



# Inhaltsverzeichnis

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | Sozialversicherungsrecht | 5 |
|---|--------------------------|---|

## **B**

|  |                      |    |
|--|----------------------|----|
|  | Stichwortverzeichnis | 31 |
|--|----------------------|----|

## 1. Sozialversicherungsrecht

### 1.1 Art. 37 Abs. 4 ATSG

#### **Regeste:**

Art. 37 Abs. 4 ATSG – Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung der bedürftigen Person droht, ist die Verbeiständung im Verwaltungsverfahren grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falls besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen die gesuchstellende Person auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist (Erw. 4.2). Führt der Einwand der Rechtsvertreterin zum Vorbescheid dazu, dass die IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung als notwendig erachtet, sie mithin den Sachverhalt ergänzend medizinisch abklären lässt, kann nicht mehr gesagt werden, die anwaltliche Interessenwahrung im Vorbescheidverfahren sei nicht notwendig. In diesem Fall ist ein Grad der Komplexität der Sache erreicht, der die Beistellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistands rechtfertigt (Erw. 7.3).

#### **Aus dem Sachverhalt:**

Die Versicherte, Jahrgang 1966, musste ihren erlernten Beruf als Coiffeuse wegen einer seropositiven chronischen Polyarthritis Stadium I aufgeben. Gestützt auf ein MEDAS-Gutachten sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 9. Januar 2004 bei einem Invaliditätsgrad von 48 % mit Wirkung ab 1. November 2000 eine halbe Rente (Härtefallrente) zu. Im September 2017 meldete sich die Versicherte zwecks Rentenerhöhung unter Nachreichung neuer ärztlicher Berichte erneut bei der IV-Stelle an. Die IV-Stelle ihrerseits trat auf das Revisionsgesuch ein, wies das Erhöhungsgesuch schliesslich aber mit Vorbescheid vom 21. März 2018 mangels einer wesentlichen und leistungsrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes ab. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben und in diesem Zusammenhang unter anderem die Bestellung von RAin lic. iur. A als unentgeltliche Rechtsbeistandin beantragen. Mit Zwischenverfügung vom 20. November 2018 wies die IV-Stelle das Gesuch der Versicherten um unentgeltliche Rechtsverbeiständung ab mit der Begründung, es liege keine komplexe rechtliche oder tatsächliche Situation vor. Zudem hätte sich die Versicherte durch eine Verbands- oder Fürsorgevertreterin vertreten lassen können. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 27. November 2018 liess die Versicherte beantragen, die Verfügung vom 20. November 2018 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, die Unterzeichnende als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das IV-Einwandverfahren zu bestellen. Mit Vernehmlassung vom 8. Januar 2019 beantragte die IV-Stelle Zug die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde.

#### **Aus den Erwägungen:**

(. . .)

3. Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf unentgeltliche Rechtsvertretung im Verwaltungsverfahren.

4.

4.1 Gemäss Art. 37 Abs. 4 ATSG wird der gesuchstellenden Person im Sozialversicherungsverfahren ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt, wo die Verhältnisse es erfordern. Unentgeltliche Verbeiständung im Verwaltungsverfahren wird gewährt, wenn die Partei bedürftig ist, die Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheinen und die Vertretung im konkreten Fall sachlich geboten ist (vgl. Art. 29 Abs. 3 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 [BV, SR 101]).

(...)

6. Strittig ist vorliegend die sachliche Gebotenheit einer anwaltlichen Vertretung. Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung der Bedürftigen droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falls besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen die Gesuchstellerin auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist.

(...) Vorliegend geht es nicht um eine angedrohte Aufhebung einer zuvor erteilten Leistung, sondern darum, zu klären, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten materiellen Beurteilung verschlechtert hat. Somit kann bei dieser Sachlage nicht von einem drohenden starken Eingriff in die Rechtsstellung der Beschwerdeführerin gesprochen werden.

7. Im Folgenden ist zu prüfen, ob es sich um einen komplexen Fall handelt, bei dem besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen die Beschwerdeführerin, auf sich alleine gestellt, nicht gewachsen ist.

(...)

