art. 7a IVG; ZAK 1985 S. 325 und 327).
- 1052 Aufgehoben
1/15
- 1053 Betreffend Sanktion bei Verletzung der Schadenminderungspflicht oder der Auskunfts- und Mitwirkungspflicht sind Rz 7011 ff. anwendbar.

Kapitel 6: Verfahren zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen

1. Allgemeines

- 1054 Für das Verfahren zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen sind die Vorschriften des KSVI massgebend.
- 1055 In der IV gibt es keinen Grundsatz, wonach im Zweifelsfalle zugunsten der versicherten Person zu entscheiden sei. Ein

Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (RKUV 1993 S. 156).

2. Medizinische Abklärungen

1056 Die IV-Stelle holt für die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einen Arztbericht bei der behandelnden Ärztin/beim behandelnden Arzt der versicherten Person ein.

1057
1/17 Für die Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen aus medizinischer Sicht anhand des Arztberichtes und weiterer ärztlicher Dokumente ist die IV-Stelle zuständig. Dafür stehen ihr Ärztinnen oder Ärzte verschiedener Fachdisziplinen aus dem RAD zur Verfügung (9C_858/2014). Der RAD empfiehlt bei Bedarf das Einholen von weiteren medizinischen Unterlagen und entscheidet darüber, ob sich die versicherte Person einer ärztlichen Untersuchung im RAD zu unterziehen hat. Können die Anspruchsvoraussetzungen aus medizinischer Sicht durch diese Massnahmen nicht genügend abgeklärt werden, so empfiehlt der RAD der IV-Stelle eine erweiterte medizinische Abklärung in einer bestimmten oder in mehreren Fachdisziplinen und bezeichnet die dafür geeignete Stelle.
Eine erweiterte Abklärung ist den Versicherten in der Regel zumutbar und ist nicht unverhältnismässig, wenn ausreichende Unterlagen über den Gesundheitszustand, die Arbeitsfähigkeit und Eingliederungsmöglichkeiten fehlen (ZAK 1980 S. 346).

3. Abklärung an Ort und Stelle

1058
1/14 Die IV-Stelle führt insbesondere bei Selbstständigerwerbenden, bei Landwirten/Landwirtinnen und Bauern/Bäuerinnen, bei im Haushalt tätigen Versicherten sowie bei der Prüfung des Anspruchs auf Hilflosenentschädigung (inkl. eines allfälligen Intensivpflegezuschlags bei Minderjährigen) Abklärungen an Ort und Stelle durch (bei der versicherten Person zu Hause, im Heim, am Arbeitsort etc.). Sie

kann darauf verzichten, wenn ihr die persönlichen Verhältnisse der versicherten Person bereits genügend bekannt und aktenmässig belegt sind. Die IV-Stelle verwendet für die Abklärungen entsprechende Formulare.

1059 Aufgehoben
1/13

1060 Im Abklärungsbericht macht die Abklärungsperson genaue Angaben über die Verhältnisse der versicherten Person. Sie überprüft konkret die Aussagen der versicherten Person, insbesondere, welche Tätigkeiten in welchem Umfang zumutbar sind.

1061 Die IV-Stelle kann – bei mangelnden Fachkenntnissen – geeignete Spezialstellen mit der Abklärung beauftragen. Personen bzw. Behörden oder Institutionen, welche die Interessen der versicherten Person vertreten oder diese betreuen und beraten, dürfen jedoch nicht mit solchen Abklärungen betraut werden. Sie können dagegen ersucht werden, ihre Sicht der Sachlage vor dem Entscheid der IV-Stelle schriftlich zu formulieren.

Teil 2: IV-Rente

Kapitel 1: Beginn und Ende des Rentenanspruchs

1. Allgemeine Anspruchsvoraussetzungen

- 2001 Vor der Gewährung einer Rente, ist in jedem Fall zuerst die Möglichkeit einer Eingliederung zu prüfen (vgl. z. 1045 ff.).
- 2002 Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (9C_882/2009) und im Anschluss an diese Wartezeit voraussichtlich während längerer Zeit mindestens in diesem Umfange erwerbsunfähig sind (Art. 28 Abs. 1 IVG).
- 2003 Die Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit sind klar auseinander zu halten (s. Rz 2004 ff.).

1.1 Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG)

- 2004 Arbeitsunfähig ist, wer aufgrund eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens im bisherigen Beruf oder im bisherigen Aufgabenbereich nicht mehr oder nur noch teilweise tätig sein kann.
- 2005
1/15 Die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit und damit die Festlegung der (ganzen oder teilweisen) Arbeitsunfähigkeit beurteilt der Arzt/die Ärztin nicht abschliessend; er/sie nimmt dazu lediglich Stellung. Die IV-Stelle ist – gestützt auf die ärztlichen Stellungnahmen – für die Beurteilung zuständig (BGE 140 V 193). Ärztliche Angaben zur Arbeitsunfähigkeit beziehen sich, soweit nicht explizit anders vermerkt, auf ein Vollzeitpensum (9C_648/2010).

1.2 Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG)

- 2006 Erwerbsunfähig ist, wer aufgrund eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens auf dem gesamten in Betracht kommenden Arbeitsmarkt keine oder eine teilweise Erwerbsarbeit ausüben kann. Für die Bemessung des Invaliditätsgrads ist ausschliesslich die Erwerbsunfähigkeit massgebend.
- 2007 Es ist nicht Aufgabe des Arztes oder Ärztin, sondern der IV-Stelle, die Erwerbsunfähigkeit und damit die Invalidität und deren Grad zu bestimmen.

1.3 Wartezeit (Art. 28 Abs. 1 Bst b IVG)

1.3.1 Allgemeines

- 2008 Die Wartezeit, während welcher die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit mindestens 40 Prozent betragen muss, beträgt ein Jahr.
- 2009 Bei der Bestimmung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit ist unerheblich, auf welche gesundheitlich bedingten Ursachen die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen ist. Die Ursachen können verschiedener Natur sein und hintereinander oder kumulativ auftreten.
- 2010 Die Wartezeit gilt als eröffnet, wenn aufgrund der Verhältnisse im Einzelfall eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliegt, wobei eine Arbeitsunfähigkeit von 20 Prozent in der Regel bereits bedeutend ist (AHI-Praxis 1998 S. 124).
- 2010.1
1/17 Liegen unterschiedliche Leiden vor, wird der Beginn der Wartezeit nicht für jedes Leiden separat bestimmt (9C_800/2015). Dies bedeutet, dass die Wartezeit nicht neu zu bestehen ist, wenn es bezüglich eines von mehreren vorhandenen Leiden zu einem wesentlichen Unterbruch der Arbeitsfähigkeit kommt.

- 2011 Die Wartezeit kann auch beginnen, wenn eine versicherte Person, die ihre frühere Tätigkeit gesundheitlich bedingt gewechselt hat, in ihrer neuen Tätigkeit – obwohl sie ihr vollzeitlich nachgeht – ein wesentlich niedrigeres Erwerbseinkommen erzielt (ZAK 1979 S. 275).

Beispiel:

Ein Maschineningenieur muss Ende März 1997 seine Stelle aus gesundheitlichen Gründen aufgeben. Er nimmt neu eine Vertretertätigkeit auf. Diese kann er zwar zeitlich uneingeschränkt ausüben, doch erzielt er dabei bloss noch die Hälfte seines möglichen Einkommens als Ingenieur. Laut Arztbericht ist der Versicherte in seinem bisherigen Beruf als Maschineningenieur seit dem 01.04.1997 zu 80 Prozent arbeitsunfähig. Ab diesem Zeitpunkt beginnt die Wartezeit zu laufen.

- 2012 Die Wartezeit kann auch in einem Zeitpunkt eröffnet werden, in dem die versicherte Person Arbeitslosenentschädigung erhält; dies ist z. B. der Fall, wenn sie im Sinne der ALV vermittlungsfähig ist, in ihrer Arbeitsfähigkeit jedoch bereits deutlich beeinträchtigt ist (ZAK 1984 S. 230, 1979 S. 358). Die finanziellen Auswirkungen einer Einbusse an Arbeitsfähigkeit sind für die Beurteilung während der Wartezeit grundsätzlich unerheblich; so kann die Wartezeit auch zu laufen beginnen (resp. laufen), wenn die versicherte Person über das ihr Zumutbare hinaus arbeitet (8C_961/2010).

- 2013 Die Wartezeit läuft auch während des von einer Behörde angeordneten Freiheitsentzugs (ZAK 1989 S. 258, 1977 S. 116).

- 2014 Ein *wesentlicher Unterbruch der Wartezeit* liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29^{ter} IVV). Der Unterbruch bewirkt, dass die einjährige Wartezeit bei erneuter Arbeitsunfähigkeit wieder von vorne zu laufen beginnt.

- 2015 Die Arbeitsaufnahme ist unbeachtlich, sofern sie im Sinne einer Arbeitstherapie bloss Heilung bezweckt und keine

wirtschaftlich verwertbare Arbeitsfähigkeit besteht (ZAK 1969 S. 612) oder soweit sie gemäss ärztlichen Feststellungen die Kräfte der versicherten Person offensichtlich überfordert (ZAK 1964 S. 179, 1963 S. 243).

- 2016 Für die Wartezeit während einer Eingliederungsmassnahme siehe Rz 9005.

1.3.2 Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit und der Wartezeit

- 2017
1/17 Die Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit und der Wartezeit ist nach Tagen vorzunehmen (Grundlage 365 Tage).
- 2018
1/17 Die Formel dafür lautet:
(a Tage à x% Arbeitsunfähigkeit) + (b Tage à y% Arbeitsunfähigkeit) + (c Tage à z% Arbeitsunfähigkeit) + ... = 365 Tage à mindestens 40 Prozent Arbeitsunfähigkeit
Ein Beispiel hierzu befindet sich in Anhang II.
- 2019 Auch bei im Haushalt tätigen Personen wird zur Wartezeitberechnung allein auf die ärztlich festgestellte und durch den RAD verifizierte Arbeitsunfähigkeit abgestellt und nicht etwa auf die anlässlich der Haushaltabklärung festgestellten Einschränkungen im Tätigkeitsbereich.
- 2019.1 Im Rahmen der gemischten Methode ist analog zur Ermittlung des Invaliditätsgrades auf den gewichteten Durchschnitt der Arbeitsunfähigkeit in beiden Teilbereichen abzustellen (BGE 130 V 97).

1.4 Fortdauernde Erwerbsunfähigkeit nach Ablauf der Wartezeit

- 2020 Neben der Voraussetzung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 40 Prozent während des Wartejahres muss – damit ein Rentenanspruch entsteht – die versicherte Person weiterhin mindestens zu 40 Prozent erwerbsunfähig

sein (Art. 28 Abs. 1 Bst c IVG i.V.m. Art. 7 ATSG; AHI-Praxis 1996 S. 177).

- 2021 Wie lange diese Erwerbsunfähigkeit dauert, ist nicht entscheidend. Auch eine verbleibende Erwerbsunfähigkeit von nur kurzer Zeit vermag einen Rentenanspruch auszulösen (ZAK 1963 S. 141).
- 2022 Die Bestimmung der verbleibenden Erwerbsunfähigkeit erfolgt nach den Bemessungsmethoden gemäss Rz 3001 ff.

1.5 Versicherte mit Wohnsitz ausserhalb der EU/EFTA-Staaten

- 2023 Bei Versicherten mit Wohnsitz ausserhalb eines EU/EFTA-Staates entsteht der Rentenanspruch erst, wenn sie während eines Jahres ohne wesentliche Unterbrechung durchschnittlich zu 50 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und der Invaliditätsgrad nach Ablauf der Wartezeit mindestens 50 Prozent beträgt (vgl. Rz 1033).

1.6 Entscheidgrundlagen

- 2024 Für die Beschlussfassung müssen alle entscheiderelevanten Akten vorliegen. Die Unterlagen müssen insbesondere Auskunft geben über:
- den Gesundheitszustand (Arztberichte, Spitalberichte, Berichte des RAD, Gutachten/Expertisen);
 - die Arbeitsfähigkeit (Arztberichte, Spitalberichte, Berichte des RAD, Gutachten/Expertisen);
 - die Erwerbstätigkeit und/oder die Tätigkeit im Aufgabebereich (Arbeitgeberberichte, Abklärungsberichte);
 - die Einkommensverhältnisse (Arbeitgeberberichte, Buchhaltungsabschlüsse, Steuerakten, IK-Auszüge);
 - die Erwerbsfähigkeit (anhand der jeweiligen Bemessungsmethode);
 - die Eingliederungsfähigkeit.

2. Beginn des Rentenanspruchs

Artikel 29 Absätze 1–3 IVG

¹Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.

²Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Artikel 22 beanspruchen kann.

³Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht.

- 2025
1/14 Grundsätzlich entsteht der Rentenanspruch bei Eintritt des Versicherungsfalls (Rz 1028 ff.), jedoch frühestens sechs Monate nach Einreichung der Anmeldung. Durchführungsmässig hat dies jedoch zur Folge, dass die IV-Stelle gleichwohl den Rentenanspruch für die Zeit vor der Anmeldung zum Leistungsbezug als auch für die ersten sechs Monate danach zu prüfen hat. Der Versicherungsfall tritt einen Tag nach Ablauf der einjährigen Wartezeit ein.
- 2025.1
3/16 Beruht eine Invalidität auf anderen Gründen als denjenigen, welche zu einer früheren (zwischenzeitlich aufgehobenen) befristeten Rente führten, so handelt es sich um ein neues versichertes Ereignis. In diesem Fall wird die neue Rente frühestens nach sechs Monaten seit Neuansmeldung bei der Invalidenversicherung ausgerichtet. Art. 88^{bis} Abs. 1 lit. a IVV ist nicht (analogieweise) anwendbar (BGE 140 V 2).
- 2026
3/16 Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld bezieht (Art. 22 IVG i.V.m Art. 29 Abs. 2 IVG), bzw. solange sie sich Eingliederungsmassnahmen unterzieht (AHI-Praxis 2001 S. 152).

3. Verspätete Anmeldung

Artikel 24 Absatz 1 ATSG

Der Anspruch auf ausstehende Leistungen ... erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung ... geschuldet war.

- 2027
1/18
- Der Rentenanspruch kann in jedem Fall frühestens sechs Monate nach Anmeldung bei der IV entstehen (8C_544/2016). Meldet sich eine versicherte Person mehr als sechs Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit (bzw. der Eröffnung der Wartezeit im Sinne von Rz 2008 ff.) bei der IV-Stelle an, liegt eine *verspätete Anmeldung* vor und die versicherte Person verliert den Rentenanspruch für jeden Monat, den sie sich zu spät anmeldet.

Beispiel:

Ein Versicherter wird ab 15.09.2008 arbeitsunfähig. Der Versicherungsfall Rente könnte somit am 15.09.2009 eintreten (mit Beginn der Auszahlung ab 01.09.2009 gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG). Voraussetzung dafür ist jedoch, dass sich der Versicherte bis am 15.03.2009 bei der IV anmeldet. Da sich der Versicherte erst am 03.08.2009 bei der IV anmeldet, kann ihm die Rente erst ab 01.02.2010 gezahlt werden, d. h. er verliert den Anspruch für die Monate September 2009 bis Januar 2010.

- 2028
1/18
- Aufgehoben

- 2029
- Keine verspätete Anmeldung liegt vor, wenn die Verwaltung anlässlich einer ersten Anmeldung einen hinreichend geltend gemachten Leistungsanspruch übersehen und diesbezüglich keine Verfügung getroffen hat. Meldet sich die versicherte Person zu einem späteren Zeitpunkt erneut an, so unterliegt die spätere Nachzahlung von Leistungen einer absoluten Verwirkungsfrist von 5 Jahren, rückwärts gerechnet ab dem Zeitpunkt der Neuanmeldung (AHI-Praxis 1997 S. 182).

Beispiel:

Ein Versicherter gelangte im Mai 1998 mit dem Gesuch um Hilfsmittel an die IV, die ihm gewährt wurden. Obwohl aus den Akten ersichtlich war, dass ihm auch eine Rente zustehen könnte, prüfte die IV-Stelle diese Frage nicht. Im Mai 2004 stellte er ein neues Gesuch, in dem er ausdrücklich eine Rente verlangt. Es wird festgestellt, dass die Voraussetzungen für eine Rente schon im Februar 1997 erfüllt waren. Die Rente kann ihm deshalb ab Mai 1999 gewährt werden (5 Jahre rückwärts gerechnet seit der Neuanmeldung).

- 2030 Anders verhält es sich, wenn der Leistungsanspruch anlässlich der ersten Anmeldung geprüft und zu Recht abgewiesen wurde. Tritt die IV-Stelle auf die Neuanmeldung ein, so kann eine allfällige Rente frühestens sechs Monate nach Einreichung der Anmeldung entstehen (vgl. Rz 2025)
- 2031 Minderjährige Versicherte, die beim Erreichen des 18. Altersjahres von der IV periodische Leistungen beziehen oder andere (z. B. medizinische) Massnahmen erhalten, gelten für den Anspruch auf ein Taggeld, eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung als angemeldet. Die IV-Stelle prüft von Amtes wegen, ob ein solcher Anspruch besteht. Der Rentenanspruch entsteht hier ab dem Erreichen des 18. Altersjahres, ohne dass vorgängig eine formelle Anmeldung zu erfolgen hätte.

4. Ende des Rentenanspruchs*Artikel 30 IVG*

Der Rentenanspruch erlischt mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung oder mit dem Tod des Berechtigten.

- 2032 Der Anspruch auf eine IV-Rente erlischt auch, wenn die IV-Rentnerin/der IV-Rentner die Altersrente vorbezieht (Art. 40 AHVG).

- 2033 Die Frage des Aufschubs der Altersrente stellt sich nicht. Eine Altersrente, die eine Invalidenrente ablöst, kann nicht aufgeschoben werden (Art. 55^{bis} lit. b AHVV).

Kapitel 2: Bemessung des Invaliditätsgrades

1. Bemessungsmethoden

1.1 Allgemeines

- 3001 Die IV kennt vier verschiedene Bemessungsmethoden:
- *allgemeine Methode des Einkommensvergleichs*
Sie kommt grundsätzlich bei allen Erwerbstätigen zur Anwendung und bei Versicherten, denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zugemutet werden könnte. Der Invaliditätsgrad wird durch die Gegenüberstellung der zumutbaren Erwerbseinkommen ohne und mit Gesundheitsschaden ermittelt (Rz 3009 ff.).
 - *spezifische Methode des Betätigungsvergleichs*
Sie betrifft Personen, die keine Erwerbstätigkeit ausüben, wie im Haushalt tätige Versicherte, Studierende, Ordensangehörige usw. Der Invaliditätsgrad wird durch die Gegenüberstellung der ohne und mit Gesundheitsschaden ausgeübten bzw. möglichen Tätigkeiten bemessen (Rz 3079 ff.).
 - *gemischte Methode*
Sie betrifft Personen, die neben einer teilzeitlichen Erwerbstätigkeit noch einem anderen Aufgabenbereich (z. B. Haushalt, Studium) nachgehen. Der Invaliditätsgrad wird für die Erwerbstätigkeit anhand des Einkommensvergleichs ermittelt, der Invaliditätsgrad für die Tätigkeit im Haushalt anhand des Betätigungsvergleichs (Rz 3097 ff.).
 - *ausserordentliche Methode*
Sie betrifft erwerbstätige Personen, deren Vergleichseinkommen – beispielsweise aufgrund der allgemeinen Wirtschaftslage (z. B. Rezession) – nicht zuverlässig ermittelt werden können. Der Invaliditätsgrad wird nach den erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit bestimmt (Rz 3103 ff.).

- 3002 Grundsätzlich wird der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs festgestellt. Nur wenn der Invaliditätsgrad nicht nach dieser Methode bestimmt werden kann, ist eine andere Methode zu wählen.
- 3003 Andere Bemessungsarten, wie z. B. die medizinisch-theoretische Methode (Gliedertabellen) kennt das Gesetz nicht. Sie sind daher nicht zulässig (ZAK 1967 S. 99, 1963 S. 240, 1962 S. 139 und 524).
- 3004 Es ist – ausser bei eindeutigen Verhältnissen (z. B. bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit) – nicht gestattet, von der ärztlich geschätzten Arbeitsunfähigkeit ohne weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad zu schliessen (ZAK 1962 S. 478). Die IV-Stelle muss immer prüfen, ob und allenfalls in welchem Ausmass die verbliebene Arbeitsfähigkeit bestmöglich verwertbar ist und welches Erwerbseinkommen in einer zumutbaren Erwerbstätigkeit damit erreicht werden könnte. Ebenso ist bei der spezifischen Methode der konkrete Betätigungsvergleich und nicht die ärztliche Schätzung der Arbeitsunfähigkeit für die Bemessung des Invaliditätsgrades massgebend.

1.2 Bestimmung der Bemessungsmethode

- 3005 Für die Bestimmung der Bemessungsmethode muss im konkreten Fall geprüft werden, welche Tätigkeit die versicherte Person ausüben würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre (Erwerbstätigkeit, Teilerwerbstätigkeit, Tätigkeit im Haushalt etc.).
- 3006 Dabei sind sämtliche Gegebenheiten des Einzelfalles wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten, die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194). Es ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 117

V 194; ZAK 1989 S. 116). Es ist auf Grund objektiver Umstände „vernünftig“ zu beurteilen, wie die versicherte Person in ihrer konkreten Lebenssituation ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen entschieden hätte. Dieser subjektive Entschluss muss nicht zwingend auch der objektiv vernünftigste Entscheid sein (8C_319/2010, 8C_731/2010). Besonders zu beachten ist der soziale Wandel der Aufgabenverteilung von Frau und Mann (keine starren Rollenzuweisungen). Bei Unselbstständigerwerbenden ist davon auszugehen, dass die versicherte Person die unselbstständige Erwerbstätigkeit auch ohne Gesundheitsschaden weiterhin ausgeübt hätte, sofern nicht nachgewiesen oder genügend wahrscheinlich gemacht wird, dass sie sich in der Zwischenzeit selbstständig gemacht hätte.

- 3007 Die Bemessungsmethode beurteilt sich nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt haben (ZAK 1989 S. 116 Erw. 2b). Bis zu diesem Zeitpunkt eingetretene wesentliche Änderungen können einen Wechsel der Bemessungsmethode bewirken. Tritt nach Verfügungserlass eine wesentliche Änderung ein, kann dies ein Revisionsgrund darstellen (Rz 5005 ff.).
- 3008 Die IV-Stelle hält die Bemessungsmethode zusammen mit den für die Bestimmung des Invaliditätsgrades massgebenden Berechnungselementen mit einer kurzen Begründung im Dossier fest.

2. Allgemeine Methode des Einkommensvergleichs

Artikel 16 ATSG

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

2.1 Anwendungsfälle

Die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs findet für folgende Personen Anwendung:

- 3009 – Versicherte, die ihre Erwerbstätigkeit wegen Unfall oder Krankheit unterbrechen oder aufgeben mussten und die ohne Behinderung weiterhin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hätten;
- 3010 – Erwerbstätige, die wegen ihrer Behinderung weniger verdienen als Nichtbehinderte (z. B. Geburts- und Frühinvaliden);
- 3011 – Versicherte, die zwar bei Eintritt ihres Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit ausübten, jedoch ohne Behinderung eine Erwerbstätigkeit aufgenommen hätten (z. B. haushaltführende Personen, die ohne Invalidität voraussichtlich eine Erwerbstätigkeit aufgenommen hätten; Versicherte, die eine begonnene berufliche Ausbildung wegen der Invalidität nicht abschliessen konnten, Rz 3039);
- 3012
1/14 – Versicherte, die zwar bei Eintritt ihres Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit ausübten, denen aber die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zugemutet werden könnte (z. B. Versicherte in beruflicher Ausbildung, denen eine Erwerbstätigkeit zugemutet werden kann, Rz 3040 ff.). Die Frage kann sich auch bei Privatiers und Pensionierten stellen (9C_9/2013 Erw. 2.4). Wird sie verneint, so gelten die Rz 3079 f.
- 3012.1
1/18 – Erwerbstätige, die mit reduziertem Pensum erwerbstätig sind und daneben in keinem Aufgabenbereich tätig sind, sog. Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich.

2.2 Vergleichselemente

- 3013 Mit der Methode des Einkommensvergleichs wird der Invaliditätsgrad ermittelt durch Gegenüberstellung

- des hypothetischen *Valideneinkommens*, d. h. des mutmasslichen Einkommens, das die behinderte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Rz 3021 ff.)
 - mit dem hypothetischen *Invalideneinkommen*, d. h. dem Einkommen, das eine behinderte Person trotz der Invalidität bei einer zumutbaren Tätigkeit erzielen könnte (Rz 3043 ff.).
- 3014 Als massgebendes Validen- und Invalideneinkommen gelten mutmassliche Erwerbseinkommen, von denen AHV-Beiträge erhoben würden (Art. 25 Abs. 1 IVV; ZAK 1986 S. 412; 9C_699/2008). Andere Einkommensquellen, wie insbesondere Vermögensertrag, Renten und Pensionen, Fürsorgeleistungen, Familien- und Kinderzulagen sowie Ansprüche gegenüber anderen Versicherungen, fallen ausser Betracht (vgl. Rz 3054 ff.).
- 3015 Die Vergleichseinkommen sind aufgrund der gesamten Erwerbstätigkeit (Haupt- und Nebenbeschäftigung; 9C_883/2007, I 433/06) zu bestimmen.
- 3016 Die IV-Stelle stellt im Allgemeinen nur auf Jahreseinkommen ab, die sich auf den gleichen Zeitraum beziehen, wobei sie die massgebenden Einkommen unter Berücksichtigung der tatsächlichen Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns (BGE 129 V 222 und 128 V 174) festsetzt. Validen- und Invalideneinkommen sind dabei auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen. Gegebenenfalls hat vor dem Entscheid ein weiterer Einkommensvergleich zu erfolgen.
- 3017 Bei einer im Ausland wohnenden Person müssen die Einkommen verglichen werden, die auf dem gleichen Arbeitsmarkt mit und ohne Behinderung erzielt werden könnten, weil die unterschiedlichen Lohnniveaus und Lebenshaltungskosten zwischen verschiedenen Ländern keinen objektiven Vergleich zulassen (ZAK 1985 S. 459).

- 3018 In den Grenzbereichen der Ansprüche – bei einem Invaliditätsgrad um 40, 50, 60 bzw. 70 Prozent – hat die Ermittlung der beiden Einkommen besonders genau zu geschehen. In Zweifelsfällen sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen.
- 3019 Die IV-Stelle kann einen IK-Zusammenruf veranlassen, insbesondere wenn das Einkommen nicht klar ausgewiesen ist.

2.2.1 Parallelisierung der Vergleichseinkommen

- 3020
1/18 Im Rahmen des Einkommensvergleichs sind invaliditätsfremde Faktoren überhaupt nicht oder dann bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen. Wenn eine versicherte Person in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeführt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielt, weil ihre persönlichen Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländer-rechtlicher Status) oder ein regional unterdurchschnittliches Lohnniveau die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichen, dann ist anzunehmen, dass sie mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ebenfalls lediglich einen unterdurchschnittlichen Lohn erzielen kann (BGE 135 V 58). In einem solchen Fall muss eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen vorgenommen werden, um die invaliditätsfremden Faktoren zu eliminieren bzw. gleichmässig zu berücksichtigen
- 3020.1
1/18 Eine Parallelisierung ist grundsätzlich dann vorzunehmen, wenn sich zwischen dem tatsächlich erzielten Verdienst (Valideneinkommen) und dem branchenspezifischen Tabellenlohn (nach LSE) eine Abweichung von mindestens 5% ergibt (BGE 135 V 297).
- 3020.2
1/18 Es ist nur derjenige Teil zu berücksichtigen, der die 5% übersteigt. Beträgt z. B. die Abweichung beispielsweise insgesamt 12%, so kann nur im Umfang von 7% parallelisiert werden.

- 3020.3 Die Parallelisierung ist vorzunehmen entweder auf Seiten
1/18 des *Valideneinkommens* durch Heraufsetzung des effektiv
erzielten Einkommens
oder auf Seiten des *Invalideneinkommens* durch Herabset-
zung des statistischen Wertes (8C_2/2017).

Beispiel:

Eine versicherte Person hatte im Gesundheitsfall im massgebenden Zeitpunkt einen Jahreslohn als Bauarbeiter von Fr. 56'104.-

Das massgebende Jahreseinkommen im Baugewerbe gemäss LSE-Tabelle (angepasst an die branchenübliche Arbeitszeit und auf denselben Zeitpunkt hochindexiert) beträgt Fr. 68'592.-

Der trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung noch erzielbare Jahresverdienst bei zumutbarer Ausschöpfung der Restarbeitsfähigkeit (Invalideneinkommen) beträgt Fr. 32'602.-

Das erzielte Valideneinkommen liegt somit 18.2% unter der branchenüblichen Entlöhnung gemäss LSE
 $(68'592 - 56'104) \times 100 / 68'592 = 18.2\%$

Es verbleibt somit eine zu berücksichtigende Unterdurchschnittlichkeit des Einkommens von 13.2%
 $(18.2\% - 5\% = \mathbf{13.2\%})$

Rechnungsvariante Herabsetzung Invalideneinkommen:

VE = 56'104.-

IE = 32'602.- x $[(100 - \mathbf{13.2})/100]$ = 28'298.53

Erwerbseinbusse = 56'104 - 28'298.53 = 27'805.47

IV-Grad = 27'805.47 x 100 / 56'104 = 49.56%

Rechnungsvariante Heraufsetzung Valideneinkommen:

VE = $[56'104.- / (100 - \mathbf{13.2})] \times 100$ = 64'635.94

IE = 32'602.-

Erwerbseinbusse = 64'635.94 - 32'602 = 32'033.94

IV-Grad = 32'033.94 x 100 / 64'635.94 = 49.56%

Es besteht somit jeweils ein gerundeter IV-Grad von 50% und damit Anspruch auf eine halbe Rente.

- 3020.4
1/18 Nach dem ersten Schritt der Parallelisierung der Vergleichseinkommen ist in einem zweiten Schritt ein allenfalls noch angebrachter leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen vorzunehmen (Rz 3067.1 ff.). Zu beachten ist, dass die bei der Parallelisierung berücksichtigten invaliditätsfremden Faktoren nicht noch bei der Bemessung des leidensbedingten Abzuges berücksichtigt werden dürfen.
- 3020.5
1/18 Ausnahmen von der Parallelisierung:
- Wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich die versicherte Person aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommen begnügt hat (BGE 135 V 297, BGE 134 V 322, 9C_488/2008, BGE 135 V 58, 9C_996/2010), insbesondere bei über mehrere Jahre hinweg erzielten bescheidenen Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit (8C_626/2011).
 - Wenn bei Validen- und Invalideneinkommen die gleichen invaliditätsfremden Faktoren einen (negativen) Einfluss auf das Lohnniveau hatten (9C_112/2012 Erw. 4.5).
 - Wenn der Versicherte nicht (ausschliesslich) eines der bisherigen Arbeitsverhältnisse weitergeführt hätte und daher der tatsächlich erzielte (allenfalls unterdurchschnittliche) Verdienst nicht mehr als Grundlage für das Valideneinkommen herangezogen werden kann, sondern ein statistischer Wert heranzuziehen ist (9C_595/2010).

2.3 Valideneinkommen

2.3.1 Begriff

- 3021 Als hypothetisches Valideneinkommen gilt das Einkommen, das die versicherte Person unter Berücksichtigung der gesamten Umstände überwiegend wahrscheinlich erzielen würde, wenn sie nicht invalid geworden wäre (AHI Praxis 2002, S. 161, Erw. 3b, ZAK 1973 S. 203, 1964 S. 357, 1961 S. 367, I 1034/06, BGE 131 V 51, 129 V 224 Erw. 4.3.1, 9C_404/2007). Das Valideneinkommen ist grundsätzlich anhand des zuletzt verdienten Lohnes zu bestimmen. Entscheidend ist, was die versicherte Person als

Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum aus freien Stücken, insbesondere um mehr Freizeit zu haben, oder ist die Ausübung einer Ganztagestätigkeit aus Gründen des Arbeitsmarktes nicht möglich, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen.

- 3022 Als Anhaltspunkt dafür kann das Einkommen dienen, das eine geistig, psychisch und körperlich gesunde Person gleichen Alters bei gleicher Ausbildung und entsprechenden oder ähnlichen beruflichen Verhältnissen unter denselben örtlichen Verhältnissen verdienen würde (ZAK 1989 S. 456, 1986 S. 412).
- 3023
1/13 Zum hypothetischen Valideneinkommen zählt auch ein allfälliges Einkommen aus einer Nebenerwerbstätigkeit, wenn anzunehmen ist, dass diese regelmässig und über längere Zeit ausgeübt würde. Ebenso sind regelmässig geleistete Überstunden in das Valideneinkommen einzubeziehen (9C_45/2008, I 181/05, I 273/05, 8C_671/2010). Wenn beim Valideneinkommen ein Pensum von mehr als 100% berücksichtigt wird, kann dieses erhöhte Pensum – wenn keine gesundheitlichen Gründe dagegen sprechen – auch für das Invalideneinkommen zu Grunde gelegt werden (9C_766/2011 Erw. 3.2).
- 3023.1
1/14 Trinkgelder werden bei der Ermittlung des Valideneinkommens nicht berücksichtigt, soweit auf ihnen keine paritätischen Beiträge erhoben wurden (8C_514/2012 Erw. 4.2).
- 3024
1/14 Zu beachten sind folgende Spezialfälle:
– Bei sehr starken und verhältnismässig kurzfristigen Einkommensschwankungen ist für die Festsetzung des Valideneinkommens vom Durchschnittsverdienst während einer längeren Zeitspanne auszugehen (ZAK 1985 S. 464). Hat die versicherte Person sehr unregelmässig und ohne Vorliegen einer Invalidität Überstunden geleistet, ist für die Berechnung des Valideneinkommens nicht

auf das Einkommen des Vorjahres abzustützen, sondern auf den Durchschnitt von mehreren Jahren (9C_979/2012 Erw. 4).

- Bei ganz oder teilweise arbeitslosen Versicherten ist als hypothetisches Valideneinkommen dasjenige Einkommen zu verstehen, das bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage ohne Arbeitslosigkeit wahrscheinlich verdient würde.
- Ist ein Valideneinkommen auffallend niedrig, ist zu prüfen, ob bereits früher ein invalidisierender Gesundheitsschaden bestanden hat (z. B. wenn bereits früher eine Anmeldung bei der IV eingereicht wurde; wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass neben dem die Anmeldung veranlassenden Gesundheitsschaden eventuell andere, schon vorbestehende Leiden vorhanden sein könnten; wenn die Art des Leidens den Schluss nahelegt, dieses habe sich schon früher erwerbsbeeinträchtigend ausgewirkt; (ZAK 1985 S. 632).
- Ist ein Valideneinkommen überdurchschnittlich hoch, ist er nur dann als Valideneinkommen heranzuziehen, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass es weiterhin erzielt worden wäre (8C_671/2010).
- Bei weiterhin gegebener Zumutbarkeit von Schichtarbeit nach Eintritt des Gesundheitsschadens ist auf die Berücksichtigung von Schichtzulagen sowohl auf Seiten des Validen- als auch des Invalideneinkommens zu verzichten (I 398/05, I 751/06).

Beispiel:

Eine 40-jährige Hilfsarbeiterin ist gemäss Feststellung der SUVA 25 Prozent erwerbsunfähig geworden. Akten betreffend frühere Sonderschulung belegen jedoch eine mittelschwere geistige Behinderung, derentwegen sie keine ausreichenden beruflichen Kenntnisse hatte erwerben können. Deshalb ist das hypothetische Valideneinkommen bedeutend höher als das geringe tatsächliche Erwerbseinkommen vor dem Unfall. Statt diesem ist nun das Durchschnittseinkommen gemäss Art. 26 Abs. 1 IVV massgebend, so dass der Invaliditätsgrad nach IVG erheblich höher ausfällt als für die SUVA.

2.3.2 Bemessung des Valideneinkommens

2.3.2.1 Unselbstständigerwerbende

- 3025 Bei der Bestimmung des Valideneinkommens ist von demjenigen Lohn auszugehen, der im gleichen oder in einem ähnlichen Unternehmen in entsprechender Stellung erzielt werden könnte.
- 3026 Individuelle Lohnerhöhungen, die mit Rücksicht auf Dienstalter, veränderte Familienverhältnisse und sichere Aufstiegsmöglichkeiten eingetreten wären, sind zu berücksichtigen. Bloss theoretischen Aufstiegsmöglichkeiten kann dagegen nicht Rechnung getragen werden (ZAK 1963 S. 238).
- 3027 Bei den Arbeitgebenden anfallende, nicht AHV-beitragspflichtige Lohnnebenkosten sind nicht zu berücksichtigen (ZAK 1986 S. 412).
- 3028 Die IV-Stelle schickt für die Ermittlung des Valideneinkommens einen Fragebogen an die Arbeitgeberin/den Arbeitgeber der versicherten Person (s. Anhang I).
- 3028.1
3/16 Ob eine Person als selbstständig oder unselbstständig erwerbend zu qualifizieren ist, beurteilt sich nicht aufgrund des Vertragsverhältnisses zwischen den Parteien. Ausschlaggebend ist die wirtschaftliche Stellung, also die Beantwortung der Frage, ob die versicherte Person einen wesentlichen Einfluss auf die Geschäftspolitik und –entwicklung nimmt. Diese Frage kann beantwortet werden, indem die finanzielle Beteiligung, die Zusammensetzung der Leitung der Gesellschaft und vergleichbare Gesichtspunkte geprüft werden (9C_453/2014).
- 3028.2
1/14 Geschäftsführer einer Aktiengesellschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung sind grundsätzlich als unselbstständig Erwerbende einzustufen. Verfügt ein solcher Geschäftsführer hingegen über einen massgeblichen Einfluss auf die Gesellschaft (z. B. aufgrund einer Einzel-

unterschriftberechtigung), ist es gerechtfertigt, die Invaliditätsbemessung analog den selbstständig Erwerbenden durchzuführen (z. B. durch die Berücksichtigung des Durchschnitts der Einkommen mehrerer Jahre oder durch die Vornahme eines erwerblich gewichteten Betätigungsvergleichs, vgl. 8C_898/2010). Insbesondere gilt ein von einer AG angestellter Versicherter als selbstständig, wenn er als Alleinaktionär einen wesentlichen Einfluss auf die Firma hat. Nur auf die IK-Einträge kann diesbezüglich nicht abgestellt werden, denn als Alleinaktionär hat der Versicherte auf die Aufteilung Gehalt/Gewinn bestimmenden Einfluss (8C_346/2012).

2.3.2.2 Selbstständigerwerbende im Allgemeinen

- 3029 Bei der Bestimmung des Valideneinkommens ist zu berücksichtigen, in welcher Weise sich das Unternehmen der versicherten Person voraussichtlich entwickelt hätte, wenn diese nicht invalid geworden wäre (ZAK 1963 S. 462).
- 3030 Es ist namentlich auf die beruflichen und persönlichen Fähigkeiten, die Art der Tätigkeit der versicherten Person sowie die Geschäftslage und den Gang des Unternehmens (ZAK 1961 S. 367) vor Eintritt der Invalidität abzustellen. Das durchschnittliche Einkommen resp. Betriebsergebnis ähnlicher Betriebe kann als Grundlage für die Schätzung des hypothetischen Einkommens dienen (ZAK 1962 S. 139). Hingegen darf ein solches nicht direkt dem hypothetischen Valideneinkommen gleichgesetzt werden (ZAK 1981 S. 44).
- 3031 Das Einkommen, das nicht auf die Tätigkeit der behinderten Person selbst zurückgeht (Zins des investierten Kapitals, Einkommen aus der Mitarbeit von Angehörigen, [Rz 3033] etc.), ist in Abzug zu bringen (ZAK 1962 S. 521).
- 3032 Die IV-Stelle verlangt die Buchhaltungsabschlüsse von mehreren Jahren. Sie beachtet insbesondere all jene Konten, bei welchen nach Eintritt des Gesundheitsschadens

Abweichungen auffallen (Personalaufwand, Abschreibungen, Brutto- und Nettoertrag und dessen Verhältnis zum Umsatz). Im Übrigen werden die Einkommensverhältnisse gestützt auf Beitragsunterlagen (namentlich die Steuermeldungen an die Ausgleichskasse) und nötigenfalls durch eine Abklärung an Ort und Stelle erhoben (s. Rz 2114 ff. KSVI). Ein allfälliger Abklärungsbericht hat hinreichend genau über die Betriebsverhältnisse Auskunft zu geben. Die Angaben der Steuererklärungen sind nicht geeignet, um den realen Verdienst zu ermitteln (8C_9/2009).

- 3032.1
1/15 Bei Selbstständigerwerbenden ist für die Ermittlung des Einkommens in der Regel der IK-Auszug massgebend. Denn es kann davon ausgegangen werden, dass die Ausgleichskasse nach den massgeblichen Vorschriften über die Bestimmung des beitragspflichtigen Einkommens und dessen Eintrag im IK vorgegangen ist (8C_530/2013). Für Geschäftsführer einer AG oder GmbH vgl. aber Rz 3028.1

2.3.2.3 Selbstständigerwerbende in Familienbetrieben

Artikel 25 Absatz 2 IVV

Die beiden massgebenden Erwerbseinkommen eines invaliden Selbstständigerwerbenden, der zusammen mit Familiengliedern einen Betrieb bewirtschaftet, sind auf Grund seiner Mitarbeit im Betrieb zu bestimmen.

- 3033 Führt die versicherte Person einen Familienbetrieb, in welchem Angehörige ohne leistungsgerechte Entlohnung mitarbeiten, muss bei der Bestimmung des Valideneinkommens der Einkommensanteil ermittelt werden, welcher der versicherten Person aufgrund ihrer Arbeit im Betrieb vor Eintritt des Gesundheitsschadens angerechnet werden kann. Die IV-Stelle stützt sich dabei auf das Betriebseinkommen.
- 3034 Insbesondere ist auch hier das Verfahren nach Rz 3032 massgebend.

2.3.2.4 Geburts- und Frühinvalide ohne zureichende berufliche Kenntnisse

Artikel 26 Absatz 1 IVV

Konnte die versicherte Person wegen der Invalidität keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben, so entspricht das Erwerbseinkommen, das sie als Nichtinvalide erzielen könnte, den folgenden nach Alter abgestuften Prozentsätzen des jährlich aktualisierten Medianwertes gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik:

nach Vollendung von ... Altersjahren	vor Vollendung von ... Altersjahren	Prozentsatz
..	21	70
21	25	80
25	30	90
30	..	100

- 3035 Geburts- und Frühinvalide sind Versicherte, die seit ihrer Geburt oder Kindheit einen Gesundheitsschaden aufweisen und deshalb keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnten (ZAK 1973 S. 579, 1969 S. 260). Darunter fallen all jene Personen, welche infolge ihrer Invalidität überhaupt keine Berufsausbildung absolvieren können. Ebenso gehören dazu Versicherte, welche zwar eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls auch abschliessen, zu Beginn der Ausbildung jedoch bereits invalid sind und mit dieser Ausbildung nicht dieselben Verdienstmöglichkeiten realisieren können wie eine nichtbehinderte Person mit derselben Ausbildung (vgl. Beispiel in Rz 3024).
- 3036 Steht dagegen fest, dass nicht invaliditätsbedingte Gründe, wie z. B. solche familiärer oder finanzieller Art den Erwerb genügender beruflicher Kenntnisse verunmöglichten, liegt keine Geburts- oder Frühinvalidität vor (ZAK 1978 S. 32).
- 3037 Als Erwerb von „zureichenden beruflichen Kenntnissen“ ist die abgeschlossene Berufsausbildung zu betrachten. Dazu gehören auch Anlehren, wenn sie auf einem besonderen,
3/16

der Invalidität angepassten Bildungsweg ungefähr die gleichen Kenntnisse vermitteln wie eine eigentliche Lehre oder ordentliche Ausbildung und den Versicherten in Bezug auf den späteren Verdienst praktisch die gleichen Möglichkeiten eröffnen (9C_611/2014, 9C_820/2012, ZAK 1974 S. 548).

- 3038 Bei der Bestimmung des Valideneinkommens ist immer das Durchschnittseinkommen gemäss Artikel 26 Absatz 1 IVV massgebend. Es kann daher nicht auf das Einkommen in einem Beruf abgestellt werden, den die versicherte Person wegen besonderer Neigungen oder der Tätigkeit und Ausbildung der Geschwister unter Umständen erlernt hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (ZAK 1973 S. 579, 1969 S. 260).

2.3.2.5 Versicherte, die eine begonnene berufliche Ausbildung wegen der Invalidität nicht abschliessen konnten

Artikel 26 Absatz 2 IVV

Konnte die versicherte Person wegen der Invalidität eine begonnene berufliche Ausbildung nicht abschliessen, so entspricht das Erwerbseinkommen, das sie als Nichtinvaliden erzielen könnte, dem durchschnittlichen Einkommen eines Erwerbstätigen im Beruf, für den die Ausbildung begonnen wurde.

- 3039 1/17 Unter diese Bestimmung fallen Versicherte, welche ohne Behinderung eine Berufsausbildung beginnen, diese jedoch infolge dazwischentretender Invalidität nicht abschliessen können, oder aber solche, welche die Ausbildung abschliessen, den erlernten Beruf aber wegen der Invalidität nicht ausüben können (8C_99/2016; ZAK 1963 S. 388). Ebenso gehören dazu versicherte Personen, die wegen der Invalidität in Bezug auf die ursprünglich begonnene oder beabsichtigte Ausbildung eine weniger qualifizierte Ausbildung aufnehmen mussten (ZAK 1973 S. 579). Unter der beabsichtigten Ausbildung ist die Situation zu

verstehen, in der eine junge Person feststehende Ausbildungspläne hat, kurz vor dieser Ausbildung jedoch invalid wird.

- 3039.1
1/17 Für die Bestimmung des Valideneinkommens können Tabellenlöhne (Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik) oder Löhne von Berufsverbänden beigezogen werden (8C_116/2016). Es ist im Einzelfall zu prüfen, welcher Lohn als sachgerechter erscheint.

2.3.2.6 Versicherte in beruflicher Ausbildung, denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zugemutet werden kann

- 3040 Kann einer versicherten Person, die sich in beruflicher Ausbildung befindet (ohne Anspruch auf Taggeld), die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zugemutet werden (vgl. Art. 26^{bis} IVV), so wird nach einer Wartezeit von einem Jahr, während welcher sie bereits im Erwerbsleben stehen könnte, die Invaliditätsbemessung für Erwerbstätige angewandt (ZAK 1982 S. 495). Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist das Einkommen massgebend, das der versicherten Person zugemutet werden kann.
- 3041 Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ist für die versicherte Person dann zumutbar, wenn sie bereits eine hinreichende Ausbildung abgeschlossen hat und die neue Ausbildung nicht als erstmalige berufliche Ausbildung im Sinne von Artikel 16 IVG gelten kann.
- 3042 Zu unterscheiden ist der Fall einer versicherten Person, welcher die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Rz 3090 ff.).

2.3.2.7 Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich

- 3042.1
1/18 Übt die versicherte Person neben dem erwerblichen Teilpensum Beschäftigungen aus, welche keinen Aufgabenbereich darstellen, gilt sie als Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich.

Indizien, welche **gegen** die Annahme eines Aufgabenbereichs sprechen, sind z. B.:

- keine betreuungspflichtigen oder pflegebedürftigen Kinder oder Angehörige (BGE 141 V 15, 9C_615/2016)
- Reduktion des Arbeitspensums zwecks Gewinnung von Freizeit bzw. zu Gunsten von Freizeitaktivitäten (BGE 131 V 51, 8C_846/2015, 9C_764/2010)

3042.2 1/18 Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist das Einkommen aus dem Teilzeitpensum auf eine hypothetische Vollerwerbstätigkeit hochzurechnen (Artikel 27^{bis} Absatz 3 IVV; vgl. Rz 3078.1).

2.4 Invalideneinkommen

2.4.1 Begriff

3043 Als Invalideneinkommen gilt das Erwerbseinkommen, das eine behinderte Person nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit (Rz 3044 ff.) bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage (Rz 3050 ff.) noch erzielen könnte.

2.4.2 Zumutbare Erwerbstätigkeit

2.4.2.1 Allgemeines

3044 Das Mass dessen, was jemandem noch an Erwerbstätigkeit zugemutet werden kann, hängt von objektiven Kriterien ab. Massgebend sind insbesondere

- die behinderungsbedingte Einschränkung,
- die möglichen Eingliederungsmassnahmen.

Die Bestimmung der zumutbaren Erwerbstätigkeit erfolgt grundsätzlich unabhängig von der momentanen Arbeitsmarktlage (Rz 3050 ff.).

- 3045 Ob eine behinderte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Bemessung des Invalideneinkommens unerheblich. Daher kann z. B. keine Rente beanspruchen, wer aus rein persönlichen Gründen die Arbeitsfähigkeit nicht voll nutzt, bei Ausübung der zumutbaren Tätigkeit aber ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könnte (ZAK 1982 S. 493, 1980 S. 508).

2.4.2.2 Zumutbare Erwerbsmöglichkeiten

- 3046 Die Erwerbsmöglichkeit wird in erster Linie durch die verbliebene Arbeitsfähigkeit bestimmt, d. h. die Fähigkeit, eine bestimmte Tätigkeit in einem bestimmten (zeitlichen, funktionalen) Umfang ausüben zu können (Rz 2004).
- 3047 Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf den Gesundheitszustand der versicherten Person, d. h. die Feststellung, ob eine Person sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann usw., ist eine ärztliche Aufgabe (ZAK 1982 S. 34, 1962 S. 478). Diesbezüglich ist auf den Bericht des RAD abzustellen (Ausnahme: Fälle, die ausschliesslich durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit bedingt sind, und für die der IV-Stelle klare Unterlagen der UV oder MV vorliegen). Äusserungen zu Fragen der Erwerbsfähigkeit bzw. des Invaliditätsgrades hingegen sind weder Sache der Ärztinnen und Ärzte noch des RAD.
- 3048 Die IV-Stelle prüft, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten aufgrund der Angaben des RAD und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person grundsätzlich in Frage kommen.

2.4.2.3 Zumutbarkeit vorgängiger Eingliederungsmassnahmen

- 3049 Zumutbar ist grundsätzlich jede Eingliederungsmassnahme, welche die versicherte Person in die Lage versetzt, eine zumutbare Erwerbstätigkeit im Sinne der Rz 3044 ff.

auszuüben (Art. 7a IVG, ZAK 1983 S. 256). Über die Folgen der Ablehnung zumutbarer Eingliederungsmassnahmen siehe Rz 7010 ff.

2.4.2.4 Ausgeglichener Arbeitsmarkt

- 3050
3/16 Der „ausgeglichene Arbeitsmarkt“ ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher der Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen der ALV und der IV dient. Er beinhaltet einerseits ein gewisses Gleichgewicht zwischen dem Angebot und der Nachfrage nach Arbeitskräften und andererseits einen Arbeitsmarkt, der einen Fächer verschiedener möglicher Tätigkeiten aufweist (AHI-Praxis 1998 S. 287, BGE 110 V 273). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen gesundheitlich beeinträchtigte Personen mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers rechnen können (9C_95/2007).
- 3050.1
1/13 Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auch in einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr nachgefragt würde. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den konkreten Umständen ab. Zu denken ist zunächst an die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, angesichts der beschränkten verbleibenden Aktivitätsdauer sodann namentlich an den absehbaren Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch an die Persönlichkeitsstruktur, an vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, die Ausbildung, den beruflichen Werdegang oder an die Möglichkeit, Berufserfahrung anzuwenden (9C_427/2010). Es bestehen aber relativ hohe Hürden für die Annahme einer unverwertbaren Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen und die Verneinung der intakten Anstel-

lungschancen auf dem von Gesetzes wegen als ausgeglichen zu betrachtenden Arbeitsmarkt (8C_96/2012).

3050.2 Beispiele aus der Praxis des Bundesgerichts:

1/14 Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bejaht:

- bei einem 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Wirker in der Textilindustrie tätig gewesen war. Zwar wurde er als nicht leicht vermittelbar erachtet, trotzdem waren mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Betätigungsmöglichkeiten denkbar, da der Versicherte zwar sachlich eingeschränkt (weiterhin zumutbar waren leichte und mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war.
- unter anderem mit Blick auf eine Aktivitätsdauer von immerhin noch sieben Jahren bei einem 58-jährigen, kaufmännisch ausgebildeten Versicherten, der aufgrund hochgradiger Innenohrschwerhörigkeit auf einen besonderen Anforderungen genügenden Arbeitsplatz angewiesen
- bei einem 60-jährigen Versicherten mit einer unter anderem wegen rheumatologischer und kardialer Probleme um 30 Prozent eingeschränkten Leistungsfähigkeit
- bei einem 60-jährigen Versicherten, dem trotz verschiedener Rückenschäden ein vergleichsweise weites Spektrum zumutbarer Hilfstätigkeiten offenstand.

Verwertbarkeit der Restarbeitsarbeiten verneint:

- bei über 61-jährigem Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50 Prozent zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde.
- bei einem knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden, dessen 50-prozentige Arbeitsfähigkeit durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitiert ist.

- bei einem 64 1/2-jährigen Magaziner, der einen Berufswechsel vollziehen müsste, um die noch zumutbaren leichten und wechselbelastenden Verweisungstätigkeiten ausüben zu können.

- 3050.3 1/14 Bei der Beurteilung der Frage betreffend die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter ist der Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit ausschlaggebend. Es handelt sich um den Zeitpunkt, zu welchem die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457).
- 3051 Die Erwerbsmöglichkeiten der Versicherten müssen soweit als möglich unabhängig von konjunkturellen Schwankungen auf Grund der Verhältnisse auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt und innerhalb der in Frage kommenden Branchen, in denen eine Erwerbstätigkeit zumutbar ist, beurteilt werden (ZAK 1989 S. 319). Zeigt sich, dass ein Angebot einzig auf Grund einer sehr günstigen Arbeitsmarktlage möglich ist, so kann, unter Vorbehalt der besonders stabilen Arbeitsverhältnisse gemäss Rz 3053 dritter Strich, die zumutbare Erwerbstätigkeit nicht danach beurteilt werden. In diesem Fall ist von den wirklichen Möglichkeiten bei ausgeglichenem Arbeitsmarkt auszugehen (ZAK 1961 S. 84).
- 3052 Bei einem nicht ausgeglichenen Arbeitsmarkt kann das tatsächliche jährliche Erwerbseinkommen nur dann als massgebliches Invalideneinkommen gelten, wenn nach den gesamten Umständen zu erwarten ist, dass es sich auch bei Normalisierung des Arbeitsmarktes dauernd in derselben Höhe bewegen würde (Rz 3053). Das ist insbesondere dann nicht der Fall, wenn der erzielte Verdienst zufolge konjunkturbedingter zeitweiliger Arbeitslosigkeit oder Kurzarbeit vermindert ist oder wenn umgekehrt bei besonders günstiger Arbeitsmarktlage Schwerbehinderte erfreulich gut verdienen, aber schon bei ausgeglichenem Arbeitsmarkt wegen ihres Wettbewerbsnachteils ein erhebliches Risiko haben.

Beispiel:

Bei einem Büroangestellten führen chronische psychische Störungen von Krankheitswert zu starken Leistungsschwankungen und häufigen Streitereien. Er wechselt deswegen häufig die Stelle. Während der Hochkonjunktur findet er laufend Arbeit und erzielt ein fast normales Einkommen. Während der Rezession dagegen hat der gleiche Versicherte nur noch sporadisch temporär Arbeit, obschon der Gesundheitszustand sich nicht verschlechtert hat. In einem solchen Fall stimmt keines der beiden tatsächlichen Erwerbseinkommen mit demjenigen überein, das bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage wahrscheinlich erzielt werden könnte. Es ist daher nicht zulässig, während der Hochkonjunktur die Invalidität zu verneinen und dann während einer Rezession entweder auf Grund des nun geringeren tatsächlichen Einkommens eine ganze Rente auszurichten. Genauso unzulässig ist es, weiterhin jede rentenbegründende Invalidität zu verneinen, weil die Erwerbseinbusse auf Arbeitslosigkeit beruhe.

2.4.3 Bemessung des Invalideneinkommens

2.4.3.1 Voraussetzungen für die Gleichsetzung des tatsächlichen Einkommens mit dem Invalideneinkommen

- 3053
1/18
- Das tatsächliche Einkommen gilt als massgebendes Invalideneinkommen, wenn kumulativ
1. Versicherte eine Tätigkeit ausüben, bei der angenommen werden kann, sie nützten ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit im Sinne der zumutbaren Erwerbstätigkeit voll aus, **und**
 2. das erzielte Einkommen den Arbeitsleistungen entspricht, **und**
 - 3.1 **entweder** zu erwarten ist, dass ein solches Einkommen auch anderweitig auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt dauernd auf zumutbare Weise erzielt werden könnte,
 - 3.2 **oder** besonders stabile Arbeitsverhältnisse vorliegen (ZAK 1973 S. 203; 1961 S. 84), welche einen Stellen-

wechsel auch ohne Invalidität sozusagen ausschliessen oder doch als sehr unwahrscheinlich erscheinen lassen. Besonders stabile Arbeitsverhältnisse liegen vor, wenn angenommen werden kann, die Tätigkeit werde voraussichtlich solange unabhängig vom Arbeitsmarkt ausgeübt, als die Behinderung dies zulässt.

3053.1 Sind die in Rz 3053 aufgezählten Voraussetzungen nicht
1/18 erfüllt, ist das Invalideneinkommen grundsätzlich gestützt auf die statistischen Lohnangaben der LSE zu ermitteln. Ausnahmsweise kann davon abgewichen werden, wenn die versicherte Person das ihr zumutbare Pensum nicht voll ausschöpft und eine Pensumerhöhung seitens des Arbeitgebers möglich ist. Dann wird der tatsächlich erzielte Lohn auf das zumutbare Pensum hochgerechnet (8C_7/2014, 9C_720/2012, 8C_579/2009, 8C_25/2010).

3053.2 Aufgehoben
1/18

2.4.3.2 Nicht anrechenbares Einkommen

3054 – *Einkommen aus einer unzumutbaren Erwerbstätigkeit* (Rz 3044 ff.) Als unzumutbar ist auch eine an sich geeignete Tätigkeit zu betrachten, soweit sie die Kräfte der behinderten Person offensichtlich überfordert (diese arbeitet z. B. täglich 6 anstatt nur 4 Stunden); in solchen Fällen ist nur das Einkommen zu berücksichtigen, das einer nach den Umständen zumutbaren Arbeitsleistung entspricht. Für die Frage der Zumutbarkeit sind in der Regel die ärztlichen Feststellungen massgebend. Mangels eines tatsächlich und in zumutbarer Weise erzielten Einkommens ist die LSE-Tabelle heranzuziehen (9C_648/2010).

3055 – *Einkommen, das die behinderte Person bei einer vorübergehenden Tätigkeit oder unter ganz besonderen Umständen erzielt hat*, auch wenn es einer zumutbaren Leistung entspricht. So ist der Lohn, der während eines Eingliederungsversuchs ausgerichtet wird, in der Regel

für die Bemessung des Invalideneinkommens unbeachtlich.

- 3056 – *Leistungen der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers für den Lohnausfall infolge Unfall oder Krankheit bei ausgewiesener Arbeitsunfähigkeit* (Art. 25 Abs. 1 lit. a IVV).

Beispiel:

Eine im Monatslohn beschäftigte Büroangestellte, die wegen ihres Herzleidens nur noch vier Stunden pro Tag arbeiten darf, hat oft Arbeitsausfälle infolge ausgewiesener totaler Arbeitsunfähigkeit. Zusammengezählt machen sie im Durchschnitt mindestens drei Monate pro Jahr aus. Der darauf entfallende Lohn ist nicht als Invalidenlohn anrechenbar, so dass das massgebende Invalideneinkommen nur noch drei Viertel des noch erzielten Jahresverdienstes ausmacht.

- 3057 Hingegen kann der Lohnausfall, welcher durch eine vorübergehende (und damit keine Invalidität auslösende) Krankheit/Unfall verursacht ist, bei der Berechnung des Invalideneinkommens nicht abgezogen werden (ZAK 1986 S. 470).

- 3058 – „*Soziallohn*“ (freiwillige Sozialleistung; ZAK 1978 S. 466, 1970 S. 348, 1965 S. 164, 1961 S. 504). Darunter sind Leistungen der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers zu verstehen, für welche die versicherte Person erwiesenermassen wegen beschränkter Arbeitsfähigkeit qualitativ oder quantitativ keine entsprechende Gegenleistung erbringen kann (Art. 25 Abs. 1 lit. b IVV). Wird unter solchen Umständen beispielsweise einer behinderten Person, die bei normaler Arbeitszeit nur noch eine hälftige Leistung erbringen oder bei normalem Arbeitstempo nur halbtags arbeiten kann, der übliche Lohn für Ganztagsarbeit bezahlt, so gilt die Hälfte davon als Soziallohn.

- 3059 Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der bezogene
1/14 Lohn der geleisteten Arbeit entspricht (ZAK 1980 S. 344). Gemäss allgemeiner Lebenserfahrung ist es sehr unwahrscheinlich, dass ein Arbeitgeber einem invaliden Arbeit-

nehmer während Jahren einen Lohn ausbezahlt, ohne dass dieser eine (gleichwertige und/oder angemessene) Gegenleistung erbringt. Das Prinzip, wonach die bezahlten Löhne der erbrachten Arbeitsleistung entsprechen, ist massgebend, und somit unterliegt das Vorliegen eines Soziallohnes strengen Beweisanforderungen. Bei der Beweiswürdigung ist zu berücksichtigen, dass die Arbeitgeber ein Interesse daran haben könnten, die Bezahlung eines Soziallohnes zu melden (9C_745/2012 Erw. 5.2). Der Umstand, dass aus gesundheitlichen Gründen eine gewisse Leistungseinbusse oder Verlangsamung in der Leistung eingetreten ist, genügt als Begründung für die Annahme von „Soziallohn“ nicht, wenn sich die Veränderung im Bereich der Unterschiede hält, die im allgemeinen einen Arbeitsplatz nicht gefährden und von den Arbeitgebenden ohne Lohnreduktion hingenommen werden.

- 3060 Als Indiz für die Zahlung von „Soziallohn“ fallen insbesondere verwandtschaftliche, freundschaftliche und geschäftliche Beziehungen zwischen Arbeitgebenden und Versicherten bzw. deren Familien, eine lange Dauer des Arbeitsverhältnisses oder Einstufungen in feste Lohnklassen in Betracht. Bei Neuanstellungen oder in Fällen, in denen das Arbeitsverhältnis erst kurze Zeit dauert, besteht normalerweise keine Veranlassung zu freiwilligen Sozialleistungen. Anlaufschwierigkeiten, die auch bei gesunden Personen zu Minderleistungen führen, sind kein Grund für die Annahme einer freiwilligen Sozialleistung.
- 3061 Der RAD überprüft, ob die medizinisch ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit derart ist, dass die Annahme eines „Soziallohnes“ im angegebenen Ausmass gerechtfertigt ist.
- 3062 – *Taggelder der IV, Erwerbsausfallentschädigungen gemäss EOG und Arbeitslosenentschädigungen (Art. 25 Abs. 1 lit. c IVV).*

2.4.3.3 Abzug invaliditätsbedingter Gewinnungskosten

- 3063 Vom Einkommen können alle Kosten abgezogen werden, die wegen der Invalidität zur Erzielung des Einkommens

dauernd notwendig sind (ZAK 1986 S. 470, 1968 S. 633, 1967 S. 555, 1964 S. 360).

- 3064 Die Kosten müssen objektiv gerechtfertigt und durch Belege ausgewiesen sein. Sie müssen direkt oder indirekt durch die Invalidität bedingt sein. Die versicherte Person trägt die Kosten selber (sie werden nicht durch die Sozialversicherung [auch IV] oder eine private Versicherung gedeckt).
- 3065 Hierzu zählen z. B. dauernde und invaliditätsbedingte Kosten für
- die Überwindung des Arbeitsweges (Kosten für die Benutzung eines persönlichen Fahrzeuges, für Zugsabonnement oder für die Begleitung),
 - die zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit notwendigen Ausgaben (regelmässige ärztliche und/oder medikamentöse Behandlung),
 - Unterkunft und Betreuung.

2.4.3.4 Tabellenlöhne

- 3066
1/17 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können Tabellenlöhne (Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik; www.bfs.admin.ch / Statistiken finden / Arbeit und Erwerb / Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten / Weiterführende Informationen / Publikationen) beigezogen werden, wenn die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat (BGE 142 V 178; BGE 126 V 75 ff.).
- 3066.1
3/16 Aufgehoben
- 3067
1/17 Wird auf die LSE abgestellt, sind die nach Kompetenzniveau differenzierten TA1-Tabellen massgebend (BGE 142 V 178). In der Regel wird auf die Tabelle TA1 abgestellt, aber je nach den konkreten Umständen des Einzelfalls

können andere Tabellen der Tabellenlohngruppe A zur Anwendung kommen (8C_671/2010). Dabei ist grundsätzlich vom Monatslohn gemäss LSE-Tabelle TA1, Zeile „Total Privater Sektor“ auszugehen (SVR 2008 IV Nr. 20 S. 63). Es kann somit – ausnahmsweise – der Lohn eines einzelnen Sektors ("Produktion" oder "Dienstleistungen") oder gar einer bestimmten Branche hergezogen werden, wenn es als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit im betreffenden Bereich tätig gewesen waren und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt (9C_311/2012 Erw. 4.1). In Anhang VII ist der Vergleich zwischen der LSE bis 2010 und der LSE ab 2012 zu finden.

- 3067.1
1/14 Vom tabellarisch ermittelten Einkommen ist ein Abzug von maximal 25% zulässig, wenn keine Parallelisierung durchgeführt wurde. Mit einer Reduktion des Tabellenlohns wird sämtlichen lohnmindernden Faktoren (behinderungsbedingten wie iv-fremden) Rechnung getragen (z. B. leistungsbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität / Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad), soweit diese nicht bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen berücksichtigt wurden (s. Rz 3020.4, BGE 134 V 322, 9C_488/2008). Nach erfolgter Parallelisierung der Einkommen ist der Abzug in der Regel auf die Berücksichtigung leistungsbedingter Faktoren zu beschränken und wird – in Anbetracht der Höchstgrenze des Abzuges vom Invalideneinkommen von 25% für sämtliche invaliditätsfremden und invaliditätsbedingten Merkmale – nicht mehr die maximal zulässigen 25% ausschöpfen (BGE 134 V 322) und höchstens 15% betragen. Es dürfen nur Faktoren berücksichtigt werden, die bei der Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit nicht bereits eingeflossen sind (z. B. Pausenbedarf).
- 3067.2
1/14 Ein Abzug soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer

der relevanten Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann (8C_711/2012 Erw. 4.2.1). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall zu schätzen und zu begründen. Es rechtfertigt sich dabei nicht, für jedes zur Anwendung zu gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, da damit Wechselwirkungen ausgeblendet werden (BGE 126 V 75 ff.).

- 3067.3
1/17
- Rechtsprechungsgemäss ist ein Abzug auf dem Invalideneinkommen insbesondere dann zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Sind hingegen leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. 9C_187/2011). Ebenso kann eine psychisch bedingt verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen nicht als eigenständiger abzugsfähiger Umstand anerkannt werden (9C_437/2015; 8C_711/2012 Erw. 4.2.2). Es ist davon auszugehen, dass ruhige, stressarme und nicht monotone Tätigkeiten administrativer Art im ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausreichend zu finden sind, weshalb diese Vorgaben keinen Abzug rechtfertigen.
- 3067.4
1/18
- Die Rechtsprechung anerkennt unter dem Titel Beschäftigungsgrad bei Männern, welche aus gesundheitlichen Gründen (bei vorheriger vollzeitlicher Erwerbstätigkeit) nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, grundsätzlich einen Abzug vom Tabellenlohn (8C_482/2016). Ausschlaggebende Kriterien sind der konkrete Beschäftigungsgrad sowie die jeweils anzuwendenden aktuellen lohnstatistischen Werte (8C_805/2016). Dagegen rechtfertigt der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person krankheitsbedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, keinen über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und damit des Rendements hinaus gehenden Abzug (8C_711/2012 Erw. 4.2.5). Der

Teilzeitabzug wird zum leidensbedingten Abzug addiert, wobei der Gesamtabzug nicht höher als 25% betragen darf (vgl. Rz 3067.1).

2.4.3.5 Unselbstständigerwerbende

- 3068 Die Angaben über das Invalideneinkommen sind den ärztlichen Angaben gegenüberzustellen. Ergibt diese Überprüfung, dass Versicherte wahrscheinlich weniger oder mehr als die ihnen zumutbare Arbeitsleistung erbringen, so ist eine Überprüfung des Sachverhalts aus medizinischer Sicht durch den RAD zu veranlassen.
- 3069 Für das Verfahren ist grundsätzlich Rz 3028 anwendbar.

2.4.3.6 Selbstständigerwerbende im Allgemeinen

- 3070 Lässt sich bei Selbstständigerwerbenden, die weiterhin im Betrieb tätig sind, keine erhebliche invaliditätsbedingte Verminderung des Betriebseinkommens feststellen, so kann eine Invalidität nur insoweit angenommen werden, als für die Erfüllung bestimmter Aufgaben nach Eintritt des Gesundheitsschadens eine oder mehrere Personen zusätzlich oder vermehrt in massgeblicher Weise im Betrieb tätig sind (erhöhter Personalaufwand).
- 3071 Für das Verfahren ist grundsätzlich Rz 3032 anwendbar.

2.4.3.7 Selbstständigerwerbende in Familienbetrieben

- 3072 Die IV-Stelle berechnet den Einkommensanteil, welcher der versicherten Person aufgrund ihrer noch zumutbaren Arbeit nach Eintritt des Gesundheitsschadens angerechnet werden kann (Art. 25 Abs. 2 IVV).
- 3073
1/15 Der versicherten Person ist zuzumuten, dass sie ihre Tätigkeit der Invalidität anpasst und nötigenfalls bei der Arbeitsaufteilung unter den Familiengliedern Umstellungen vornimmt, damit ihre verbleibende Arbeitskraft voll ausgenützt

ist (ZAK 1963 S. 87, 1962 S. 521). Dabei ist auch zu berücksichtigen, welche Tätigkeiten den Familiengliedern zumutbar sind. In grösseren Betrieben beispielsweise spielt die Arbeitsorganisation und die Betriebsleitung eine entscheidende Rolle. Der behinderten Person, die trotz Invalidität eine leitende Funktion ausüben kann, muss daher ein bedeutender Anteil des Betriebseinkommens angerechnet werden (ZAK 1964 S. 267). Die Restrukturierung eines (Familien-)Betriebes fällt dann nicht unter die Schadenminderungspflicht, wenn der Arbeitsbetrieb sich unzweckmässig oder ineffizient organisieren müsste, um den Einsatz eines gesundheitlich beeinträchtigten Betriebsinhabers oder eines Familienmitgliedes desselben zu ermöglichen (9C_955/2011 Erw. 4.2). Vom Sohn eines invaliden Landwirts darf zwar verlangt werden, seine Nebentätigkeit zu Gunsten der Haupttätigkeit auf dem Hof zu reduzieren. Indes darf es ihm, solange er den Betrieb nicht übernimmt, nicht übermässig erschwert oder gar verunmöglicht werden, weiterhin in einem bestimmten Umfang auswärts zu arbeiten und einen Zusatzverdienst zu erzielen (9C_696/2013).

3074 Für das Verfahren ist grundsätzlich Rz 3032 anwendbar.

2.5 Berechnung des Invaliditätsgrades

2.5.1 Allgemeines

3075 Der Invaliditätsgrad entspricht dem in Prozenten ausgedrückten Verhältnis zwischen Invalideneinkommen (IE) und Valideneinkommen (VE). Das Ergebnis wird von 100 Prozent abgezogen.

3076 Der Invaliditätsgrad kann mit Hilfe folgender Formel bestimmt werden:

$$\frac{(VE - IE) \times 100}{VE} = x\%$$

Beispiel:

Eine versicherte Person würde ohne Invalidität 45 000 Franken verdienen können. Mit der Invalidität verdient sie aber nur 15 000 Franken. Der Invaliditätsgrad beträgt gemäss folgender Rechnung 67%:

$$\frac{(45\,000 - 15\,000) \times 100}{45\,000} = \frac{30\,000 \times 100}{45\,000} = \frac{3\,000}{45} = 66,66\%$$

- 3077 Die Berechnung des Invaliditätsgrades muss in den Akten festgehalten werden.
- 3078 Das Auf- oder Abrunden hat nach den anerkannten Regeln der Mathematik zu erfolgen. Bei einem Ergebnis bis x,49% ist auf x% abzurunden und bei Werten ab x,50% auf x+1% aufzurunden (BGE 130 V 121).

2.5.2 Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich

Artikel 27^{bis} Absatz 3 IVV

³ Die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Artikel 16 ATSG, wobei:

- a. das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird;
- b. die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird.

- 3078.1 Der Invaliditätsgrad kann mit Hilfe folgender Formel bestimmt werden:
1/18

$$\frac{(VE - IE) \times TP}{VE} = \text{Invaliditätsgrad in Prozent}$$

TP = Teilzeitpensum

Beispiel:

Ausgangslage	Berechnung
Erwerbspensum bei voller Gesundheit: 80% Lohn bei 80%-Pensum: 60'000.- Gesundheitliche Einschränkungen: 40% arbeitsfähig in einer einfachen angepassten Tätigkeit, möglicher Lohn 20'000.-	Invalidität im Erwerbsteil: Valideneinkommen (bei 100%) = 75'000.- Invalideneinkommen = 20'000.- Berechnung IV-Grad: $\frac{(75'000 - 20'000) \times 80}{75'000} = \mathbf{58,66\%}$

3. Spezifische Methode des Betätigungsvergleichs*Artikel 28a Absatz 2 IVG*

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, welche im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Artikel 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen.

3.1 Anwendungsfälle

Die spezifische Methode des Betätigungsvergleichs ist für folgende Versicherte anzuwenden:

- 3079 – Versicherte, die bei Eintritt ihres Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit ausübten und die nachher weder eine Erwerbstätigkeit tatsächlich aufgenommen haben noch eine solche aufgenommen hätten, wenn sie nicht invalid geworden wären (z. B. im Haushalt tätige Personen, Lehrlinge und Studierende, die weiterhin in Ausbildung stehen, Ordensangehörige). In Fällen von Pensionierten, bei denen der Gesundheitsschaden erst nach

der Pensionierung eintritt, sowie von Privatiers vgl. Rz 3012.

- 3080 – Versicherte, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens wahrscheinlich ihre bisherige Erwerbstätigkeit auch ohne Invalidität nicht mehr ausüben würden (z. B. Aufnahme einer Ausbildung, die nicht Folge des Gesundheitsschadens ist; Übernahme eines nichtentlohnten Aufgabenbereichs, wie z. B. Haus- oder Betreuungsarbeit).

3.2 Bemessung des Invaliditätsgrades

3.2.1 Allgemeines

- 3081
1/18 Die IV-Stelle ermittelt den Invaliditätsgrad grundsätzlich durch eine Abklärung vor Ort. Auf eine Abklärung vor Ort kann unter Angabe einer kurzen Begründung im Dossier verzichtet werden.
- 3082
1/18 Es sind die Tätigkeiten zu definieren, die eine versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausübte oder die sie ohne Gesundheitsschaden ausüben würde (bei Versicherten im Haushalt sind die Tätigkeiten vorgegeben, vgl. Rz 3087).
- 3083
1/18 Die Abklärungsperson hat sodann festzulegen, in welchem prozentualen Ausmass die einzelnen Tätigkeiten gemessen am gesamten Aufgabenbereich ausgeübt wurden. Sie nimmt eine sogenannte Gewichtung ohne Behinderung vor.
- 3084
1/18 Anschliessend hat die Abklärungsperson anzugeben, ab welchem Zeitpunkt und in welchen Tätigkeiten die versicherte Person ganz oder erheblich eingeschränkt ist oder vermehrt Zeit investieren muss. Es sind klare Angaben über das Ausmass der behinderungsbedingten Einschränkungen zu machen. Gestützt auf diese Angaben sind die Einschränkungen pro Tätigkeit in Prozenten festzulegen.

- 3085
1/18 Die Behinderung in der einzelnen Tätigkeit ergibt sich aus dem prozentualen Vergleich zwischen der Gewichtung ohne Behinderung und der Einschränkung aufgrund der Behinderung.
- 3086
1/18 Bei erheblichen Divergenzen zwischen der Einschätzung der IV-Abklärungsperson und den medizinischen Stellungnahmen sind bezüglich des auf Grund psychischer bzw. kognitiver Aspekte verminderten Einsatzvermögens die spezialärztlichen Angaben höher zu gewichten (9C_201/2011 und 8C_620/2011).

3.2.2 Versicherte im Haushalt

Artikel 27 Absatz 1 IVV

Als Aufgabenbereich nach Artikel 7 Absatz 2 IVG der im Haushalt tätigen Versicherten gilt die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Pflege und Betreuung von Angehörigen.

- 3087
1/18 In der Regel ist davon auszugehen, dass die Aufgaben der im Haushalt tätigen gesunden Person folgende üblichen Tätigkeiten umfassen:

Tätigkeiten	Maximum %
1. Ernährung (Rüsten, Kochen, Anrichten, alltägliche Reinigungsarbeiten in der Küche, Vorrat)	50
2. Wohnungs- und Hauspflege (Aufräumen, Abstauben, Staubsaugen, Bodenpflege, Reinigung sanitärer Anlagen, Bettenmachen, gründliche Reinigung, Pflanzen-, Garten- und Umgebungspflege, Abfallentsorgung) sowie Haustierhaltung	40
3. Einkauf (alltäglicher Einkauf und Grosseinkauf) sowie weitere Besorgungen (z. B. Post, Versicherungen, Amtsstellen)	10
4. Wäsche- und Kleiderpflege (Waschen, Wäsche aufhängen und abnehmen, Bügeln, Flickern, Schuhe putzen)	20
5. Pflege und Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen *	50

* Zum Kreis der Angehörigen gehört diejenige Person, mit der die versicherte Person verheiratet ist, in eingetragener Partnerschaft lebt oder eine faktische Lebensgemeinschaft führt (Lebenspartnerin oder Lebenspartner). Zudem zählen Personen, mit denen die versicherte Person oder deren Ehegatte/Lebenspartner in gerader Linie verwandt ist, sowie Pflegekinder, die in der Familie aufgenommen wurden, als Angehörige.

3088 Die in Rz 3087 vorgenommene Aufgabenaufteilung und die
1/18 Festlegung eines Maximums der einzelnen Aufgaben sind grundsätzlich anzuwenden. Es müssen jeweils alle Tätigkeiten berücksichtigt werden (ausser Ziff. 5). Eine andere Gewichtung darf nur bei ganz erheblichen Abweichungen vom Schema vorgenommen werden (I 469/99; ZAK 1986 S. 232). Auf jeden Fall hat das Total der Tätigkeiten immer 100 Prozent zu betragen (AHI-Praxis 1997 S. 286).

Beispiel:

Eine im Haushalt tätige Person mit zwei Kindern im vorschulpflichtigen Alter kann aufgrund ihres Gesundheitsschadens nur noch zum Teil die Tätigkeiten im Haushalt ausüben. In der Tätigkeit Ernährung ist sie zu 50 Prozent eingeschränkt. Die Kinder kann sie nur noch teilweise erziehen und betreuen, weil sie sie ausser Haus nicht mehr überwachen und begleiten kann. Die übrigen Tätigkeiten im Haushalt kann sie nicht mehr verrichten. Der Invaliditätsgrad wird nach folgender Bewertung ermittelt:

Tätigkeiten	Gewichtung ohne Behinderung in %	Einschränkung wegen Behinderung in %	Behinderung in %*
1. Ernährung	30	50	15
2. Wohnungs- pflege	10	100	10
3. Einkauf	10	100	10
4. Wäsche, Klei- derpflege	10	100	10
5. Betreuung von Kindern	40	40	16
Total	100		61

* Behinderung in der einzelnen Tätigkeit im Verhältnis zum gesamten Aufgabenbereich

Die versicherte Person ist zu 61 Prozent invalid. Somit hat sie Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

3089
1/18 Entgeltliche oder unentgeltliche Dienstleistungen im Haushalt (durchgeführt z. B. durch Familienangehörige, Nachbarn, Hilfskräfte), die von der versicherten Person bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens in Anspruch genommen wurden, können nach Eintritt des Gesundheitsschadens bei den Einschränkungen nicht berücksichtigt werden. Solche Dienstleistungen sind also weder bei der Auflistung der Tätigkeiten, noch bei deren Gewichtung und auch nicht bei den Einschränkungen zu berücksichtigen.

Beispiel:

Kümmerte sich der Ehemann bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens vollumfänglich um die Pflanzen-, Garten- und Umgebungspflege, kann nach Eintritt des Gesundheitsschadens bei der Wohnungs- und Hauspflege diesbezüglich keine Einschränkung geltend gemacht werden.

- 3090
1/18
- Aufgrund der Schadenminderungspflicht ist eine im Haushalt tätige Person gehalten, von sich aus das ihr Zumutbare zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit beizutragen (z. B. zweckmässige Arbeitsweise, Anschaffung geeigneter Haushaltseinrichtungen und -maschinen, Rz 1048 und 3044 ff.). Ein erhöhter Zeitaufwand kann nur dann berücksichtigt werden, wenn die versicherte Person nicht alle Haushaltsarbeiten während der normalen Arbeitszeit erledigen kann und deswegen Dritthilfe braucht (ZAK 1984, S. 143, Erw. 5). Zudem hat sie ihre Arbeit entsprechend einzuteilen und die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch zu nehmen. Die Mithilfe der Familienangehörigen geht dabei weiter als der übliche Umfang, den man erwarten darf, wenn die versicherte Person nicht an einem Gesundheitsschaden leiden würde (BGE 133 V 504, Erw. 4.2). Kommt die versicherte Person nicht oder nur teilweise der Schadenminderungspflicht nach, hat dies Auswirkungen auf die Festlegung der Einschränkungen bei den jeweiligen Tätigkeiten.

3.2.3 Versicherte in Ausbildung

Artikel 26^{bis} IVV

Die Bemessung der Invalidität von Versicherten, die in Ausbildung begriffen sind, erfolgt gemäss Artikel 28a Absatz 2 IVG, sofern ihnen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann.

- 3091
1/18
- Bei Versicherten in Ausbildung erfolgt die Invaliditätsbemessung grundsätzlich nach der spezifischen Methode des Betätigungsvergleichs (ZAK 1982 S. 495).
- 3092
1/18
- Hat ein Gesundheitsschaden eine wesentliche Behinderung im Ablauf der Ausbildung zur Folge, so entspricht die Invalidität dem Ausmass, in welchem die versicherte Person durch ihren Gesundheitsschaden daran gehindert wird, ihrer Ausbildung normal nachzugehen. Diese Art der Bemessung gilt während der ganzen Ausbildungszeit.

Beispiel:

Eine in Ausbildung befindliche Person ist als zur Hälfte invalid zu betrachten, wenn sie infolge einer Krankheit oder eines Unfalls nur noch die Hälfte des Pensums bewältigen kann, das eine nichtbehinderte Person des gleichen Fachs bei gleichem Ausbildungsstand erledigt. Als vollständig invalid gilt sie, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen die Ausbildung unterbrechen muss.

- 3093
1/18 Das gleiche gilt für Versicherte, die aus gesundheitlichen Gründen die Ausbildung noch nicht aufnehmen können oder die Ausbildung wechseln müssen (ZAK 1982 S. 495).
- 3094
1/18 Bei Geburts- und Frühinvaliden mit voraussichtlich dauernd rentenbegründender Invalidität (Rz 3035 ff.) sowie bei Personen, die ihre Ausbildung aus gesundheitlichen Gründen nicht abschliessen konnten (Rz 3039) oder bei Personen, denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zugemutet werden könnte (Rz 3040 ff.), wird die Invalidität aufgrund des Einkommensvergleichs bemessen (ZAK 1982 S. 495).

3.2.4 Ordensangehörige*Artikel 27 Absatz 2 IVV*

Als Aufgabenbereich nach Artikel 7 Absatz 2 IVG der Angehörigen einer klösterlichen Gemeinschaft gilt die gesamte Tätigkeit in der Gemeinschaft.

- 3095
1/18 Bei der Bestimmung des Tätigkeitsbereichs, welcher der versicherten Person nach Eintritt der Invalidität noch zugemutet werden darf, ist nicht allein die bisherige Tätigkeit, sondern die gesamte mögliche Tätigkeit innerhalb der klösterlichen Gemeinschaft in Betracht zu ziehen.
- 3096
1/18 So gilt z. B. der Ordensangehörige, der infolge Invalidität die bisher ausserhalb des Klosters ausgeübte Seelsorge aufgeben muss, jedoch im Kloster noch in gewissem Umfang einer der üblichen Tätigkeiten der Ordensangehörigen nachgehen kann, nur soweit als invalid, als er darin behindert ist.

4. Gemischte Methode

Artikel 28a Absatz 3 IVG

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Artikel 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Absatz 2 festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit beziehungsweise der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen.

4.1 Anwendungsfälle

Die gemischte Methode ist für folgende Versicherte anzuwenden:

- 3097
1/18 – Bei teilerwerbstätigen Personen, die neben der Erwerbstätigkeit den Haushalt besorgen.
- 3098
1/18 – Bei Personen, die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten und daneben den Haushalt besorgen.

4.2 Bemessung des Invaliditätsgrades

4.2.1 Teilerwerbstätige mit Haushalt

Artikel 27^{bis} Absätze 2-4 IVV

² Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Artikel 7 Absatz 2 IVG betätigen, werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrads folgende Invaliditätsgrade summiert:

- a. der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit;

- b. der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich.

³ Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Artikel 16 ATSG, wobei:

- a. das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird;
- b. die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird.

⁴ Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 3 Buchstabe b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet.

3099
1/18 Für die Bemessung der Invalidität im Bereich der Erwerbstätigkeit wird die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs angewandt (Rz 3009 ff.). Der Anteil der Erwerbstätigkeit (Beschäftigungsgrad) ergibt sich aus dem Vergleich der im betreffenden Beruf üblichen vollen Arbeitszeit und der von der behinderten Person ohne Invalidität geleisteten Arbeitszeit.

3100
1/18 Für die Bemessung der Invalidität im Haushaltsbereich wird die spezifische Methode des Betätigungsvergleichs angewendet (Rz 3081 ff.). Der Anteil der Hausarbeit ergibt sich aus der Differenz zwischen dem ermittelten Erwerbsanteil und einem 100%-Pensum.

Beispiel:

Eine Versicherte arbeitet als Floristin während 4,8 Stunden täglich bei einer Fünftagewoche. Die übliche volle Arbeitszeit einer Floristin beträgt 40 Stunden pro Woche. Der Anteil der Erwerbstätigkeit beträgt 60% $[100 \times (4,8 \times 5)]$.

40

Der Anteil im Haushalt ergibt 40% (100% - 60%).

- 3101 Die Gesamtinvalidität der versicherten Person ergibt sich
1/18 aus der Addition des gewichteten Invaliditätsgrades im Bereich der Erwerbstätigkeit mit dem gewichteten Invaliditätsgrad im Haushaltsbereich.

Beispiel 1:

Ausgangslage	Berechnung
Erwerbspensum bei voller Gesundheit: 50% Lohn bei 50%-Pensum: 30'000.- Pensum Aufgabenbereich (Haushalt): 50% Gesundheitliche Einschränkungen: - 50% arbeitsfähig bezogen auf den bisherigen Beruf, versicherte Person bleibt beim bisherigen Arbeitgeber angestellt - 30% Einschränkung im Haushalt (gemäss Abklärung vor Ort)	Invalidität im Erwerbsteil: Valideneinkommen (bei 100%) = 60'000.- Invalideneinkommen = 30'000.- Erwerbseinbusse = 30'000.- IV-Grad Erwerb: 50% IV-Grad Aufgabenbereich: 30% Berechnung Gesamtinvalidität: $(50\% \times 0.5) + (30\% \times 0.5) = \mathbf{40\%}$

Die versicherte Person hat Anspruch auf eine **Viertelsrente**.

Beispiel 2:

Ausgangslage	Berechnung
Erwerbspensum bei voller Gesundheit: 80% Lohn bei 80%-Pensum: 60'000.- Pensum Aufgabenbereich (Haushalt): 20% Gesundheitliche Einschränkungen: - 40% arbeitsfähig in einer einfachen angepassten Tätigkeit, möglicher Lohn 20'000.- - 30% Einschränkung im Haushalt (gemäss Abklärung vor Ort)	Invalidität im Erwerbsteil: Valideneinkommen (bei 100%) = 75'000.- Invalideneinkommen = 20'000.- Erwerbseinbusse = 55'000.- IV-Grad Erwerb: 73.33% IV-Grad Aufgabenbereich: 30% Berechnung Gesamtinvalidität: $(73.33\% \times 0.8) + (30\% \times 0.2) =$ 64.66%

Die versicherte Person hat Anspruch auf eine **Dreiviertelrente**.