7.2 (...) Im vorliegenden Revisionsverfahren geht es darum, zu prüfen ob seit der letzten materiellen Beurteilung vom 9. Januar 2004 eine anspruchserhebliche Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist. Dabei stand die Beschwerdeführerin vor der Schwierigkeit, die neuen medizinischen Abklärungen überprüfen und miteinander vergleichen zu müssen. Es mag zwar zutreffen, dass hierfür medizinische Kenntnisse und juristischer Sachverstand erforderlich sind. Über entsprechende Kenntnisse verfügen die versicherten Personen gemeinhin nicht. Trotzdem kann allein deswegen nicht von einer komplexen Fragestellung gesprochen werden, die eine anwaltliche Vertretung gebieten würde. Wie die Beschwerdegegnerin darauf hingewiesen hat, liefe die gegenteilige Auffassung darauf hinaus, dass der Anspruch auf unentgeltliche Rechtsverbeiständung in praktisch allen Revisionsverfahren bejaht werden müsste, müssen doch in allen Revisionsverfahren medizinische und/oder wirtschaftliche

Sachverhalte verglichen werden. Mithin stellen sich in allen Revisionsverfahren Fragen zu den früheren Verfahren, den gestellten Diagnosen sowie zu den angerechneten Vergleichseinkommen. Der Beschwerdegegnerin ist somit zuzustimmen, dass diese grundsätzlichen Themen in Revisionsverfahren noch keine rechtsverbeständnisrelevante Komplexität begründen können. Anders zu entscheiden würde der Konzeption von Art. 37 Abs. 4 ATSG als einer Ausnahmeregelung widersprechen.

Es bedarf mithin weiterer Umstände, welche die Sache als nicht (mehr) einfach und eine anwaltliche Vertretung als notwendig bzw. sachlich geboten erscheinen lassen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_931/2015 vom 23. Februar 2016, Erw. 5.2 mit Hinweisen). Dies ist rechtssprechungsgemäss beispielsweise bei komplexen Fragen betreffend die Bemessung des Invaliditätsgrades (Urteil des Bundesgerichts 9C\_316/2014 vom 17. Juni 2014, Erw. 3.2) oder einer langen Verfahrensdauer, insbesondere nach (mehrfachen) gerichtlichen Rückweisen (vgl. die Hinweise bei Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich 2014, Rz 10 zu Art. 57a) der Fall. Eine unentgeltliche Vertretung im Verwaltungsverfahren ist sodann geboten, wenn das in Frage stehende Verfahren besonders stark in die Rechtsposition der betroffenen Person eingreift, wie etwa bei namhaften Rückforderungen gegenüber in bescheidenen Verhältnissen lebenden Versicherten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_720/2013 vom 9. April 2014, Erw. 5.1 f.).

Was den vorliegenden Fall anbelangt, gilt es zu berücksichtigen, dass die ersten IV-Abklärungen auf das Jahr 1991 zurückgehen und die Akten dementsprechend auch eher umfangreich sind. Die Beschwerdeführerin erkennt jedoch, dass die ersten knapp 300 Seiten des Dossiers ausschliesslich die beantragten Umschulungsmassnahmen betreffen und sich die Frage der Rente erst im Jahr 2001 stellte. Nachdem der Beschwerdeführerin im Jahr 2004 gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 10. März 2003 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 48 % eine Rente zugesprochen worden ist und sie im September 2017 ein Erhöhungsgesuch gestellt hatte, sah sich die Beschwerdeführerin zwar in der Situation, eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprache von 2004, mithin über einen Zeitraum von 14 Jahren darzutun. Auch wenn also eine lange Zeitspanne zwischen der letzten materiellen Beurteilung und dem Revisionsgesuch lag, kann nicht von einer komplexen Fragestellung gesprochen werden, die eine anwaltliche Vertretung gebieten würde. Das medizinische Aktendossier seit dem Revisionsgesuch ist nämlich relativ schlank, enthält es doch gerade mal vier Arztberichte. Dementsprechend lässt der Umfang des Aktendossiers den vorliegenden Fall nicht überdurchschnittlich komplex erscheinen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin stellten sich auch keine komplexen Rechtsfragen betreffend das anzurechnende Valideneinkommen. Wie die Beschwerdegegnerin vernehmlassend zu Recht darauf hingewiesen hat, geht aus den Unterlagen nämlich klar hervor, welche Tätigkeit die Beschwerdeführerin vor Eintritt der Invalidität ausgeübt hat (Coiffeuse) und weshalb damals welches Valideneinkommen zur Berechnung des Invaliditätsgrades herangezogen wurde. Des Weiteren kann die Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass ihre Rechtsvertreterin schon

im Verfahren betreffend erstmalige Rentenzusprache im Jahr 2004 involviert war, nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Dementsprechend ist festzustellen, dass eine besondere Komplexität bis und mit Erhebung des Einwands nicht erkennbar ist.