4.2.2 Unentgeltliche Mitarbeit im Betrieb des Ehepartners/der Ehepartnerin

3102
1/18

Der Invaliditätsgrad wird in der Weise ermittelt, dass zunächst festgehalten wird, zu wie vielen Stunden die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Betrieb des Ehepartners/der Ehepartnerin tätig war bzw. ohne Behinderung mitarbeiten würde. Die Differenz zur branchenüblichen Arbeitszeit gilt als Haushaltarbeit. Dann wird festgestellt, inwieweit sie die anfallenden Tätigkeiten trotz der Behinderung noch ausüben kann – für die Hausarbeit

nach dem Betätigungsvergleich, für die nichtentlohnte Mitarbeit im Betrieb nach dem ausserordentlichen Bemessungsverfahren (Rz 3099 ff.).

Beispiel:

Eine versicherte Person erledigte früher im Betrieb ihres Partners während 16 Stunden pro Woche den Verkauf und Büroarbeiten. In der übrigen Zeit – während 24 Wochenstunden – besorgte sie den gemeinsamen Haushalt, in dem sich ausser dem Partner zwei schulpflichtige Kinder befinden. Infolge eines Unfalls ist sie querschnittgelähmt. Sie kann gegenüber vorher nur noch eingeschränkt im Betrieb des Partners arbeiten. Die Erledigung leichterer Haushaltarbeiten (leichtere Arbeiten der Wohnungspflege, Kleiderpflege), ein wesentlicher Teil des Kochens und die teilweise Kinderbetreuung sind ihr noch möglich, hingegen kann sie alle anderen Arbeiten praktisch nicht mehr ausführen.

Haushalt

Tätigkeiten	Gewichtung ohne Behinderung in %	Einschränkung wegen Behinderung in %	Behinderung in %
1. Ernährung	30	30	9
2. Wohnungspflege	15	60	9
3. Einkauf	15	100	15
4. Wäsche	10	30	3
5. Betreuung Kinder	30	50	15
Total	100		51

Die Einschränkung im Haushalt beträgt 51%

Mitarbeit im Betrieb

Aufgabenbereiche	Gewichtung ohne Behinderung	Gewichtung mit Behinderung	Ansatz in Franken (Std., Monats- oder Jahreslohn)	Einkommen ohne Behinderung (Valideneinkommen)	Einkommen mit Behinderung (Invalideneinkommen)
1. Adm. Arbeiten, Buchhaltung (ohne Abschluss)	40%	40%	54 000	21 600	21 600
2. Verkäuflerin im eigenen Laden	60%	0%	39 600	23 760	0
Total	100%	40%		45 360	21 600

Valideneinkommen	45 360
Invalideneinkommen	21 600
Behinderungsbedingte Erwerbseinbusse	23 760
=> Erwerbseinbusse in Prozent	52%

Die Einschränkung im Betrieb beträgt 52%

Invaliditätsbemessung

Tätigkeiten	Anteil	Einschränkung	Behinderung
– Mitarbeit im Betrieb	16 Std./40%	52%	21%
– Haushalt	24 Std./60%	51%	30%
Invaliditätsgrad			51%

Sie hat Anspruch auf eine halbe Rente.

5. Ausserordentliche Methode

5.1 Allgemeines

3103
1/18 Die Bemessung der Invalidität von Personen, die eine Erwerbstätigkeit ausüben, hat wenn immer möglich durch die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs zu erfolgen (9C_812/2015). Wo jedoch eine zuverlässige Ermittlung der beiden Vergleichseinkommen direkt nicht möglich ist – eventuell aufgrund der wirtschaftlichen Lage –, wird der Invaliditätsgrad nach dem ausserordentlichen Bemessungsverfahren ermittelt (BGE 128 V 29; I 230/04; AHI-Praxis 1998 S. 119 und 251). Diese Methode ist in der Praxis häufig bei Selbstständigerwerbenden anwendbar. Sie macht insbesondere im landwirtschaftlichen und handwerklichen Bereich Sinn, nicht aber im administrativen (8C_346/2012).

5.2 Bemessung des Invaliditätsgrades

- 3104 Zunächst ist ein *Betätigungsvergleich* vorzunehmen. Es muss einerseits ermittelt werden, welche Tätigkeiten in welchem zeitlichen Umfang die versicherte Person ohne und mit Gesundheitsschaden ausüben könnte. Immer ist auch zu prüfen, in welchem Umfang sich die Erwerbseinbusse durch eine Verlagerung einzelner Tätigkeiten im Rahmen des bisherigen Aufgabenbereichs auf andere, dem Gebrechen besser angepasste Beschäftigungen, verringern liesse.
- 3105 Anschliessend sind die Tätigkeiten erwerblich zu gewichten, indem für jede Tätigkeit ein branchenüblicher Lohnansatz angewandt wird. Damit können ein Validen- und ein Invalideneinkommen ermittelt und ein *Einkommensvergleich* durchgeführt werden.
- 3106 Aufgrund der erwerblichen Gewichtung der ohne und mit Gesundheitsschaden ausübenden Tätigkeiten kann das

ausserordentliche Bemessungsverfahren als Einkommensvergleich mit vorangehendem Betätigungsvergleich bezeichnet werden (ZAK 1979 S. 226).

Beispiel:

Invaliditätsbemessung für einen Garagisten. In diesem Beispiel wird eine Verlagerung der Tätigkeiten vorgenommen. Dem Garagisten ist zuzumuten, aufgrund der wegfallenden Reparatur- und Servicearbeiten die Verkaufstätigkeit zu erweitern.

Tabelle zum ausserordentlichen Bemessungsverfahren (Beispiel)

Aufgabenbereiche:	Gewichtung ohne Behinderung	Gewichtung mit Behinderung	Ansatz in Franken (Std., Monats- oder Jahreslohn)	Einkommen ohne Behinderung (Valideneinkommen)	Einkommen mit Behinderung (Invalideneinkommen)
1. Führung (Personelles, Planung, Auftragsbeschaffung)	20%	20%	80 000	16 000	16 000
2. Verkauf von Neu- und Occasionsfahrzeugen	10%	20%	70 000	7 000	14 000
3. Reparatur- und Servicearbeiten	70%	0%	55 000	38 500	
Total	100%	40%		61 500	30 000

Invaliditätsbemessung:

Valideneinkommen	61 500
Invalideneinkommen	30 000
Behinderungsbedingte Erwerbseinbusse	31 500
=> Erwerbseinbusse in Prozent	51,2%

Erwerbsunfähigkeit nach a.o. Bemessungsverfahren: 51%

Kapitel 3: Rentenstufe bei der erstmaligen Rentenzusprache

1. Grundsatz

Artikel 28 Absatz 2 IVG

Ist eine versicherte Person zu mindestens 40 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Rente. Diese wird wie folgt nach dem Grad der Invalidität abgestuft:

<i>Invaliditätsgrad</i>	<i>Rentenanspruch in Bruchteilen einer ganzen Rente</i>
mindestens 40 Prozent	ein Viertel
mindestens 50 Prozent	ein Zweitel
mindestens 60 Prozent	Dreiviertel
mindestens 70 Prozent	ganze Rente

- 4001 Die Stufe der zu gewährenden Rente (ganze, Dreiviertels-, halbe oder Viertelsrente) wird nach dem Ausmass der während der Wartezeit bestehenden Arbeitsunfähigkeit und nach Massgabe der nach zurückgelegter Wartezeit verbleibenden Erwerbsunfähigkeit bestimmt (AHI-Praxis 1996 S. 177).
- 4002 Eine ganze Rente kann nur dann zugesprochen werden, wenn die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit für das abgelaufene Jahr wenigstens 70 Prozent betragen hat und weiterhin eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens gleichem Ausmass besteht (ZAK 1980 S. 282).

Beispiel 1:

Eine versicherte Person, die während eines Jahres durchschnittlich zu 40 Prozent arbeitsunfähig war, hat – auch wenn sie in der Folge zu mehr als der Hälfte erwerbsunfähig ist – nur Anspruch auf eine Viertelsrente.

Beispiel 2:

Beträgt umgekehrt nach einer einjährigen durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von mehr als 70 Prozent die Erwerbsunfähigkeit nur noch 60 Prozent, so besteht nach Ablauf der Wartezeit nur Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

2. Sonderfälle**2.1 Wiederaufleben der Invalidität***Artikel 29^{bis} IVV*

Wurde die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, erreicht dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass, so werden bei der Berechnung der Wartezeit nach Artikel 28 Absatz 1 IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet.

- 4003 Ein Wiederaufleben der Invalidität liegt nur vor, wenn die folgenden drei Voraussetzungen erfüllt sind:
- sich das gleiche Leiden, das früher einen Rentenanspruch begründet hat, wieder verschlimmert und dadurch zu einer erneuten rentenbegründenden Invalidität führt (z. B. Rückfall bei Tuberkulose),
 - der Rückfall innerhalb von drei Jahren seit Aufhebung der früher ausgerichteten Rente eintritt und
 - die erneute rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit von einer gewissen Dauer ist – mindestens 30 aufeinanderfolgende Tage.
- 4004 Liegt ein Wiederaufleben der Invalidität vor, so kann die Rente ohne Erfüllung der einjährigen Wartezeit ([Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG](#)), aber frühestens nach Ablauf von sechs

Monaten nach Geltendmachung des Anspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 IVG zugesprochen werden (BGE 142 V 547).

- 4005 Die Stufe der wiederauszurichtenden Rente bestimmt sich nach der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während der bereits früher zurückgelegten Wartezeit und der nach dem Wiederaufleben der Invalidität bestehenden Erwerbsunfähigkeit.

Beispiel 1:

Eine Versicherte war seit dem 10.07.2003 während eines Jahres durchschnittlich zu 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen und erhielt – weil sie auch weiterhin zu 40 Prozent erwerbsunfähig war – ab dem 01.07.2004 eine Viertelsrente. Wegen Verbesserung des Gesundheitszustandes wurde die Rente mit Wirkung ab November 2004 aufgehoben. Am 11.04.2007 ist die Versicherte wegen eines Rückfalls zu 60 Prozent erwerbsunfähig geworden und meldet sich im selben Monat an. Die Viertelsrente kann ab 01.10.2007, ausgerichtet werden. (Der Anspruch auf eine Dreiviertelsrente entsteht gemäss Art. 88a Abs. 2 Satz 1 IVV am 01.01.2008, drei Monate nach Eintritt der Verschlechterung).

Beispiel 2:

Ein Versicherter war während der Wartezeit (Juli 2003 bis Juli 2004) zu 100 Prozent arbeitsunfähig. Weil unmittelbar danach jedoch eine Erwerbsunfähigkeit von 50 Prozent vorlag, wurde ihm ab 01.07.2004 eine halbe Rente zugesprochen. Wegen Verbesserung des Gesundheitszustandes wurde die Rente mit Wirkung ab November 2004 aufgehoben. Im April 2007 erlitt der Versicherte einen Rückfall und wurde zu 100 Prozent erwerbsunfähig. Ab dem 01.10.2007 kann ihm eine ganze Rente ausgerichtet werden – die Wartezeit mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 Prozent war bereits im Juli 2004 abgelaufen.

- 4006 Aufgehoben

3. Änderung des Rentenanspruchs

(anlässlich des Revisionsverfahrens, vgl. Rz 5001 ff.)

3.1 Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit

3.1.1 Grundsatz

Artikel 88a Absatz 2 IVV

Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ... ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat. Artikel 29^{bis} IVV ist sinngemäss anwendbar.

- 4007 Die Erwerbsfähigkeit kann sich durch Hinzutreten eines neuen Leidens, durch Verschlimmerung des bisherigen Leidens oder durch Veränderung des Status der versicherten Person verschlechtern.
- 4008 Tritt bei einer Bezügerin/einem Bezüger einer Viertelsrente oder einer halben Rente eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein, so entsteht der Anspruch auf eine halbe bzw. Dreiviertelsrente, wenn die versicherte Person ohne wesentliche Unterbrechung während drei Monaten mindestens zu 50 Prozent bzw. zu 60 Prozent erwerbsunfähig war und weiterhin wenigstens zu 50 Prozent bzw. zu 60 Prozent erwerbsunfähig ist (ZAK 1986 S. 345, 1980 S. 506, 1979 S. 278).
- 4008.1
1/15 Auf die dreimonatige Wartefrist (Art. 88a Abs. 2 IVV) kann verzichtet werden, wenn die Rentenerhöhung nicht wegen einer Veränderung des Gesundheitszustands der versicherten Person erfolgt, sondern auf einen stabilisierten Kontext zurückzuführen ist (zum Beispiel bei einer Statusänderung der versicherten Person) (I 599/05, Erw. 5.2.3; I 930/05).
- 4009 Beginnt die Wartezeit von drei Monaten am ersten Tag eines Kalendermonats, so kann die Rente erst nach drei vollen Monaten seit der Verschlechterung erhöht werden

(z. B. Beginn am 01.01.2008, ganze Rente ab 01.04.2008; ZAK 1986 S. 345).

- 4010 Ein wesentlicher Unterbruch der dreimonatigen Wartezeit liegt vor, wenn die Erwerbsunfähigkeit während 30 aufeinanderfolgenden Tagen wieder unter 70, 60 oder 50 Prozent sinkt.
- 4011 Führt bei Verschlimmerung des gleichen Leidens die sinn gemässe Anwendung von Artikel 29^{bis} IVV früher zum Anspruch auf eine höhere Rente, so ist nach dieser Bestimmung vorzugehen, d. h. früher zurückgelegte Wartezeiten sind anzurechnen (Art. 88a Abs. 2 Satz 2 IVV; vgl. Rz 4003 ff.).

Beispiel:

Ein Versicherter leidet an einem Lungenemphysem. Vom 03.02.2006 bis 08.01.2007 betrug die Arbeitsunfähigkeit 100 Prozent. Danach konnte er seiner Arbeit noch halbtags nachgehen. Er erhielt deshalb ab 01.02.2007 eine halbe Rente. Wegen Verschlimmerung desselben Leidens muss er die Erwerbstätigkeit am 15.10.2007 vollständig aufgeben. Nach Artikel 88a Absatz 2 Satz 1 IVV hätte er ab dem 01.01.2008 Anspruch auf eine ganze Rente. Bei sinn gemässer Anwendung von Artikel 29^{bis} IVV hat er aber bereits ab dem 01.10.2007 Anspruch auf eine ganze Rente, da die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres vom Februar 2006 bis Februar 2007 bereits mehr als 70 Prozent betrug. Es ist letztere für den Versicherten günstigere Lösung massgebend.

- 4012 Dabei muss bei einer zwischenzeitlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person die Verschlechterung analog Artikel 29^{bis} IVV innerhalb von drei Jahren nach Ablauf der Wartezeit von einem Jahr eingetreten sein.

3.1.2 Wirkungen

- 4013 Wenn zum ersten Mal und gleichzeitig über den Anspruch auf eine niedrigere und anschliessend eine höhere Rente Beschluss gefasst wird, wird die höhere Rente vom ersten Tag des Monats an ausgerichtet, in dem die Zeitspanne von drei Monaten abläuft (Art. 88a Abs. 2 Satz 1 IVV; AHI-Praxis 2001 S. 277, ZAK 1983 S. 501). Eine frühere Rentenerhöhung ist bei sinngemässer Anwendung von Artikel 29^{bis} IVV möglich, wenn die für den Anspruch auf eine höhere Rente erforderliche durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit bereits bei der (erstmaligen) Rentenzusprechung erfüllt gewesen war (Art. 88a Abs. 2 Satz 2 IVV; Rz 4011). Artikel 88^{bis} Absatz 1 IVV findet hier keine Anwendung.
- 4014 Bei Revision oder Wiedererwägung sind die Rz 5001 ff. und 5031 ff. zu beachten.

3.2 Verbesserung der Erwerbsfähigkeit

3.2.1 Grundsatz

Artikel 88a Absatz 1 IVV

Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ... ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

- 4015 Wenn sich die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person verbessert, wird unterschieden zwischen stabilen und instabilen Verhältnissen:

- 4016
3/16 Bei *stabilen Verhältnissen* ist die Rente von dem Zeitpunkt an herabzusetzen oder aufzuheben, in dem angenommen werden kann, die eingetretene Verbesserung werde voraussichtlich längere Zeit dauern (9C_32/2015, ZAK 1984 S.133, 1979 S. 278). Dies ist immer dann der Fall, wenn nach einer längeren Krankheit die Erwerbstätigkeit nach vollständiger Genesung wieder aufgenommen wird oder wenn sich der Gesundheitszustand so verbessert hat, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit auf absehbare Zeit zumutbar wäre.
- 4016.1
1/14 Ist das Revisionsverfahren auf Grund einer Meldepflichtverletzung eingeleitet worden, so können die Voraussetzungen von Art. 88a Abs. 1 IVV retrospektiv beurteilt werden (9C_1022/2012 Erw. 3.3.1). Ist bei einer rückwirkenden abgestuften Rentenzusprache oder im Revisionsfall aufgrund von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. b IVV bei Meldepflichtverletzung oder unrechtmässiger Erwirkung auf Grund eines Gutachtens überwiegend wahrscheinlich, dass sich der Gesundheitszustand verbessert hat, nicht aber ersichtlich, in welchem Zeitpunkt diese Besserung stattgefunden hat, so kann es sich rechtfertigen, die Rente bereits auf den Zeitpunkt des Gutachtens hin herabzusetzen oder aufzuheben (8C_670/2011).
- 4017 *Instabile Verhältnisse* sind gegeben, wenn eine erneute Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit noch im Bereich des Möglichen liegt, was insbesondere bei provisorischen Arbeitsverhältnissen und bei Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit auf Zusehen hin der Fall ist. In diesen Fällen ist die eingetretene Verbesserung erst zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (ZAK 1984 S. 133).

3.2.2 Wirkungen

- 4018
1/14 Wenn zum ersten Mal und gleichzeitig über den Anspruch auf eine höhere und anschliessend eine tiefere Rente oder eine Rentenaufhebung Beschluss gefasst wird, wird die

Herabsetzung oder die Aufhebung der höheren Rente auf einen der in Art. 88a Abs. 1 IVV genannten Zeitpunkt ausgesprochen. Es liegt keine Rentenrevision vor – Art. 88^{bis} Abs. 2 Buchstabe a IVV ist nicht anwendbar (BGE 121 V 275, ZAK 1980 S. 633).

Beispiel:

Einem Versicherten wird mit Verfügung der IV-Stelle vom 13.11.2007 ab 10.08.2006 eine ganze Rente zugesprochen und diese gleichzeitig ab dem 01.09.2006 auf eine halbe reduziert. Der Versicherte kann sich nicht darauf berufen, die Rente dürfe erst vom ersten Tag des zweiten, der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an herabgesetzt werden, weil hier nicht eine Rentenrevision durchgeführt wurde.

- 4019 Bei Revision oder Wiedererwägung sind die Rz 5001 ff. und 5031 ff. anwendbar.

Kapitel 4: Revision und Wiedererwägung

1. Revision

1.1 Allgemeines

Artikel 17 Absatz 1 ATSG

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben.

- 5001 Die Revision bezweckt die Anpassung einer Rentenverfügung an die veränderten Verhältnisse (Revisionsgrund). Zu beachten ist insbesondere Rz 9022.
- 5001.1
1/17 Liegt ein Revisionsgrund vor, steht einer umfassenden Prüfung des Rentenanspruchs, mithin auch einer erneuten ärztlichen Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit, nichts entgegen (BGE 141 V 9; 9C_251/2012, Erw. 4.1/4.2).

- 5002
1/14
- Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108). Die Heranziehung eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen. Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die – wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt – geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder –aufhebung zu begründen (8C_441/2012 Erw. 6). Mitteilungen, die gestützt auf Art. 74^{ter} lit. f IVV ergehen und denen eine umfassende materielle Prüfung zugrunde liegt, sind in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzusetzen (9C_46/2009 und 9C_552/2009). Verfügungen oder Mitteilungen, welche in der Zwischenzeit die ursprüngliche Rentenverfügung bloss bestätigt haben, sind nicht zu berücksichtigen. Eine Verfügung, die auf einem Haushaltsbericht ohne erneute med. Abklärung basiert, stellt keinen zeitlichen Referenzzeitpunkt für die Frage nach einer anspruchserheblichen Änderung des Gesundheitszustandes dar (9C_726/2011, Erw. 3.3).
- 5003
- Die Tatsache, dass anlässlich der Zusprechung der Rente ein Revisionsdatum festgelegt wurde, hindert die Vornahme einer Revision vor Ablauf dieser Frist nicht, wenn sich die Verhältnisse vorher ändern. Auch durch Gerichtsurteil zugesprochene Renten können revidiert werden, wenn nach dem Entscheid ein Revisionsgrund eintritt.
- 5004
3/16
- Die Revisionsgrundsätze gelten
- für laufende Invalidenrenten;
 - für laufende Altersrenten, wenn sie wegen der Invalidität eines Ehepartners/einer Ehepartnerin ausgerichtet worden sind, oder;
 - wenn eine Rente infolge ungenügenden Invaliditätsgrades abgelehnt worden ist. Die versicherte Person muss

mit dem neuen Rentenbegehren Revisionsgründe glaubhaft machen (Art. 87 Abs. 3 IVV; vgl. Rz 2026 und 5013; ZAK 1984 S. 341 und 350, 1983 S. 505, 1981 S. 134).

5004.1 Bei Regressfällen informiert die IV-Stelle den Regressdienst vor der Durchführung der Rentenrevisionen über die Einleitung des Verfahrens. Diese Information hat insbesondere zu erfolgen wenn im Revisionsverfahren medizinische Begutachtungen angeordnet oder andere medizinische oder berufliche Abklärungen oder Haushaltabklärungen in Auftrag gegeben werden. Die IV-Stelle und der Regressdienst können somit Ihre Abklärungen koordinieren. Eine entsprechende Information hat auch bei bereits durch Zahlung erledigten Regressfällen zu erfolgen.

1.2 Revisionsgründe

5005
1/18 Ein Revisionsgrund, d. h. eine für den Rentenanspruch massgebende Änderung der Verhältnisse, ist gegeben wenn eine Änderung in der persönlichen Situation der versicherten Person stattgefunden hat, namentlich in folgenden Fällen:

- Besserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes (ZAK 1989 S. 265);
- Wiederaufnahme, Aufgabe oder Wechsel der Erwerbstätigkeit (9C_33/2016);
- Eine (erfolgreiche) durchgeführte Eingliederungsmassnahme (9C_231/2016, Erw. 2.1);
- Erhöhung oder Verminderung des Validen- oder Invalideneinkommens;
- Änderung der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (z. B. Erhöhung der Arbeitsfähigkeit eines Hausmannes nach Angewöhnung an die abgegebenen Hilfsmittel);
- Änderung in der Bemessungsart der Invalidität (z. B. wenn die Invalidität einer bisher ausschliesslich im Haushalt tätigen Frau neu nach den Regeln einer Teilerwerbstätigkeit bemessen werden muss). Es darf aber nur von den der ursprünglichen Invaliditätsbemessung zu Grunde gelegten Kriterien abgewichen werden,

wenn die Voraussetzungen dafür mit hoher Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (ZAK 1989 S. 114, 1969 S. 743; BGE 110 V 285 Erw. 1a, BGE 104 V 149 Erw. 2);

- Änderung in den massgebenden familiären Verhältnissen bei der Bemessung der Invalidität von im Haushalt tätigen Versicherten (9C_410/2015);
- Auch bei einem grundsätzlich unveränderten Gesundheitszustand kann im Verlaufe der Zeit eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden, z. B. durch verbesserte Gewöhnung an das Leiden (8C_503/2013).
- Wenn das Invalideneinkommen mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit hypothetisch auf Grund von Tabellenlöhnen festzulegen ist (9C_325/2013);
- Wenn aufgrund eines stabilen Arbeitsverhältnisses neu auf das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen und nicht mehr auf lohnstatistische Angaben abzustellen ist (8C_108/2016);
- Der psychiatrische Gesundheitszustand kann umfassend neu überprüft werden, wenn in somatischer Hinsicht eine erhebliche Tatsachenänderung vorlag. Denn für die Revision einer Invalidenrente genügt, dass eine Tatsachenänderung aus dem gesamten anspruchrelevanten Tatsachenspektrum eingetreten ist; nicht erforderlich ist, dass gerade die geänderte Tatsache zur revisionsweisen Neufestsetzung der Invalidenrente führt (8C_738/2013);
- Darüber hinaus ist immer zu prüfen, ob sich Anhaltspunkte dafür finden lassen, dass eine Person über Eingliederungspotential verfügt und ihre Erwerbsfähigkeit mit Hilfe geeigneter Massnahmen verbessert und somit aktiv ein Revisionsgrund herbeigeführt werden kann.

5005.1 Ein weiterer Revisionsgrund ist durch eine Änderung von Gesetzes- oder Verordnungsbestimmungen, welche eine Erleichterung oder Erschwerung der Anspruchsvoraussetzungen beinhalten gegeben (ZAK 1983 S. 554).

5005.2 Um eine Revision vorzunehmen, braucht es eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads. Manchmal kann aber auch eine bescheidene Änderung des Invaliditätsgrads

rentenwirksam sein (zum Beispiel wenn sich der Invaliditätsgrad von 59% auf 60% erhöht, entspricht das ein Übergang von einer Halberente zu einer Dreiviertelrente). Für solche Fälle, kann auch eine minimale Änderung des Invaliditätsgrads zu einer Rentenrevision führen (BGE 133 V 545). Ist die Sachverhaltsänderung für sich alleine nicht anspruchrelevant, fehlt es an einem Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (9C_223/2011).

- 5005.3
3/16 Das Hinzutreten oder das Wegfallen einer Diagnose stellt per se keinen Revisionsgrund dar, da damit die erforderliche erhebliche Verschlechterung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht zwingend ausgewiesen ist. Nur wenn eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts ausgewiesen bzw. der Rentenanspruch davon berührt ist, kann eine allseitige Revision durchgeführt werden. Eine zum bestehenden Beschwerdebild hinzugetretene neue Diagnose steht einer revisionsweisen Rentenaufhebung nicht entgegen (BGE 141 V 9).
- 5005.4 Der Grund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ist unerheblich und die Revision ist unabhängig davon möglich (9C_933/2010).
- 5006
1/17 Kein Revisionsgrund liegt vor bei:
- einer nur vorübergehenden Änderung – z. B. wenn sich der Gesundheitszustand der versicherten Person infolge einer Krankheit nur vorübergehend verschlimmert (vgl. Art. 88a IVV) ;
 - Änderungen von Verwaltungsweisungen, welche höhere Anspruchsvoraussetzungen festsetzen (ZAK 1982 S. 261; vgl. Rz 5033);
 - einer bloss unterschiedlichen Beurteilung eines im wesentlichen unveränderten Sachverhaltes (ZAK 1987 S. 36, 9C_223/2011);
 - Änderungen des Invaliditätsgrads und folglich der Rente, die einzig auf eine Veränderung allgemeiner statistischer Grundlagen zurückzuführen sind (BGE 142 V 178; 9C_696/2007).

- 5007 Der durch eine Behörde angeordnete Freiheitsentzug stellt keinen Revisionsgrund, aber einen Sistierungsgrund (Rz 6001 ff.) dar. Die Revisionsbestimmungen sind diesfalls nicht direkt anwendbar (BGE 116 V 20; ZAK 1989 S. 210, 1988 S. 249).

1.3 Revision von Amtes wegen

Artikel 87 Absatz 1 IVV

Eine Revision wird von Amtes wegen durchgeführt, wenn sie im Hinblick auf eine mögliche erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades ... bei der Festsetzung der Rente ... auf einen bestimmten Termin in Aussicht genommen worden ist oder wenn Tatsachen bekannt oder Massnahmen angeordnet werden, die eine erhebliche Änderung des Grades der Invalidität ... als möglich erscheinen lassen.

- 5008 Die IV-Stelle prüft bei jeder Rentenfestsetzung, auf welchen Zeitpunkt eine Revision erfolgen muss.
- 5008.1 Für den Revisionstermin gelten folgende Regeln:
- Wenn die IV-Stelle anlässlich des Rentenentscheids vermutet, dass sich die Verhältnisse der versicherten Person demnächst verändern könnten, so setzt sie die Revision auf den Zeitpunkt der vermuteten Änderungen fest. Dabei ist nicht nur die vermutete künftige Änderung der Verhältnisse entscheidend, sondern insbesondere auch die Einschätzung, ob in absehbarer Zeit zu erwarten ist, dass sich die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person anhand von Massnahmen verbessern lassen kann. Nicht ein bestimmter Revisionsrhythmus und mengenmässiger Durchlauf zu revidierender Fälle in einem bestimmten Zeitraum, sondern die fallbezogene Einschätzung des Eingliederungspotentials ist somit von Bedeutung.
 - In den übrigen Fällen setzt sie den Revisionstermin auf das Ende von drei – maximal aber fünf – Jahren seit dem Rentenentscheid fest. Die Revisionen können auch in längeren Zeitabständen erfolgen, wenn stabile Verhältnisse vorliegen oder der Gesundheitszustand der

versicherten Person auch künftig jede Eingliederung von Bedeutung ausschliesst.

- 5009 Der Revisionstermin wird nicht in die Verfügung aufgenommen (ZAK 1974 S. 143). Die IV-Stelle führt Kontrolle über die vorgesehenen Revisionen.
- 5010 Revisionen von Amtes wegen sind auch während der Zeit vorzusehen, in welcher die versicherte Person einen von einer Behörde angeordneten Freiheitsentzug verbüsst und die Rente sistiert wurde (Rz 6010).
- 5011 Die Revision betreffend Renten, die von den EL-Stellen ausbezahlt werden, erfolgt nach den Bestimmungen von Anhang III des KSVI (Rz 3067 KSVI).

1.4 Revision auf Gesuch hin

Artikel 87 Absatz 2 IVV

Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität ... des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

- 5012 Die IV-Stelle leitet das Revisionsverfahren auf Gesuch hin ein, wenn die versicherte Person oder andere legitimierte Personen (vgl. KSVI) ein schriftliches Revisionsgesuch einreichen.
- 5013 Die versicherte Person hat mit dem Gesuch glaubhaft zu machen, dass ein Revisionsgrund vorliegt (8C_590/2015). Nötigenfalls kann die IV-Stelle von der versicherten Person Beweismittel (z. B. ein ärztliches Zeugnis) verlangen.
- 5014 Die IV-Stelle prüft, ob im Revisionsgesuch Revisionsgründe glaubhaft gemacht worden sind:
– Wenn die versicherte Person keinen Revisionsgrund glaubhaft machen kann, tritt die IV-Stelle auf das Gesuch nicht ein. Sie unternimmt somit keine Abklärungen und erlässt eine Nichteintretensverfügung (ZAK 1985 S. 329, 1984 S. 350, 1983 S. 397).

- Wenn die versicherte Person einen Revisionsgrund glaubhaft machen kann, tritt die IV-Stelle auf das Gesuch ein und nimmt die nötigen Abklärungen vor, um festzustellen, ob die geltend gemachte Änderung der Verhältnisse tatsächlich eingetreten ist und wieweit diese auf die Invalidität Auswirkungen hat. Je nachdem erlässt die IV-Stelle sodann eine gutheissende oder eine abweisende Verfügung (ZAK 1984 S. 350, 1983 S. 401).

1.5 Prozessuale Revision

Art. 53 Abs. 1 ASTG

Formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide müssen in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war.

- 5014.1
1/17 Die IV-Stelle ist gehalten, eine rechtskräftige Verfügung wiederzuerwägen, wenn Fakten oder Beweismittel auftauchen, welche eine Änderung der vorherigen Einschätzung bewirken können (BGE 126 V 46). Es handelt sich dabei um erhebliche Tatsachen oder entscheidende Fakten, die nach dem Eintritt der Rechtskraft aufgetaucht sind (BGE 126 V 24 Erw. 4b; 9C_385/2015) und deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Die Revision ist auch dann zwingend, wenn der Entscheid durch ein Vergehen oder Verbrechen beeinflusst wurde.

1.6 Invaliditätsbemessung im Revisionsverfahren

- 5015 Die Bemessung der Invalidität im Revisionsverfahren erfolgt nach den für die Invaliditätsbemessung geltenden allgemeinen Vorschriften. Die massgebenden Verhältnisse sind neu abzuklären und festzustellen. Kann eine rentenberechtigte Person hingegen neu ein Erwerbseinkommen erzielen oder ein bestehendes Erwerbseinkommen erhöhen, so wird es nur berücksichtigt, wenn es Fr. 1 500.–

übersteigt (Art. 31 Abs. 1 IVG). Zudem sind die teuerungsbedingten Einkommensverbesserungen ausser Acht zu lassen (Art. 86^{ter} IVV).

- 5015.1 1/13 Grundsätzlich ist unter der jährlichen Einkommensverbesserung die Erhöhung des Jahreseinkommens im Revisionszeitpunkt gegenüber dem bei der Rentenzusprache festgelegten Invalideneinkommens zu verstehen, d. h. der Mehrverdienst entspricht der Differenz zwischen dem tatsächlichen Erwerbseinkommen im Revisionszeitpunkt und dem bei der letzten Invaliditätsbemessung (erstmalig oder im Revisionsverfahren) festgelegten (auch hypothetisch) Invalideneinkommen vor den allfälligen Abzügen nach Art. 31 Abs. 2 IVG (in der Fassung gültig bis zum 31. Dezember 2011).
- 5015.2 1/13 Aufgehoben
- 5015.3 1/13 Aufgehoben
- 5015.4 1/13 Bei Teilzeitverhältnissen erfolgt keine anteilmässige Kürzung der Fr. 1 500.

Beispiel

	Validen-Einkommen	Invaliden-Einkommen	Invaliditätsgrad
Entscheid Jahr X	80 000	40 000	50 %
1. Jahr	80 000	40 600	<i>keine Revision / IV-Grad unverändert, da Einkommensverbesserung unter Fr. 1 500</i>
2. Jahr	80 000	41 200	<i>keine Revision / IV-Grad unverändert, da Einkommensverbesserung unter Fr. 1 500</i>
3. Jahr	80 000	42 100	<i>Revision, da die jährliche Einkommensverbesserung Fr. 1 500 übersteigt.*</i>

* Neuer IV-Grad: 47,4% bzw. gerundet 47% = Herabsetzung auf Viertelsrente

Die nächste Revision kann erfolgen, wenn das an die allgemeine Lohnentwicklung angepasste Invalideneinkommen gegenüber den Fr. 42 100 wiederum um mindestens Fr. 1 500 zugenommen hat.

- 5016 Anlässlich der neuen Invaliditätsbemessung muss insbesondere abgeklärt werden,
- ob die Rentenbezügerin/der Rentenbezüger hinreichend eingegliedert ist oder ob Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht (Art. 8a Abs. 1 IVG, Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG, ZAK 1983 S. 75, 1980 S. 508, 1970 S. 294). Erst wenn die Eingliederungsfrage geklärt ist, kann der Rentenanspruch überprüft werden (ZAK 1980 S. 508);
 - ob mit Rücksicht auf die neuen tatsächlichen Verhältnisse immer noch die früher angewandte Bemessungsmethode gilt oder ob nach einer anderen Methode vorgegangen werden muss (ZAK 1979 S. 272);

- ob in Fällen, in denen die allgemeine Methode angewendet werden muss, ein oder beide Einkommen neu berechnet werden müssen;
- ob sich in Fällen, in denen die spezifische Methode angewendet werden muss, der Tätigkeitsbereich der versicherten Person verändert hat.

1.7 Wirkungen der Revision

1.7.1 Allgemeines

- 5017 Die Revision entfaltet ihre Wirkung grundsätzlich für die Zukunft (Ausnahme bei der unrechtmässigen Erwirkung der Rente, bei prozessualer Revision, Rz 5014.1 oder bei Meldepflichtverletzung, Rz 5024 ff.).

1.7.2 Rentenerhöhung

Artikel 88^{bis} Absatz 1 Buchstabe a und b IVV

Die Erhöhung der Renten ... erfolgt frühestens:

- a. sofern die versicherte Person die Revision verlangt, von dem Monat an, in dem das Revisionsbegehren gestellt wurde;*
- b. bei einer Revision von Amtes wegen von dem für diesen vorgesehenen Monat an.*

- 5018 Die Rentenerhöhung kann in jedem Fall erst dann erfolgen, wenn die Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert und zu einem entsprechend höheren Invaliditätsgrad geführt hat (Art. 88a Abs. 2 IVV, Rz 4007 ff.). Auf die dreimonatige Wartefrist (Art. 88a Abs. 2 IVV) kann verzichtet werden, wenn die Rentenerhöhung nicht wegen einer Veränderung des Gesundheitszustands der versicherten Person erfolgt, sondern auf einen stabilisierten Kontext zurückzuführen ist (I 599/05, Erw. 5.2.3; I 930/05).

Beispiel 1:

Im Januar 2006 verschlechtert sich der Gesundheitszustand einer Bezügerin einer halben Rente. Die Versicherte reicht am 15.11.2006 ein Revisionsgesuch ein. Die IV-Stelle stellt nach den erforderlichen Abklärungen im Frühjahr 2007 fest, dass die Versicherte seit April 2006 zu 75 Prozent invalid ist. Die Rente wird ab dem 01.11.2006 auf eine ganze heraufgesetzt.

Beispiel 2:

Ein Versicherter bezieht eine halbe Rente. Die IV-Stelle hat vorgesehen, diese auf den 31.01.2007 einer Revision zu unterziehen. Nach den erforderlichen Abklärungen stellt sie im Mai 2007 fest, dass der Versicherte bereits ab Juni 2006 Anspruch auf eine ganze Rente gehabt hätte. Weil die Revision für den 31.01.2007 in Aussicht genommen wurde, wird ihm die ganze Rente ab 01.01.2007 ausgerichtet. Erfüllt der gleiche Versicherte die Anspruchsvoraussetzungen erst im März 2007, erhält er die höhere Rente ab 01.03.2007.

- 5019 Bei gleichzeitigem Beschluss über mehrere Rentenstufen sind Rz 4007 ff. anwendbar.

1.7.3 Herabsetzung oder Aufhebung der Rente

1.7.3.1 Allgemeines

- 5020 Grundsätzlich müssen die Voraussetzungen von Artikel 88a Absatz 1 IVV erfüllt sein (Rz 4015 ff.).
- 5020.1 Wenn seitens der versicherten Person offensichtlich jeglicher Eingliederungswille fehlt, können entsprechende Abklärungsmassnahmen von vornherein unterbleiben und die Rente direkt herabgesetzt oder aufgehoben werden (9C_231/2015, 9C_831/2010).

- 5020.2
1/13 Im Regelfall ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Diese Rechtsprechung ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Ein Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art setzt voraus, dass die objektive und subjektive Eingliederungsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist (9C_726/2011, Erw. 5.1).
- 5020.3
1/18 Ist der versicherten Person die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit seit Jahren zumutbar und ist die berufliche (Selbst-)Integration seither allein aus IV-fremden Gründen unterblieben, so besteht vor der Rentenaufhebung kein Anspruch auf Abklärung bzw. Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen (8C_393/2016, 9C_231/2015, 8C_807/2013, 9C_752/2013).

1.7.3.2 Bei Wiedereingliederungsmassnahmen

- 5020.4 Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten erfolgt nach Abschluss von Massnahmen zur Wiedereingliederung, wenn im Zuge der Abklärung keine Sachverhaltsänderung gem. Art. 17 ATSG, aber das Vorhandensein von Eingliederungspotential festgestellt wurde, für dessen Verbesserung Massnahmen durchgeführt worden sind.
- 5020.5 Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten kann parallel zu Massnahmen zur Wiedereingliederung erfolgen,

wenn bereits bei der Abklärung eine Sachverhaltsänderung gem. Art. 17 ATSG festgestellt wurde, und die Erwerbsfähigkeit darüber hinaus durch Massnahmen zur Wiedereingliederung weiter verbessert werden kann.

1.7.3.3 Bei Verbesserung der Erwerbsfähigkeit

Artikel 88^{bis} Absatz 2 Buchstabe a IVV

*Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten ... erfolgt:
a. frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an.*

Beispiel:

Mit Beschluss vom 16.07.2007 wird der Versicherten mitgeteilt, dass ihre halbe Rente aufgehoben wird. Die Aufhebungsverfügung wird von der IV-Stelle am 29.08.2007 versandt und der Versicherten am 02.09.2007 zugestellt. Die Rente kann deshalb auf den 01.11.2007 aufgehoben werden.

- 5021
1/13
- Diese Regel gilt auch, wenn die Rente erst im gerichtlichen Verfahren zum Nachteil der versicherten Person herabgesetzt oder aufgehoben wird. Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erfolgt in diesem Fall auf den Beginn des zweiten Monats, welcher der Zustellung des Urteils folgt (ZAK 1982 S. 34). Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV ist hingegen nicht anwendbar, wenn der ursprüngliche Entscheid nach einer gerichtlichen Rückweisung bestätigt werden kann. Somit ist nur für den Fall, dass eine relevante zumutbare Arbeitsfähigkeit erst nach Erlass der ersten Verfügungsverfügung eingetreten ist und zu einer Rentenherabsetzung oder -aufhebung führt, der entsprechende Verwaltungs- oder Gerichtsentscheid massgebend für den Beginn der Frist von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV (Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats, 8C_567/2011).
- 5021.1 Die Monatsfrist von Art. 88^{bis} Abs 2 lit. a IVV kann nicht verlängert werden (BGE 135 V 306).

- 5022 Die Revisionsverfügung, mit der eine Rente herabgesetzt oder aufgehoben wird, hält fest, dass einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung entzogen wird („Einer gegen diese Verfügung gerichteten Beschwerde wird gestützt auf Artikel 97 AHVG in Verbindung mit Art. 66 IVG die aufschiebende Wirkung entzogen“; ZAK 1986 S. 599). Die Anordnung des Entzuges der aufschiebenden Wirkung muss aus dem Text der Verfügung ausdrücklich hervorgehen.
- 5023 Bei gleichzeitigem Beschluss über die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente sind die Rz 4015 ff. anwendbar.

1.7.3.4 Bei unrechtmässiger Erwirkung der Rente oder bei Meldepflichtverletzung

Artikel 88^{bis} Absatz 2 Buchstabe b IVV

*Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten ... erfolgt:
b. rückwirkend vom Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn die unrichtige Ausrichtung einer Leistung darauf zurückzuführen ist, dass die Bezügerin/der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder der ihr/ihm gemäss Artikel 77 zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist, unabhängig davon, ob die Verletzung der Meldepflicht oder die unrechtmässige Erwirkung ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war.*

- 5024 Die versicherte Person oder ihre gesetzliche Vertreterin/ihr gesetzlicher Vertreter sowie Behörden und Dritte, denen die Leistung zukommt (ZAK 1987 S. 488, 1986 S. 636), müssen jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung (z. B. des Gesundheitszustandes, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, der persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnisse) unverzüglich der IV-Stelle oder Ausgleichskasse melden (Meldepflicht, Art. 31 ATSG und Art. 77 IVV) (9C_245/2012).

- 5025
1/14 Zwar darf die versicherte Person als Arbeitnehmer von einem pflichtgemässen Vorgehen des Arbeitsgebers, welcher gehalten ist, der Ausgleichskasse den Lohn zu melden sowie die darauf entfallenden Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten, ausgehen. Dies enthebt sie aber nicht von der sie persönlich treffenden Meldepflicht. Mit anderen Worten ist das Wissen der Ausgleichskasse nicht der IV-Stelle anzurechnen (9C_245/2012).
- 5026
1/15 Kommt die versicherte Person der Meldepflicht nicht nach und bezieht sie deshalb zu Unrecht Leistungen der IV, so hat sie die zu Unrecht bezogenen Leistungen zurückzuerstatten (vgl. Art. 7b Abs. 2 lit. b und c IVG i.V.m. Art. 25 Abs. 1 ATSG und Art. 7b Abs. 3 IVG). Die IV-Stelle verfügt die Rückerstattung des zu Unrecht bezogenen Betrages (Art. 3 ATSV).
- 5027
1/15 Eine leichte Verletzung der Meldepflicht genügt, damit die versicherte Person zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstatten muss. Bei Vorhandensein guten Glaubens und gleichzeitigem Vorliegen einer grossen Härte ist ihr aber die Rückerstattung zu erlassen (Art. 25 Abs. 1 ATSG und Art. 4 und 5 ATSV; vgl. Rz 10401 ff. RWL; BGE 112 V 97; ZAK 1986 S. 636). Wurde die Meldepflicht jedoch grobfahrlässig oder absichtlich verletzt, so muss nicht geprüft werden, ob der versicherten Person die Rückerstattung der unrechtmässig bezogenen Leistungen nach Artikel 25 Abs. 1 ATSG erlassen werden kann, weil die absichtliche oder grobfahrlässige Meldepflichtverletzung den guten Glauben ausschliesst. Rente und Hilflosenentschädigung sind unterschiedliche Leistungen mit unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen. Es kann daher im Einzelfall durchaus gerechtfertigt sein, das Vorliegen eines gutgläubigen Leistungsbezugs für beide Leistungen separat zu prüfen (9C_516/2013).
- 5028
1/14 Die IV-Stelle bestimmt, ob eine Meldepflicht schuldhaft verletzt wurde, und wann die für den Rentenanspruch wesentliche Änderung eingetreten ist. Die Rente ist rückwirkend auf jenen Zeitpunkt aufzuheben, in dem die Verbesserung der

Erwerbsfähigkeit eingetreten ist und daraufhin ohne wesentliche Unterbrechung längere Zeit angedauert hat (9C_1022/2012 Erw. 3.3.2).