7.3 Was den weiteren Verlauf des Verwaltungsverfahrens anbelangt, geht aus den Akten hervor, dass der Rechtsdienst der IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung verlangt und der RAD-Arzt die notwendigen Disziplinen bekannt zu geben hatte. Entsprechend wurde der Beschwerdeführerin am 21. Dezember 2018 mitgeteilt, dass eine umfassende medizinische Untersuchung (Allgemeine/Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie) notwendig sei. Wie die Beschwerdegegnerin vernehmlassend zu Recht darauf hingewiesen hat, vermag die Durchführung einer gutachterlichen Abklärung für sich allein die Notwendigkeit einer anwaltlichen Vertretung gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht zu begründen, findet doch inzwischen in sehr vielen Fällen eine Begutachtung statt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_669/2016 vom 7. April 2017, Erw. 3.2). Es kann aber im vorliegenden Fall nicht ausser Acht gelassen werden, dass trotz Vorlegen neuer ärztlicher Berichte, welche eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin beschreiben und auf eine Änderung ihrer erwerblichen Situation hinweisen, lediglich zwei Stellungnahmen der RAD-Ärzte eingeholt und der negative Vorbescheid ohne weitere Abklärungen – welche bereits zu diesem Zeitpunkt indiziert gewesen wären – erlassen worden ist. Offensichtlich hat dann erst der Einwand der Rechtsvertreterin vom 4. April 2018 zum Vorbescheid vom 21. März 2018 dazu geführt, dass die IV-Stelle – nach entsprechender Sachstandserkundigung durch die Rechtsvertreterin am 12. November 2018 – gemäss Mitteilung vom 21. Dezember 2018 eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung und somit weitere Abklärungen als notwendig erachtete. Führt aber die Intervention dazu, dass die Verwaltung den Sachverhalt ergänzend medizinisch abklären lässt, kann nicht mehr gesagt werden, die anwaltliche Interessenwahrung im Vorbescheidverfahren sei nicht notwendig (vgl. Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Art. 57a Rz. 10 mit weiteren Hinweisen). Von einem durchschnittlichen Fall kann somit nicht mehr gesprochen werden. Indem der erhobene Einwand die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens zur Folge hatte, mithin eine umfassende medizinische Abklärung erforderlich wurde, ist ein Grad der Komplexität der Sache erreicht, der die Beistellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistands rechtfertigt. Aufgrund der festgestellten Komplexität des Sachverhalts zielt schliesslich auch der Einwand der Beschwerdegegnerin ins Leere, dass sich die Beschwerdeführerin mit dem Beizug von Fach- und Vertrauensleuten sozialer Institutionen oder unentgeltlicher Rechtsberatungsstellen behelfen müsse.

7.4 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Notwendigkeit der unentgeltlichen Rechtsbeistandung vorliegend und im Lichte der dargelegten Judikatur ausnahmsweise zu bejahen ist. Angesichts dessen, dass die Beschwerdegegnerin eine Begutachtung als notwendig erachtete, kann auch nicht gesagt werden, die Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin seien

aussichtslos. Und nachdem das Gericht mit Verfügung vom 10. Dezember 2018 die unentgeltliche Rechtsverteidigung für das Verwaltungsgerichtsverfahren bewilligt hat, herrscht auch Klarheit über die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin. Die angefochtene Verfügung vom 20. November 2018 ist daher aufzuheben und die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit diese die unentgeltliche Rechtsverteidigung für die Zeit nach dem Einwandschreiben vom 4. April 2018 gewähre und zu gegebener Zeit die Entschädigung festlege. Damit erweist sich die Beschwerde als begründet, weshalb sie gutzuheissen ist.

(...)

Urteil des Verwaltungsgerichts vom 28. Februar 2019, S 2018 138

Das Urteil ist rechtskräftig.

## 1.2 Art. 41 ATSG und Art. 53 AVIG

### **Regeste:**

Art. 41 ATSG und Art. 53 AVIG – Krankheit kann ein unverschuldetes, zur Wiederherstellung der Frist führendes Hindernis sein, doch muss die Erkrankung derart sein, dass die rechtsuchende Person oder ihre Vertretung durch sie davon abgehalten wird, selber innert Frist zu handeln oder zumindest eine Drittperson mit der Vornahme der Prozesshandlung zu betrauen (Erw. 3.2). Trotz 100%iger Arbeitsunfähigkeit infolge einer Magendarmgrippe wäre es der Vertreterin möglich gewesen, vom Krankenbett aus gewisse Schritte in die Wege zu leiten, damit der Antrag auf Insolvenzenschädigung fristgerecht hätte eingereicht werden können (Erw. 3.3). Ein unverschuldetes Hindernis zur Wiederherstellung der Frist kann vorliegend nicht angenommen werden (Erw. 3.4).