1.7.3.5 Unveränderte Invalidität

- 5029 Ergibt bei einer Rentenbezügerin/einem Rentenbezüger ein von Amtes wegen oder auf Gesuch hin durchgeführtes Revisionsverfahren keine massgebende Änderung der Invalidität, so ist die Rente unverändert auszurichten.
- 5030 Die IV-Stelle erlässt grundsätzlich eine Verfügung. Hat die versicherte Person nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision jedoch weiterhin Anspruch auf unveränderte Ausrichtung einer Rente, kann sie hierüber in Form einer Mitteilung orientiert werden. (Art. 74^{ter} lit. f IVV, Rz 5002). Die IV-Stelle informiert die Ausgleichskasse über das Ergebnis der Revision.

2. Wiedererwägung

2.1 Allgemeines

Artikel 53 Absätze 2 und 3 ATSG

² Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist.

³ Der Versicherungsträger kann eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen die Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt.

- 5031 Eine Wiedererwägung bezweckt die Berichtigung einer in formelle Rechtskraft erwachsenen, zweifellos unrichtigen Verfügung. Anders als bei einer Revision setzt die Wiedererwägung keine wesentliche Änderung der Verhältnisse voraus (vgl. KS über die Rechtspflege; ZAK 1987 S. 36, 1985 S. 58 und 329, 1980 S. 62, 1963 S. 295). Zu beachten ist Rz 9022.

- 5032 Die Wiedererwägung setzt neben der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Verfügung voraus, dass die Berichtigung der Verfügung von erheblicher Bedeutung und die Verfügung nicht bereits von einem Gericht beurteilt worden ist.

Beispiel:

Einer cerebral gelähmten Korrespondentin wurde wegen einer Erwerbseinbusse von über 70 Prozent eine ganze Rente zugesprochen, nachdem sie ihre Stelle in der Uhrenindustrie aus konjunkturellen Gründen verloren hatte und mangels ausreichender Vermittelbarkeit von der Arbeitslosenversicherung keine Leistungen erhielt. Die IV-Stelle kann wiedererwägungsweise auf ihren früheren Rentenbeschluss zurückkommen, weil das Abstellen auf die wirtschaftlich bedingte Erwerbseinbusse, für welche die ALV einzustehen hat, offensichtlich unrichtig war.

- 5033
1/13 Kein Grund für eine Wiedererwägung liegt vor, wenn eine Rente einzig deshalb herabgesetzt oder aufgehoben werden müsste, weil infolge einer Änderung der Verwaltungsweisungen höhere Anspruchsvoraussetzungen gelten (ZAK 1982 S. 261; vgl. Rz 5006). Ebenfalls kein Grund für eine Wiedererwägung stellt die Änderung der Gerichtspraxis dar (ZAK 1974 S. 484 Erw. 4.b). Das Gleiche gilt wenn die Beurteilung der materiellen Anspruchsvoraussetzungen vor dem Hintergrund der seinerzeitigen Rechtspraxis als vertretbar erscheint: die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit scheidet in diesem Fall aus (9C_587/2010). Art. 7b Abs. 2 lit. c.IVG stellt keinen selbstständigen Grund dar, um auf eine rechtskräftige Verfügung zurückzukommen. Eine solche muss vielmehr zunächst unter Berufung auf einen Rückkommenstitel (Wiedererwägung, Revision) aufgehoben werden, ehe sich allenfalls die Frage einer Sanktionierung der fehlbaren versicherten Person stellt (BGE 138 V 65, Erw. 4.3).

- 5034
1/13 Ob die IV-Stelle eine Wiedererwägung vornehmen will, liegt in ihrem Ermessen. Das Gericht kann sie hierzu nicht verpflichten, hingegen das BSV (Art. 64 IVG).

- 5035 3/16 Die Vornahme der Wiedererwägung ist nicht befristet; sie ist auch nach mehr als zehn Jahren noch möglich (BGE 140 V 514).

2.2 Wiedererwägung zu Ungunsten der versicherten Person

Artikel 85 Absatz 2 IVV

Ergibt eine Überprüfung der invaliditätsbedingten Anspruchsvoraussetzungen, dass eine Leistung herabgesetzt oder aufgehoben werden muss, so ist die Änderung von dem der neuen Verfügung folgenden Monat an vorzunehmen. Für Renten ... gilt Artikel 88^{bis} Absatz 2.

- 5036 – Hat die Verwaltung *spezifisch IV-rechtliche Faktoren* (d. h. die materiellen Voraussetzungen, welche für die Zusprechung von IV-Leistungen massgebend sind; z. B. die Invaliditätsbemessung, den Rentenbeginn etc.) offensichtlich falsch beurteilt, so sind die Leistungen lediglich für die Zukunft zu berichtigen. Die Rente ist in diesem Fall vom ersten Tag des zweiten, der Zustellung der neuen Verfügung folgenden Monats an herabzusetzen oder aufzuheben (Art. 85 Abs. 2 und Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV; ZAK 1980 S. 129). Eine Meldepflichtverletzung durch die versicherte Person bleibt vorbehalten (Rz 5024 ff.).
- 5037 – Betrifft ein Fehler, der zur Wiedererwägung einer früheren Verfügung über eine Rente führt, einen *AHV-analogen Sachverhalt* (z. B. die versicherungsmässigen Voraussetzungen oder die Rentenberechnung), so ist die zu Unrecht bezogene Leistung *rückwirkend* herabzusetzen oder aufzuheben (Art. 25 ATSG).
- 5038 Die Frage, ob der fehlerhaften Beurteilung ein IV-spezifischer oder ein AHV-analoger Sachverhalt zugrunde liegt, ist von der materiellen Seite her zu prüfen. Nicht entscheidend ist, welche Verwaltungsbehörde (Ausgleichskasse oder IV-Stelle) den Fehler begangen hat (ZAK 1981 S. 549).

- 5039 Wird ein Rentenbeschluss von der IV-Stelle der Ausgleichskasse richtig mitgeteilt, von dieser aber falsch in eine Rentenverfügung umgesetzt, ist ein IV-spezifischer Gesichtspunkt zu verneinen (ZAK 1985 S. 404).

2.3 Wiedererwägung zu Gunsten der versicherten Person

Artikel 88^{bis} Absatz 1 Buchstabe c IVV

Die Erhöhung der Renten ... erfolgt frühestens:

c. falls festgestellt wird, dass der Beschluss der IV-Stelle zum Nachteil der versicherten Person zweifellos unrichtig war, von dem Monat an, in dem der Mangel entdeckt wurde.

- 5040 Wird festgestellt, dass eine ursprüngliche Verfügung der IV-Stelle zum Nachteil der versicherten Person zweifellos unrichtig war, so wird die Rente vom ersten Tag des Monats an erhöht oder ausgerichtet, in dem der Mangel entdeckt wurde. Der Mangel gilt als entdeckt, sobald die Feststellungen der Verwaltung ihn als glaubhaft bzw. wahrscheinlich erscheinen lassen und nicht erst, wenn er mit Sicherheit feststeht (ZAK 1985 S. 234).

Beispiel:

Ein Versicherter bezieht seit Juni 2005 eine halbe Rente. Im August 2007 stellt die IV-Stelle anlässlich eines auf den 01.01.2007 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens fest, dass er ohne Zweifel schon im Juni 2005 zu mehr als 60 Prozent erwerbsunfähig war und deshalb schon damals eindeutig Anspruch auf eine Dreiviertelrente gehabt hätte. Weil der Fehler im August 2007 entdeckt wurde, wird die Rente ab 01.08.2007 erhöht.

- 5041 Die falsche Zuteilung der Rentenstufe ist wie ein Fehler in den Berechnungsgrundlagen der ordentlichen Rente und der anwendbaren Rentenskala zu betrachten und stellt keinen invalidenversicherungsspezifischen, sondern einen AHV-analogen Sachverhalt dar. Deshalb steht der versich-
- 1/13

cherten Person ex tunc eine Rente in der richtigen Höhe zu (9C_409/2011 Erw. 4.2.2).

Kapitel 5: Sistierung der Rente

Artikel 21 Absatz 5 ATSG

Befindet sich die versicherte Person im Straf- oder Massnahmevollzug, so kann während dieser Zeit die Auszahlung von Geldleistungen mit Erwerbsersatzcharakter ganz oder teilweise eingestellt werden; ausgenommen sind die Geldleistungen für Angehörige im Sinne von Absatz 3.

- 6001 Der durch eine Behörde angeordnete Freiheitsentzug kann einen Sistierungsgrund der Rente darstellen, jedoch keinen Revisionsgrund (vgl. Rz 5007; ZAK 1989 S. 210, 1988 S. 249). Die Rente darf auch während der Untersuchungshaft (BGE 133 V 1; vgl. Rz 6007) und beim vorzeitigen Strafvollzug (8C_702/2007) sistiert werden. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Strafe oder Massnahme in der Schweiz oder im Ausland vollzogen wird (9C_20/2008). Es ist auch unerheblich, ob eine Unterstützungspflicht gegenüber Angehörigen besteht, da die IV weiterhin Geldleistungen für Angehörige (Kinderrenten) ausrichtet (9C_256/2009).
- 6001.1 Tritt eine verurteilte Person ihre Strafe nicht (rechtzeitig)
1/13 an, befindet sie sich rechtlich (noch) nicht im Strafvollzug und die Rente kann nicht sistiert werden. Davon zu unterscheiden ist die rechtswidrige Flucht aus dem Vollzug (Rentensistierung bleibt dort bestehen) (BGE 138 V 281)
- 6002 Die Sistierung der Rente bedeutet, dass die Hauptrente während des Freiheitsentzuges ruht, die Kinderrenten aber weiterhin ausgerichtet werden können (Art. 21 Abs. 3 und 5 ATSG).
- 6003 Die Sistierung der Rente setzt voraus, dass auch eine nichtbehinderte Person während des Freiheitsentzuges keine Möglichkeit hat, eine Erwerbstätigkeit auszuüben und die Vollzugsart nicht überwiegend durch die Behinderung der versicherten Person bedingt ist.

- 6003.1 Für die Rentensistierung ist deswegen allein darauf abzustellen, ob der stationäre Massnahmenvollzug eine Erwerbstätigkeit zulässt oder nicht. Eine Differenzierung nach Sozialgefährlichkeit bzw. Behandlungsbedürftigkeit ist nicht vorzunehmen (BGE 137 V 154).
- 6004 Die Rente wird demnach nicht sistiert, sondern weiterhin ausgerichtet,
- wenn die Vollzugsart eines strafrechtlichen Freiheitsentzugs nichtbehinderten Gefangenen die Möglichkeit gibt, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (BGE 116 V 20);
 - wenn bei einer fürsorgerischen Unterbringung nach Art. 426 ff. ZGB das Leiden, das zur Invalidität führt, den Grund für die Freiheitsentziehung darstellt (ZAK 1992 S. 483).
- 6005 Wenn der Rentenanspruch erstmals während des Vollzugs eines Freiheitsentzuges entsteht
- kann die Ermittlung des Invaliditätsgrades und die verfügmässige Festsetzung der Rente unterbleiben, wenn und solange (noch) kein Anspruch auf Kinderrenten besteht. Die IV-Stelle weist die versicherte Person ausdrücklich darauf hin, dass sie die Möglichkeit des Entstehens eines Anspruchs auf Kinderrenten umgehend der IV-Stelle melden soll.
 - Sofern ein Anspruch auf Kinderrenten besteht, verfügt die IV-Stelle die Haupt- und Kinderrenten. Gleichzeitig sistiert sie die Hauptrente, die Kinderrente zahlt sie aus.
 - Wenn die Erfüllung der versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht eindeutig feststeht, muss die Invalidität in jedem Fall nach Ablauf der Wartezeit bzw. nach Eintritt der bleibenden Erwerbsunfähigkeit bemessen werden, da der Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles von entscheidender Bedeutung ist (ZAK 1989 S. 258).
- 6006 Für die Berechnung der Wartezeit bzw. die Bemessung des Invaliditätsgrades während des Freiheitsentzuges ist von den wahrscheinlichen Gegebenheiten ohne Vorliegen eines behördlich angeordneten Freiheitsentzuges auszugehen (Rz 2009).

- 6007 *Beginn der Sistierung:*
- Bei einem Freiheitsentzug ist die Rente ab dem Monat zu sistieren, der dem Beginn des Freiheitsentzugs folgt.
 - Bei Untersuchungshaft darf die Rente erst nach drei Monaten sistiert werden.
- Grundsätzlich kann die Rente auch rückwirkend sistiert werden, da die zu Unrecht bezogenen Leistungen zurückzuerstatten sind, selbst wenn keine Meldepflichtverletzung vorliegt (kein spezifisch IV-rechtlicher Gesichtspunkt; Rz 5036). Die während der Untersuchungshaft zu Unrecht bezogenen Rentenleistungen können rückwirkend ab Beginn der Inhaftierung zurückgefordert werden. Die Revisionsbestimmungen sind nicht anwendbar. Zu prüfen ist in solchen Fällen auch die Erlassfrage (Art. 25 Abs. 1 ATSG; vgl. dazu RWL).
- 6008 *Ende der Sistierung:* Die Rente ist für den Monat, in dem der Freiheitsentzug aufgehoben wird, wieder voll auszurichten (analog Art. 29 Abs. 3 IVG). Wenn die Entlassung den IV-Organen verspätet gemeldet wird, ist die Rente im Rahmen der Verwirkungsbestimmungen (Art. 24 Abs. 1 ATSG) rückwirkend auszurichten.
- 1/13
- 6009 Nach der Entlassung lebt der Rentenanspruch automatisch wieder auf, also ohne dass vorgängig eine Revision durchgeführt und die Rente erneut zugesprochen werden muss.
- 6010 Während des Freiheitsentzuges sind *Revisionen* vorzusehen, um eventuelle Änderungen in Bezug auf eine Kinderrente berücksichtigen zu können.
- 6011 Zuständig für die Sistierung der Rente und die Aufhebung der Sistierung ist die IV-Stelle. Diese teilt der Ausgleichskasse ihren Beschluss mit.

Kapitel 6: Kürzung und Verweigerung von Leistungen

1. Voraussetzungen

1.1 Allgemeines

Artikel 21 Absätze 1–4 ATSG

¹ Hat die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert, so können ihr die Geldleistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schweren Fällen verweigert werden.

² Geldleistungen für Angehörige oder Hinterlassene werden nur gekürzt oder verweigert, wenn diese den Versicherungsfall vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt haben.

³ Soweit Sozialversicherungen mit Erwerbsersatzcharakter keine Geldleistungen für Angehörige vorsehen, kann höchstens die Hälfte der Geldleistungen nach Absatz 1 gekürzt werden. Für die andere Hälfte bleibt die Kürzung nach Absatz 2 vorbehalten.

⁴ Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar.

Artikel 7b Absatz 4 IVG

In Abweichung von Artikel 21 Absatz 1 ATSG werden Taggelder und Hilflorenentschädigungen weder verweigert noch gekürzt.

- 7001
3/16 Sofern die Voraussetzungen nach den Art. 21 Abs. 1–4 ATSG sowie Art. 7b IVG erfüllt sind, kann die IV-Stelle die Geldleistung kürzen oder verweigern (ZAK 1986 S. 528, BVG 134 V 315). In der IV sind unter Geldleistungen die Renten, die Taggelder sowie die Hilflosenentschädigungen für Erwachsene zu verstehen (Art. 15 ATSG). Letztere sind, in Abweichung von Art. 21 Abs. 1 ATSG, weder zu kürzen noch zu verweigern (Art. 7b Abs. 4 IVG).
- 7002 Die Sanktion trägt stets persönlichen Charakter. Demzufolge müssen Geldleistungen zugunsten von Angehörigen voll ausgerichtet werden, ausser wenn die Angehörigen die Invalidität der versicherten Person vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Begehung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt haben (Art. 21 Abs. 2 ATSG, ZAK 1962 S. 438). Somit wird bei der Kürzung der IV-Rente die Kinderrente weiterhin ungekürzt ausgerichtet. Beim IV-Taggeld kann das Kindergeld trotz Einstellung des Taggeldes ausgerichtet werden.

1.2 Vorsatz im Sinne von Art. 21 Abs. 1 ATSG

- 7003 *Vorsätzlich* handelt, wer trotz besserer Einsicht den Gesundheitsschaden herbeiführen, verschlimmern oder aufrechterhalten will und sich danach verhält. Dies ist bei Süchten (wie Alkohol-, Nikotin-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch sowie bei Fettsucht) oder bei einem Selbstmordversuch praktisch ausgeschlossen.
- 7004 Dem Vorsatz wird der Eventualvorsatz gleichgestellt. *Eventualvorsatz* liegt vor, wenn die Täterin/der Täter die Verwirklichung eines Tatbestandes zwar nicht mit Gewissheit voraussieht, aber doch ernsthaft für möglich hält, und die Erfüllung des Tatbestandes für den Fall, dass sie eintreten sollte, auch will („Inkaufnehmen“).
- 7005 Zwischen dem invaliditätbegründenden Gesundheitsschaden und dem (eventual)vorsätzlichen Verhalten der versicherten Person muss ein *Kausalzusammenhang* bestehen,

d. h. das vorsätzliche Verhalten ist der Grund oder die Teilursache (ZAK 1969 S. 381) der Invalidität. Der Kausalzusammenhang muss nicht mit Sicherheit gegeben sein. Es genügt, dass er überwiegend wahrscheinlich ist (ZAK 1986 S. 528).

1.3 Verbrechen oder Vergehen

- 7006 Ob die versicherte Person ein *Verbrechen* oder *Vergehen* ausübte, als die Invalidität entstanden ist oder sich verschlimmert hat, beurteilt sich nach den strafrechtlichen Bestimmungen (StGB, SVG usw.). Verbrechen sind die mit Freiheitsstrafe von mehr als 3 Jahren bedrohten Handlungen, Vergehen sind die mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder Geldstrafe bedrohten Handlungen (Art. 10 StGB). Die IV-Stelle stützt sich hierbei auf das strafrechtliche Urteil, wofür sie die Strafakten bezieht oder Abschriften der massgebenden Akten beschafft. Sie darf von der Feststellung und Würdigung der Strafverfolgungsbehörde nur abweichen, wenn der im Strafverfahren ermittelte Tatbestand und dessen rechtliche Subsumption nicht zu überzeugen vermögen oder auf Grundsätzen beruhen, die zwar im Strafrecht gelten, im Sozialversicherungsrecht jedoch unerheblich sind (BGE 119 V 241; ZAK 1988 S. 121, 1985 S. 622). Liegt hingegen kein Strafentscheid vor, ist es Sache der IV-Stelle zu prüfen, ob eine für die Leistungskürzung oder -verweigerung relevante strafbare Handlung gegeben ist (BGE 120 V 224 ff., 9C_785/2010).
- 7007 Zwischen dem invaliditätsbegründenden Gesundheitsschaden und dem Verbrechen oder Vergehen muss ein sachliches und zeitliches Band bestehen; hingegen ist nicht erforderlich, dass der strafrechtliche Akt als solcher Ursache der Invalidität ist (BGE 119 V 241 Erw. 3.c = Pra 83 Nr. 261, 9C_785/2010).

1.4 Zumutbare Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben

- 7008 Die Zumutbarkeit einer Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben richtet sich nach Art. 7a IVG, d. h. nach rein objektiven Kriterien. Die Beweislast für die Unzumutbarkeit einer Eingliederungsmassnahme liegt bei der versicherten Person (9C_842/2010).

1.5 Verletzung der Schadenminderungspflicht sowie der Auskunfts- und Mitwirkungspflicht

- 7009 Die Schadenminderungspflicht und die Auskunfts- und Mitwirkungspflicht sind in Rz 1048 ff. umschrieben.
- 7010 Eine Verletzung der Schadenminderungspflicht sowie der Auskunfts- und Mitwirkungspflicht liegt nur vor, wenn das Verhalten der versicherten Person *unentschuldbar* ist. Subjektiv erfordert dies, dass die versicherte Person für ihr Handeln verantwortlich gemacht werden kann. Diese Voraussetzung fehlt beispielsweise, wenn eine versicherte Person wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche nicht in der Lage ist, die Folgen ihres Tuns zu erkennen oder sich einsichtsgemäss zu verhalten.

2. Sanktionen

2.1 Allgemeines

- 7011 Die Sanktion besteht üblicherweise in einer Taggeldsistierung oder Rentenkürzung. Diese bemisst sich im Lichte der gesamten Umstände der Angelegenheit nach der Schwere des schuldhaften Verhaltens der versicherten Person, der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung und nach allfälligen mildernden Umständen, welche aus den Strafakten ersichtlich sind.
- 7012
3/16 Haben andere Träger der Sozialversicherung (z. B. UVG-Versicherer) eine Kürzung oder Verweigerung ihrer Renten verfügt, orientiert sich die IV-Stelle hierüber (BGE 129 V

354). Sie kann eine andere Sanktion treffen, wenn ernsthafte Gründe dafür sprechen.

- 7012.1
3/16 Eine Leistungskürzung wegen Fahren im angetrunkenen Zustand hat in Anwendung der Tabelle der Unfallversicherer (Richtlinien der UVG-Versicherer bezüglich Kürzungsquoten bei Verkehrsunfällen) zu erfolgen (9C_445/2014; BGE 129 V 354; <https://www.koordination.ch/online-handbuch/uvg/grobfahrlaessigkeit/>).

2.2 Bei Verletzung der Auskunfts- und Mitwirkungspflichten

- 7013 Die IV-Stelle kann bei einer Verletzung der Auskunfts- und Mitwirkungspflichten nach Art. 43 Abs. 3 ATSG *aufgrund der Akten beschliessen*, wenn sie den Sachverhalt ohne Schwierigkeiten und ohne besonderen Aufwand auch ohne Mitwirkung der versicherten Person abklären kann. Andernfalls stellt sie die Abklärungen ein und erlässt einen *Nichteintretensentscheid*. Ob nach Lage der Akten oder durch Nichteintreten zu entscheiden ist, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalles. Im Zweifel ist die für die Versicherten günstigere Variante zu wählen (ZAK 1983 S. 540 und 543, 1978 S. 469).
- 7014 Die IV-Stelle kann bei Verletzung der Mitwirkungspflicht eine Leistungseinstellung vornehmen. Dies setzt jedoch voraus, dass die vergeblich einverlangten Informationen für die Abklärung der Verhältnisse oder die Festsetzung der Leistungen erforderlich, nicht ohne übermässigen Aufwand anderswo erhältlich und die in schuldhafter Verletzung der Mitwirkungspflicht verweigerten Auskünfte für die Festsetzung des IV-Grades relevant sind (9C_345/2007).
- 7014.1 Eine Beweislastumkehr findet statt, wenn Leistungen ausgerichtet werden und der Versicherte, der sie erhält, seinen Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten im Revisionsverfahren in unentschuldbarer Weise nicht nachkommt und dadurch die IV-Stelle daran hindert, die relevanten Tatsachen festzustellen. Es ist also am Versicherten zu belegen,

dass sein Gesundheitszustand oder andere massgebende Verhältnisse nicht Veränderungen erfahren haben, die den bestehenden Invaliditätsgrad zu ändern vermögen (8C_733/2010).

- 7015
1/17 Nimmt die IV-Stelle wegen Verletzung der Mitwirkungspflicht im Revisionsverfahren eine Leistungseinstellung vor und erklärt daraufhin die versicherte Person ihre Mitwirkungsbereitschaft, so wird das Verfahren als Revisionsverfahren fortgesetzt (8C_724/2015).
- 7016 Aufgehoben
- 7017 Aufgehoben

3. Verfahren

3.1 Allgemeines

- 7018 Die IV-Stelle klärt von Amtes wegen ab, ob die Voraussetzungen für eine Taggeldsistierung oder Rentenkürzung bzw. -verweigerung erfüllt sind. Sie bestimmt gegebenenfalls das Mass der Kürzung. Bei der Taggeldsistierung ist die Anzahl Einstelltage festzuhalten. Die Kürzung der Rente ist dagegen stets in Prozenten anzugeben.
- 7019 Wird anlässlich einer Rentenrevision festgestellt, dass die Voraussetzungen für eine Rentenkürzung vorliegen, so ist diese nur zulässig, wenn die Voraussetzungen für eine Revision oder für eine Wiedererwägung der ursprünglichen Verfügung gegeben sind (ZAK 1986 S 537 und 539, 1983 S. 118).

3.2 Mahn- und Bedenkzeitverfahren

- 7020
1/15 Vor der Kürzung oder Verweigerung von Leistungen führt die IV-Stelle in der Regel ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durch (AHI-Praxis 1997 S. 36). Die Mahnung sowie die Einräumung einer angemessenen Bedenkzeit mit Hinweis auf die Folgen der Widersetzlichkeit (Leistungskürzung

oder -verweigerung; Beschluss aufgrund der Akten oder Nichteintretensentscheid) hat in Form einer Mitteilung ohne Rechtsmittelbelehrung zu erfolgen (ZAK 1983 S. 342). Vom Mahn- und Bedenkzeitverfahren kann in den in Art. 7b Abs. 2 IVG aufgelisteten Fällen abgewichen werden. Der als Ausnahmetatbestand konzipierte Art. 7b Abs. 2 IVG lässt eine Leistungsverweigerung ohne vorgängiges Mahn- und Bedenkzeitverfahren nur bei qualifizierter Pflichtverletzung zu (9C_744/2011). Ein Verschulden im Sinn von Art. 7b Abs. 2 lit. c IVG setzt keine strafrechtliche Verurteilung voraus, zumal sich der Verschuldensbegriff von demjenigen im Strafrecht unterscheidet (8C_609/2013).

- 7021 Kommt die versicherte Person der Aufforderung innert der angesetzten Frist nicht nach, so erlässt die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren wie angedroht eine Verfügung.
- 7022 In der Verfügung ist einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu entziehen.

Teil 3: Hilflosenentschädigungen der IV und der AHV

Kapitel 1: Hilflosenentschädigung der IV – Anspruch und Bemessung

1. Anspruchsvoraussetzungen

1.1 Allgemeines

Artikel 42 Absatz 1 Sätze 1 und 2 IVG

Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Vorbehalten bleibt Artikel 42^{bis}.

- 8001
1/13
- Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der IV haben Versicherte, die
- einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden aufweisen, welcher durch Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursacht worden ist (Rz 1002 ff.),
 - mindestens in leichtem Grade hilflos sind,
 - die allgemeinen versicherungsmässigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllen (Rz 1040 ff. [ZAK 1980 S. 129]; vgl. RWL); der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung für einen minderjährigen Versicherten und sein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung nach Erreichen der Volljährigkeit sind als ein einziger Versicherungsfall zu betrachten (BGE 137 V 424); und
 - keinen Anspruch auf Hilflosenentschädigung der UV oder MV haben (Rz 9024 ff.)
- 8002
- Betreffend Zusammenfallen einer Hilflosenentschädigung der IV und einer Hilflosenentschädigung der UV oder MV vgl. die Rz 9024 ff.

1.2 Ansätze der Hilflosenentschädigung

Art. 42^{ter} Absatz 1 Sätze 3 und 4 sowie Absatz 2 Satz 1 IVG

¹ ... Die monatliche Entschädigung beträgt bei schwerer Hilflosigkeit 80 Prozent, bei mittelschwerer Hilflosigkeit 50 Prozent und bei leichter Hilflosigkeit 20 Prozent des Höchstbetrages der Altersrente nach Artikel 34 Absätze 3 und 5 AHVG. Die Entschädigung für Minderjährige berechnet sich pro Tag.

² Die Hilflosenentschädigung für Versicherte, die sich in einem Heim aufhalten, entspricht einem Viertel der Ansätze nach Absatz 1.

- 8003 Es bestehen zwei Ansätze der Hilflosenentschädigung, der volle und der viertel Ansatz. Die Wahl des Ansatzes ist abhängig von der Wohnform bzw. vom Aufenthaltsort der versicherten Person. Der volle Ansatz der Hilflosenentschädigung (80/50/20 Prozent der maximalen Altersrente) kommt zur Anwendung, wenn die versicherte Person ausserhalb eines Heimes wohnt. Bei Heimaufenthalt, welcher nicht der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen dient, besteht nur Anspruch auf einem Viertel des Ansatzes der Hilflosenentschädigung.
- 8003.1 Als Versicherte, die sich in einem Heim aufhalten gelten
1/21 Personen, welche dort mehr als fünfzehn Nächte, also 16 Nächte und mehr in einem Kalendermonat verbringen. Versicherte, welche bis zu 15 Nächte pro Kalendermonat im Heim verbringen, haben hingegen Anspruch auf den vollen Ansatz der Hilflosenentschädigung (BGE 132 V 321). Ändert sich der für den Ansatz der Hilflosenentschädigung massgebende Aufenthaltsort, so wird der neue Ansatz ab dem Folgemonat berücksichtigt (Art. 82 Abs. 2 IVV). Die Revisionsbestimmungen (Art. 88^{bis} IVV) sind nicht anwendbar. Erlöscht der Anspruch mit dem Aufenthaltsortwechsel, sind die entsprechende Regelungen anzuwenden (vgl. Rz 8112.1 und 8112.2 für die lebenspraktische Begleitung und 8123.2 und 8124.2 bei AHV).

Beispiel:

Eine versicherte Person bezieht eine mittlere Hilflosenentschädigung (1 195 Franken pro Monat). Sie tritt am 5. Februar in ein Heim ein. Ab März wird sie nur noch 299 Franken pro Monat erhalten. Tritt sie aber am 25. Februar ins Heim ein, wird sie im Monat Februar noch als zu Hause wohnend betrachtet und sie wird im Februar und März weiterhin 1 195 Franken erhalten. Die Hilflosenentschädigung wird erst ab April auf 299 Franken reduziert.

Ansätze der Hilflosenentschädigung für Volljährige (Beträge pro Monat ab 1.1.2021)

<i>Hilflosigkeitsgrad</i>	<i>Im Heim (geviertelter Ansatz)</i>	<i>Zu Hause (voller Ansatz)</i>
Schwer	478 Fr./Monat	1 912 Fr./Monat
Mittelschwer	299 Fr./Monat	1 195 Fr./Monat
Leicht	120 Fr./Monat	478 Fr./Monat

8004
1/21 Bei Minderjährigen werden die Hilflosenentschädigung und ein allfälliger Intensivpflegezuschlag (Rz 8070 ff.) pro Tag am welchem die Minderjährigen zu Hause übernachten ausgerichtet (Ausnahmen s. Rz. 8099 und Rz. 8111 ff.).

Ansätze der Hilflosenentschädigung für Minderjährige (Beträge pro Monat und pro Tag ab 1.1.2021)

<i>Hilflosigkeitsgrad</i>	<i>Zu Hause (voller Ansatz)</i>
Schwer	1 912 Fr./Monat 63.75 Fr./Tag
Mittelschwer	1 195 Fr./Monat 39.85 Fr./Tag
Leicht	478 Fr./Monat 15.95 Fr./Tag

*Ansätze des Intensivpflegezuschlags
(Beträge pro Monat und pro Tag ab 1.1.2021)*

<i>Invaliditätsbedingter Betreuungsaufwand</i>	<i>Zu Hause</i>
Mind. 8 Stunden/Tag	2 390 Fr./Monat 79.65 Fr./Tag
Mind. 6 Stunden/Tag	1 673 Fr./Monat 55.75 Fr./Tag
Mind. 4 Stunden/Tag	956 Fr./Monat 31.85 Fr./Tag

1.2.1 Definition Heim

Artikel 35^{ter} IVV

¹ Als Heim im Sinne des Gesetzes gelten kollektive Wohnformen, die der Betreuung oder Pflege der versicherten Person dienen, sofern die versicherte Person:

- a. für den Betrieb der kollektiven Wohnform nicht die Verantwortung trägt;*
- b. nicht frei entscheiden kann, welche Hilfeleistung sie in welcher Art, wann oder von wem erhält; oder*
- c. eine pauschale Entschädigung für Pflege- oder Betreuungslleistungen entrichten muss.*

² Institutionen nach Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe b des Bundesgesetz vom 6. Oktober 20061 über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG), die nach Artikel 4 IFEG von einem oder mehreren Kantonen anerkannt sind, gelten als Heime.

³ Wohngruppen, die von einem Heim nach Absatz 1 betrieben werden und von diesem Hilfeleistungen beziehen, sind Heimen gleichgestellt.

⁴ Nicht als Heim gelten insbesondere kollektive Wohnformen, in denen die versicherte Person:

- a. ihre benötigten Leistungen bezüglich Pflege und Betreuung selbst bestimmen und einkaufen kann;*
- b. eigenverantwortlich und selbstbestimmt leben kann; und*
- c. die Wohnverhältnisse selbst wählen und gestalten kann.*

¹ SR 831.26

⁵ *Institutionen, die der Heilbehandlung dienen, gelten nicht als Heim.*

- 8005
1/15 Als *Heim* gilt jede kollektive Wohnform, die zur Betreuung und/oder Pflege, nicht jedoch zur Heilbehandlung, dient. Als Heimaufenthalte gelten demnach u.a. auch Aufenthalte behinderter Personen in Langzeitabteilungen von Kliniken oder von Alters- oder Pflegeheimen. Nicht als Heimaufenthalte gelten demgegenüber Spitalaufenthalte zum Zweck der Heilbehandlung; bei solchen Aufenthalten besteht kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (vgl. Art. 67 Abs. 2 ATSG, Rz 8109 ff.).
- 8005.1
1/18 In jedem Einzelfall muss abgeklärt werden, ob von einer Wohngemeinschaft mit Heimstatus auszugehen oder von einer Wohngemeinschaft, die einem Aufenthalt zu Hause gleichgestellt ist. Der Heimbegriff ist im Art. 35^{ter} IVV definiert. Er lehnt sich nicht primär an die Finanzierung an. Es ist auch nicht entscheidend, ob die Institution auf einer Bedarfsliste des Bundes oder eines Kantons aufgeführt ist. Dennoch, ist eine Institution gemäss Art. 4 IFEG von einem Kanton anerkannt, gilt diese als Heim. Für die Heimdefinition bei der Hilflosenentschädigung im Alter siehe Rz 8118.3.
- 8005.2 *Wohngemeinschaften mit Heimstatus*
Eine *Wohngemeinschaft mit Heimstatus* liegt dann vor, wenn die Wohngemeinschaft unter der Verantwortung eines Trägers mit einer Leitung sowie allfällig angestelltem Personal handelt und den Bewohner/innen nicht nur Wohnraum zur Miete zur Verfügung gestellt wird, sondern gegen Entgelt darüber hinaus ein weitergehendes Leistungsangebot wie Verpflegung, Beratung, Betreuung, Pflege, Beschäftigung oder Integration – also solche Dienstleistungen, die in ihrer Art und ihrem Ausmass bei einem Aufenthalt in der eigenen Wohnung eben nicht zur Verfügung stehen bzw. für deren Organisation die Betroffenen in der eigenen Wohnung selber verantwortlich wären. Auch eine besondere Atmosphäre im Sinne des familiären Wohnens, Respektieren der Individualität der betroffenen Bewohner/innen und grösstmögliche Autonomie innerhalb

und ausserhalb der Wohngemeinschaft ändern nichts daran, dass eine solche Wohngemeinschaft als Heim zu betrachten ist. Massgebend ist, dass ein für Heime typisches Spektrum an Leistungen erbracht wird, das in der eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft nicht (dauernd) gewährleistet sind.

Auf Grund der obigen Ausführungen liegt u.a. ein Heim vor, wenn:

- Die versicherte Person für den Betrieb nicht die Verantwortung trägt: das ist der Fall wenn eine Trägerschaft die Wohnung zur Verfügung stellt und die Verantwortung für den Betrieb der Wohngemeinschaft übernimmt. Es liegt dann eine vorgegebene Organisation und keine Selbstorganisation vor. Das ist der Fall wenn zum Beispiel eine Heimleitung oder Angestellte vorhanden sind, die nicht von den Bewohnenden geleitet werden (vorgegebene Struktur).
- Die versicherte Person kann nicht frei entscheiden, welche Hilfeleistung sie in welcher Art, wann oder von wem erhält, sondern in diesen und weiteren alltäglichen Entscheidungen (was wird gegessen, welche Freizeitaktivität / Beschäftigung wird gemacht) von anderen Personen oder einer Organisation abhängig ist. Der Tagesablauf ist in Heimen meist vorgeschrieben: fixe Zeiten für die Mahlzeiten, für die Besprechung von unterschiedlichen Anliegen, für die Pflegeleistungen (Hilfe, um sich zu waschen, ins Bett gehen usw.).
- Die versicherte Person ist nicht frei in der Gestaltung des Tagesablaufes und kann ihn nur begrenzt beeinflussen. Auch Institutionen, die keine Tagesbetreuung anbieten oder Wohnformen, bei denen die Bewohnerinnen und Bewohner während des Tages einer Arbeit nachgehen, können als Heim eingestuft werden, sofern die Randzeiten (Morgen und Abend) und allenfalls die Wochenenden einem bestimmten Ablauf folgen für welchen die versicherte Person nicht verantwortlich ist.
- Die versicherte Person eine pauschale Entschädigung für Pflege - oder Betreuungsleistungen entrichten muss:

Bei den meisten Heimen wird normalerweise eine Tagestaxe erhoben. Heimähnliche Institutionen (Aussenwohngruppen, betreutes Wohnen) sehen keine Tagestaxe vor, sondern eine Pauschalentschädigung für das Basis-Angebot an Unterstützungsleistungen. Dazu können die notwendigen Betreuungsstunden oder die über die Vorgaben hinaus gebrauchten Stunden zusätzlich separat abgerechnet werden. Es handelt damit immer um pauschale Entschädigungen.

8005.3 *Wohngemeinschaften ohne Heimstatus* zeichnen sich durch ihre Selbstorganisation und Eigenverantwortung aus. Wird die Wohnung durch eine Trägerschaft zur Verfügung gestellt, welche die Verantwortung für den Betrieb der Wohngemeinschaft übernimmt, liegt keine Selbstorganisation vor. Diesfalls kann nicht mehr von einer selbstständigen und unabhängigen Gruppe ausgegangen werden, die in allen das Zusammenleben betreffenden Fragen eigenverantwortlich entscheidet und autonom über ihre Betreuung und die damit zusammenhängenden Fragen bestimmt.

Kein Heim liegt vor, wenn:

- die versicherte Person ihr benötigtes Leistungspaket bezüglich Pflege und Betreuung (Grundpflege und Behandlungspflege) selbst einkaufen kann; dies ist dann der Fall, wenn sie beispielsweise das leistungserbringende Personal selbst anstellen und entlassen kann oder einen Pflegevertrag mit einer Organisation selber abschliessen bzw. kündigen kann; sie die Wahl zwischen verschiedenen Anbietern hat (Organisationen, Privatpersonen) und auch wählen kann, welche Leistungen sie einkauft und welche nicht
- die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der behinderten Bewohnerinnen und Bewohner soweit wie möglich gewährleistet ist. Die Entscheidungsbefugnis liegt für alle Aspekte der Organisation, Verwaltung und der Wohngemeinschaft in der Eigenverantwortung der betroffenen Bewohner/-innen. Diese regeln, wann und von wem Pflege sowie Betreuung bereitgestellt wird und wie Pflege und Betreuung strukturiert sein sollen. Sie regeln die Nachfolge ausscheidender Personen und

damit, mit wem die Wohnung geteilt wird, wer die Wohnung sauber hält usw.

- die versicherte Person die Wohnverhältnisse selbst wählen (Wohnungsmiete oder Hauskauf, Wahl allfälliger Mitbewohnern) und gestalten kann. Die Möglichkeit, selber die Wohnung einrichten zu können, genügt alleine nicht, um eine kollektive Wohnform nicht als Heim einzustufen.

8005.4 Aussenwohngruppen sind einem Heim gleichgestellt, sofern sie durch das Mutterhaus betreut werden. Auch wenn die Pflegeleistungen in diesen Wohngruppen nicht pauschal sondern nach effektivem Gebrauch entschädigt werden, kann nicht von einer selbstständigen und unabhängigen Gruppe ausgegangen werden, die in allen das Zusammenleben betreffenden Fragen eigenverantwortlich entscheidet und autonom über ihre Betreuung und die damit zusammenhängenden Fragen bestimmt. Es spielt keine Rolle ob sie in der unmittelbaren Nähe des Heims stehen oder weit entfernt.

8005.5 Der Aufenthalt in einer Pflegefamilie ist dem Heimaufenthalt nicht gleichgestellt. Nicht als Pflegefamilien gelten (heilpädagogische) Grossfamilien, die wegen ihrer Struktur, Organisation und Infrastruktur einem Heim gleichgestellt sind.

8006
1/18 Bei Aufenthalten in Institutionen zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen entfällt der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (vgl. Rz 8098 und 8101 ff., Ausnahme Rz 8102).

8007
1/18 Aufgehoben

2. Hilflosigkeit – Definition und Grade

2.1 Definition

Artikel 9 ATSG

Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf.

Artikel 42 Absatz 3 Satz 1 IVG

Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist. ...

Artikel 42^{bis} Absatz 5 IVG

Minderjährige haben keinen Anspruch auf eine Hilfenentschädigung, wenn sie lediglich auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind.

2.2 Hilflosigkeit – drei Grade

2.2.1 Schwere Hilflosigkeit

Artikel 37 Absatz 1 IVV

Die Hilflosigkeit gilt als schwer, wenn die versicherte Person vollständig hilflos ist. Dies ist der Fall, wenn sie in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf.

- 8008 Schwere Hilflosigkeit kann auch im Sonderfall von Rz 8056 vorliegen.

2.2.2 Mittelschwere Hilflosigkeit

Artikel 37 Absatz 2 IVV

Die Hilflosigkeit gilt als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln:

- a. in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;*
- b. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; oder*
- c. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Artikel 38 angewiesen ist.*

8009 Eine Hilflosigkeit mittelschweren Grades nach Buchstabe a liegt praxisgemäss vor, wenn die versicherte Person trotz Abgabe von Hilfsmitteln für mindestens vier Lebensverrichtungen (vgl. Rz 8010) regelmässig in erheblicher Weise der Hilfe Dritter bedarf.

8009.1
1/18 Die in Art. 37 IVV genannten Varianten für die einzelnen Hilflosigkeitsstufen sind abschliessend. Andere Anspruchskombinationen mit Überwachung, lebenspraktischer Begleitung und/oder Sonderfällen führen nicht zu einem höheren Leistungsanspruch. D.h. braucht eine Person aufwendige Pflege (HE leicht) und Überwachung oder lebenspraktische Begleitung (HE leicht) eröffnet dies kein Anspruch auf eine HE mittel. Ausnahme: siehe Rz 8052.1.

2.2.3 Leichte Hilflosigkeit

Artikel 37 Absatz 3 IVV

Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln:

- a. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;*

- b. einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf;*
- c. einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwändigen Pflege bedarf;*
- d. wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann; oder*
- e. dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Artikel 38 angewiesen ist.*

3. Hilflosigkeit – einzelne Elemente

3.1 Alltägliche Lebensverrichtungen

3.1.1 Allgemeines

- 8010 7/20 Die massgebenden alltäglichen Lebensverrichtungen betreffen sechs Bereiche:
- Ankleiden, Auskleiden (inkl. An- und Ablegen allfälliger Hilfsmittel, sofern diese nicht zu Behandlungs- oder Therapiezwecken dienen);
 - Aufstehen, Absitzen, Abliegen (inkl. ins Bett gehen oder das Bett verlassen);
 - Essen (Nahrung ans Bett bringen, Nahrung zerkleinern, Nahrung zum Mund führen, Nahrung pürieren und Sondenernährung);
 - Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen);
 - Verrichten der Notdurft (Ordnen der Kleider, Körperreinigung/Überprüfen der Reinlichkeit, unübliche Art der Verrichtung der Notdurft)
 - Fortbewegung (in der Wohnung, im Freien, Pflege gesellschaftlicher Kontakte)
- 8011 Für die Hilfsbedürftigkeit in einer Lebensverrichtung mit mehreren Teilfunktionen ist nicht verlangt, dass die versicherte Person bei allen oder bei der Mehrzahl dieser Teilfunktionen fremder Hilfe bedarf; vielmehr genügt es, wenn sie bei einer dieser Teilfunktionen regelmässig in erheblicher Weise auf Dritthilfe angewiesen ist (BGE 117 V 146

Erw. 2, zur regelmässigen und erheblichen Hilfe vgl. Rz 8025 f.).

- 8012 Nicht zu den alltäglichen Lebensverrichtungen gehören die mit der Berufsausübung oder mit einem gleichgestellten Aufgabenbereich (Haushalt, Studium, religiöse Gemeinschaft) und die mit der beruflichen Eingliederung verbundenen Tätigkeiten (z. B. Hilfe bei der Überwindung des Arbeitsweges). Der Behinderung in diesen Bereichen wird im Rahmen der Invaliditätsbemessung im Rentenfall Rechnung getragen.
- 8013 Eine blossе Erschwerung oder Verlangsamung bei der Vornahme von Lebensverrichtungen begründet grundsätzlich keine Hilflosigkeit (Urteil des BGer [9C_633/2012](#) vom 8. Januar 2013).

3.1.2 Ankleiden, Auskleiden

(inkl. An- und Ablegen allfälliger Hilfsmittel, sofern diese nicht zu Behandlungs- oder Therapiezwecken dienen)

- 8014
7/20 Eine Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ein unentbehrliches Kleidungsstück oder ein Hilfsmittel nicht selber an- oder ausziehen kann. Hilflosigkeit liegt auch vor, wenn sich die versicherte Person zwar selber ankleiden, aufgrund kognitiver Probleme jedoch der Witterung nicht entsprechend kleiden kann oder wenn sie Vor- und Rückseite der Kleidungsstücke verwechselt.
- 8014.1
7/20 Hilfsmittel, die der medizinischen Behandlung dienen (z. B. Stützstrümpfe, Nachtschienen usw.), sind nicht unter dieser Verrichtung sondern bei der Pflege zu berücksichtigen. Beim An-/Auskleiden dürfen nur Hilfsmittel berücksichtigt werden, die zur Aufrechterhaltung einer alltäglichen Lebensverrichtung dienen (z. B. Orthese oder Prothese für das Gehen). Kann trotz Einsatz eines Hilfsmittels keine Selbstständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen hergestellt werden (z. B. rein kosmetische Funktion oder zur

Kontrakturprophylaxe) oder ist die für die Lebensverrichtung entsprechende Altersstufe nicht erreicht, ist der entsprechende Hilfebedarf unter der Pflege zu berücksichtigen.

Beispiel:

Ein 6 Monate altes Kind braucht eine Orthese, damit die Beine ihre Stellung richtig behalten. Diese Orthese dient (noch) nicht dem Gehen, da die altersentsprechende Hilfe beim freien Gehen erst ab 15. Monaten berücksichtigt werden kann. Der Hilfebedarf, um die Orthese an/abzulegen, muss unter Pflege berücksichtigt werden.

3.1.3 Aufstehen, Absitzen, Abliegen

(inkl. ins Bett gehen oder das Bett verlassen)

- 8015
1/18 Eine Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person ohne Hilfe Dritter nicht aufstehen, absitzen oder abliegen kann. Kann aber die versicherte Person die Transfers selbstständig machen, liegt keine Hilfslosigkeit vor. Bei der Abklärung sind die verschiedenen örtlichen Situationen (z. B. zu Hause, an der Arbeit, anderswo ausser Hause) separat zu beurteilen (Urteil des BGer [9C 839/2009](#) vom 04. Juni 2010.).
- 8016
7/20 Die Hilfe Dritter beim Aufstehen von niedrigen Sitzflächen (auf welche die versicherte Person nicht angewiesen ist), vom Boden oder beim Einsteigen in ein Auto ist nicht erheblich und alltäglich. Damit liegt hier keine regelmässige und erhebliche Hilflosigkeit vor (ZAK 1987 S. 247). Ist hingegen die versicherte Person nicht in der Lage, sich ins Bett zu legen, gilt sie in dieser Lebensverrichtung als hilflos.
- 8016.1
1/21 Verbale Aufforderungen sich hinzusetzen oder aufzustehen, sich ins Bett zu legen oder vom Bett aufzustehen sind nicht erheblich. Die Handlung muss aktiv begleitet werden (ständige Präsenz und Kontrolle).

- 8016.2
1/21 Schlafrituale begründen keine Hilflosigkeit und können nicht im Bereich Aufstehen, Absitzen, Abliegen anerkannt werden, es sei denn, dass das Ausmass deutlich über die übliche Norm an altersentsprechender Betreuung (Zuwendung) hinausgeht. Dies müsste jedoch in bestehenden ärztlichen Berichten klar dokumentiert sein (medizinische Behandlungsmassnahmen wie z. B. Medikamentenabgabe wurden in Betracht gezogen)
Mindestens bis zum 8. Altersjahr ist das Zeitnehmen beim Zubettgehen in Form von Zuwendungen, körperlicher Nähe zwischen Kind und Eltern, Austausch, Liedern, Gebet, Hörspielen usw. altersentsprechend.
- 8016.3
1/21 Unruhiges Schlafverhalten und regelmässiges Aufwachen in der Nacht können nur berücksichtigt werden, wenn die vP dann wieder beruhigt werden muss, jemand bei ihr sein muss, bis sie wieder eingeschlafen ist und dies auch in zeitlicher Hinsicht aufwändig wird. Dies müsste jedoch in bestehenden ärztlichen Berichten klar dokumentiert sein. Diese Hilfe geht über eine blossе Anwesenheit (Rz 8017) hinaus.
- 8017 Das Erfordernis der blossen Anwesenheit einer Drittperson beim Aufstehen in der Nacht ist nur unter dem Gesichtspunkt der persönlichen Überwachung (Rz 8035 ff.) von Bedeutung, nicht aber im Rahmen der Teilfunktion „Aufstehen“ (ZAK 1987 S. 247).

3.1.4 Essen

- 8018
7/20 Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person zwar selber essen, dies jedoch nur auf eine nicht übliche Art und Weise ausführen kann (BGE 106 V 158) (z. B. wenn sie die Speisen nicht zerkleinern oder nur püriert essen oder nur mit den Fingern zum Munde führen kann BGE 121 V 88). Ist die vP nur zum Zerschneiden harter Speisen auf direkte Dritthilfe angewiesen, liegt keine Hilflosigkeit vor, da solche Speisen nicht täglich gegessen werden und deswegen die vP nicht regelmässig und nicht erheblich auf Dritthilfe angewiesen ist (Urteil des BGer [8C 30/2010](#) vom 8. April

2010). Hingegen ist eine Hilflosigkeit gegeben, wenn die vP das Messer überhaupt nicht benutzen kann (also nicht einmal ein Butterbrot streichen kann, Urteil des BGer [9C 346/2010](#) vom 6. August 2010). Diätahrung (z. B. bei Personen mit Diabetes oder Zöliakie) begründet keine Hilflosigkeit.

8018.1
1/18 Bei Einarmigkeit liegt eine Hilflosigkeit vor. Dies gilt auch für die funktionelle Einarmigkeit (gelähmter Arm), sofern der gelähmte Arm auch nicht als Stützarm/-hand (z. B. um eine Teller zu fixieren) eingesetzt werden kann.

8019 Die Notwendigkeit der Begleitung an den Tisch bzw. vom Tisch oder die Notwendigkeit der Hilfe beim Absitzen oder Aufstehen sind unbeachtlich, weil diese schon bei den entsprechenden Lebensverrichtungen (Aufstehen, Absitzen, Abliegen bzw. Fortbewegung) berücksichtigt werden (Urteil des BGer [9C 346/2010](#) vom 6. August 2010). Hingegen liegt Hilflosigkeit vor, wenn aufgrund des Gesundheitszustandes – objektiv betrachtet – eine der drei Hauptmahlzeiten ans Bett gebracht werden muss (Urteil des BGer [9C 346/2010](#) vom 6. August 2010).

3.1.5 Körperpflege

8020
1/18 Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person eine täglich notwendige Verrichtung im Rahmen der Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen) nicht selber ausführen kann. Keine Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person Hilfe beim Frisieren oder bei Nagellackieren braucht (Urteil des BGer [9C_562/2016](#) vom 13. Januar 2017).

3.1.6 Verrichten der Notdurft

8021
7/20 Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person für die Körperreinigung bzw. das Überprüfen der Reinlichkeit, für das Ordnen der Kleider oder für das Absitzen auf die bzw.

das Wiederaufstehen von der Toilette der Hilfe und Begleitung Dritter, bedarf (BGE 121 V 88 Erw. 6). Hilflosigkeit ist ferner bei einer unüblichen Art der Verrichtung der Notdurft gegeben (z. B. Topf ans Bett bringen und entleeren, Urinflasche reichen, mit dem Urinal ausrüsten, regelmässige Hilfe beim Urinieren usw.; AHI-Praxis 1996 S. 170; vgl. Rz 8027). Bei Dauerkatheter/Stoma/Cystofix (Tages-/Nachtbeutel) ist der Bereich nur erfüllt, wenn die versicherte Person den Beutel nicht selber leeren oder wechseln kann. Muss der Versicherte zur Blasenentleerung täglich einen Katheter einsetzen, so stellt dies eine unübliche Art und Weise der Notdurftverrichtung dar, weshalb die Hilflosigkeit dieser Lebensverrichtung erfüllt ist, obwohl es am Erfordernis effektiver Dritthilfe fehlt (Urteil des BGer 8C_674/2007 vom 6. März 2008). Keine Hilflosigkeit besteht, wenn sich eine vP den Stuhl manuell aus dem Enddarm entfernen muss. Diese Art der Verrichtung verstösst auch nicht gegen die Menschenwürde (Urteil des BGer 9C_604/2013 vom 6. Dezember 2013).

- 8021.1
1/15 Die Toilettentüre während der Verrichtung nicht schliessen zu können stellt keine der Teilfunktionen der Tätigkeit "Verrichtung der Notdurft" dar (Urteil des BGer [9C_633/2012](#) vom 8. Januar 2013, E. 4.2.2), zumindest nicht im privaten Bereich. Wird keine regelmässige Hilfe benötigt und kann die Notdurft insgesamt noch in einer Weise verrichtet werden, die nicht als die Menschenwürde verletzend bezeichnet werden kann, dann liegt keine Hilflosigkeit vor (Urteil des BGer [9C_604/2013](#) vom 6. Dezember 2013).

3.1.7 Fortbewegung (im oder ausser Haus), Pflege gesellschaftlicher Kontakte

- 8022 Hilflosigkeit liegt vor, wenn sich die versicherte Person auch mit einem Hilfsmittel nicht mehr allein im oder ausser Haus fortbewegen oder wenn sie keine gesellschaftlichen Kontakte pflegen kann.

- 8023 Unter gesellschaftlichen Kontakten sind die zwischenmenschlichen Beziehungen zu verstehen, wie sie der Alltag mit sich bringt (z. B. Lesen, Schreiben, Besuch von Konzerten, von politischen oder religiösen Anlässen usw.; ZAK 1982 S. 123 und 131).
- 8024 Das Erfordernis der Hilfe bei der Kontaktpflege, um der Gefahr einer dauernden Isolation vorzubeugen (insbesondere bei psychisch behinderten Personen), ist nur unter dem Titel „lebenspraktische Begleitung“ (Rz 8040 ff.) zu berücksichtigen, nicht aber im Rahmen der Teilfunktion „Pflege gesellschaftlicher Kontakte“ (Rz 8048).

3.2 Hilfe von Drittpersonen

3.2.1 Regelmässige und erhebliche Hilfe

- 8025
1/18 Die Hilfe ist *regelmässig*, wenn sie die versicherte Person täglich benötigt oder eventuell täglich nötig hat (Urteil des BGer 9C_562/2016 vom 13. Januar 2017). Dies ist z. B. auch gegeben bei Anfällen, die zuweilen nur alle zwei bis drei Tage, jedoch unvermittelt und oft auch täglich oder täglich mehrmals erfolgen (ZAK 1986 S. 484).
- 8026 Die Hilfe ist *erheblich*, wenn die versicherte Person mindestens eine Teilfunktion einer einzelnen Lebensverrichtung (z. B. „Waschen“ bei der Lebensverrichtung „Körperpflege“ [BGE 107 V 136])
- nicht mehr, nur mit unzumutbarem Aufwand oder nur auf unübliche Art und Weise (BGE 106 V 153) selbst ausüben kann oder wegen ihres psychischen Zustandes ohne besondere Aufforderung nicht vornehmen würde;
 - selbst mit Hilfe von Drittpersonen nicht erfüllen kann, weil sie für sie keinen Sinn hat (z. B. ist die Pflege gesellschaftlicher Kontakte wegen schwerster Hirnschädigungen und rein vegetativen Lebenserscheinungen mit vollständiger Bettlägerigkeit nicht möglich [BGE 117 V 146]).

- 8026.1
7/20 Nicht erheblich sind verbale Hinweise und Erinnerungen zur selbstständigen Erledigung der Verrichtung. Diese erfüllen den Grundsatz der Erheblichkeit einer indirekten Hilfe nicht (vgl. Rz. [8029.1](#)).
- 8027 Teilfunktionen einer Lebensverrichtung, für welche die versicherte Person unter Umständen bei mehreren Verrichtungen die Hilfe Dritter benötigt, dürfen nur einmal berücksichtigt werden (9C_839/2009). Eine Ausnahme davon macht die Rechtsprechung zur Notdurftverrichtung. Danach gehören zu den Teilfunktionen dieser Lebensverrichtung auch das Ordnen der Kleider (BGE 121 V 88), die Begleitung (Gang) zur Toilette sowie die dortige Hilfe beim Absitzen und Aufstehen (H 150/03).

3.2.2 Direkte und indirekte Hilfe

- 8028 *Direkte Hilfe* von Drittpersonen liegt vor, wenn die versicherte Person die alltäglichen Lebensverrichtungen nicht oder nur teilweise selbst ausführen kann.
- 8029 *Indirekte Hilfe* von Drittpersonen ist gegeben, wenn die versicherte Person die alltäglichen Lebensverrichtungen zwar funktionsmässig selbst ausführen kann, dies aber nicht, nur unvollständig oder zu Unzeiten tun würde, wenn sie sich selbst überlassen wäre (BGE 133 V 450).
- 8029.1
7/20 Indirekte Hilfe muss eine gewisse Intensität umfassen, eine einfache Anordnung oder ein einfacher Hinweis reichen nicht aus (vgl. Rz. [8026.1](#)). So reicht es beispielsweise nicht, einer versicherten Person mehrmals zu sagen, sie solle duschen. Neben der Wiederholung der Aufforderung, muss mindestens die Handlung während der Ausführung überwacht werden und im Bedarfsfall muss eingegriffen werden können.
- 8030 Die indirekte Hilfe, die zur Hauptsache psychisch und geistig Behinderte betrifft, setzt voraus, dass die Drittperson regelmässig anwesend ist und die versicherte Person insbe-

sondere bei der Ausführung der in Frage stehenden Verrichtungen persönlich überwacht, sie zum Handeln anhält oder von schädigenden Handlungen abhält und ihr nach Bedarf hilft. Sie ist jedoch zu unterscheiden von der Hilfe bei der Bewältigung des Alltags (lebenspraktische Begleitung, Rz 8040 ff.).

- 8031 Eine indirekte Dritthilfe kann aber auch bei körperlich Behinderten erforderlich sein. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person die alltäglichen Lebensverrichtungen funktionsmässig zwar selber vornehmen kann, bei diesen Verrichtungen jedoch persönlich – und nicht nur allgemein – überwacht werden muss (z. B. wegen Erstickungsgefahr beim Essen, Ertrinkungsgefahr beim Baden, sturzbedingter Verletzungsgefahr beim Duschen oder bei der Fortbewegung; I 402/03).

3.3 Dauernde Pflege (medizinische oder pflegerische Hilfeleistung)

- 8032
1/17 Die Pflege bezieht sich nicht auf die alltäglichen Lebensverrichtungen, sondern beinhaltet medizinische oder pflegerische Hilfeleistungen, welche infolge des physischen oder psychischen Zustandes der vP notwendig sind und ärztlich verordnet wurden. Die dauernde Pflege bzw. die medizinische oder pflegerische Hilfeleistung beinhaltet z. B. das tägliche Verabreichen von Medikamenten oder das Anlegen einer Bandage (BGE 107 V 136). Die Begleitung zum Arzt oder zur Therapie kann dagegen nicht zur Pflege gezählt werden.
- 8033 Die Hilfeleistung muss während längerer Zeit erbracht werden und nicht nur vorübergehend wie z. B. bei einer interkurrenten Krankheit.
- 8033.1
7/20 Das Vorbereiten von Medikamenten (z. B. Medikamentenbox) allein reicht nicht aus, um den Hilfebedarf im Bereich der dauernden Pflege anzuerkennen. Der Hilfebedarf ist

erst zu bejahen, wenn die vP bei der Einnahme von Medikamenten direkte oder indirekte Hilfe benötigt (Einnahme 1:1 überwachen bzw. dazu anleiten).

8034 Aufgehoben
1/18

3.4 Dauernde persönliche Überwachung

8035 Der Begriff der dauernden persönlichen Überwachung bezieht sich nicht auf die alltäglichen Lebensverrichtungen. Hilfeleistungen, die bereits als direkte oder indirekte Hilfe in einem Bereich der alltäglichen Lebensverrichtung Berücksichtigung gefunden haben, können bei der Beurteilung der Überwachungsbedürftigkeit nicht nochmals ins Gewicht fallen. Vielmehr ist darunter eine Hilfeleistung zu verstehen, welche infolge des physischen, psychischen und/oder geistigen Gesundheitszustandes der versicherten Person notwendig ist. Eine solche persönliche Überwachung ist beispielsweise dann erforderlich, wenn eine versicherte Person wegen geistiger Absenzen nicht während des ganzen Tages allein gelassen werden kann (ZAK 1986 S. 486 E. 1a mit Hinweisen) oder wenn eine Drittperson mit kleineren Unterbrüchen bei der versicherten Person anwesend sein muss, da sie nicht allein gelassen werden kann (ZAK 1989 S. 174 Erw. 3.b, 1980 S. 68 Erw. 4.b; vgl. Rz 8020). Um als anspruchrelevant zu gelten, muss die persönliche Überwachung ein gewisses Mass an Intensität aufweisen. Dazu genügt es nicht, dass die versicherten Personen in einer speziellen Institution untergebracht ist und unter derer generellen Aufsicht steht. Ob dauernde Hilfe oder persönliche Überwachung nötig sind, ist objektiv, nach dem Zustand der versicherten Person zu beurteilen (9C_608/2007). Grundsätzlich unerheblich ist die Umgebung, in welcher sich die versicherte Person aufhält. Es darf für die Bemessung der Hilflosigkeit keinen Unterschied machen, ob die versicherte Person in der Familie, privat oder in einem Pflegeheim lebt.

Eine Überwachungsbedürftigkeit darf angenommen werden, wenn die versicherte Person ohne Überwachung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sich selbst oder Drittpersonen gefährden würde.

8035.1 Für Stürze und den damit verbundenen Hilfebedarf beim Wiederaufstehen kann bloss ein Bedarf an allgemeiner Aufsicht anerkannt werden, der nicht mit einer dauernden persönlichen Überwachung gleichgesetzt werden kann (Urteil des BGer 9C_567/2019 vom 23. Dezember 2019).

8036 Erforderlich ist zudem, dass die Überwachung über eine längere Zeitdauer – im Gegensatz zu „vorübergehend“, wie z. B. infolge einer interkurrenten Krankheit – notwendig ist.

8037 Bei der schweren Hilflosigkeit ist der dauernden persönlichen Überwachung ein nur minimales Gewicht beizumessen, da dort gleichzeitig vorausgesetzt wird, dass die versicherte Person in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig auf die Hilfe Dritter angewiesen ist (BGE 106 V 153). Ein grösseres Gewicht ist der dauernden persönlichen Überwachung hingegen bei der mittelschweren und leichten Hilflosigkeit beizumessen, weil die Voraussetzungen der Dritthilfe bei Vornahme der Lebensverrichtungen bei der mittelschweren Hilflosigkeit (Art. 37 Abs. 2 lit. b IVV) weit weniger umfassend bzw. bei der leichten Hilflosigkeit (Art. 37 Abs. 3 lit. b IVV) überhaupt nicht gefordert sind (BGE 107 V 145).

8038 Bei einer bloss kollektiv ausgeübten Aufsicht, wie dies beispielsweise in einem Wohn-, Alters- oder Pflegeheim der Fall ist, liegt in der Regel keine persönliche Überwachungsbedürftigkeit vor (ZAK 1986 S. 484, 1970 S. 301). Braucht jedoch ein Wohn-, Alters- oder Pflegeheimbewohner dauernd eine individuelle Überwachung, muss diese berücksichtigt werden.

Eine Überwachungsbedürftigkeit kann jedoch auch vorliegen, wenn sich eine auf entsprechende Krankheitsbilder spezialisierte Klinik zur Überwachung besonderer Techniken bedient (I 373/92, Erw. 3b/cc; 9C_608/2007).

8039 Aufgehoben
1/18

3.5 Lebenspraktische Begleitung

3.5.1 Allgemeines

Artikel 37 Absatz 3 Buchstabe e IVV

Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist.

Artikel 38 Absätze 1 und 2 IVV

¹ Ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung im Sinne von Artikel 42 Absatz 2 IVG liegt vor, wenn eine volljährige versicherte Person ausserhalb eines Heimes lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit:

- a. ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbstständig wohnen kann;*
- b. für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist; oder*
- c. ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren.*

² Ist lediglich die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit gleichzeitig ein Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente bestehen.

8040 Die lebenspraktische Begleitung beinhaltet weder die (direkte oder indirekte) Dritthilfe bei den sechs alltäglichen Lebensverrichtungen noch die Pflege noch die Überwachung. Sie stellt vielmehr ein zusätzliches und eigenständiges Institut der Hilfe dar (BGE 133 V 450).
1/18 Ziel der lebenspraktischen Begleitung ist, zu verhindern, dass Personen schwer verwahrlosen und/oder in ein Heim oder eine Klinik (zu den Begriffen vgl. Rz 8005ff. und 8109) eingewiesen werden müssen. Die zu berücksichtigten Hilfeleistungen müssen dieses Ziel verfolgen.

Damit sind die minimalen Anforderungen gemeint, die notwendig sind, um selbständig zu leben und einer Heimeinweisung vorzubeugen. Lebenspraktische Begleitung besteht nur dann, wenn eine Person unter Berücksichtigung der Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht nicht fähig ist, ihre Grundversorgung sicherzustellen. Darunter ist zu verstehen: Nahrung, Körperpflege, angemessenen Kleidung, minimale Anforderungen an die Wohnungspflege usw. Wenn diese Versorgung nicht gewährleistet ist, wäre eine Heimeinweisung unumgänglich.

Die Dritthilfe muss der versicherten Person das selbstständige Wohnen ermöglichen. Die Tatsache, dass gewisse Tätigkeiten langsamer oder nur mit Schwierigkeiten oder nur in gewissen Momenten erledigt werden, bedeutet nicht, dass die Person ohne die nötige Hilfe für diese Aufgaben in ein Heim eingewiesen werden muss; dieser Hilfebedarf ist somit nicht zu berücksichtigen. Eine Person, die im Haushalt (Putzen, Wäsche und Mahlzeiten) während mehreren Jahren in erheblichem Masse von ihrem Partner oder einem Familienmitglied (Mutter oder Geschwister usw.) unterstützt worden ist, erfüllt bei Wegfall dieser Unterstützung nicht automatisch die Anspruchsvoraussetzung für lebenspraktische Begleitung (Urteil des BGer 9C_346/2013 vom 22. Januar 2014).

- 8040.1
1/14 Ist eine versicherte Person dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, so gilt sie als leicht hilflos, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
- 8041 – Die versicherte Person hat das *18. Altersjahr vollendet*. Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung aufgrund lebenspraktischer Begleitung kann somit frühestens am ersten Tag des der Vollendung des 18. Altersjahres folgenden Monats entstehen.
- 8042 – Die versicherte Person ist *in ihrer Gesundheit beeinträchtigt*. Der Anspruch ist nicht auf Menschen mit Beeinträchtigungen der psychischen oder geistigen Gesundheit beschränkt. Es ist durchaus möglich, dass auch an-

dere Behinderte einen Bedarf an lebenspraktischer Begleitung geltend machen können (BGE 133 V 450; I 661/05; 9C_28/2008).

- 8043 – Die versicherte Person *wohnt nicht in einem Heim* (Rz 8005 ff. und 8007).
- 8044 – Es liegt einer der *drei möglichen Anwendungsfälle* vor (Rz 8049 ff.).
- 8045 – Die lebenspraktische Begleitung ist *regelmässig und dauernd* notwendig (Rz 8053 und 8095 ff.).
- 8046 – Ist die versicherte Person ausschliesslich in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt, so muss sie *Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente* haben (d. h. Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent); der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung aufgrund lebenspraktischer Begleitung kann diesfalls somit erst ab Beginn des Anspruchs auf eine IV-Rente entstehen.
- 8047 Nicht erforderlich ist, dass die lebenspraktische Begleitung durch fachlich qualifiziertes oder speziell geschultes Betreuungspersonal erbracht wird.
- 8047.1 Aufgehoben
1/14
- 8047.2 Aufgehoben
1/14
- 8047.3 Ausserdem spielt es keine Rolle, ob eine versicherte Person die lebenspraktische Begleitung tatsächlich in Anspruch nimmt oder nicht.
7/20
- 8048 Sofern zusätzlich zur lebenspraktischen Begleitung auch die Hilfe bei der Teilfunktion einer alltäglichen Lebensverrichtung benötigt wird (z. B. Hilfe bei der Pflege gesellschaftlicher Kontakte), darf die gleiche Hilfeleistung nur
3/16

einmal – d. h. entweder als Hilfe bei der Teilfunktion der alltäglichen Lebensverrichtung oder als lebenspraktische Begleitung – berücksichtigt werden (Rz 8024, 9C_691/2014).

3.5.2 Anwendungsfälle

Artikel 38 Absatz 3 Satz 1 IVV

Zu berücksichtigen ist nur diejenige lebenspraktische Begleitung, die ... im Zusammenhang mit den in Absatz 1 erwähnten Situationen erforderlich ist.

- 8049 Ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung im Sinne des Gesetzes liegt vor, wenn die versicherte Person
- entweder ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbstständig wohnen kann oder
 - für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist oder
 - ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren.
- Diese Aufzählung ist abschliessend.

3.5.2.1 Begleitung zur Ermöglichung des selbstständigen Wohnens

- 8050
1/18
- Die lebenspraktische Begleitung ist notwendig, damit der Alltag selbstständig bewältigt werden kann. Sie liegt vor, wenn die betroffene Person auf Hilfe bei mindestens einer der folgenden Tätigkeiten angewiesen ist:
- Hilfe bei der Tagesstrukturierung;
 - Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagssituationen (z. B. Fragen der Gesundheit, Ernährung und Hygiene, einfache administrative Tätigkeiten, etc.);
 - Haushaltsführung.

Die Hilfe bei der Tagesstrukturierung enthält beispielweise die Aufforderung aufzustehen, Hilfe beim Festlegen und Einhalten von fixen Mahlzeiten, einen Tag- und Nachtrhythmus zu beachten, einer Aktivität nachzugehen etc.

Die Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagssituationen beinhaltet ebenfalls Anleitungen, Aufforderungen usw. Im Bereich Hygiene wird die vP zum Beispiel daran erinnert, sie solle sich duschen. Braucht die vP allerdings direkte Hilfe beim Duschen, soll dies unter der ATL „Körperpflege“ berücksichtigt werden und nicht bei der lebenspraktischen Begleitung.

Zum Haushalt gehören Leistungen wie Wohnung putzen und aufräumen, Wäsche erledigen, Mahlzeiten vorbereiten usw. Die erforderlichen Hilfeleistungen sind aber unter dem Gesichtspunkt einer Verwahrlosung zu evaluieren. Es muss also immer geprüft werden, ob die vP ohne die entsprechende Hilfe in ein Heim eingewiesen werden müsste (s. Rz 8040). Kann eine versicherte Person beispielsweise nicht bügeln, muss sie trotzdem nicht in ein Heim. Deswegen können solche Hilfeleistungen nicht als lebenspraktische Begleitung anerkannt werden.

- 8050.1
1/18
- Aufgehoben

- 8050.2
1/14 Im Rahmen der lebenspraktischen Begleitung nach Art. 38 Abs. 1 lit. a IVV kann neben der indirekten auch die direkte Dritthilfe berücksichtigt werden. Demnach kann die Begleitperson die notwendigerweise anfallenden Tätigkeiten auch selber ausführen, wenn die versicherte Person dazu gesundheitsbedingt trotz Anleitung oder Überwachung/ Kontrolle nicht in der Lage ist (BGE 133 V 450, I 661/05).
- 8050.3
1/18 Eine lebenspraktische Begleitung kommt jenen Versicherten zu, welche aus gesundheitlichen Gründen nur mit einer Begleitung durch eine Drittperson selbständig Wohnen können (Urteil des BGer 9C_28/2008 vom 21. Juli 2008).

Die Summe aller notwendigen Hilfeleistungen, unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht, muss dazu führen, dass mit Ausbleiben der Dritthilfe-Unterstützung ein Heimeintritt zwingendermassen die Folge wäre (s. Rz 8040).

Dabei muss die Schadenminderungspflicht berücksichtigt werden: Zum Beispiel sind auch Kurse und Therapien zu berücksichtigen, die die Erledigung der Haushaltsarbeiten mit Hilfe geeigneter Hilfsmittel lehren (Urteil des BGer 9C_410/2009 vom 1. April 2010). Es ist insbesondere auch die Mithilfe der Familienangehörigen zu berücksichtigen (s. auch Rz 8085), vor allem bei Haushaltführung. Dabei stellt sich die Frage, wie sich eine vernünftige Familiengemeinschaft einstellen würde, wenn keine Versicherungsleistungen zu erwarten wären (BGE 133 V 504, I 228/06). Diese Mithilfe geht weiter als die ohne Gesundheitsschaden üblicherweise zu erwartende Unterstützung. Lebt die versicherte Person mit Angehörigen im gleichen Haushalt, kann von diesen Hilfe im Haushalt verlangt werden. Zudem ist auch Kindern eine Mithilfe im Haushalt zuzumuten, was jedoch unter Berücksichtigung des jeweiligen Alters zu erfolgen hat.

3.5.2.2 Begleitung bei ausserhäuslichen Verrichtungen

8051
1/18 Die lebenspraktische Begleitung ist notwendig, damit die versicherte Person in der Lage ist, das Haus für bestimmte notwendige Verrichtungen und Kontakte zu verlassen (Einkaufen, Freizeitaktivitäten, Kontakte mit Arbeitsstellen oder Medizinalpersonen, Coiffeurbesuch etc.; Urteil des BGer 9C_28/2008 vom 21. Juli 2008). Bei reiner oder überwiegend funktionalen Einschränkungen ist die Hilfe im Bereich der Fortbewegung anzurechnen.

3.5.2.3 Begleitung zur Vermeidung dauernder Isolation

8052
1/18 Die lebenspraktische Begleitung ist notwendig, um der Gefahr vorzubeugen, dass sich die versicherte Person dauernd von sozialen Kontakten isoliert und sich dadurch ihr Gesundheitszustand erheblich verschlechtert. Die rein hypothetische Gefahr einer Isolation von der Aussenwelt genügt nicht; vielmehr müssen sich die Isolation und die damit verbundene Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei der versicherten Person bereits manifestiert haben (Urteil des BGer 9C_543/2007 vom 28. April 2008). Die notwendige lebenspraktische Begleitung besteht in beratenden Gesprächen und der Motivation zur Kontaktaufnahme (z. B. Mitnehmen zu Anlässen).

8052.1
1/14 Wird im Rahmen des Sonderfalls gemäss Art. 37 Abs. 3 Bst d IVV eine Hilflösenentschädigung leichten Grades zugesprochen, kann zusätzlich keine Begleitung zur Vermeidung dauernder Isolation anerkannt werden (analog zu Rz 8048). Eine allfällige lebenspraktische Begleitung zur Ermöglichung des selbstständigen Wohnens ist aber möglich und muss gegebenenfalls abgeklärt werden (I 317/06).

8052.2
1/14 Besteht eine partnerschaftliche Beziehung, ein Arbeitsverhältnis (auch in einer Werkstätte) oder wird eine Tagesstruktur besucht, ist die Isolation nicht gegeben.

3.5.3 Regelmässige lebenspraktische Begleitung

Artikel 38 Absatz 3 Satz 1 IVV

Zu berücksichtigen ist nur diejenige lebenspraktische Begleitung, die regelmässig ... ist.

- 8053 Die lebenspraktische Begleitung ist *regelmässig*, wenn sie über eine Periode von drei Monaten gerechnet im Durchschnitt mindestens 2 Stunden pro Woche benötigt wird (BGE 133 V 450).

3.5.4 Abgrenzung der lebenspraktischen Begleitung von beistandschaftlichen Massnahmen

- 8054
1/14 Nicht als lebenspraktische Begleitung gilt die Hilfe, die im Rahmen eines Vorsorgeauftrages erbracht wird oder durch einen Beistand im Rahmen seiner erwachsenenschutzrechtlichen Pflichten (Personensorge, Vermögensverwaltung, Vertretung bei Rechtsangelegenheiten). Diese Hilfe muss im Pflichtenheft des Beistandes festgehalten und finanziell entschädigt werden.

- 8054.1
1/14 Wird die Hilfe im Rahmen eines Vorsorgeauftrages unentgeltlich von den Eltern erbracht, kann sie für die lebenspraktische Begleitung berücksichtigt werden.

3.5.5 Mischform: Hilflosigkeit bei den alltäglichen Lebensverrichtungen und Bedarf an lebenspraktischer Begleitung

Artikel 37 Absatz 2 Buchstabe c IVV

Die Hilflosigkeit gilt als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln

c. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Artikel 38 angewiesen ist.

- 8055 Denkbar sind Situationen, in denen eine versicherte Person nicht nur Hilfe bei den alltäglichen Lebensverrichtungen, sondern auch lebenspraktische Begleitung benötigt. Auch in solchen Situationen müssen sämtliche Voraussetzungen der lebenspraktischen Begleitung gegeben sein (Rz 8040 ff.). Nicht zulässig ist jedoch die doppelte Berücksichtigung der gleichen Hilfeleistung (Rz 8048).

4. Sonderfälle von Hilflosigkeit

4.1 Sonderfall von schwerer Hilflosigkeit

- 8056
3/16 Taubblinde und Taube mit hochgradiger Sehschwäche (Rz 8065 und 8065.1) gelten als schwer hilflos. Hinsichtlich des Hilflosigkeitsgrades sind deshalb keine Abklärungen vorzunehmen. Taubblinde Kinder und taube Kinder mit hochgradiger Sehschwäche können die Hilflosenentschädigung schweren Grades frühestens ab 5. Altersjahr erhalten. Sie können aber gegebenenfalls die Hilflosenentschädigung leichten Grades schon früher erhalten (vgl. Rz 8067).
- 8056.1
1/18 Unter *Taubheit* versteht man einen Hörverlustgrad auf dem Sprachaudiogramm von 100% bzw. eine Hörschwelle von 120 dB und mehr (Empfehlung 02, www.biap.org). Eine an *Taubheit* grenzende *Schwerhörigkeit* ist ab einer korrigierten Hörschwelle von 90dB im Frequenzbereich 500 bis 4000 Hz anzunehmen (vgl. Martin Kompis: *Audiologie*, 2016). Kombiniert sich die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit einer hochgradigen Sehschwäche oder Blindheit, begründet dies mindestens eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades (Urteil des BGer 8C_863/2011 vom 20. September 2011).

4.2 Sonderfälle von leichter Hilflosigkeit

4.2.1 Besonders aufwendige Pflege

Artikel 37 Absatz 3 Buchstabe c IVV

Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf.

- 8057
7/20 Eine Pflege (zur Definition der Pflege siehe Rz 8032 ff.) kann aus verschiedenen Gründen als aufwendig qualifiziert werden. Aus quantitativer Sicht gilt die Pflege als aufwendig, wenn sie einen grossen Zeitaufwand erfordert. In qualitativer Hinsicht kann sie es sein, wenn die pflegerischen Verrichtungen unter erschwerenden Umständen zu erfolgen haben, so etwa, weil sich die Pflege besonders mühsam gestaltet oder die Hilfeleistung zu aussergewöhnlicher Zeit zu erbringen ist.
- 8058
1/18 Es ist darauf zu achten, dass sich die Intensität der Hilfeleistungen, die im Rahmen der Tatbestände von Art. 37 Abs. 3 lit. a–e IVV verlangt wird, in einem gewissen Gleichmass hält. Ein täglicher Pflegeaufwand von mehr als 2 Stunden ist sicher dann als besonders aufwendige Pflege zu qualifizieren, wenn erschwerende qualitative Momente mit zu berücksichtigen sind (Urteil des BGer I 314/92 und I 142/86). Bei einem täglichen Pflegeaufwand von mehr als 3 Stunden kann eine Pflege als aufwendig qualifiziert werden, wenn mindestens ein qualitatives Moment (z. B. pflegerische Hilfeleistung in der Nacht) hinzukommt. Ab einem täglichen Pflegeaufwand von 4 Stunden bedarf es kein weiteres qualitatives Moment. Beispiele von erschwerenden qualitativen Momente sind hochgradige Spastik, überaus empfindliche Hautpflege z. B. bei Epidermolysis bullosa, pflegerische Hilfeleistung in der Nacht (22.00-06.00 Uhr). Für die Festlegung des Pflegeaufwandes sind allfällige Kinderspitex-Leistungen nach Art. 13 IVG in Abzug zu bringen.

Beispiel:

Ein Kind braucht verschiedene pflegerische Massnahmen. Der Aufwand beläuft sich auf durchschnittlich 4 Stunden pro Tag. Einige von diesen Massnahmen finden in der Nacht statt. Die Kinderspitex kommt jeden Tag für 1 ½ Stunden. Das Kind hat keinen Anspruch auf eine HE leicht wegen aufwendiger Pflege, da der durchschnittliche Mehraufwand bei 2 ½ Stunden liegt und lediglich ein erschwerendes qualitatives Moment vorliegt.

- 8058.1
1/17 Als besonders aufwendige Pflege können z. B. komplexe Hautpflege bei Epidermolysis bullosa, Atemtherapie und Inhalationen, Bewegungsübungen (wenn ärztlich verordnet) berücksichtigt werden. Wenn der Hilfebedarf eine alltägliche Lebensverrichtung betrifft, muss der Mehraufwand dort berücksichtigt werden und nicht bei der aufwändigen Pflege.

Beispiel 1:

Bei der Sondenernährung ist die Lebensverrichtung Essen betroffen, ein allfälliger Mehraufwand für den Ernährungsablauf muss also dort berücksichtigt werden. Die Sondenpflege kann hingegen als Pflege anerkannt werden.

Beispiel 2:

Das Katheterisieren ist eine unübliche Art der Verrichtung der Notdurft und deshalb ist die entsprechende alltägliche Lebensverrichtung erfüllt. Der Mehraufwand des Katheterisierens (Wasser lösen) ist als Verrichtung im Bereich anzurechnen; die sterile Vor- und Nachbereitung bei der Behandlungspflege. Die Pflege eines Stomas (desinfizieren, salben, verbinden) ist ebenso unter der Pflege zu subsumieren, die allfällige notwendige Hilfe beim Wechsel des Stomasäcklis hingegen bei der alltäglichen Lebensverrichtung Notdurft zu berücksichtigen.

Beispiel 3:

Die Notwendigkeit von vermehrtem Wickeln (z. B. Mukoviszidose) ist als Mehraufwand unter der alltäglichen Lebensverrichtung Notdurft und nicht unter der Pflege zu berücksichtigen.

- 8059
1/18
- Soweit die Erfüllung der Voraussetzungen aus den Akten nicht eindeutig hervorgeht (d. h. ob wirklich mindestens 2 Stunden und erschwerende qualitative Momente oder mindestens 4 Stunden Pflegeaufwand ausgewiesen sind), muss eine Abklärung vor Ort erfolgen. Eine leichte Hilflosigkeit kann auch bei Versicherten, die an Mukoviszidose leiden (Urteil des BGer 9C_384/2013 vom 10. Oktober 2013) oder Heimdialysen durchführen müssen, nicht ohne weiteres angenommen werden
- 8060
- Bei *Mukoviszidose (zystische Fibrose)*: Als Pflege gelten nur Behandlungsmassnahmen, die nicht von medizinischem Hilfspersonal durchgeführt werden. Die Abgabe von Hilfsmitteln zulasten der IV (z. B. Klopfapparat oder PEP-Maske) schliesst den Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung aus. Für Minderjährige gelten besondere Regeln (Rz 8063).
- 8061
- Bei *Heimdialyse*: Vorausgesetzt ist, dass die Dialyse bei der versicherten Person zu Hause durchgeführt wird. Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht nach Ablauf eines Jahres seit Beginn der Heimdialyse (Installation der Dialyseapparatur in der Wohnung der versicherten Person), sofern nach den ärztlichen Angaben anzunehmen ist, dass sie voraussichtlich auch weiterhin durchgeführt wird. Für Minderjährige gelten besondere Regeln (Rz 8063).
- 8062
- Die Durchführung einer Peritonealdialyse begründet grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, weil der Aufwand dafür bedeutend geringer ist als bei einer Heimdialyse. Es ist jedoch – wie bei allen Sonderfällen – immer auch zu prüfen, ob ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung nicht bereits nach den allgemeinen Voraussetzungen gegeben ist.

- 8063
1/14 Kinder, welche an *Mukoviszidose (zystische Fibrose)* leiden oder sich einer *Heim- oder Peritonealdialyse* unterziehen, können bis zum vollendeten 15. Altersjahr Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung haben, auch wenn ein Hilfsmittel abgegeben worden ist, weil sie für die Benützung des Hilfsmittels in der Regel die Hilfe von Drittpersonen benötigen (Art. 37 Abs. 3 lit. c IVV; ZAK 1988 S. 392). Auch in diesen Fällen ist bei unklaren Situationen eine Abklärung durchzuführen.

4.2.2 Pflege gesellschaftlicher Kontakte

Artikel 37 Absatz 3 Buchstabe d IVV

Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann.

- 8064 Diese Voraussetzungen gelten als erfüllt
- bei Blinden und hochgradig Sehschwachen (Rz 8065, frühestens ab dem 5. Altersjahr);
 - bei schwer hörgeschädigten Kindern, die für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt eine erhebliche Hilfe von Drittpersonen benötigen (Rz 8067);
 - bei *Körperbehinderten*, die sich in einer weiteren Umgebung der Wohnung wegen ihrer schweren körperlichen Behinderung trotz Benützung eines Rollstuhls nicht ohne Dritthilfe fortbewegen können, frühestens ab dem 5. Altersjahr.
- 8065 *Blinde und hochgradig Sehschwache* (ZAK 1982 S. 264): Eine hochgradige Sehschwäche ist anzunehmen, wenn ein korrigierter Fernvisus von beidseitig weniger als 0,2 oder wenn beidseitig eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf 10 Grad Abstand vom Zentrum (20 Grad horizontaler Durchmesser) vorliegt (Gesichtsfeldmessung: Goldmann-Perimeter Marke III/4). Bestehen gleichzeitig eine Verminderung der Sehschärfe und eine Gesichtsfeldeinschränkung, ohne dass aber die Grenzwerte erreicht werden, so

ist eine hochgradige Sehschwäche anzunehmen, wenn sie die gleichen Auswirkungen wie eine Visusverminderung oder Gesichtsfeldeinschränkung vom erwähnten Ausmass haben (ZAK 1982 S. 264). Dies gilt auch bei anderen Beeinträchtigungen des Gesichtsfeldes (z. B. sektor- oder sichelförmige Ausfälle, Hemianopsien, Zentralskotome).

Beispiel:

Ein Versicherter verfügt am linken Auge über einen korrigierten Fernvisus von 0,6, am rechten Auge über einen solchen von 0,3. Zudem ist sein Gesichtsfeld röhrenförmig mit einer Einschränkung auf 15 Grad Abstand vom Zentrum. Weil diese beiden Behinderungen zusammen mindestens eine gleich grosse Hilfe von Drittpersonen zur Pflege gesellschaftlicher Kontakte erfordern wie eine Visusverminderung unter 0,2, besteht Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung wegen einer Hilflosigkeit leichten Grades.

- 8065.1
7/20 *Schwere Hörschädigung: Eine schwere Hörschädigung* (hochgradige Schwerhörigkeit, höchstgradige Schwerhörigkeit, an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit und Taubheit) ist bei Kinder ab einem Hörverlustgrad von 60% (nach Feldmann 2001, Probst 2004) bzw. ab einer Hörschwelle von 55 dB im Frequenzbereich 500 bis 4000 Hz anzunehmen (vgl. Martin Kompis: *Audiologie*, 2016).
- 8066
1/14 Bei *erwachsenen schwerhörigen Personen* sind die Voraussetzungen nicht grundsätzlich erfüllt. Die Bedingungen müssen im Einzelfall abgeklärt werden (BGE I 114/98).
- 8067
7/20 *Kinder mit schwerer Hörschädigung* gemäss Rz 8065.1 haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades, wenn
- sie taub sind (vgl. Rz 8056.1);
 - keine Hilfsmittelversorgung erfolgt (unmöglich oder vom Kind nicht gewünscht);
 - trotz Hilfsmittel kein genügendes Sprachverständnis erreicht wird, oder wenn

- sie für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt erhebliche Hilfe von Drittpersonen benötigen ([AHI-Praxis 1998](#) S. 205).

Anhang VIII Graphik 1 zeigt, in welchen Fällen eine Hilflosenentschädigung leichten Grades gewährt werden kann.

- 8067.1
7/20
- Der Anspruch wird bejaht, wenn regelmässige und erhebliche Dienstleistungen der Eltern oder Dritter notwendig sind, damit das betreffende Kind gesellschaftliche Kontakte pflegen kann. Darunter fallen alle Aufwendungen, welche zum Ziel haben, die Kommunikationsfähigkeit des behinderten Kindes zu fördern (z. B. schulische und pädagogisch-therapeutische Massnahmen wie Anwenden der erlernten und von Spezialisten empfohlenen Übungen zu Hause, invaliditätsbedingt notwendige Hilfe beim Schreibenlernen, Spracherwerb, Lippenablesen).

Langsames Sprechen oder wenn zuerst die Aufmerksamkeit des Kindes auf sich gelenkt werden muss, gelten nicht als pädagogische Massnahmen und werden nicht berücksichtigt.

- 8067.2
7/20
- Der Zeitaufwand für die Pflege und den Gebrauch des Hilfsmittels steht nicht in Zusammenhang mit der Pflege gesellschaftlicher Kontakte und kann nicht berücksichtigt werden.

- 8067.3
7/20
- Der Initialaufwand, um den Umgang mit einem Hilfsmittel zu erlernen, kann ebenfalls nicht berücksichtigt werden.

- 8067.4
7/20
- Der Anspruch beginnt in der Regel nach Ablauf eines Wartjahres seit der Einleitung der pädagogisch-therapeutischen Massnahme (BGE 140 V 343) und endet im Zeitpunkt, da die versicherte Person keiner aufwändigen Hilfe zur Kontaktpflege mehr bedarf, in der Regel bereits vor Abschluss der obligatorischen Schulzeit. In Fällen, in denen die entsprechenden Massnahmen bereits im ersten Lebensjahr eingeleitet werden, ist aufgrund von Art. 42^{bis} Abs. 3 IVG keine Karenzfrist abzuwarten

- 8068 Eine Hilflosigkeit leichten Grades liegt zudem vor bei *Körperbehinderten*, die sich in einer weiteren Umgebung der Wohnung wegen ihrer schweren körperlichen Behinderung trotz Benützung eines Rollstuhls nicht ohne Dritthilfe fortbewegen können. Bei kompletter Paraplegie kann ohne Abklärung eine Hilflosenentschädigung leichten Grades ausgerichtet werden. Ein von der IV abgegebenes Automobil wird bei der Bestimmung der Hilflosigkeit nicht berücksichtigt, da es lediglich zu beruflichen Zwecken abgegeben wird und die IV nicht auch private Fahrten abgilt (ZAK 1991 S. 456).

5. Besondere Ansprüche Minderjähriger

5.1 Allgemeines

- 8069 Bei besonders intensiver Betreuung und Aufenthalt zu Hause haben Minderjährige unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich zur Hilflosenentschädigung Anspruch auf einen *Intensivpflegezuschlag*.

5.2 Intensivpflegezuschlag

5.2.1 Allgemeines

Artikel 36 Absatz 2 IVV

Minderjährige mit einem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, die eine intensive Betreuung brauchen und sich nicht in einem Heim aufhalten, haben zusätzlich zur Hilflosenentschädigung Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag nach Artikel 39. Tragen sie die Kosten für den Heimaufenthalt selber, so bleibt der Anspruch auf Intensivpflegezuschlag bestehen.

Artikel 39 Absatz 1 IVV

Eine intensive Betreuung im Sinne von Artikel 42^{ter} Absatz 3 IVG liegt bei Minderjährigen vor, wenn diese im Tagesdurchschnitt infolge Beeinträchtigung der Gesundheit zusätzliche Betreuung von mindestens vier Stunden benötigen.

- 8070
1/21 Minderjährige haben Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag, wenn
- sie Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung haben;
 - sie sich nicht in einem Heim aufhalten oder die Kosten für den Heimaufenthalt selber tragen (Rz 8005 ff., Rz 8099.1);
 - der Betreuungsaufwand wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung notwendig ist;
 - dieser invaliditätsbedingte Betreuungsaufwand im Vergleich zu Nichtbehinderten täglich durchschnittlich vier Stunden oder mehr erfordert (zur Anrechenbarkeit der dauernden Überwachung vgl. Rz 8078 f.).
- 8071 Es sind sämtliche Kombinationen der Hilflosenentschädigung mit dem Intensivpflegezuschlag denkbar (z. B. Hilflosenentschädigung leichten Grades + Intensivpflegezuschlag aufgrund mind. 6 Std. Betreuung; Hilflosenentschädigung mittleren Grades + Intensivpflegezuschlag aufgrund mind. 4 Std. Betreuung, etc.).
- 8072 Der Anspruch besteht unabhängig davon, ob zur Entlastung der Eltern (oder der verantwortlichen Betreuungspersonen) Hilfspersonal angestellt wird oder nicht. Es müssen keine Kosten nachgewiesen werden.
- 8073
1/21 Der Anspruch besteht für diejenigen Tage, für welche ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung besteht, mit Ausnahme von Rz 8108.

5.2.2 Anrechenbare Betreuung

5.2.2.1 Behandlungs- und Grundpflege

Artikel 39 Absatz 2 IVV

Anrechenbar als Betreuung ist der Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters. Nicht anrechenbar ist der Zeitaufwand für ärztlich verordnete medizinische Massnahmen.

men, welche durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen werden, sowie für pädagogisch-therapeutische Massnahmen.

- 8074
7/20
- Anrechenbar ist der zeitliche Mehraufwand für die Betreuung gegenüber gleichaltrigen nicht behinderten Minderjährigen, der verursacht wird durch Massnahmen der
- Behandlungspflege (medizinische Massnahmen, sofern nicht durch medizinische Hilfspersonen erbracht, Rz 8077) und/oder der
 - Grundpflege (Rz 8076).

Zur Sicherstellung der Rechtsgleichheit bei der Anspruchsbemessung wurden betreffend den anrechenbaren Mehraufwand zeitliche Höchstgrenzen festgelegt. Anhang IV zeigt diese Höchstgrenzen sowie die für die Betreuung nicht behinderten Minderjährigen notwendige Zeit. Die Höchstgrenzen gewährleisten die Gleichbehandlung aller Versicherten. In den meisten Fällen kann die Situation der versicherten Person durch die Anwendung der Höchstbeträge angemessen abgebildet werden. Durch die verschiedenen Zusätze kann zudem der Besonderheit jedes Einzelfalls Rechnung getragen werden. Allerdings gibt es Ausnahmen, in denen der Hilfebedarf aus medizinischen Gründen nachweislich über den festgelegten Ansätzen liegt. Diese Ausnahmefälle sind fast ausschliesslich in der Behandlungspflege zu finden. Grundsätzlich kann von den Höchstgrenzen abgewichen werden, wenn der Hilfebedarf ausgewiesenermassen und aus medizinischen Gründen erforderlich und höher ist (z. B. mehr Interventionen nötig). Bei Unklarheiten ist der RAD beizuziehen.

- 8075
1/18
- Die Massnahmen der *Behandlungspflege* sind anrechenbar, wenn sie
- ärztlich verordnet sind;
 - wissenschaftlich anerkannt sind;
 - nicht durch medizinische Hilfspersonen erbracht werden (Rz 8077);
 - den Geboten der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit entsprechen.

Spielerische Sequenzen während einer medizinischen oder therapeutischen Massnahme können nicht angerechnet werden, sie gelten als methodisch-pädagogische Sequenzen, welche auch mit einem gesunden Kind durchgeführt werden.

Auch eine in den Tagesablauf integrierte Unterstützung von Therapien (z. B. Gemüse schälen) kann nicht berücksichtigt werden (vgl. Rz 8077.2).

Als anrechenbare Behandlungspflege gelten in der Regel die folgenden Massnahmen (Aufzählung nicht abschliessend):

a) Diagnostische Massnahmen

- Blutdruck- und Temperaturmessung
- Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken (einschliesslich Venenpunktion)
- einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin

b) Therapeutische Massnahmen

- Einführen und Pflege von Sonden und Kathetern
- Verabreichen und Einbringen von Medikamenten und Nährlösungen durch Instillation, Injektion oder Infusion, sowie Bluttransfusion (oral, rektal und transdermal verabreichte Medikamente fallen bis 15 Jahren nicht darunter)
- Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden und Körperhöhlen (einschliesslich Massnahmen bei Stomaträgern)
- Massnahmen zur Atemtherapie (wie Sauerstoffverabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen)
- Massnahmen bei Heim- und Peritonealdialyse
- Pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung

- Massnahmen zur medizinisch-technischen Überwachung (Infusionen und Transfusionen; Überwachung von Geräten, die der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funktionen dienen)
- physiotherapeutische Massnahmen
- ergotherapeutische Massnahmen

8076
7/20 Die Massnahmen der *Grundpflege* sind anrechenbar, wenn sie

- einfach und zweckmässig sind und
- dem üblichen Pflegestandard entsprechen.

Als anrechenbare Grundpflege gelten in der Regel folgende Massnahmen (Aufzählung nicht abschliessend):

- Massnahmen der Körperhygiene (Waschen, Duschen, Baden, Haarpflege, Zahnhygiene)
- Massnahmen zur Erhaltung der täglichen Verrichtungen und Funktionen (Esshilfe, Hilfe beim An- und Auskleiden, Hilfe beim Aufstehen, Absitzen oder Abliegen, Toilettenhilfe, pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- und Darmentleerung, Anlegen von Hilfsmitteln)
- Umlagerung, Mobilisation
- Begleitung zu Arzt- und Therapiebesuchen, für welche die IV Kostengutsprache geleistet hat (oder die obligatorische Krankenversicherung, in Analogie zu Rz 8077.1). Die Begleitung zu den üblichen Kinderarztterminen, die auch bei einem gesunden Kind anfallen (Kontrollen, Impfungen usw.) sind nicht zu berücksichtigen.

8076.1
1/18 Bei der Berechnung der Zeit für die Begleitung zu Arzt- und Therapiebesuchen, müssen die Ferien berücksichtigt werden.

Beispiel:

Das Kind geht einmal pro Woche in die Ergotherapie. Es braucht 40 Minuten pro Weg. Die Praxis ist zwei Wochen über Weihnachten und drei Wochen im Sommer geschlossen. Das Kind ist zudem zwei Wochen im April in den Ferien. Berechnung des IPZ: $40 \cdot 2 \cdot 45(52 - (2+3+2))/365 = 9.86$ Minuten pro Tag.

- 8077 Nicht anrechenbar ist der Zeitaufwand für
- ärztlich verordnete medizinische Massnahmen, welche durch medizinische Hilfspersonen (Physio-, Ergotherapeuten/-innen, dipl. Krankenschwestern/-pfleger, etc.) vorgenommen werden. Diese werden entweder durch die IV (nach Art. 14 Abs. 1 IVG, d. h. nach Tarif; vgl. Rz 1202 ff. KSME), die Kranken- oder die Unfallversicherung vergütet;
 - pädagogisch-therapeutische Massnahmen.

8077.1
1/18 Übernimmt eine Sozialversicherung (IV oder obligatorische Krankenversicherung) die Kosten für eine bestimmte Therapie, kann die Zeit, die zuhause für entsprechende Übungen oder zur Unterstützung dieser Therapie aufgewendet wird, beim Intensivpflegezuschlag angerechnet werden.

8077.2
1/18 Die Zeit, die zuhause für entsprechende Übungen oder zur Unterstützung einer Therapie aufgewendet wird, kann beim Intensivpflegezuschlag nur an Tagen, an denen keine Therapie stattfindet, berücksichtigt werden.

In den Tag integrierte therapeutische Aktivitäten (z B. Treppen steigen, Velo fahren, Flaschen öffnen) können nicht berücksichtigt werden.

Beispiel:

Das Kind geht einmal pro Woche in die Physiotherapie. Es muss zu Hause jeden Tag 20 Minuten Übungen machen. Es können 6 Tage à 20 Minuten = 120 Min.: 7 Tage = 17.14 Min/Tag berücksichtigt werden.

8077.3
7/20 Im Rahmen der medizinischen Massnahme kann eine Langzeitüberwachung zugesprochen werden. Da während der Langzeitüberwachung auch Grundpflegeleistungen erbracht werden, wird der IPZ anteilmässig gekürzt. Dabei ist wie folgt vorzugehen: Man bestimmt zunächst den Anteil der Langzeitüberwachung an 24 Stunden (einem ganzen Tag). Der effektiv für den IPZ ermittelte Zeitaufwand wird dann um diesen Anteil der für die medizinische Langzeitüberwachung zugesprochenen Stunden gekürzt.

Beispiel:

Es wurden 10 Stunden Langzeitüberwachung zugesprochen, der Kürzungsfaktor beträgt also 10/24 (41.66%, was 4 Stunden 10 Minuten entspricht). Der effektiv für den IPZ ermittelte Zeitaufwand beträgt 7 Stunden 15 Minuten, minus 4 Stunden 10 Minuten ergibt 3 Stunden 05 Minuten. Damit verliert der Versicherte den Anspruch auf den IPZ.

8077.4 Die Kurzzeitüberwachung wird vom IPZ nicht abgezogen.
7/20

5.2.2.2 Dauernde Überwachung

Artikel 39 Absatz 3 IVV

Bedarf eine minderjährige Person infolge Beeinträchtigung der Gesundheit zusätzlich einer dauernden Überwachung, so kann diese als Betreuung von zwei Stunden angerechnet werden. Eine besonders intensive behinderungsbedingte Überwachung ist als Betreuung von vier Stunden anrechenbar.

8078 Die Rz 8035-8039 sind analog anwendbar. Dabei ist vor allem dem Vergleich mit dem Verhalten eines gleichaltrigen Kindes besondere Aufmerksamkeit zu schenken (BGE 137 V 424). In der Regel wird eine behinderungsbedingte Überwachungsbedürftigkeit vor dem 6. Altersjahr verneint, da vor diesem Alter auch ein gesundes Kind Überwachung braucht (Ausnahmen s. Anhang III).

Die Überwachung ist insbesondere dann gegeben wenn

8078.1 **- das Kind sich selbst oder Drittpersonen gefährdet.**
1/18

Die Gefahrenlage und das damit verbundene erhöhte Überwachungsbedürfnis muss trotz getroffenen Schadenminderungsmassnahmen (Laufgitter, Babyphone, Sicherungen an Steckdosen, Fenster, Türen, Herdplatten usw.) weiter bestehen.

Beispiel:

Ein 9-jähriges Kind ist nicht in der Lage Gefahren zu erkennen. Es versucht immer wieder die Steckdosen zu untersuchen. Das Element Wasser hat für das Kind eine grosse Anziehungskraft. Es versucht ständig die Wasserhähne zu öffnen. Trotz getroffenen Schadenminderungsmassnahmen wie Steckdosensicherungen usw. besteht weiterhin die Gefahr von Überschwemmungen. Eine notwendige Überwachung ist gegeben.

Ist das Kind in derselben Situation erst 5 Jahre alt, ist die nötige Überwachung noch altersbedingt und kann somit nicht anerkannt werden

- 8078.2 - **die persönliche Überwachung ein gewisses Mass an Intensität aufweist**, welches den Überwachungsbedarf von nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters übersteigt (Bger-Urteil 9C-431/2018 vom 29.02.2009).
1/18
- 8078.3 Bei Minderjährigen wird die dauernde persönliche Überwachung automatisch als zwei Stunden beim IPZ angerechnet. Anders als bei den Erwachsenen soll diesem Element bei der schweren Hilflosigkeit nicht nur minimales Gewicht beigemessen, sondern vertieft geprüft werden.
1/18
- 8079 Eine besonders intensive dauernde Überwachung liegt vor, wenn von der Betreuungsperson überdurchschnittlich hohe Aufmerksamkeit und ständige Interventionsbereitschaft gefordert wird. Dies bedeutet, dass sich die Betreuungsperson permanent in unmittelbarer Nähe der vP aufhalten muss, da eine kurze Unachtsamkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit lebensbedrohliche Folgen hätte oder zu einer massiven Schädigung von Personen und Gegenständen führen würde. Aufgrund der geforderten 1:1 Überwachung/Betreuung kann sich die Betreuungsperson kaum anderen Aktivitäten widmen. Zudem müssen zum Schutz der vP und ihrer Umgebung bereits geeignete Massnahmen zur Schadenminderung getroffen worden sein, wobei es diesbezüglich nicht zu einer unzumutbaren Situation der Umgebung kommen darf.
1/18

Können Überwachungsinstrumente (Monitor, Alarm) eingesetzt werden, ist nicht per se von einer besonders intensiven Überwachung auszugehen.

Zur Bejahung einer besonders intensiven Überwachung stellt die Nachtwache keine Voraussetzung dar.

Beispiel 1:

Ein Kind kann keine Gefahren erkennen: So kann es z. B. unvermittelt aus dem Fenster steigen. Es ist auch nicht in der Lage, auf verbale Rufe oder Warnungen entsprechend zu reagieren. In bestimmten Situationen kann es bspw. zu selbstverletzendem oder fremdaggressivem Verhalten kommen. Die Betreuungsperson muss deshalb dauernd mit erhöhter Aufmerksamkeit in unmittelbarer Nähe des Kindes bleiben und jederzeit bereit sein einzugreifen.

Beispiel 2:

Ein Kind leidet an einer schweren Form von Epilepsie. Es hat täglich mehrere Serienanfälle, die plötzlich auftreten und bei denen jeweils die Atmung unterbricht. Die Betreuungsperson muss deshalb dauernd mit erhöhter Aufmerksamkeit in unmittelbarer Nähe des Kindes bleiben und jederzeit bereit sein eingreifen zu können.

- 8079.1 Die vorgesehenen Zeitzuschläge für die Betreuung bei einer notwendigen dauernden Überwachung von 120 Minuten respektive bei einer besonders intensiven dauernden behinderungsbedingten Überwachung von 240 Minuten (Art. 39 Abs. 3 IVV) sind pauschalisiert und entsprechen nicht dem tatsächlichen Mehraufwand. Sie dienen lediglich der Berechnung des Intensivpflegezuschlag-Anspruches.
- 1/18
- 8080 Aufgehoben
- 8081 Aufgehoben

6. Bemessung der Hilflosigkeit und des Betreuungsaufwandes

6.1 Allgemeines

- 8082 Die IV-Stelle ist für die Bemessung der Hilflosigkeit und – bei Minderjährigen, die zusätzlich eine intensive Betreuung benötigen – des Betreuungsaufwandes zuständig. Für das Verfahren siehe Rz 8129 ff.

6.2 Bemessung der Hilflosigkeit bei Erwachsenen

- 8083 Bei der Bemessung der Hilflosigkeit von erwachsenen Personen geht die IV-Stelle objektiv vom Zustand der versicherten Person aus. Es ist unerheblich, in welcher Umgebung sich die versicherte Person aufhält, d. h. ob sie allein stehend oder in der eigenen Familie, in der offenen Gesellschaft oder in einem Heim lebt (Urteil des BGer 9C_410/2009). Es darf keinen Unterschied machen, ob die versicherte Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf die Hilfe des Ehegatten und der Kinder zählen kann oder ob ihr Hilfe von ausserhalb der Familie stehenden Personen zugeteilt wird (vgl. aber Rz 8038).
- 8084 Beim Ausfall einer Körper- oder Sinnesfunktion besteht grundsätzlich keine Vermutung für das Vorliegen einer rechtserheblichen Hilflosigkeit. Vielmehr ist die Hilflosigkeit nach den allgemeinen Regeln auf Grund der Verhältnisse im Einzelfall zu bemessen (vgl. aber Rz 8056 ff.; ZAK 1969 S. 746).
- 8085
1/14 Im Sinne der Schadenminderungspflicht ist die versicherte Person verpflichtet, geeignete und zumutbare Massnahmen zu treffen, um ihre Selbständigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen (z. B. der Behinderung angepasste Kleidung – Klettverschluss bei Schuhen für einarmige Personen – Hilfsmittel, Hilfsvorrichtungen). Unterlässt sie dies, so kann die entsprechende Hilfe bei der Bemessung der Hilflosigkeit nicht berücksichtigt werden (ZAK 1989 S. 213, 1986 S. 481). Es ist somit möglich, dass ein Hilfsmittel eine

Hilflosigkeit ausschliessen kann. Jedoch schliesst ein von der IV abgegebenes Automobil für erwerbliche Zwecke nicht auch eine Hilflosigkeit für private Fahrten aus (BGE 117 V 146). Es ist insbesondere bei der lebenspraktischen Begleitung auch die Mithilfe der Familienangehörigen zu berücksichtigen. Dabei geht die Mithilfe weiter als der übliche Umfang, den man erwarten darf, wenn die versicherte Person nicht an einem Gesundheitsschaden leiden würde (9C_410/2009). Insbesondere können auch Minderjährige Kinder in die Pflicht genommen werden (je nach Alter). Es darf aber auch zu keiner unverhältnismässigen Belastung kommen.

6.3 Bemessung der Hilflosigkeit bei Minderjährigen

Artikel 37 Absatz 4 IVV

Bei Minderjährigen ist nur der Mehrbedarf an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters zu berücksichtigen.

- 8086 Für die Bemessung der Hilflosigkeit Minderjähriger dienen die in Anhang III zitierten Richtlinien zur Bemessung der massgebenden Hilflosigkeit bei Minderjährigen. Allerdings genügt eine einfache Verschiebung im Erwerb einer alltäglichen Lebensverrichtung nicht um den Hilfebedarf in dieser Verrichtung zu berücksichtigen (9C_360/2014).
- 8087 Die Beurteilung der invaliditätsbedingten Hilflosigkeit erfolgt bei Minderjährigen nach den gleichen Grundsätzen wie bei den Erwachsenen (Rz 8083 ff.). Zusätzlich sind folgende Punkte zu beachten:
- 8088
1/18 – Es darf nur der *Mehrbedarf an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung* im Vergleich zu nichtbehinderten Minderjährigen gleichen Alters berücksichtigt werden (vgl. Anhang III und IV). Je niedriger das Alter eines Kindes ist, desto mehr besteht auch bei voller Gesundheit eine gewisse Hilfsbedürftigkeit und die Notwendigkeit ei-

ner Überwachung (BGE 137 V 424). Dies trifft insbesondere bei der indirekten Hilfe zu. Jedes Kind braucht mehrmalige Aufforderungen und Nachkontrollen beim Aufstehen, ins Bett gehen, Händewaschen usw. Eine allfällige Hilfe kann deswegen nur anerkannt werden, wenn sie eine bestimmte Intensität erreicht und offensichtlich über das übliche Mass hinausgeht.

8089 Aufgehoben
1/18

8090 – Massgebend ist nur der objektive Pflegeaufwand, d. h. jener Aufwand, der entsteht, wenn Minderjährige im Rahmen des wirklich Notwendigen betreut werden (ZAK 1970 S. 283 und 487).

6.4 Bemessung des Betreuungsaufwandes bei Minderjährigen für den Intensivpflegezuschlag

8091 Bei der Ermittlung des täglichen Mehraufwandes ist von der Annahme, dass sich die betreute Person dauernd zu Hause aufhält, auszugehen. Massgebend ist die *Betreuungsbedürftigkeit*, welche eine objektive Grösse darstellt und nicht vom Aufenthaltsort der zu betreuenden Person abhängig ist. Es ist von einem *Durchschnittswert* auszugehen. Nicht täglich anfallende Zeitaufwände wie z. B. für die Begleitung zu Arzt- oder Therapiebesuchen (Rz 8076) sind auf die Rechnungsperiode zu verteilen und auf den Tag umzurechnen.

Beispiel:

Ein schwer pflegebedürftiges Kind wird zu Hause betreut. Während 5 Tagen in der Woche besucht es eine Institution im Externat. Der durchschnittliche invaliditätsbedingte Mehraufwand für die Betreuung beträgt an Schultagen 6 Stunden, bei ganztägigem Aufenthalt zu Hause 9 Stunden. Anzunehmen ist ein Betreuungsaufwand von 9 Stunden/Tag.

Kapitel 2: Hilflosenentschädigung der IV: Entstehung, Ausschluss, Revision und Ende des Anspruchs

1. Entstehung des Anspruchs

1.1 Allgemeines

Artikel 42 Absatz 4 IVG

Die Hilflosenentschädigung wird frühestens ab der Geburt und spätestens bis Ende des Monats gewährt, in welchem vom Rentenvorbezug gemäss Artikel 40 Absatz 1 AHVG Gebrauch gemacht oder in welchem das Rentenalter erreicht wird. Der Anspruchsbeginn richtet sich nach Vollendung des ersten Lebensjahres nach Artikel 29 Absatz 1.

Artikel 42^{bis} Absatz 3 IVG

Bei Versicherten, welche das erste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entsteht der Anspruch, sobald voraussichtlich während mehr als zwölf Monaten eine Hilflosigkeit besteht.

Artikel 35 Absatz 1 IVV

Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht am ersten Tag des Monats, in dem sämtliche Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

- 8092 Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht grundsätzlich nach dem Ablauf eines Wartejahres in sinn- gemässer Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG. Die Regeln über die Entstehung des Rentenanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 IVG sind hier nicht anwendbar (BGE 137 V 351).
- 8092.1 In Ergänzung zu Art. 48 Abs. 1 und 2 IVG; besteht die 1/18 Nachzahlungspflicht selbst dann, wenn gewisse andere, nach Art. 66 Absatz 1 IVV legitimierte Personen die recht- zeitige Anmeldung unterlassen haben, obwohl sie dazu in der Lage gewesen wären (analoge Anwendung der bisheri- gen Praxis gemäss ZAK 1983 S. 399, 1977 S. 48, BGE 139 V 289). In diesen Fällen erhält die versicherte Person

ab dem Zeitpunkt Leistungen, in welchem objektiv betrachtet sämtliche Voraussetzungen für den Hilflosenentschädigungsanspruch erfüllt waren. Die Nachzahlung kann jedoch vom Monat der Anmeldung an maximal fünf Jahre zurück erfolgen.

- 8093 Die Stufe der zu gewährenden Hilflosenentschädigung wird nach dem Ausmass der während der Wartezeit bestehenden Hilflosigkeit und nach Massgabe der nach zurückgelegter Wartezeit verbleibenden Hilflosigkeit bestimmt. Eine Hilflosigkeit schweren Grades kann deshalb nur dann vorliegen, wenn die Hilflosigkeit der versicherten Person während der gesamten Wartezeit einen schweren Grad aufgewiesen hat und voraussichtlich weiterhin in demselben Mass andauern wird (vgl. Rz 4001 f.). Bei Veränderungen der Hilflosigkeit während der einjährigen Wartezeit ist – entsprechend der Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit bei den Rentenansprüchen (Rz 2017 ff.) – unter Beizug der Entschädigungsansätze in Artikel 42^{ter} IVG der durchschnittliche Hilflosigkeitsgrad zu ermitteln, welcher für die Berechnung der Hilflosenentschädigung bei Beginn des Anspruches massgebend ist. Danach entsprechen eine leichte Hilflosigkeit 20 Prozent, eine mittelschwere Hilflosigkeit 50 Prozent und eine schwere Hilflosigkeit 80 Prozent (AHI-Praxis 1999 S. 243).

Beispiel:

Eine Versicherte ist vom 01.05.2016 bis 31.07.2016 in leichtem Grad hilflos. Im August 2016 verschlechtert sich ihr Gesundheitszustand. Es liegt neu eine Hilflosigkeit schweren Grades vor. Nach Ablauf der Wartezeit im Mai 2017 ergibt die durchschnittliche Ermittlung des Hilflosigkeitsgrades während des Wartejahres 65 Prozent ($3 \times 20\%$ plus $9 \times 80\% = 780\%$, $780\% : 12 = 65\%$). Da die Versicherte nach Ablauf der Wartezeit weiterhin mindestens in mittelschwerem Grad hilflos ist, hat sie ab 01.05.2017 Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung mittelschweren Grades. Ab dem 01.08.2017 erhöht sich der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung schweren Grades in Anwendung von Artikel 88a Absatz 2 Satz 1 IVV (Art. 88a Abs. 2 Satz 2 IVV kommt nicht zur Anwendung, weil der für den

Anspruch auf eine höhere Hilflosenentschädigung erforderliche Hilflosigkeitsgrad von mindestens 80% bei der Entstehung des Anspruchs am 01.05.2017 nicht gegeben war; vgl. AHI-Praxis 2001 S. 277).

1.2 Besonderheiten bei Versicherten im ersten Lebensjahr

Artikel 42^{bis} Absatz 3 IVG

Bei Versicherten, welche das erste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entsteht der Anspruch, sobald voraussichtlich während mehr als 12 Monaten eine Hilflosigkeit besteht.

- 8094
7/20
- Bei Kleinkindern im ersten Lebensjahr entsteht der Anspruch in dem Zeitpunkt, in dem die Hilflosigkeit das erforderliche Ausmass erreicht hat; es ist keine Karenzfrist abzuwarten. In diesem Zeitpunkt muss auf Grund der Abklärung der IV-Stelle mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststehen, dass die Hilflosigkeit voraussichtlich mehr als 12 Monate bestehen wird. Der Zeitpunkt, in dem eine Anmeldung eingereicht oder von dem an eine Leistung gefordert wird, ist für die Bestimmung des Eintritts des Versicherungsfalls unerheblich (vgl. Rz 1029). Die Regeln der verspäteten Anmeldung (vgl. Rz 2027ff) bleiben sinngemäss anwendbar.

Beispiel:

Ein Kind, geboren am 3. Dezember 2018 meldet sich zum Bezug einer Hilflosenentschädigung im Monat Juni 2020 (18 Monate). Die Abklärungen ergeben, dass es Anspruch auf die Hilflosenentschädigung seit Februar 2019 (2 Monate) hat. Es besteht keine Karenzfrist, da aber die Anmeldung verspätet ist, hat es Anspruch auf die Hilflosenentschädigung erst ab Juni 2019.

1.3 Besonderheiten bei der lebenspraktischen Begleitung

- 8095 Der Anspruch aufgrund lebenspraktischer Begleitung kann grundsätzlich erst nach Ablauf eines Wartejahres entstehen (Rz 8092; Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Der Anspruch entsteht nicht, solange sich die versicherte Person in einem Spital aufhält (Rz 8109 ff.) oder in einem Heim lebt (Rz 8043; zum Heimbegriff vgl. Rz 8005 ff.).
- 8096 Die Wartezeit beginnt zu laufen, sobald der Bedarf an lebenspraktischer Begleitung ausgewiesen ist. Die Wartezeit kann bereits während eines Aufenthaltes in einem Spital, einer Eingliederungsinstitution oder einem Heim eröffnet werden. In diesen Fällen ist darauf abzustellen, ob ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung mit grosser Wahrscheinlichkeit gegeben wäre, wenn die versicherte Person nicht im Spital, in der Institution oder im Heim leben würde.
- 8097 Das Wartejahr ist erfüllt, wenn der Bedarf an lebenspraktischer Begleitung während eines Jahres durchschnittlich zu mindestens 2 Stunden pro Woche ausgewiesen ist (vgl. Rz 8053).

2. Ausschluss des Anspruchs

2.1 Allgemeines

Artikel 67 Absatz 2 ATSG

Hält sich eine Bezügerin oder ein Bezüger einer Hilflosenentschädigung zu Lasten der Sozialversicherung in einer Heilanstalt auf, so entfällt für diese Zeit der Anspruch auf die Entschädigung.

Artikel 42 Absatz 5 IVG

Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entfällt bei einem Aufenthalt in einer Institution zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen nach Artikel 8 Absatz 3. Der Bundesrat definiert den Aufenthalt. Er kann ausnahmsweise auch bei einem Aufenthalt Hilflosenentschädigungen

vorsehen, wenn die versicherte Person wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann.

- 8098
1/14 Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung besteht nicht, wenn eine der folgenden Situationen vorliegt:
- Die versicherte Person hält sich zum Zweck der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen der IV in einer Institution auf (Rz 8101 ff.);
 - Die versicherte Person hält sich zum Zweck der Heilbehandlung *zu Lasten einer Sozialversicherung im Spital* auf (Rz 8109 ff.);
 - Die versicherte Person, die Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades aufgrund lebenspraktischer Begleitung hat, hält sich in einem Heim auf.
- 8099
1/21 Wenn der *Heimaufenthalt nicht als Eingliederungsmassnahme zulasten der IV* erfolgt (z. B. Wohnheim bei Erwachsenen), haben Erwachsene nur Anspruch auf einen Viertel des Ansatzes der Hilflosenentschädigung; Minderjährige erhalten keine Entschädigung (vgl. Rz 8003 ff.), sofern sie die Kosten für den Heimaufenthalt nicht selber tragen.
- 8099.1
1/21 Selber die Kosten für den Heimaufenthalt zu tragen bedeutet, die vollen Heimkosten zu tragen und nicht nur eine Kostenbeteiligung auszurichten.
- 8100 Da die Hilflosenentschädigung bei volljährigen Versicherten als monatlicher Betrag, bei Minderjährigen jedoch als Entschädigung pro Tag berechnet und ausbezahlt wird (Rz 8003 ff.), gelten in Bezug auf den Ausschluss des Anspruchs unterschiedliche Regeln für volljährige und minderjährige Versicherte (Rz 8101 ff. und 8104 ff.)

2.2 Aufenthalt in einer Institution zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen

2.2.1 Volljährige Versicherte

Artikel 35^{bis} Absätze 1, 3 und 4 IVV

¹ Versicherte, welche das 18. Altersjahr vollendet haben und sich zur Durchführung von Massnahmen nach Artikel 8 Absatz 3 IVG während mindestens 24 Tagen im Kalendermonat in einer Institution aufhalten, haben für den betreffenden Kalendermonat keinen Anspruch auf die Hilflosenentschädigung. Vorbehalten bleibt Absatz 4.

³ Als Aufenthalt in einer Institution gelten diejenigen Tage, an welchen die Invalidenversicherung die Kosten für den Internatsaufenthalt übernimmt.

⁴ Von den Einschränkungen nach den Absätzen 1 und 2 nicht betroffen sind Entschädigungen, die für eine Hilflosigkeit nach Artikel 37 Absatz 3 Buchstabe d ausgerichtet werden.

- 8101
1/14 Für den Aufenthalt in einer Institution (Internat) sind jene Tage massgebend, für welche Beiträge für die Übernachtung in Rechnung gestellt werden können. Wird eine monatliche Pauschalentschädigung mit der Institution vereinbart, wird keine Hilflosenentschädigung ausgerichtet, ausser es wird nur eine anteilmässige Pauschale bezahlt.
- 8102 Hat eine versicherte Person Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung wegen leichter Hilflosigkeit, weil sie wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens für die Pflege gesellschaftlicher Kontakte der Hilfe Dritter bedarf (Art. 37 Abs. 3 lit. d IVV), so steht ihr dieser Anspruch auch während des Internatsaufenthaltes zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zu (ZAK 1986 S. 592). Da es sich nicht um einen Aufenthalt zu Hause handelt, besteht lediglich Anspruch auf einen Viertel des vollen Ansatzes der Hilflosenentschädigung. Diese Ausnahmeregelung gilt nicht bei Aufhalten im Spital, die zur Heilbehandlung und nicht zur Durchführung von medizinischen Eingliederungsmassnahmen dienen (vgl. Rz 8109 ff.).

- 8103 Der Aufenthalt in einer Institution zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen hindert den Lauf der Wartezeit für den Bezug einer Hilflosenentschädigung nicht. Die Wartezeit kann während eines solchen Aufenthalts zu laufen beginnen. Eine bereits laufende Wartezeit wird während des Institutionsaufenthalts nicht unterbrochen, sondern läuft weiter. Ist der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung bereits vor Beginn der Eingliederungsmassnahme entstanden, so beginnt nach Abschluss der Eingliederungsmassnahme keine neue Wartezeit zu laufen.

2.2.2 Minderjährige Versicherte

Artikel 35^{bis} Absätze 2, 2^{bis} und 2^{ter} IVV

² Minderjährige Versicherte, welche sich zur Durchführung von Massnahmen nach Artikel 8 Absatz 3 IVG in einer Institution aufhalten, haben für diese Tage keinen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Vorbehalten bleiben Absatz 4 und Artikel 42^{bis} Absatz 4 IVG.

^{2bis} Minderjährige Versicherte, die sich zulasten einer Sozialversicherung in einer Heilanstalt aufhalten und nach Artikel 42^{bis} Absatz 4 IVG Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung haben, müssen die in dieser Bestimmung vorgesehene Bestätigung der Heilanstalt bei der Rechnungsstellung der IV-Stelle einreichen.

^{2ter} Minderjährige Versicherte, welche die Kosten für den Heimaufenthalt selber tragen, behalten ihren Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung.

- 8104 Für Minderjährige sind zusätzlich zu den für volljährige Versicherte anwendbaren Regeln (Rz 8101 ff.) folgende Punkte zu beachten:
- 8105
1/21 Kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung besteht für diejenigen Tage, an denen sich die minderjährige Person zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen in einer Institution aufhält, d. h. die Nacht auch dort verbringt. Eine Ausnahme bildet der Spitalaufenthalt (siehe Rz 8111 und Rz. 8112).

- 8106 Bei Minderjährigen entfällt mit dem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung auch ein allfälliger Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag (Rz 8073).
- 8107 Werden die Eingliederungsmassnahmen unterbrochen und begeben sich hilflose Minderjährige nach Hause (z. B. Ferien, Wochenenden, Krankheit, Unfall, etc.), so wird die Hilflosenentschädigung mit einem allfälligen Intensivpflegezuschlag für jeden Aufenthaltstag zu Hause ausgerichtet. Als Aufenthalt zu Hause gelten diejenigen Tage, an welchen die minderjährige Person auch die Nacht verbringt (z. B. Tag der Rückkehr vom Internat, wo sich ein Kind regelmässig unter der Woche aufhält; Entlassungstag nach Abschluss von Eingliederungsmassnahmen). Die entsprechenden Angaben sind in der Mitteilung bzw. Verfügung festzuhalten.
- 8108
1/21 Minderjährige, die infolge eines schweren Gebrechens für die Pflege gesellschaftlicher Kontakte der Hilfe Dritter bedürfen und demnach Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung wegen leichter Hilflosigkeit in Sonderfällen haben (Art. 37 Abs. 3 lit. d IVV; ZAK 1988 S. 392), wird die Hilflosenentschädigung – allerdings ohne Intensivpflegezuschlag – auch während des Internatsaufenthaltes ausgerichtet (Art. 35^{bis} Abs. 4 IVV; ZAK 1986 S. 592; Rz 8056). Da es sich nicht um einen Aufenthalt zu Hause handelt, besteht lediglich Anspruch auf einen Viertel des vollen Ansatzes der Hilflosenentschädigung. Dies gilt jedoch nicht für Spitalaufenthalte (Rz 8109 ff.).

2.3 Aufenthalt in einer Heilanstalt

Artikel 67 Absatz 2 ATSG

Hält sich eine Bezügerin oder ein Bezüger einer Hilflosenentschädigung zu Lasten der Sozialversicherung in einer Heilanstalt auf, so entfällt der Anspruch auf die Entschädigung für jeden vollen Kalendermonat des Aufenthaltes in der Heilanstalt.

Artikel 42^{bis} Absatz 4 IVG

Minderjährige haben nur an den Tagen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, an denen sie sich nicht in einem Heim aufhalten. In Abweichung von Artikel 67 Absatz 2 ATSG haben Minderjährige, die sich zulasten einer Sozialversicherung in einer Heilanstalt aufhalten, auch nach Ablauf eines vollen Kalendermonats Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, sofern die Heilanstalt alle 30 Tage bestätigt, dass die regelmässige Anwesenheit der Eltern oder eines Elternteils in der Heilanstalt notwendig ist und tatsächlich erfolgte.

- 8109
1/21 Die im ATSG genannte „Heilanstalt“ entspricht begrifflich dem Spital. Der Begriff „Spital“ erfasst auch Begriffe wie „Krankenhaus“, „Klinik“, (Langzeit-)Reha o.ä. Unerheblich ist, ob es sich um ein öffentliches oder ein privates Spital handelt.
- 8110
1/21 Bei einem Aufenthalt in einem Spital, für den eine Sozialversicherung aufkommt, besteht kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, da die Pflegeleistungen mit den entsprechenden Tagespauschalen abgegolten sind. Ein Anspruch kann ausnahmsweise gegeben sein, wenn eine Sozialversicherung *nicht überwiegend* für die Aufenthaltskosten in der allgemeinen Abteilung aufkommt.
- 8111
1/21 Der Anspruch auf die Hilflosenentschädigung entfällt für jeden vollen Kalendermonat, welche sich die versicherte Person im Spital aufhält.
- 8111.1
1/21 Da die Hilflosenentschädigung für volljährige Versicherte jeweils für den ganzen Kalendermonat im Voraus ausbezahlt wird, werden zuviel ausgerichtete Beträge rückwirkend mit auszubehandelnden Beträgen verrechnet.
- 8112
1/21 Auch bei Minderjährigen entfällt der Anspruch auf die Hilflosenentschädigung grundsätzlich für jeden vollen Kalendermonat, in dem sich die oder der Minderjährige im Spital aufhält (vgl. Rz 8111).

Beispiel 4:

Ein Kind ist vom 20. September bis 10. Dezember im Spital. Das Spital bestätigt, dass die Anwesenheit der Eltern notwendig war. Es bekommt die HE für September und Dezember (kein voller Kalendermonat) sowie für Oktober und November (Bestätigung).

2.4 Aufenthalt in einem Heim bei lebenspraktischer Begleitung

Artikel 38 Absatz 1 IVV

Ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung im Sinne von Artikel 42 Absatz 3 IVG liegt vor, wenn eine volljährige versicherte Person ausserhalb eines Heimes lebt (...)

- 8112.1
1/14 Bezieht die leistungsberechtigte Person eine HE leichten Grades aufgrund einer lebenspraktischen Begleitung und tritt sie in ein Heim ein, so erlischt der Anspruch auf die Hilflosenentschädigung am Ende des betreffenden Monats (Art. 35 Abs. 2 IVV).
- 8112.2
3/16 Bezieht die leistungsberechtigte Person eine HE mittleren Grades aufgrund einer Hilflosigkeit in (mindestens) zwei alltäglichen Lebensverrichtungen und einer lebenspraktischen Begleitung und tritt sie in ein Heim ein, so liegt grundsätzlich kein Revisionsgrund vor, sondern das Hinfallen einer Anspruchsvoraussetzung (Art. 35 Abs. 2 IVV). Der Anspruch endet dann am Ende des Monats. Die vP hat nur noch Anspruch auf eine HE leicht (Viertelansatz).

Beispiel:

Eine vP wohnt zu Hause und hat eine HE mittel (2 ALV + LpB). Am 24.10.2013 tritt sie ins Heim ein. Ab 1. Dezember 2013 bekommt sie nur noch eine HE leicht mit dem Viertelansatz. Erklärung: Der Eintritt ins Heim am 24.10.2013 entspricht einem Eintritt ins Heim im Monat November 2013 (KSIH 8003.1). Ab November erfüllt sie also die Anspruchsvoraussetzungen für die lebenspraktische Begleitung nicht mehr. Wenn eine Anspruchsvoraussetzung weg-

fällt, dann endet der Anspruch am Ende des entsprechenden Monats (Art. 35 Abs. 2 zweiter Satz IVV). D.h.: Mit dem Heimeintritt im November ist der Anspruch auf LpB dahingefallen, deshalb endet der Anspruch auf HE mittel Ende November, ab Dezember hat sie deshalb nur noch Anspruch auf eine HE leicht. Betreffend dem anzuwendenden Ansatz hält Art. 82 Abs. 2 IVV fest, dass wenn der für den Ansatz der HE massgebende Aufenthaltsort ändert, der neue Ansatz ab dem folgenden Monat berücksichtigt wird. D.h.: der Aufenthaltsort hat im November geändert, deshalb wird ab Dezember nur der Viertelansatz bezahlt.

3. Revision – Änderung des Anspruchs

Artikel 35 Absatz 2 IVV

Ändert sich in der Folge der Grad der Hilflosigkeit in erheblicher Weise, so finden die Artikel 87–88^{bis} Anwendung. Fällt eine der übrigen Anspruchsvoraussetzungen dahin oder stirbt die anspruchsberechtigte Person, so erlischt der Anspruch am Ende des betreffenden Monats.

- 8113
3/16 Für die Änderung der Hilflosigkeit sowie für die Änderung des Betreuungsaufwandes im Zusammenhang mit dem Intensivpflegezuschlag für Minderjährige (Rz 8074 ff.), sind die geltenden Bestimmungen über die Änderung des Rentenanspruchs (Rz 4008 ff. und 5001 ff.; Art. 17 Abs. 2 ATSG) sinngemäss anwendbar. Ändert der HE-Grad wegen Erreichen einer gewissen Altersstufe (gemäss Tabelle im Anhang III), ist analog zu Rz 4008.1 von der 3-monatigen Wartefrist gemäss Art 88a Abs. 2 IVV abzusehen. Diese Bestimmungen finden weiter Anwendung, wenn ein minderjähriger Bezüger einer Hilflosenentschädigung volljährig wird.
- 8114 Die Hilflosenentschädigungen, welche an volljährige Versicherte ausgerichtet werden, werden wenn möglich zusammen mit den Renten in Revision gezogen. Den Umständen im Einzelfall ist jedoch Rechnung zu tragen.

- 8115
1/14 Ändert sich der Aufenthaltsort einer volljährigen versicherten Person (Heim statt zu Hause oder umgekehrt, vgl. Rz 8003 und 8005 ff.), so liegt grundsätzlich kein Revisionsgrund vor, da der Grad der Hilflosigkeit in diesem Fall nicht ändert. Folglich finden der erste Satz von Artikel 35 Absatz 2 sowie die Artikel 87- 88^{bis} IVV keine Anwendung. Der neue Ansatz der Hilflosenentschädigung ist gemäss Rz 8003.1 festzusetzen. Bei Minderjährigen ist ein solcher Wechsel des Aufenthaltsortes sofort zu berücksichtigen, da die Entschädigung pro Tag berechnet und ausbezahlt wird (Rz 8004).

Beispiel:

Eine versicherte Person lebt zu Hause und bezieht eine HE mittel (1170 Franken). Am 13. Oktober tritt sie ins Heim ein. Ab November wird der Betrag der HE mittel auf 293 Franken reduziert. Würde sie erst am 19. Oktober ins Heim eintreten, würde der Betrag der HE mittel erst ab Dezember auf 293 Franken reduziert.

- 8116 Für die weiteren Untergangsgründe (Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, Erreichen der Altersgrenze, Tod) wird auf die RWL verwiesen. Im Unterschied zur Aufhebung/ Herabsetzung bei Änderung des Grades der Hilflosigkeit erlischt der Anspruch in diesen Fällen auf Ende des betreffenden Monats.

4. Ende des Anspruchs

Artikel 42 Absatz 4 Satz 1 IVG

Die Hilflosenentschädigung wird ... spätestens bis Ende des Monats gewährt, in welchem vom Rentenvorbezug gemäss Artikel 40 Absatz 1 AHVG Gebrauch gemacht oder in welchem das Rentenalter erreicht wird.

- 8117 Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der IV erlischt spätestens mit dem Rentenvorbezug oder mit dem Erreichen des Rentenalters. Ab diesem Zeitpunkt steht der versicherten Person eine Hilflosenentschädigung der AHV zu. Besteht die Hilflosigkeit über diesen Zeitpunkt hinaus

weiter, so kommt die Besitzstandsgarantie zur Anwendung (Rz 8123 ff.).

Kapitel 3: Hilflosenentschädigung der AHV

1. Anspruchsvoraussetzungen

Artikel 43^{bis} Absatz 1 und 1^{bis} AHVG

¹Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung haben Bezüger von Altersrenten oder Ergänzungsleistungen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die in schwerem, mittlerem oder leichtem Grad hilflos (Art. 9 ATSG) sind. Dem Bezug einer Altersrente ist der Rentenvorbezug gleichgestellt.

^{1bis} Der Anspruch auf die Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades entfällt bei einem Aufenthalt im Heim.

- 8118 Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der AHV haben
- Bezügerinnen und Bezüger einer Altersrente oder von Ergänzungsleistungen (vgl. RWL),
 - die während mindestens einem Jahr ununterbrochen in schwerem, mittelschwerem oder leichtem Grad hilflos waren und weiterhin mindestens in leichtem Grade hilflos sind,
 - die in der Schweiz Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt aufweisen (Rz 1041; vgl. RWL),
 - die, bei leichter Hilflosigkeit, nicht in einem Heim wohnen (vgl. Rz 8118.1) und
 - keine Hilflosenentschädigung der UV oder MV beziehen (Rz 9024 ff.).

8118.1 Aufgehoben
1/18

8118.2 Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades besteht nur dann, wenn die hilflose Person zu Hause lebt. Der Anspruch auf die Auszahlung der Hilflosenentschädigung leichten Grades entfällt bei einem Aufenthalt in einem Heim (Art. 43^{bis} Abs. 1^{bis} AHVG).

- 8118.3
1/13 In Abweichung zur Definition gemäss Rz 8005.1ff, gilt als Heim – für die Hilflosenentschädigung im Alter – jede Einrichtung, die von einem Kanton als Heim anerkannt wird oder über eine kantonale Betriebsbewilligung als Heim verfügt (Art. 66^{bis} Abs. 3 AHVV; Art. 25a Abs. 1 ELV; Rz 3151.02, 3151.03, 3151.05 und 3151.06 WEL; 9C_177/2012).
- 8119 Für die Bemessung der Hilflosigkeit sind die Bestimmungen des IVG sinngemäss anwendbar (Art. 43^{bis} Abs. 5 Satz 1 AHVG). Die lebenspraktische Begleitung (Rz 8040 ff.) findet allerdings in der AHV keine Berücksichtigung. Sofern in diesem Kapitel nicht ausdrücklich eine Spezialregelung vorgesehen ist, gelten dieselben Weisungen wie für die Hilflosenentschädigung der IV, das gilt besonders auch für die Sonderfälle HE leicht (Rz 8056–8068).

2. Höhe der Hilflosenentschädigung

Artikel 43^{bis} Absatz 3 AHVG

Die monatliche Entschädigung für eine Hilflosigkeit schweren Grades beträgt 80 Prozent, für eine Hilflosigkeit mittleren Grades 50 Prozent und für eine Hilflosigkeit leichten Grades 20 Prozent des Mindestbetrages der Altersrente nach Artikel 34 Absatz 5.

- 8120 Die AHV kennt nur einen Ansatz der Hilflosenentschädigung. Die Höhe der Entschädigung entspricht in jedem Fall dem halben Ansatz der Hilflosenentschädigung der IV (Rz 8003). Vorbehalten bleiben die Fälle des Besitzstandes (Rz 8123 ff.).

3. Entstehung des Anspruchs nach dem Eintritt ins AHV-Rententalter

Artikel 43^{bis} Absatz 2 Satz 1 AHVG

Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht am ersten Tag des Monats, in dem sämtliche Voraussetzungen erfüllt sind und die Hilflosigkeit schweren, mittleren

oder leichten Grades ununterbrochen während mindestens eines Jahres bestanden hat.

- 8121 Aufgehoben
- 8122 Die Stufe der zu gewährenden Hilflosenentschädigung bei Beginn des Anspruchs bestimmt sich nach dem ermittelten durchschnittlichen Hilflosigkeitsgrad während der Wartezeit gemäss Rz 8093, wobei die leichte Hilflosigkeit frühestens ab dem 1. Januar 2010 anzurechnen ist.

Beispiel 1:

Ein 70-jähriger Versicherter mit einer Hilflosigkeit leichten Grades ab dem 01.05.2009 und schweren Grades ab dem 01.08.2009, erhält eine HE AHV schweren Grades ab 01.08.2010.

Beispiel 2:

Ein 70-jähriger Versicherter mit einer Hilflosigkeit leichten Grades ab dem 01.05.2010 und schweren Grades ab dem 01.08.2010 erhält eine HE AHV mittleren Grades ab dem 01.05.2011 (durchschnittliche Hilflosigkeit während dem Wartejahr von 65 %) und eine HE schweren Grades ab dem 01.08.2011.

Beispiel 3:

Ein 70-jähriger Versicherter mit einer Hilflosigkeit leichten Grades ab dem 01.03.2009 und mittleren Grades ab dem 01.08.2010. Die Wartefrist wird am 01.01.2010 eröffnet. Das bedeutet, dass der Versicherte eine HE AHV leichten Grades ab dem 01.01.2011 und eine HE mittleren Grades ab dem 01.04.2011 erhält.

4. Ablösung der Hilflosenentschädigung der IV durch eine solche der AHV (Besitzstand)

Artikel 43^{bis} Absatz 4 AHVG

Hat eine hilflose Person bis zum Erreichen des Rentalters oder dem Rentenvorbezug eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung bezogen, so wird ihr die

Entschädigung mindestens im bisherigen Betrag weitergewährt.

- 8123
1/21
- Unter der Voraussetzung, dass die Hilflosigkeit im gleichen Ausmass weiter besteht und dass der Bezüger weiterhin zu Hause wohnt, wird die bisherige Hilflosenentschädigung der IV in eine solche der AHV in gleicher Höhe umgewandelt (vgl. Rz 8011 und 8011.1 RWL). Dasselbe gilt für Personen, die eine Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades beziehen und sich im Heim aufhalten. Für Bezüger einer Hilflosenentschädigung mittleren oder schweren Grades, die sich im Heim aufhalten (vgl. Rz 8003 und 8005), wird die Hilflosenentschädigung der IV an die in der AHV gemäss Art. 43^{bis} Abs. 3 AHVG geltenden Beträge angepasst (Rz 8011.1 RWL). Diese Besitzstandsgarantie gilt auch, wenn eine Hilflosenentschädigung der IV im Rahmen der Verjährungsvorschrift von Artikel 48 Absatz 2 IVG nachzuzahlen ist oder wegen Verjährung erst im Rentenalter beginnen kann (vgl. Rz 8011 RWL; ZAK 1980 S. 57). Tritt eine Person mit einer Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades nach Erreichen des Rentenalters in ein Heim ein, erlischt der Anspruch auf eine Entschädigung.

Beispiel:

Ein Versicherter bezieht vor Eintritt ins AHV-Rentenalter eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades. Da er nicht im Heim, sondern in einer eigenen Wohnung wohnt, bezieht er den vollen Ansatz der Hilflosenentschädigung der IV (per 1.1.2021: 1 195 Franken im Monat; d. h. 50 Prozent der *maximalen* Altersrente). Im März 2020 erreicht er das Rentenalter und bezieht neu eine AHV-Rente. Ab diesem Zeitpunkt wird seine Hilflosenentschädigung in eine solche der AHV umgewandelt. Diese entspricht infolge Besitzstandsgarantie dem bisher ausbezahlten Betrag (d. h. dem vollen Ansatz) der Hilflosenentschädigung mittleren Grades der IV (per 1.1.2021: 1 195 Franken im Monat).

- 8123.1
1/21
- Ändert sich der Aufenthaltsort einer Person, welche eine Hilflosenentschädigung auf Grund der Besitzstandsgarantie bezieht (Heim statt zu Hause oder umgekehrt, vgl.

Rz 8003 und 8005 ff.), so kommt die Besitzstandsgarantie danach nicht mehr zur Anwendung. D.h. nach dem Wechsel des Aufenthaltsortes kommen die Ansätze der Hilflosenentschädigung der AHV zur Anwendung und nicht mehr diejenigen der IV (BGE 137 V 162). Beim Bezug einer Hilflosenentschädigung aufgrund der Notwendigkeit einer lebenspraktischen Begleitung erlischt der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung.

Beispiel 1:

Eine behinderte Versicherte, die in der eigenen Wohnung lebt und Hilflosenentschädigung mittleren Grades hat, bezieht aufgrund der Besitzstandsgarantie eine Hilflosenentschädigung der AHV in der Höhe des bisherigen vollen Ansatzes der Hilflosenentschädigung mittleren Grades der IV (per 1.1.2021: 1 195 Franken im Monat, d. h. 50 Prozent der *maximalen* Altersrente). Am 5. August tritt sie ins Altersheim ein. Die Hilflosenentschädigung ist demnach ab September zu halbieren (per 1.1.2021: 598 Franken im Monat). Tritt sie aus dem Heim wieder aus, bekommt sie weiterhin eine Entschädigung der AHV für eine Hilflosigkeit mittleren Grades in der bisherigen Höhe (per 1.1.2021: 598 Franken im Monat).

Beispiel 2:

Eine behinderte Versicherte, die in der eigenen Wohnung lebt und Hilflosenentschädigung leichten Grades hat, bezieht aufgrund der Besitzstandsgarantie eine Hilflosenentschädigung der AHV in der Höhe des bisherigen vollen Ansatzes der Hilflosenentschädigung leichten Grades der IV (per 1.1.2021: 478 Franken im Monat, d. h. 20 Prozent der *maximalen* Altersrente). Am 5. Mai tritt sie ins Altersheim ein. Ab Juni hat sie keinen Anspruch auf Hilflosenentschädigung mehr (vgl. Rz 8115). Tritt sie am 20. September aus dem Heim wieder aus, bekommt sie ab Oktober eine Entschädigung der AHV für eine Hilflosigkeit leichten Grades (per 1.1.2021: 239 Franken im Monat).

8123.2 Im Falle des Bezuges einer HE aufgrund der Notwendigkeit

- 1/21 von lebenspraktischer Begleitung, führt die Änderung des Aufenthaltsortes zur Aufhebung der bisherigen Hilflosenentschädigung. Es gilt Art. 35 Abs. 2 zweiter Satz IVV.

Beispiel:

Eine psychisch behinderte Versicherte, die in der eigenen Wohnung lebt und auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist, bezieht aufgrund der Besitzstandsgarantie eine Hilflosenentschädigung der AHV in der Höhe des bisherigen vollen Ansatzes der Hilflosenentschädigung leichten Grades der IV (per 1.1.2021: 478 Franken im Monat, d. h. 20 Prozent der *maximalen* Altersrente). Am 5. Mai tritt sie ins Altersheim ein. Ab Juni entfällt der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Tritt sie am 20. September aus dem Heim wieder aus, kann der Anspruch auf eine HE leicht für lebenspraktische Begleitung nicht wieder aufleben.

- 8124 Die Frage des Aufschubs der AHV-Rente stellt sich nicht. Altersrenten, die mit einer Hilflosenentschädigung verbunden sind, können nicht aufgeschoben werden (Art. 55^{bis} lit. c AHVV).

5. Ausschluss des Anspruchs

- 8124.1 Aufgehoben
1/13

- 8124.2 Bei einem Aufenthalt in einem Heim entfällt
1/14 der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades der AHV nur zeitlich beschränkt. Falls sich der Gesundheitszustand während des Aufenthaltes nicht verändert hat, sind die Revisionsbestimmungen nicht anwendbar (in analoger Anwendung von BGE 114 V 143).

- 8124.3 Für die Bezahlung der Hilflosenentschädigung beim Heim
1/18 eintritt bzw. -austritt ist Rz 8003.1 sinngemäss anwendbar.

Beispiel 1:

Ein Versicherter bekommt seit dem 1.1.2012 eine HE leicht. Am 25.06.2012 tritt er ins Heim ein, die HE leicht

wird eingestellt. Das heisst er bekommt ab August keine HE mehr (vgl. Rz 8003.1 und 8124.2). Am 12.9.2012 tritt er wieder aus dem Heim aus, womit ab September 2012 wieder Anspruch auf HE leicht besteht.

Beispiel 2:

Ein Versicherter bekommt seit dem 1.1.2012 eine HE leicht. Am 05.06.2012 tritt er ins Heim ein, die HE leicht wird eingestellt. Das heisst er bekommt ab Juli keine HE mehr (weil er im Juni mehr als 15 Tage im Heim verbracht hat). Am 22.9.2012 tritt er aus und bekommt daher ab Oktober 2012 wieder eine HE leicht.

- 8124.4 Der Aufenthalt in einem Heim hindert den Lauf der Wartezeit für den Bezug einer Hilflosenentschädigung nicht. Die Wartezeit kann während eines solchen Aufenthalts zu laufen beginnen. Eine bereits laufende Wartezeit wird während des Heimaufenthalts nicht unterbrochen, sondern läuft weiter. Ist der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung bereits vor Beginn des Aufenthalts entstanden, so beginnt nach Austritt aus dem Heim keine neue Wartezeit zu laufen.

Beispiel:

Ein 80-jährigen Versicherten wohnt in einem Heim. Er ist hilflos im leichten Grade ab Januar 2010. Seit November 2010 ist er hilflos im mittleren Grade. Ab März 2011 geht er zurück nach Hause. Er bekommt ab März 2011 eine HE leichten Grades. Ab April bekommt er eine HE mittleren Grades.

6. Revision – Änderung des Anspruchs

6.1 Allgemeines

- 8125 Für die Änderung der Hilflosigkeit sind die geltenden Bestimmungen über die Änderung des Rentenanspruchs sinngemäss anwendbar (Art. 66^{bis} Abs. 2 AHVV; Rz 4008 ff. und 5001 ff.).

6.2 Revision in Besitzstandsfällen

8126 Aufgehoben

6.2.1 Bei Verschlimmerung der Hilflosigkeit

8127
1/21 Bezieht eine Person eine Hilflosenentschädigung auf Grund der Besitzstandsgarantie und erfolgt nach Erreichen des Rentenalters eine Verschlimmerung der Hilflosigkeit, so darf der Betrag der revidierten Hilflosenentschädigung nicht tiefer sein als jener, welcher vor dem Rentenalter beansprucht wurde.

Beispiel 1:

Ein Versicherter, der in der eigenen Wohnung lebt, bezieht aufgrund der Besitzstandsgarantie eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades der AHV in der Höhe des bisherigen vollen Ansatzes der Hilflosenentschädigung mittleren Grades der IV (per 1.1.2021: 1 195 Franken im Monat; d. h. 50 Prozent der *maximalen* Altersrente). Sein gesundheitlicher Zustand verschlimmert sich. Er ist nun in allen alltäglichen Lebensverrichtungen auf fremde Hilfe angewiesen und muss zudem dauernd überwacht werden. Trotzdem lebt er weiterhin in der eigenen Wohnung. Nach Ablauf von drei Monaten wird die Hilflosenentschädigung auf eine solche schweren Grades erhöht. Neu erhält der Versicherte nicht eine Hilflosenentschädigung nach dem ordentlichen Ansatz der AHV (per 1.1.2021: 956 Franken im Monat; d. h. 80 Prozent der *minimalen* Altersrente), da dieser Betrag tiefer ist als der vor der Altersrente bezogene Betrag für mittlere Hilflosigkeit. Vielmehr hat er infolge Besitzstandsgarantie weiterhin Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung in der bisherigen Höhe (per 1.1.2021: 1 195 Franken im Monat).

Beispiel 2:

Eine Versicherte, die in der eigenen Wohnung lebt, bezieht aufgrund der Besitzstandsgarantie eine Hilflosenentschädigung leichten Grades der AHV in der Höhe des vollen Ansatzes der bisherigen Hilflosenentschädigung leichten Grades der IV (per 1.1.2021: 478 Franken im Monat; d. h. 20

Prozent der *maximalen* Altersrente). Ihr gesundheitlicher Zustand verschlimmert sich; neu ist die Versicherte in vier alltäglichen Lebensverrichtungen auf fremde Hilfe angewiesen. Nach Ablauf von drei Monaten wird die Hilflosenentschädigung auf eine solche mittleren Grades erhöht. Obwohl die Versicherte weiterhin nicht im Heim lebt, erhält sie neu eine Hilflosenentschädigung nach dem ordentlichen Ansatz der AHV (per 1.1.2021: 598 Franken im Monat, d. h. 50 Prozent der *minimalen* Altersrente), da dieser Betrag höher ist als der früher im IV-Alter bezogene Betrag.

6.2.2 Bei Verbesserung der Hilflosigkeit

- 8127.1
1/21 Bezieht eine Person eine Hilflosenentschädigung auf Grund der Besitzstandsgarantie und erfolgt nach Erreichen des Rentenalters eine Verbesserung der Hilflosigkeit, so entspricht der Betrag der revidierten Hilflosenentschädigung der ordentliche Ansatz der Hilflosenentschädigung der AHV für den entsprechenden HE-Grad.

Beispiel:

Ein Versicherter, der in der eigenen Wohnung lebt, bezieht aufgrund der Besitzstandsgarantie eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades der AHV in der Höhe des bisherigen vollen Ansatzes der IV (per 1.1.2021: 1 195 Franken im Monat; d. h. 50 Prozent der *maximalen* Altersrente). Sein gesundheitlicher Zustand verbessert sich. Nach Ablauf von drei Monaten wird die Hilflosenentschädigung in einer leichten Grades umgewandelt. Neu erhält der Versicherte eine Hilflosenentschädigung nach dem ordentlichen Ansatz der AHV (per 1.1.2021: 239 Franken im Monat; d. h. 20 Prozent der *minimalen* Altersrente; BGE 137 V 162).

7. Ende des Anspruchs

- 8127.2
1/14 Ist die leistungsberechtigte Person nicht mehr in mindestens leichtem Grade hilflos, so erlischt der Anspruch auf die Hilflosenentschädigung. Der Anspruch erlischt in solchen Fällen am ersten Tag des zweiten der Zustellung der

Aufhebungsverfügung folgenden Monats (Art. 88^{bis} Abs. lit. a IVV).

Kapitel 4: Verfahren

1. Hilflosenentschädigung der IV

1.1 Allgemeine Verfahrensbestimmungen

1.1.1 Abklärung

- 8128 Das Gesuch um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung ist in der Regel auf dem Formular „Anmeldung Hilflosenentschädigung IV oder AHV“ (Nr. 001.004 bzw. 009.002) zu stellen. Bei Minderjährigen erfolgt die Anmeldung auf dem Formular „Anmeldung Hilflosenentschädigung Minderjähriger“ (Nr. 001.005).
- 8129
1/18 Sind vorhandene Arztberichte und / oder Angaben mangelhaft oder unvollständig, wird der behandelnde Arzt kontaktiert. Diese/r äussert sich zur Frage, ob die Angaben auf dem Formular mit ihren/seinen Befunden übereinstimmen. Gestützt auf diese Angaben kann die Stellungnahme des RAD eingeholt werden. Dieser stellt der IV-Stelle einen schriftlichen Bericht mit den Ergebnissen der medizinischen Prüfung und einer Empfehlung betreffend der weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus ärztlicher Sicht zu. Gestützt darauf ordnet die IV-Stelle allfällige zusätzliche medizinische Abklärungen an (z. B. ergänzender ärztlicher Bericht).
- 8130 Der RAD kann in folgenden Fällen konsultiert werden:
- bei erstmaligen Anmeldungen um eine Hilflosenentschädigung, bei Minderjährigen allenfalls mit Intensivpflegezuschlag;
 - bei Gesuchen um Erhöhung der Hilflosenentschädigung infolge Verschlimmerung der Hilflosigkeit und bei Gesuchen um zusätzliche Gewährung eines Intensivpflegezuschlags oder um Erhöhung eines solchen infolge eines erhöhten Betreuungsaufwandes;

- bei Revisionen von Amtes wegen, wenn sich der Grad der Hilflosigkeit oder die Höhe des Betreuungsaufwandes ändern.

- 8131 Grundsätzlich nimmt die IV-Stelle zudem eine Abklärung an Ort und Stelle vor. Abzuklären sind die Hilflosigkeit, bei Minderjährigen zudem ein allfälliger zusätzlicher Betreuungsaufwand, sowie der Aufenthaltsort (zu Hause oder Heim, vgl. Rz 8003 ff.). Die Angaben der versicherten Person, der Eltern oder des/der gesetzlichen Vertreters/ Vertreterin sind kritisch zu würdigen. Der Beginn der Hilflosigkeit und allenfalls des zusätzlichen Betreuungsaufwandes wird so genau wie möglich festgelegt. In den in Rz 8130 aufgeführten Fällen ist immer eine Abklärung an Ort und Stelle durchzuführen. In den übrigen Fällen entscheidet die IV-Stelle, ob auf eine Abklärung an Ort und Stelle verzichtet werden kann.
- 8132 Hält sich die versicherte Person in einem Heim auf, bespricht die Abklärungsperson das Ergebnis mit dem Pflegepersonal und/oder mit der Heimleitung. Sie bleibt in ihrer Beurteilung frei, hat in ihrem Bericht jedoch über eine allenfalls abweichende Beurteilung durch die Heimleitung Auskunft zu geben.
- 8133 Bei wesentlichen Abweichungen zwischen behandelndem Arzt/behandelnder Ärztin und Abklärungsbericht hat die IV-Stelle durch gezielte Rückfragen und unter Einbezug des RAD eine Klärung herbeizuführen. Im Übrigen gilt das KSVI.

1.1.2 Verfügung und Auszahlung bei volljährigen Versicherten

- 8134 Die IV-Stelle orientiert volljährige versicherte Personen mittels Verfügung (mit Doppel an die Ausgleichskasse) über den grundsätzlichen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung und über die besonderen Voraussetzungen während eines Aufenthaltes im Internat zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen oder bei Spitalaufenthalt (vgl.

Rz 8101 ff. und 8109 ff.). Die IV-Stelle teilt ihnen mit, dass unter diesen Umständen vorläufige Zahlungen geleistet werden und nach Abschluss der Eingliederungsmassnahme bzw. des Spitalaufenthaltes eine genaue Abrechnung erfolgt; allfällige Unterbrüche im Internatsaufenthalt oder allfällige Spitalaufenthalte müssen die versicherten Personen der IV-Stelle laufend melden.

- 8135 Sobald der Anspruch für einen gewissen Zeitraum – in der Regel für einen Monat – mit genügender Sicherheit feststeht, veranlasst die IV-Stelle die vorläufige Auszahlung der Hilflosenentschädigung durch die Ausgleichskasse.
- 8136 Nach Abschluss des Internats- oder Spitalaufenthaltes erstellt die IV-Stelle eine genaue Abrechnung und rechnet über die geschuldeten Monatsbeträge und die erbrachten vorläufigen Zahlungen ab. Ein allfälliger Saldo ist nachzuzahlen oder zurückzufordern.

1.1.3 Verfügung und Auszahlung bei minderjährigen Versicherten

- 8137 Im Entscheid über das Gesuch um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung mit oder ohne Intensivpflegezuschlag gibt die IV-Stelle Folgendes an:
- den Grad der Hilflosigkeit sowie den Betrag der Hilflosenentschädigung pro Monat und pro Tag (Rz 8004);
 - bei einem allfälligen Intensivpflegezuschlag den anrechenbaren Betreuungsaufwand in Stunden sowie den Betrag des Intensivpflegezuschlages pro Monat und pro Tag (Rz 8004);
 - die Regelung bei Unterbrüchen von Eingliederungsmassnahmen (infolge Ferien, Wochenenden, Krankheit, Unfall, etc.; vgl. Rz 8107);
 - die Regelung bei Spitalaufenthalten (Rz 8109 ff.).
- 8138 Aufgehoben
- 8139 Die Auszahlung der Hilflosenentschädigung, eines allfälligen Intensivpflegezuschlages erfolgt nachschüssig gegen

Rechnungsstellung durch die Zentrale Ausgleichsstelle, und zwar in der Regel quartalsweise (Art. 82 Abs. 3 IVV).

- 8140 3/16 Bei Pflege zu Hause hat die Rechnungsstellung durch die Eltern bzw. Pflegeeltern zu erfolgen.
- 8141 Sind hilflose Minderjährige bei Pflegeeltern untergebracht, ist von den Gesuchstellenden vor der Beschlussfassung der Nachweis zu erbringen, dass eine Bewilligung gemäss der bundesrätlichen Verordnung vom 19. Oktober 1977 über die Aufnahme von Kindern zur Pflege und zur Adoption (PAVO, SR 211.222.338) vorliegt oder nicht erforderlich ist (vgl. Rz 8080).

1.2 Besondere Verfahrensbestimmungen bei der lebenspraktischen Begleitung

- 8142 Bei psychisch behinderten Menschen, die lebenspraktische Begleitung benötigen, ist für die Abklärung des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung wie folgt vorzugehen:
- Die IV-Stelle holt einen Bericht des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin ein (medizinische Diagnose);
 - Falls sich bereits ein spezialisierter Dienst (z. B. sozialpsychiatrischer Dienst oder Beratungsstelle) mit der versicherten Person befasst hat, holt die IV-Stelle einen Bericht dieses Dienstes ein;
 - Die Hilflosigkeit bzw. der Bedarf an lebenspraktischer Begleitung wird an Ort und Stelle systematisch abgeklärt;
 - Der RAD nimmt zuhanden der Akten in geeigneter Form (z. B. computerschriftlicher Protokolleintrag) Stellung zu den Angaben im Abklärungsbericht.
- 8143 Bei den nicht psychisch behinderten Personen, die lebenspraktische Begleitung benötigen, gilt das allgemeine Verfahren (Rz 8128 ff.). Im Übrigen ist das KSVI anwendbar.

1.3 Besondere Verfahrensbestimmungen bei Vorliegen von Sonderfällen von Hilflosigkeit

- 8144 1/13 Sind die Voraussetzungen für eine Hilflosigkeit im Sonderfall nach den Rz 8057 ff. erfüllt, erfolgen nur dann weitere Abklärungen, wenn wegen zusätzlicher Gebrechen eine höhere Hilflosigkeit möglich erscheint.
- 8145 Der RAD prüft im Zweifelsfall das Vorliegen einer Hilflosigkeit im Sonderfall anhand der Arztberichte oder anderer ärztlicher Stellungnahmen und entscheidet insbesondere über die Erforderlichkeit weiterer Abklärungen.
- 8146
- Bei einer Heimdialyse hat die verantwortliche Ärztin/der verantwortliche Arzt zu bestätigen, dass eine Heimdialyse durchgeführt wird.
 - Bei hochgradig Sehgeschwachen ist beim Einholen des Arztberichtes insbesondere nach dem korrigierten Fernvisus bzw. nach der Art, dem Ausmass und den Auswirkungen der Gesichtsfeldbeeinträchtigung.
 - Bei schwer Körperbehinderten ist nach der Art der Behinderung und der Möglichkeit, sich mit dem Rollstuhl fortzubewegen, zu fragen.
- 8147 Falls die IV-Stelle zum Schluss kommt, dass in anderen als den vorgehend aufgeführten Fällen eine Hilflosigkeit in Sonderfällen vorliegen könnte, sind die Akten mit einem Antrag dem BSV zu unterbreiten.

2. Hilflosenentschädigung der AHV

- 8148 Die Ausgleichskasse resp. die EL-Stelle überprüft, ob die versicherte Person Anspruch auf eine AHV-Rente resp. auf Ergänzungsleistungen hat. Die Bemessung der Hilflosigkeit zuhanden der Ausgleichskasse resp. EL-Stelle obliegt der IV-Stelle (Art. 43^{bis} Abs. 5 Satz 2 AHVG).

Teil 4: Zusammenfallen von Leistungsansprüchen

Kapitel 1: IV-Rente – Eingliederungsmassnahmen und Taggelder der IV

1. Grundsätzliche Priorität des Taggeldanspruchs

Artikel 29 Abs. 2 IVG

Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Artikel 22 beanspruchen kann.

Artikel 43 Absatz 2 Satz 1 IVG

Sind die Anspruchsvoraussetzungen für ein Taggeld der Invalidenversicherung erfüllt oder übernimmt die Invalidenversicherung bei Eingliederungsmassnahmen die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung überwiegend oder vollständig, so besteht kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

- 9001 Der in der IV geltende Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ (Rz 1045 ff.) bewirkt, dass die Rente grundsätzlich hinter einer Eingliederungsmassnahme bzw. dem damit verbundenen Taggeld zurücktreten muss:
- 9002 – Ein Rentenanspruch kann grundsätzlich erst nach Beendigung der Eingliederungsmassnahmen entstehen. Vor diesem Zeitpunkt kann eine Rente, gegebenenfalls auch rückwirkend, nur dann zugesprochen werden, wenn:
- die versicherte Person (noch) nicht eingliederungsfähig ist oder
 - wenn Abklärungsmassnahmen hinsichtlich der Eingliederungsfähigkeit durchgeführt werden und diese ergeben, dass eine Eingliederung nicht möglich ist (AHI-Praxis 1996 S. 189).
- 9003 – Eine laufende Rente wird durch Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen unterbrochen, sofern diese mehr als drei Monate andauern. Nach Abschluss der Massnahme lebt der Rentenanspruch wieder auf (AHI-Praxis 1998 S. 179). Die IV-Stelle nimmt sofort eine Revision vor und überprüft den Anspruch auf eine IV-Rente.

Bei Wiedereingliederungsmassnahmen ist Rz 9016.1 anwendbar.

- 9004 – Wird während der Wartezeit bis zum Beginn einer erstmaligen beruflichen Ausbildung oder Umschulung ein Wartetaggeld nach Art. 18 IVV ausgerichtet, so kann der Rentenanspruch ebenfalls nicht entstehen.
- 9005 Die während der Eingliederungsmassnahme bestehende Arbeitsunfähigkeit wird an die einjährige Wartezeit angerechnet.

Beispiel:

Eine Versicherte führt vom 01.01.2004 bis 31.12.2007 eine berufliche Eingliederung durch und erhält ein Taggeld. Nach der Eingliederungsmassnahme stellt die IV-Stelle fest, dass die Versicherte seit dem 01.07.2003 zu 50 Prozent arbeitsunfähig ist. Weil jedoch während des Taggeldanspruchs kein Anspruch auf eine IV-Rente entstehen kann, trat der Versicherungsfall per 01.01.2008 ein (Rz 1028) und die halbe Rente kann erst ab diesem Zeitpunkt ausgerichtet werden.

2. Rekonvaleszenzzeiten nach medizinischen Eingliederungsmassnahmen

- 9006 Eine versicherte Person, bei der medizinische Eingliederungsmassnahmen durchgeführt wurden und die eine Rekonvaleszenzzeit durchmacht (während welcher sie weiterhin das Taggeld bezieht), hat nach Ablauf der einjährigen Wartefrist anstelle des Taggeldes Anspruch auf eine Rente, sofern weder die Wiedererlangung einer Erwerbsfähigkeit von mehr als 60 Prozent noch die Durchführung einer weiteren Massnahme bevorstehen (ZAK 1966 S. 333).

3. Ablösung der IV-Rente durch ein Taggeld (vgl. KSTI)

Artikel 20^{ter} IVV

¹ Hat die versicherte Person einen Anspruch auf ein Taggeld einschliesslich Kindergeld nach Artikel 23 und 23^{bis} IVG, das niedriger wäre als die bisher bezogene Rente, so wird anstelle des Taggeldes die Rente weitergewährt.

² Hat die versicherte Person Anspruch auf ein Taggeld nach Artikel 24 Absatz 3 IVG, das niedriger wäre als die bisher bezogene Rente, so wird die Rente nach Ablauf der Frist gemäss Artikel 47 Absatz 1^{bis} lit. b IVG durch ein Taggeld ersetzt, das einschliesslich allfälliger Zuschläge einem Dreissigstel des Rentenbetrages entspricht.

- 9007 In der Regel wird die Rente der versicherten Person während einer Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahme durch ein Taggeld abgelöst (Ausnahmen: Wiedereingliederung aus der Rente und Integrationsmassnahmen, vgl. Rz 9017-9018).
- 9008 Wenn aber das Taggeld einschliesslich Kindergeld (Art. 23 Abs. 1 und 23^{bis} IVG) niedriger wäre als die bisher ausgerichtete Rente (ZAK 1965 S. 459), wird die Rente weitergewährt (Art. 20^{ter} Abs. 1 IVV).
- 9009 Wenn das Taggeld nach Art. 23 Abs. 2^{bis} IVG niedriger wäre als die bisher ausgerichtete Rente, wird die Rente nach Ablauf von drei Monaten durch ein Taggeld ersetzt, das einem Dreissigstel des Rentenbetrages entspricht (Art. 20^{ter} Abs. 2 IVV).
- 9010 Bei verwitweten Personen und Waisen, welche die Anspruchsvoraussetzungen für eine Hinterlassenenrente erfüllen, und bei Kindern, bei denen die Anspruchsvoraussetzungen zum Bezug einer Kinderrente der AHV oder IV erfüllt sind, kann während der Abklärung oder Eingliederung diese Rente neben einem allfälligen Taggeld ausgerichtet werden.

9011 Die IV-Stelle erlässt den Entscheid über die Eingliederungsmassnahmen mit Taggeld. Sie stellt der Ausgleichskasse eine Kopie mit den erforderlichen Angaben für die Festsetzung des Taggeldes zu.

4. Kein Anspruch auf eine IV-Rente bei Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen, für welche die IV die Kosten für Unterkunft und Verpflegung überwiegend übernimmt

9012 Wenn die IV bei Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen kein Taggeld ausrichtet, jedoch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung überwiegend oder vollständig übernimmt, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 43 Abs. 2 IVG).

9013 Die Rente entfällt nur für volle Kalendermonate, in denen Unterkunft und Verpflegung überwiegend von der IV getragen werden (ZAK 1983 S. 335).

9014 Die Kostenübernahme gilt als *überwiegend*, wenn die IV während mindestens fünf Tagen in der Woche für Unterkunft und Verpflegung vollständig aufkommt (Art. 28 Abs. 3 IVV; ZAK 1983 S. 335). Diese Voraussetzung gilt als erfüllt, wenn in einer Institution (z. B. Eingliederungsstätte) die 5-Tage-Woche üblich ist.

9015 Freie Verpflegung allein gilt nie als überwiegend, da bei anderweitiger Beherbergung erfahrungsgemäss nur ein Teil der Mahlzeiten am Kostort eingenommen wird.

9016 Die IV-Stelle geht von den effektiven Verhältnissen in der Eingliederungsstätte aus. Es ist unbeachtlich, ob die versicherte Person davon Gebrauch macht.

5. Ablösung eines IV-Taggeldes durch die IV-Rente (vgl. KSTI)

Artikel 47 Absatz 2 IVG

Löst eine Rente das Taggeld ab, so wird in Abweichung von Artikel 19 Absatz 3 ATSG die Rente auch für den Monat, in dem der Taggeldanspruch endet, ungekürzt ausgerichtet. Hingegen wird das Taggeld in diesem Monat um einen Dreissigstel des Rentenbetrags gekürzt.

6. Wiedereingliederung und Integrationsmassnahmen: Rente statt Taggeld

Art. 22 Abs. 5^{bis} IVG

Bezieht eine versicherte Person eine Rente, so wird ihr diese während der Durchführung von Integrationsmassnahmen nach Artikel 14a und von Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Artikel 8a anstelle eines Taggeldes weiter ausgerichtet.

Art. 47 Abs. 1 und 1^{bis} IVG

¹ In Abweichung von Artikel 19 Absatz 3 ATSG¹³ können Renten während der Durchführung von Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen sowie von Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Artikel 8a weiter gewährt werden.

^{1bis} Die Renten werden gewährt:

- a. bei Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Artikel 8a bis zum Entscheid der IV-Stelle nach Artikel 17 ATSG;*
- b. bei den übrigen Eingliederungsmassnahmen längstens bis zum Ende des dritten vollen Kalendermonats, der dem Beginn der Massnahmen folgt.*

- 9016.1 Während der Durchführung von Massnahmen zur Wiedereingliederung wird die Rente unverändert ausgerichtet. Dies gilt auch dann, wenn während dieser Zeit die versicherte Person ein zusätzliches Einkommen erzielt.

- 9016.2 Bezieht eine versicherte Person eine Rente der IV, so wird ihr diese während der *Durchführung von Integrationsmassnahmen* nach Art. 14a IVG anstelle eines Taggeldes weiter ausgerichtet (Art. 22 Abs. 5^{bis} IVG)

7. Doppelanspruch auf Taggeld und Rente

Art. 22 Abs. 5^{ter} IVG

Erleidet sie infolge der Durchführung einer Massnahme einen Erwerbsausfall oder verliert sie das Taggeld einer anderen Versicherung, so richtet die Versicherung zusätzlich zur Rente ein Taggeld aus.

Art. 47 Abs. 1^{ter} IVG

Zusätzlich zur Rente wird das Taggeld ausgerichtet. Dieses wird jedoch während der Dauer des Doppelanspruchs bei der Durchführung von Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen um einen Dreissigstel des Rentenbetrags gekürzt

- 9016.3 Falls eine versicherte Person, die während Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Artikel 8a IVG eine Rente der IV bezieht, einen Einkommensverlust infolge Durchführung der Massnahme hat, hat sie Anspruch auf ein Taggeld. Das passiert z. B. wenn eine versicherte Person, die neben dem Bezug einer Rente eine Arbeitstätigkeit ausübt, wegen einer ganztägigen Massnahme der IV an der Ausübung ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit verhindert ist. Betroffen sind aber auch vP, denen ein Ersatzeinkommen in Form eines Taggeldes einer anderen Versicherung zu-stand. Sie sollen beim Wegfall dieses Taggeldes in Folge der Massnahme Anspruch auf das Taggeld der IV haben.
- 9016.4 Bei Massnahmen der Wiedereingliederung aus der Rente wird das Taggeld nicht um einen Dreissigstel der Invalidenrente gekürzt.

Kapitel 2: IV-Rente – Rente der AHV

Artikel 43 Absatz 1 IVG

Witwen, Witwer und Waisen, welche sowohl die Anspruchsvoraussetzungen für eine Hinterlassenenrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung als auch für eine Rente der Invalidenversicherung erfüllen, haben Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Es wird aber nur die höhere der beiden Renten ausgerichtet.

Artikel 28^{bis} AHVG

Erfüllt eine Waise gleichzeitig die Voraussetzungen für eine Waisenrente und eine Witwen- oder Witwerrente oder für eine Rente gemäss dem IVG, so wird nur die höhere Rente ausbezahlt. Sind beide Elternteile gestorben, so wird für den Vergleich auf die Summe der beiden Waisenrenten abgestellt.

9017 Es sind die Rz 3401, 3405 und 5618 RWL zu beachten.

Kapitel 3: IV-Rente – Rente oder Eingliederungsmassnahmen der obligatorischen UV, MV oder BV

1. IV-Rente – Eingliederungsmassnahmen der UV oder MV

9018 Nach dem Grundsatz Eingliederung vor Rente schliesst eine Eingliederungsmassnahme der UV oder MV eine IV-Rente grundsätzlich aus (ZAK 1986 S. 601). Dies gilt jedoch nicht, wenn die von der UV oder MV gewährte Leistung keine eigentliche Eingliederungsmassnahme darstellt, sondern z. B. eine Leidensbehandlung (Krankenpflege) ist (ZAK 1963 S. 439).

Beispiel:

Eine Fabrikarbeiterin erleidet im September 2006 bei einem Arbeitsunfall schwere Frakturen. In der Folge stellen sich noch verschiedene Komplikationen (Nieren, Blase) ein. Im September 2007, d. h. ein Jahr nach dem Unfall, ist die von der SUVA übernommene Heilbehandlung noch

nicht abgeschlossen. Eine berufliche Wiedereingliederung ist noch nicht möglich. Trotz der von der SUVA weiterhin gewährten medizinischen Massnahmen kann die Versicherte ab September 2007 eine ganze IV-Rente beanspruchen.

2. IV-Rente – Rente der UV oder MV

Artikel 66 Absätze 1 und 2 Buchstabe a und b ATSG

¹ Renten und Abfindungen verschiedener Sozialversicherungen werden unter Vorbehalt der Überentschädigung kumulativ gewährt.

² Renten und Abfindungen werden nach den Bestimmungen des jeweiligen Einzelgesetzes und in nachstehender Reihenfolge gewährt:

- a. von der Alters- und Hinterlassenenversicherung oder der Invalidenversicherung;*
- b. von der Militärversicherung oder der Unfallversicherung;*

Artikel 69 Absätze 1 und 2 ATSG

¹ Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person auf Grund des schädigenden Ereignisses gewährt werden.

² Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen.

- 9019 Es besteht keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung für die Invalidenversicherung (BGE 133 V 549; BGE 131 V 362; AHI-Praxis 2004 S. 186); dies gilt auch im umgekehrten Verhältnis.

- 9020 Ein Abweichen des Invaliditätsgrades kann sich beispielsweise aus folgenden Gründen ergeben:
- wenn die Invaliditätsschätzung der UV auf einem Rechtsfehler oder einer nicht vertretbaren Ermessensausübung beruht,
 - wenn eine Rente der IV auch eine nicht nach UVG versicherte Invalidität entschädigt (Tätigkeit im Haushalt, selbständige Tätigkeit usw.),
 - wenn die UV nicht einen Einkommensvergleich anstellt, sondern eine Abfindungssumme zugesprochen hat (ZAK 1983, S. 116, 1981 S. 42),
 - wenn die UV den Invaliditätsgrad durch einen Vergleich bestimmt hat (AHI-Praxis 2003 S. 106),
 - wenn zwischen der SUVA und der versicherten Person im Rahmen einer freiwilligen Versicherung (Art. 66 Abs. 4 UVG, Art. 135 Abs. 2 UVV) eine Lohnvereinbarung getroffen wurde,
 - wenn die UV die Rente bereits bei ihrer Festsetzung abgestuft oder befristet hat,
 - wenn die UV bei der Invaliditätsbestimmung das vorgerückte Alter der versicherten Person unberücksichtigt liess (Art. 28 Abs. 4 UVV) oder
 - bei zusätzlichen unfallfremden Leiden (9C_7/2008).
- 9021 Die IV hat sich bei der Invaliditätsbemessung an die rechtskräftige Invaliditätsschätzung der MV zu halten. Zwischen diesen beiden Sozialversicherungen besteht nach wie vor eine Bindungswirkung (9C_858/2008).
- 9022 In Fällen, da eine Leistungspflicht der UV oder der MV im Bereich des Möglichen liegt, erfolgt ein Datenaustausch unter den Versicherern. Bei rein unfallbedingten Invalidität spricht sich die IV-Stelle vorgängig mit der UV ab (vgl. die Vereinbarung zur Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ-plus), in Kraft seit 1. Januar 2008).
- 9023 Anlässlich der Revision einer laufenden IV-Rente darf der Invaliditätsgrad nur unter den Voraussetzungen der Rentenrevision (Rz 5001 ff.) oder der Wiedererwägung (Rz 5031 ff.) an den von der UV oder der MV ermittelten Invaliditätsgrad angepasst werden.

3. IV-Rente – Rente der BV

- 9023.1 Die versicherte Person hat unter Umständen ein Interesse
1/13 an der Feststellung des exakten IV-Grades, wenn ein leicht
höherer IV-Grad in der 2. Säule eine andere Rentenstufe
zur Folge hätte (9C_858/2010).

Kapitel 4: Hilflosenentschädigung der IV oder AHV – Hilflosenentschädigung der UV oder MV

Artikel 66 Absatz 3 ATSG

Hilflosenentschädigungen werden nach den Bestimmungen des jeweiligen Einzelgesetzes und in nachstehender Reihenfolge ausschliesslich gewährt:

- a. von der Militärversicherung oder der Unfallversicherung;*
- b. von der Invalidenversicherung oder der Alters- und Hinterlassenenversicherung.*

- 9024 In Fällen *rein unfallbedingter Hilflosigkeit* ist im Sinne von Art. 66 Abs. 3 ATSG ein gleichzeitiger Bezug einer Hilflosenentschädigung sowohl der IV oder AHV als auch der UV oder MV ausgeschlossen. Sind hingegen in einem bestimmten Zeitraum nur die Anspruchsvoraussetzungen der IV oder AHV erfüllt, besteht ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der IV (und bei Minderjährigen allenfalls auch auf einen Intensivpflegezuschlag) oder der AHV solange, als der Anspruch auf die entsprechende Leistung der UV oder MV noch nicht entstanden ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 321 S. 84).
- 9025 Bei *nur teilweise unfallbedingter Hilflosigkeit* hat die UV Anspruch auf jenen Teil der Hilflosenentschädigung der IV oder AHV, den diese Versicherungen ausrichten würden, wenn die versicherte Person nicht verunfallt wäre (Art. 42 Abs. 6 IVG, Art. 43^{bis} Abs. 5 AHVG, Art. 39^{bis} Abs. 2 IVV, Art. 38 Abs. 5 UVV; vgl. Rz 8003 ff.; KS über die Hilflosenentschädigung der AHV und IV bei unfallbedingter Hilflosigkeit).

Teil 5: Schlussbestimmungen

- 10.001 Das vorliegende Kreisschreiben tritt am 1. Januar 2021 in Kraft. Es ersetzt die seit dem 1. Juli 2020 gültige Fassung.

Anhang II: Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit und der Wartezeit anhand eines Beispiels (vgl. Rz 2017 ff.) 1/17

Beispiel:

Ein Landwirt war während Jahren zu 20 Prozent arbeitsunfähig. Ab dem 15.10.2016 bis 31.12.2016 war er zu 100 Prozent arbeitsunfähig und ab 01.01.2017 zu 50 Prozent arbeitsunfähig. Wann war die Wartezeit, während welcher er durchschnittlich zu mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen war, abgelaufen?

Formel

$$(a \text{ Tage à } 20\%) + (b \text{ Tage à } 100\%) + (c \text{ Tage à } 50\%) = (365 \text{ Tage à mindestens } 40\%)$$

wobei

$$a \text{ Tage} + b \text{ Tage} + c \text{ Tage} = 365 \text{ Tage}$$

$$b = 78 \text{ Tage (15.10.–31.12.2016)}$$

$$c = 365 \text{ Tage} - 78 \text{ Tage} - a = 287 \text{ Tage} - a$$

Berechnung

$$\begin{aligned} (a \times 20\%) + (78 \times 100\%) + ([287 - a] \times 50\%) &= 365 \times 40\% \\ 20a + 7800 + 14350 - 50a &= 14600 \\ 22150 - 30a &= 14600 \\ 7550 - 30a &= 0 \\ 7550 &= 30a \\ 7550 : 30 &= A \\ 251,6 &= A \end{aligned}$$

$$\Rightarrow a = 251 \text{ Tage}, \quad c = 287 - 251 = 36 \text{ Tage}, \quad b = 78 \text{ Tage}$$

Die Wartezeit war am 5. Februar 2017 (36 Tage à 50% im Jahr 2017) abgelaufen.

Anhang III : Richtlinien zur Bemessung der massgebenden Hilflosigkeit bei Minderjährigen

7/20

Bei den folgenden Richtlinien handelt es sich bei den Altersangaben um Orientierungswerte, die nicht in jedem Fall absolut anzuwenden sind. In den meisten Fällen kann es „normale“ resp. nicht pathologisch (krankheits-) bedingte Abweichungen von den Zeitangaben sowohl nach oben als auch nach unten geben. Sie sind bei der Bemessung der Hilfsbedürftigkeit nicht zu berücksichtigen. In diesem Sinne sind die Richtlinien flexibel zu handhaben.

Durchschnittliches Alter für die Berücksichtigung des invaliditätsbedingten erheblichen Mehraufwandes in den einzelnen Lebensverrichtungen – massgebend für den Beginn der Wartezeit.	Bemerkungen
1. An- und Auskleiden	
<p>Ab <i>3 Jahren</i> kann sich ein Kind unter Anleitung an- und ausziehen, wobei es für einzelne Handreichungen, wie Knöpfe öffnen und schliessen, auf Hilfe angewiesen ist.</p> <p>Ab <i>5 Jahren</i> zieht ein Kind die Schuhe am richtigen Fuss an, merkt sich die Vorder- und Rückseite der Kleider. Es kann sich mehrheitlich alleine an- und ausziehen.</p> <p>Ab <i>6 Jahren</i> kann es die Schuhe binden (massgebend bei Kindern, welche behinde-</p>	<p>Ab Beginn des Mehraufwands:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anlegen von Prothesen und Orthesen – Bei hochgradiger Spastizität (z. B. CP) – Bei komplexen Hautproblemen (nur bei Epidermolysis bullosa, Neurodermitis, Schmetterlingkinder oder ähnliche Beschwerden)

<p>Durchschnittliches Alter für die Berücksichtigung des invaliditätsbedingten erheblichen Mehraufwandes in den einzelnen Lebensverrichtungen – massgebend für den Beginn der Wartezeit.</p>	<p>Bemerkungen</p>
<p>rungsbedingt Schnürschuhe tragen müssen). Knöpfe bereiten keine Schwierigkeiten mehr.</p> <p><i>Ab 10 Jahren</i> braucht es keine Kontrolle mehr. Die Kleiderauswahl ist auch meistens adäquat.</p>	
<p>2. Aufstehen, Absitzen und Ab- liegen</p>	
<p><i>Ab 15 Monaten</i> steht es ohne Hilfe auf. Es kann alleine die Position wechseln (von Sitzen Stehen, Liegen und umgekehrt)</p> <p><i>Ab 24 Monaten</i> setzt es sich allein auf einen Stuhl oder an den Tisch und kann alleine ins Bett und aus dem Bett steigen.</p>	<p>Die Ein-/Aussteighilfe für ins/aus dem Gitterbett ab 24 Monaten wird nur berücksichtigt, sofern der Einsatz des Gitterbettes aus gesundheitlichen Gründen notwendig ist</p> <p>Mehraufwand <i>ab 4 Jahren</i>:</p> <p>Regelmässiges Aufstehen nachts, um das Kind zurück ins Bett zu bringen und zu beruhigen, so dass das Kind im Bett fixiert werden muss.</p> <p>Mehraufwand <i>ab 8 Jahren</i>:</p> <p>Einschlafrituale, wenn diese gesundheitsbedingt notwendig sind und ein normales Mass übersteigen.</p>

Durchschnittliches Alter für die Berücksichtigung des invaliditätsbedingten erheblichen Mehraufwandes in den einzelnen Lebensverrichtungen – massgebend für den Beginn der Wartezeit.	Bemerkungen
3. Essen	
<p>Ab <i>18 Monaten</i> kann das Kind zuverlässig mit dem Löffel umgehen und ebenso mit der Tasse, die es aufhebt und wieder hinstellt, wenn es daraus getrunken hat.</p> <p>Ab <i>3 Jahren</i> braucht es beim Essen von zerkleinerter Nahrung nur noch selten Hilfe. Es kann Löffel und Gabel benutzen.</p> <p>Ab <i>6 Jahren</i> kann es die meisten Speisen selber zerkleinern. Es benötigt im Einzelfall (z. B. Fleisch) punktuell noch Hilfe. Der Umgang mit dem Besteck bereitet keine Probleme mehr.</p> <p>Ab <i>8 Jahren</i> isst das Kind selbstständig und zerkleinert auch Fleisch oder Pizza selbst. Rz 8018 ist aber für die Anerkennung der Hilflosigkeit zu berücksichtigen</p>	<p>Ebenfalls als Mehraufwand zu berücksichtigen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pürierte Nahrung/Breinahrung, wenn nicht altersgemäss (ab 2 Jahren). – Sondenernährung (ab Beginn des Mehraufwands) – Überwachung wegen Erstickengefahr beim Essen (z. B. bei Epilepsie), Rz 8031 (ab 13 Monaten). – vermehrte Mahlzeiten (ab 5 Mahlzeiten pro Tag, z. B. bei Stoffwechsel- und Magen-darmkrankheiten) (ab Beginn des Mehraufwands) – bei autistische / erethische Kinder: mehrmaliges zurückholen am Tisch währenddem das Kind isst (ab 6 Jahren)

Durchschnittliches Alter für die Berücksichtigung des invaliditätsbedingten erheblichen Mehraufwandes in den einzelnen Lebensverrichtungen – massgebend für den Beginn der Wartezeit.	Bemerkungen
4. Waschen, Kämmen, Baden/Duschen	
<p>Ab <i>6 Jahren</i> lässt sich das Kind bei der Körperpflege nicht mehr gerne helfen. Kontrolle und Anleitung ist jedoch noch nötig.</p> <p>Haarewaschen und Kämmen sind ab 8 Jahren unter Kontrolle möglich.</p> <p>Ab 10 Jahren braucht es auch keine regelmässige Kontrolle mehr.</p>	<p>Mehraufwand</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Schwerstbehinderten, wo aus medizinischen Gründen 2 Personen zum Baden erforderlich sind (ab 4 Jahren)
5. Verrichten der Notdurft	
<p>Ab <i>3 Jahren</i> benötigt das Kind tagsüber mehrheitlich keine Windeln mehr.</p> <p>Ab <i>4 Jahren</i> sind nachts keine Windeln mehr erforderlich, da in der Regel nicht mehr genässt wird. Es kann alleine zur Toilette gehen, benötigt aber noch Kontrolle (Reinigung, Kleider in Ordnung bringen)</p>	<p>Als Mehraufwand zu berücksichtigen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – manuelle Darmausräumung – regelmässiges Katheterisieren – zeitaufwändige Einläufe, überaus häufiges Wechseln der Windeln aus medizinischen Gründen, erschwertes Wickeln bedingt durch die

<p>Durchschnittliches Alter für die Berücksichtigung des invaliditätsbedingten erheblichen Mehraufwandes in den einzelnen Lebensverrichtungen – massgebend für den Beginn der Wartezeit.</p>	<p>Bemerkungen</p>
<p>Ab <i>6 Jahren</i> kann sich das Kind selber reinigen und auch die Kleider alleine in Ordnung bringen.</p>	<p>hochgradige Spastizität ab Zeitpunkt des ausserordentlichen Ausmasses.</p>
<p>6. Fortbewegen im oder ausserhalb des Hauses, Pflege gesellschaftlicher Kontakte</p>	
<p>Ab <i>15 Monaten</i> kann ein Kind frei gehen.</p> <p>Ab <i>3 Jahren</i> kann es allein Treppenlaufen.</p> <p>Ab <i>5 Jahren</i> pflegt das Kind gesellschaftliche Kontakte in der näheren Umgebung. Seine Sprache ist auch für Fremde meist verständlich. Es legt den ungefährlichen Schulweg selber zurück. Es kennt die Sozialregeln und kann eine Konversation halten.</p> <p>Ab <i>8 Jahren</i> ist sich das Kind der Verkehrsregeln bewusst und es kann die Gefahren einschätzen.</p>	<p>Ab <i>4 Jahren</i> sollte zur Zurücklegung von normalen Wegstrecken kein Buggy mehr nötig sein. Dies ist bei Kindern mit Gehstörungen und bei Herzkranken etc. zu berücksichtigen.</p> <p>Ab <i>4 Jahren</i> bei Epileptikern für die persönliche Überwachung bei praktisch tägliche Anfälle mit Sturzgefahr, Rz 8031.</p>

<p>Durchschnittliches Alter für die Berücksichtigung des invaliditätsbedingten erheblichen Mehraufwandes in den einzelnen Lebensverrichtungen – massgebend für den Beginn der Wartezeit.</p>	<p>Bemerkungen</p>
<p>Dauernde Pflege</p>	
<p>Mit <i>15 Jahren</i> sollte die Medikamenteneinnahme selbständig möglich sein.</p> <p>Ab Beginn der Pflegeleistung sind zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anlegen von med. Behandlungsgeräten (z. B. Orthesen). – Umlagerungen, z. B. bei Dekubitus, Durchbewegen der gelähmten Körperteile – Inhalieren – Bandagen – Stützstrümpfe 	

<p>Durchschnittliches Alter für die Berücksichtigung des invaliditätsbedingten erheblichen Mehraufwandes in den einzelnen Lebensverrichtungen – massgebend für den Beginn der Wartezeit.</p>	<p>Bemerkungen</p>
<p>Persönliche Überwachung</p>	
<p>Vor <i>6 Jahren</i> ist die persönliche Überwachung in der Regel nicht in Betracht zu ziehen.</p> <p>Bei Kindern mit frühkindlichem Autismus und Kindern mit medikamentös nicht einstellbare Epilepsie kann je nach Schweregrad und Situation die Überwachung schon ab 4 Jahren anerkannt werden.</p> <p>Eine besonders intensive Überwachung ist vor <i>8 Jahren</i> in der Regel nicht in Betracht zu ziehen.</p>	<p>Bei Erstickungsgefahr nach häufigem Erbrechen ist die Überwachung ab Beginn zu berücksichtigen.</p> <p>Bei Atemproblemen ist die Überwachung nicht zwingend gegeben (abhängig vom Schweregrad und Anwendbarkeit nicht personeller Massnahmen (Monitoring, usw)).</p>

Durchschnittliches Alter für die Berücksichtigung des invaliditätsbedingten erheblichen Mehraufwandes in den einzelnen Lebensverrichtungen – massgebend für den Beginn der Wartezeit.	Bemerkungen
Sonderfälle leichter Hilflosigkeit	
<ul style="list-style-type: none"> – Heimdialyse (Rz 8063). – Blinde und hochgradig Sehschwache sowie schwer Körperbehinderte ab <i>5 Jahren</i> (Rz 8065 u. 8068). – Schwer hörgeschädigte Kinder, bei denen es regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen der Eltern oder Dritter zur Förderung der Kommunikationsfähigkeit bedarf ab Einleitung der pädagogisch-therapeutischen Massnahmen (Rz 8067). 	Minderjährige mit PEP-Maske bzw. Peritonealdialyse begründen längstens einen Anspruch <i>bis zum vollendeten 15. Altersjahr</i> (Rz 8063).
Sonderfall von schwerer Hilflosigkeit	
<ul style="list-style-type: none"> – Taubblinde und Taube mit hochgradiger Sehschwäche ab <i>5 Jahren</i> (Rz 8056). 	

Die Richtlinien wurden unter Berücksichtigung von verschiedenen Quellen erstellt. Die wichtigsten davon sind unten aufgelistet. In der Literatur werden meistens Zeitspannen angegeben. Das BSV hat entweder der Durchschnitt oder die obere Grenze übernommen. Dabei hat es geschaut, dass möglichst wenige Altersstufen entstehen. Die Tabelle wurde der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie zur Vernehmlassung unterbreitet.

Brazelton, T. Berry (1994): Points forts. Tome 1: De la naissance à 3 ans. Paris : Librairie générale française.

Dixon, Suzanne D.; Stein; Martin T. (2006). Encounters with children: pediatric behavior and development (4th ed.). Philadelphia: Mosby Elsevier.

Dokumentationsblatt für den Denver Developmental Screening Test. Aus: Gortner, Ludwig; Meyer, Sascha; Sitzmann, Friedrich Carl Sitzmann (2012). Pädiatrie (4. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Ferland, Francine (2004). Le développement de l'enfant au quotidien. Du berceau à l'école primaire. Editions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Herzka, Heinz S.; Ferrari, Bernardo; Reukauf, Wolf (2001). Das Kind von der Geburt bis zur Schule (7te, neubearbeitete und erweiterte Auflage). Basel: Schwabe & Co. AG Verlag.

Largo, Remo (2001). Babyjahre (aktualisierte Neuauflage). Zürich: Piper München

Anhang IV : Maximalwerte und altersentsprechende Hilfe

7/20

Die Zeit für die altersentsprechende Hilfe basiert auf Erfahrungswerten von verschiedenen IV-Stellen.

Es handelt sich um durchschnittliche Werte. Die Tabelle wurde der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie zur Vernehmlassung unterbreitet.

Die anrechenbaren zeitlichen Maximalwerte stützten sich auf den FAKT. Dabei wurde berücksichtigt, dass die dort erfassten Zeitwerte den Hilfebedarf einer erwachsenen Person abdecken. Entsprechend wurden Anpassungen aufgrund des Alters vorgenommen, da sich die Hilfe bei einer minderjährigen versicherten Person im Vergleich zu einer erwachsenen aufgrund des geringeren Körpergewichtes und –grösse weniger zeitintensiv gestaltet.

Dieser Ausgangslage wurde Rechnung getragen, indem erst ab 10 Jahren der zeitliche Hilfebedarf analog einer erwachsenen Person berücksichtigt werden kann.

Es wurden zusätzlich mehrere Zusatzaufwände berücksichtigt. Dabei wurden Werte übernommen, die seit mehreren Jahren zur Anwendung kommen und sich auf diverse Erhebungen in mehrere Heimen und Krippen sowie bei Eltern stützten. Alle Werte wurden intensiv in einer Arbeitsgruppe bestehend aus versierten Fachpersonen verschiedener IV-Stellen diskutiert, verifiziert und Testläufen unterzogen.

Maximalwerte pro Bereich	Altersentsprechende Hilfe
1. An- und Auskleiden	
Bis 3 Jahre: 20 Minuten	Bis 3 Jahre: 20 Minuten
Bis 6 Jahre: 25 Minuten	Bis 6 Jahre: 15 Minuten
Bis 10 Jahre: 30 Minuten	Bis 10 Jahre: 5 Minuten
Ab 10 Jahre: 35 Minuten	Kein Abzug bei Hilfsmitteln

Maximalwerte pro Bereich	Altersentsprechende Hilfe
<p>Zusatz für hochgradige Spastizität: 10 Minuten</p> <p>Zusatz für Oppositionsverhalten (ab 3 Jahren): 10 Minuten</p> <p>Zusatz schwierige Hautverhältnisse: 10 Minuten (bis 10 Jahren):</p> <p>Vermehrte Kleiderwechsel (ab 3 Jahre): 15 Minuten / maximal 5 Minuten pro Mal. Dieser Zuschlag wird nur gegeben, wenn der vermehrte Kleiderwechsel eine Auswirkung der Behinderung ist (extrem Schwessen, Inkontinenz, starke Speicherfluss)</p> <p>Hilfsmittel (soweit diese zur Aufrechterhaltung einer Lebensverrichtung benötigt werden, zum Beispiel Prothesen / Orthesen): 15 Minuten</p>	

Maximalwerte pro Bereich	Altersentsprechende Hilfe
2. Aufstehen, Absitzen und Abliegen (inklusive indirekte Hilfe)	
Bis 3 Jahre: 10 Minuten	Bis 15 Monate: 10 Minuten
Bis 6 Jahre: 20 Minuten	Bis 2 Jahre: 5 Minuten
Bis 10 Jahre: 25 Minuten	Einschlafrituale: Bis 8 Jahre: 45 Minuten
Ab 10 Jahren: 30 Minuten	Ab 8 Jahren: 30 Minuten
Zusatz für aufwendiges Lagern, fixieren im Bett, Rollstuhl, Stehbrett, Stuhl, hochgradige Spastizität: 15 Minuten	Ab 10 Jahren: 0 Minuten
Zusatz für eine weitere Hilfsperson oder für Einsatz Hebelift (ab 8 Jahre): 10 Minuten	
Zusatz für Oppositionsverhalten – ab 6 Jahren: 25 Minuten – ab 10 Jahren: 30 Minuten	
Zusatz für Einschlafrituale: - nach effektivem Aufwand, maximal 60 Minuten	
Zusatzaufwand in der Nacht (medizinisch bedingt) – aufstehen, beruhigen (ab 4 Jahren): 30 Minuten – Umlagerung: 6 Minuten	
3. Essen	
Bis 18 Monate: 90 Minuten	Bis 18 Monate: 90 Minuten

Maximalwerte pro Bereich	Altersentsprechende Hilfe
<p>Ab 18 Monate: 75 Minuten</p> <p>Zusatz für Znüni und Zvieri: je 10 Minuten (ab 3 Jahren)</p> <p>Zusatz für Schluck und Kaubeschwerden: bei Hauptmahlzeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Hauptmahlzeiten: 30 Minuten – bei Zvieri/Znüni: je 5 Minuten <p>Pürierte Kost (ab 2 Jahre): 10 Minuten</p> <p>Zerschneiden von Mahlzeiten (ab 4 Jahre): 5 Minuten</p> <p>Sondenernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sofern die Abgabe vollständig überwacht werden muss: 150 Minuten oder – Zeitaufwand für partielle Interventionen: 150 Minuten – Vor- Nachbereitung der Sondenernährung: 25 Minuten <p>(Die Pflege der Sonde ist unter Pflege anzurechnen)</p> <p>Mehrmalige zurückholen am Tisch oder Oppositionsverhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bei Znüni /Zvieri: je 5 Minuten (ab 6 Jahren) – Bei Hauptmahlzeiten <ul style="list-style-type: none"> • ab 6 Jahren: 25 Minuten • ab 10 Jahren: 30 Minuten <p>Vermehrte Mahlzeiten/Trinken (wenn mehr als 5 Mal pro Tag): 30 Minuten</p>	<p>Bis 3 Jahre: 75 Minuten</p> <p>Bis 6 Jahre: 15 Minuten</p> <p>Bis 8 Jahre: 5 Minuten</p> <p>Ab 3 Jahren: Allgemeiner Abzug von 75 Min./Tag (15 Min. für das Frühstück und je 30 Min. für die Hauptmahlzeiten) für die Präsenzzeit am Familientisch, wenn die Mutter / der Vater nebenbei Essen kann.</p> <p>Ab 12 Jahren: 30 Minuten für Präsenzzeit am Familientisch</p> <p>Entweder wird die familienübliche Präsenz am Tisch abgezogen oder der Zeitaufwand für ein nicht behindertes Kind, nicht aber beides.</p> <p>Bis 6 Jahre: Abzug von 10 Min. pro Zwischenmahlzeit für die Präsenzzeit am Familientisch.</p> <p>Die altersentsprechende Hilfe muss auch bei Sondenernährung abgezogen werden, die familienübliche Präsenz am Tisch hingegen nicht.</p>

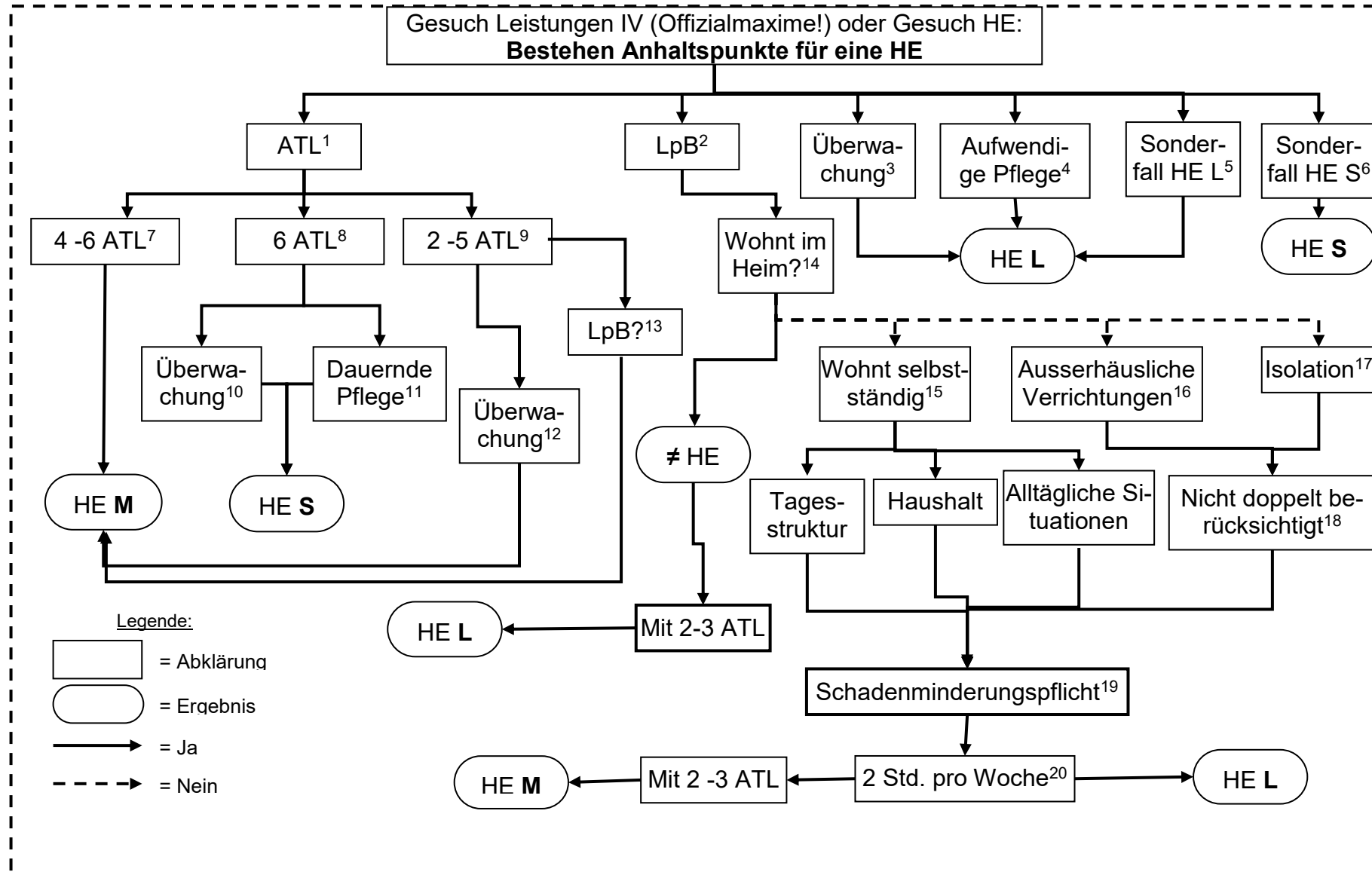
Maximalwerte pro Bereich	Altersentsprechende Hilfe
4. Waschen, Kämmen, Baden/Duschen	
Bis 6 Jahre: 30 Minuten	Bis 6 Jahre: 30 Minuten
Bis 8 Jahre: 40 Minuten	Ab 6 bis 8 Jahre: 15 Minuten
Bis 10 Jahre: 50 Minuten	Bis 10 Jahre: 5 Minuten
Ab 10 Jahren: 60 Minuten	
Zusatz für eine weitere Hilfsperson oder Einsatz eines Hebeliftes (ab 4 Jahren): 20 Minuten	
Zusatz für Oppositionsverhalten (ab 6 Jahre): 20 Minuten	
5. Verrichten der Notdurft (Transfer zum WC, Ordnen der Kleider, Körperreinigung, Überprüfen der Reinlichkeit)	
Bis 6 Jahre: 30 Minuten	Bis 3 Jahre: Es wird von 6 Windelwechseln pro Tag ausgegangen: 30 Minuten pro Tag
Bis 10 Jahre: 40 Minuten	
Ab 10 Jahren: 50 Minuten	Bis 4 Jahre: 10 Minuten
Zusatzaufwand für hochgradige Spastizität: 10 Minuten	Bis 6 Jahre: 5 Minuten
Zusatzaufwand für Toilettentraining: ab 3 bis 10 Jahren): 20 Minuten	
Zusatzaufwand für Katheterisieren: 60 Minuten	
Zusatzaufwand für Klistieren: 5 Minuten	

Maximalwerte pro Bereich	Altersentsprechende Hilfe
<p>Zusatzaufwand für Einlauf setzen: 5 Minuten pro Mal (maximal 1 Mal pro Tag)</p> <p>Zusatzaufwand für manuelle Darmausräumung: 15 Minuten pro Mal (maximal 1 Mal pro Tag)</p> <p>Zusatzaufwand häufiger Windelwechsel oder zusätzliche Begleitung zum WC (ab 6 Mal pro Tag): 5 Minuten pro Mal</p> <p>Zusatzaufwand für Oppositionsverhalten (ab 3 Jahre): 20 Minuten</p> <p>Zusatzaufwand für An-/Ablegen von Hilfsmitteln: 5 Minuten pro Hilfsmittel und pro Mal, maximal 20 Minuten pro Tag</p>	
6. Fortbewegen im oder ausserhalb des Hauses, Pflege gesellschaftlicher Kontakte	
	Kein Abzug
Dauernde Pflege	
<p>Medikamente Verabreichung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – oral / rektal / transdermal (ab 15 Jahre): 1 Min pro Medikament – bei erheblichem Aufwand, wenn die Medikamente z. B. gemörsert, verdünnt, aufgezogen und mit einer Spritze anschliessend mühevoll in den Mund abgegeben werden müssen (nach Rücksprache mit dem RAD) : 5 Minuten pro Medikament 	<p>Kein Abzug</p> <p>Maximale Richtwerte für</p> <p>- Absaugen des Sekretes: 180 Minuten</p>

Maximalwerte pro Bereich	Altersentsprechende Hilfe
<ul style="list-style-type: none"> – Subkutan /intramuskulär / intravenös: 5 Minuten pro Medikament – Medikamente per Sonde: 3 Min pro Mal <p>Diagnostische Massnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Temperaturmessung: 1 Minute pro Mal – Blutzuckerkontrolle, Blutdruck, Puls: 5 Minuten pro Tag <p>Stehtraining/ NF-Walker: 5 Minuten pro Mal</p> <p>Inhalation:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nassinhalation, Anwesenheit einer Person notwendig: 15 Minuten pro Mal (inklusive Vor-/Nachbereitung) – Nassinhalation nur Vor-/Nachbereitung): 5 Minuten – Turbohaler: 1 Minute pro Mal <p>Sondenpflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> – neu stecken von (Nasal- und Magen-)Sonden: 15 Minuten pro Mal – Wundpflege bei Sonden (PEG /Port), Gastrostomie, Button, Cistofyx: 15 Minuten pro Mal – Fixieren, Hautpflege und Lagekontrolle: 10 Minuten pro Mal <p>Trachealkanüle: Bündeliwechsel/Kanülenpflege (braucht 2 Personen): 20 Minuten pro Wechsel pro Person</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Spezielle Massnahmen bei komplexen Hautproblemen: 180 Minuten - Beatmung: 60 Minuten

Maximalwerte pro Bereich	Altersentsprechende Hilfe
<p>Hilfsmitteln zu therapeutischen Zwecken an- und ablegen (Orthesen / Prothesen / Korsett usw.): 5 Minuten pro Mal</p> <p>Bougieren (Anus): 15 Minuten pro Mal</p> <p>Pauschale für Physio- und ergotherapeutische Übungen zu Hause, sowie für Atemtherapie: 30 Minuten pro Tag und pro Therapie</p>	
Persönliche Überwachung	
	Kein Abzug
Begleitung zur Arzt- und / oder Therapiebesuche	
	Es handelt sich dabei nur um behinderungsbedingte Besuche, die ein nicht behindertes Kind nicht brauchen würde. Die normale Kinderarzt-, Zahnarztbesuche usw. sind nicht zu berücksichtigen.

Anhang V: Prozess HE



Fussnoten zum Graphik Prozess HE

- 1) [KSIH 8010-8024](#)
- 2) [Art. 38 IVV](#), [KSIH 8040-8052.2](#)
- 3) [KSIH 8035-8038](#)
- 4) [Art. 37 Abs. 3 Bst. c IVV](#), [KSIH 8057-8063](#)
- 5) Gesellschaftliche Kontakte: [Art. 37 Abs. 3 Bst. d IVV](#), [KSIH 8064-8068](#)
- 6) [KSIH 8056](#)
- 7) [Art. 37 Abs. 2 Bst. a IVV](#)
- 8) [Art. 37 Abs. 1 IVV](#), [KSIH 8008](#)
- 9) [Art. 37 Abs. 2 Bst. a IVV](#), [KSIH 8009](#)
- 10) [Art. 37 Abs. 1 IVV](#)
- 11) [Art. 37 Abs. 1 IVV](#), [KSIH 8032-8034](#)
- 12) [Art. 37 Abs. 2 Bst. b IVV](#)
- 13) [Art. 37 Abs. 2 Bst. c IVV](#)
- 14) [Art. 35^{ter} IVV](#), [KSIH 8005-8007](#), [KSIH 8043](#)
- 15) [Art. 38 Abs. 1 Bst. a IVV](#), [KSIH 8050-8050.3](#)
- 16) [Art. 38 Abs. 1 Bst. b IVV](#), [KSIH 8051](#)
- 17) [Art. 38 Abs. 1 Bst. c IVV](#), [KSIH 8052-8052.2](#)
- 18) [KSIH 8048](#), [8055](#). Achtung: Wurde im Rahmen der alltäglichen Lebensverrichtungen *Fortbewegung* oder *die Pflege gesellschaftlicher Kontakte* ein Hilfebedarf anerkannt, darf dieser Hilfebedarf bei der lebenspraktischen Begleitung nicht mehr berücksichtigt werden (Rz [8048](#), [8055](#) KSIH). Es ist aber möglich den Hilfebedarf bei der lebenspraktischen Begleitung zu berücksichtigen (und nicht bei der Lebensverrichtungen *Fortbewegung / Pflege gesellschaftlicher Kontakte*), wenn sonst keinen Anspruch auf eine HE besteht.
- 19) [KSIH 8050.3](#), [8085](#)
- 20) [KSIH 8053](#)

Anhang VI: Standardindikatoren im Detail

3/16

Zur Beachtung: Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalles gerecht werden. Es handelt sich nicht um eine „abhakbare Checkliste“ (BGE 141 V 281 Erw. 4.1.1)

A. Kategorie "funktioneller Schweregrad"	
a. Komplex "Gesundheitsschädigung"	
i. Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde	<ul style="list-style-type: none"> • Feststellungen über die konkreten Erscheinungsformen der diagnostizierten Gesundheitsschädigung helfen dabei, Funktionseinschränkungen, welche auf diese Gesundheitsschädigung zurückzuführen sind, von den (direkten) Folgen nicht versicherter Faktoren zu unterscheiden. • Ausgangspunkt ist der diagnose-inhärente Mindestschweregrad. • Die Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 sind zu beachten. So liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: <ul style="list-style-type: none"> - eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; - intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; - keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; - demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; - schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. <p>Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen zu bewerten und derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen. Die Schwere des Krankheitsgeschehens ist auch anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese</p>

	<p>zu plausibilisieren. Insbesondere die Beschreibung der somatoformen Schmerzstörung in ICD-10 Ziff. F45.4 hebt ätiologische Faktoren hervor: Merkmal der Störung ist, dass sie "in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen" auftritt, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rückschlüsse auf den Schweregrad sollen nicht mehr über den Begriff des primären Krankheitsgewinns erfolgen.
ii. Behandlungserfolg oder -resistenz	<ul style="list-style-type: none"> • Das definitive Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Versicherten durchgeführten Therapie weist auf eine negative Prognose hin. Wenn dagegen die erfolglos gebliebene Behandlung nicht (mehr) dem aktuellen Stand der Medizin entspricht oder im Einzelfall als ungeeignet erscheint, so ist daraus für den Schweregrad der Störung nichts abzuleiten. • Psychische Störungen der hier interessierenden Art gelten nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind. • Bei einem erst relativ kurze Zeit andauernden somit noch kaum chronifizierten Krankheitsgeschehen dürften regelmässig noch therapeutische Optionen bestehen, eine Behandlungsresistenz also ausgeschlossen sein. Dies zeigt, dass die Frage nach der Chronifizierung einer ("anhaltenden") somatoformen Schmerzstörung bei der Beurteilung des Schweregrades meist nicht wesentlich weiter führt: Ohne langjährige, verfestigte Schmerzentwicklung ist eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit kaum vorstellbar; Entsprechendes gilt schon für die Diagnose. • Soweit im Übrigen aus der Inanspruchnahme von Therapien und der Kooperation auf Vorhandensein oder Ausmass des Leidensdrucks zu schliessen ist, geht es um die Konsistenz der Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung.
iii. Eingliederungserfolg oder -resistenz	<ul style="list-style-type: none"> • Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung ergeben sich auch aus der Eingliederung im Rechtssinne. Denn so wie die zumutbare ärztliche Behandlung (welche, unter Vorbehalt von Art. 12 IVG, nicht zulasten der Invalidenversicherung geht) die versicherte Person als eine Form von Selbsteingliederung in die Pflicht nimmt, hat sich jene in beruflicher Hinsicht primär selbst einzugliedern und, soweit angezeigt, an entsprechenden beruflichen Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen (Art. 8 f., Art. 14 ff. IVG) teilzunehmen. Fallen solche Massnahmen nach ärztlicher Einschätzung in Betracht und bietet die Durchführungsstelle dazu Hand, nimmt die rentenansprechende Person jedoch dennoch nicht daran teil, gilt dies als starkes Indiz für eine nicht invalidisie-

	rende Beeinträchtigung. Umgekehrt kann eine trotz optimaler Kooperation misslungene Eingliederung im Rahmen einer gesamthaften, die jeweiligen Umstände des Einzelfalles berücksichtigenden Prüfung bedeutsam sein.
iv. Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none"> • Die psychische Komorbidität ist nicht mehr generell vorrangig, sondern lediglich gemäss ihrer konkreten Bedeutung im Einzelfall beachtlich, so namentlich als Gradmesser dafür, ob sie der versicherten Person Ressourcen raubt. • Die bisherigen Kriterien "psychiatrische Komorbidität" und "körperliche Begleiterkrankungen" sind zu einem einheitlichen Indikator zusammenzufassen. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann, ist nicht Komorbidität, sondern allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu berücksichtigen. • Das Erfordernis einer Gesamtbetrachtung gilt grundsätzlich unabhängig davon, wie es um den Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und der Komorbidität bestellt ist. Daher verliert beispielsweise eine Depression nicht mehr allein wegen ihrer (allfälligen) medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden jegliche Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor. Beschwerdebilder jedoch, die bloss als diagnostisch unterschiedlich erfasste Varianten derselben Entität mit identischen Symptomen erscheinen, sind von vornherein keine Komorbidität. Andernfalls würde die auf mehrere Arten erfass- und beschreibbare Gesundheitsbeeinträchtigung doppelt veranschlagt. • Es besteht grundsätzlich kein linearer Zusammenhang zwischen der Anzahl der nicht ausreichend organisch erklärten Körperbeschwerden (bzw. der Anzahl von somatoformen Syndromen in verschiedenen Erscheinungsformen) und dem Schweregrad der funktionellen Beeinträchtigung. Es gibt somit keine schematische Regel im Sinne "je grösser die Anzahl der Einzelbeschwerden, desto höher die funktionelle Einschränkung", da ansonsten bloss einzelne Symptome und Befunde aneinandergereiht und rein quantitativ-mechanisch bewertet würden, was den Blick auf die Gesamtwirkung des Beschwerdebildes für den Funktionsstatus verstellte.
b. Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)	<ul style="list-style-type: none"> • Neben den herkömmlichen Formen der Persönlichkeitsdiagnostik, die auf die Erfassung von Persönlichkeitsstruktur und -störungen abzielt, fällt auch das Konzept der sogenannten "komplexen Ich-Funktionen" in Betracht. Diese bezeichnen in der Persönlichkeit angelegte Fähigkeiten, welche

	<p>Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen zulassen (u.a. Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung und Impulskontrolle sowie Intentionalität und Antrieb).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da die Persönlichkeitsdiagnostik mehr als andere (z. B. symptom- und verhaltensbezogene) Indikatoren untersucherabhängig ist, bestehen hier besonders hohe Begründungsanforderungen. Diesen Konturen zu verleihen, wird Aufgabe noch zu schaffender medizinischer Leitlinien sein.
c. Komplex "Sozialer Kontext"	<ul style="list-style-type: none"> • Der soziale Kontext bestimmt auch mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert. Andererseits hält der Lebenskontext der versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. • Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen.

B. Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens)

a. Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen	<ul style="list-style-type: none"> • Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z. B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. • Das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs ist wiederum so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. • Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen.
b. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck	<ul style="list-style-type: none"> • Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist.

	<ul style="list-style-type: none">• Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist.• In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung.
--	---

Anhang VII: Vergleich zwischen der LSE bis 2010 und der LSE 2012

1/17

Beschreibung 2010	Nummer bis LSE 2010	Beschreibung 2012	Nummer LSE 2012
Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftsabteilungen, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht – Privater Sektor	TA1	Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht - Privater Sektor – 2012	TA1_skill_level
Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftsabteilungen, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht - Privater und öffentlicher Sektor (Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperschaften) zusammen	T1	Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht -Privater und öffentlicher Sektor (Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperschaften, Kirchen) zusammen –2012	T1_tirage_skill_level
Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) in Franken nach Beschäftigungsgrad, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor (Bund) zusammen, 2010	T2	Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht - Privater und öffentlicher Sektor (Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperschaften, Kirchen) zusammen - 2008, 2010, 2012	Beschäftigungsgrad
Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Tätigkeit, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht - Privater Sektor und öffentlicher Sektor [Bund] zusammen	TA7	Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht Privater und öffentlicher Sektor (Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperschaften, Kirchen) zusammen – 2012 Publikation LSE: ISCO eins und zweisteller	T17 Hinweis: Unter „Lebensalter“ das Total verwenden

Beschreibung 2010	Nummer bis LSE 2010	Beschreibung 2012	Nummer LSE 2012
Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert und Quantilbereich] nach Ausbildung, beruflicher Stellung und Geschlecht - Privater Sektor und öffentlicher Sektor [Bund] zusammen	TA11	Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert und Quartilbereich) nach Ausbildung, beruflicher Stellung und Geschlecht - Privater und öffentlicher Sektor (Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperschaften, Kirchen) zusammen – 2006, 2008, 2010, 2012	T11
Monatlicher Bruttolohn, SchweizerInnen und AusländerInnen, nach Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht – Privater und öffentlicher Sektor (Bund) zusammen	TA12	Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert und Quartilbereich), Schweizer/innen und Ausländer/innen, nach beruflicher Stellung und Geschlecht - Privater und öffentlicher Sektor (Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperschaften, Kirchen) zusammen – 2008, 2010, 2012	T12_b

Anhang VIII: Entscheidungshilfe zur Bemessung der Hilflosigkeit bei Kindern mit Hörschädigung

Grafik 1: Entscheidungshilfe zur Bemessung der Hilflosigkeit bei Kindern mit Hörschädigung