### **Aus dem Sachverhalt:**

Die Versicherte, Jahrgang 1982, arbeitete vom 20. Juni 2016 bis am 19. Juni 2018 bei der X GmbH in Y. Die Lohnzahlung erfolgte bis und mit Januar 2018. Am 19. Juni 2018 wurde über die vorerwähnte Gesellschaft der Konkurs eröffnet. Die Ausschreibung des Konkurses im Schweizerischen Handelsamtsblatt (SHAB) erfolgte am 27. Juli 2018. Mit Datum vom 27. September 2018 reichte die Versicherte, vertreten durch die Gewerkschaft Z, MLaw A, bei der Arbeitslosenkasse des Kantons Zug ein Gesuch um Insolvenzenschädigung ein. Mit Verfügung vom 2. Oktober 2018 bzw. Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2018 lehnte die Arbeitslosenkasse den Anspruch auf Insolvenzenschädigung ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Frist zur Einreichung des Antrags auf Insolvenzenschädigung sei nicht eingehalten worden und eine Wiederherstellung der Frist sei aufgrund der geltend gemachten Umstände nicht möglich. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 15. Januar 2019 liess die Versicherte beantragen, der Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2018 sei aufzuheben, die Frist zur Einreichung des Antrages auf Insolvenzenschädigung sei wiederherzustellen und ihr sei die Insolvenzenschädigung im Betrag von Fr. 12'615.30 nebst Verzugszins zu 5 % seit

dem 2. Oktober 2018 zuzusprechen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Mit Vernehmlassung vom 31. Januar 2019 beantragte die Arbeitslosenkasse die Abweisung der Beschwerde.

### **Aus den Erwägungen:**

(...)

2.2 Gemäss Art. 53 AVIG muss im Konkursfall des Arbeitgebers die arbeitnehmende Person ihren Entschädigungsanspruch spätestens 60 Tage nach der Veröffentlichung im Schweizerischen Handelsamtsblatt (SHAB) bei der öffentlichen Kasse stellen, die am Ort des Betriebs- und Konkursamtes zuständig ist (Abs. 1). Mit dem Ablauf dieser Frist erlischt der Anspruch auf Insolvenzenschädigung (Abs. 3).

(...)

2.4 Die Frist von Art. 53 Abs. 1 AVIG hat Verwirkungscharakter, ist aber der Wiederherstellung zugänglich (BGE 131 V 454 Erw. 3.1 mit Hinweisen). Laut Art. 41 ATSG wird die Frist wiederhergestellt, falls die gesuchstellende Person oder ihre Vertretung unverschuldeterweise abgehalten worden ist, binnen Frist zu handeln, sofern sie unter Angabe des Grundes innert 30 Tagen nach Wegfall des Hindernisses darum ersucht und die versäumte Rechtshandlung nachholt. Die Wiederherstellung kommt somit nur in Betracht, wenn der säumigen Person kein Vorwurf gemacht werden kann, wenn sie mit andern Worten aus hinreichenden objektiven oder subjektiven Gründen davon abgehalten worden ist, fristgerecht zu handeln oder eine Vertretung zu bestellen. Wiederherstellung kann nur in Fällen klarer Schuldlosigkeit gewährt werden. Jedwelches Verschulden einer Partei oder ihres Vertreters oder beigezogener Hilfspersonen, so geringfügig es sein mag, schliesst sie aus (SVR 1998 UV Nr. 10 S. 27 Erw. 3). Dabei muss es sich um Gründe von einigem Gewicht handeln. Arbeitsüberlastung stellt keinen wichtigen Grund für die Wiederherstellung einer Frist dar (siehe zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, N. 6 ff. zu Art. 41 ATSG mit weiteren Hinweisen).

3. Massgeblich für den Beginn der 60-tägigen Verwirkungsfrist gemäss Art. 53 Abs. 1 AVIG ist das Datum, an welchem der Konkurs im SHAB publiziert wurde, vorliegend mithin der 27. Juli 2018. Die 60-tägige Frist begann somit am Folgetag, 28. Juli 2018, zu laufen und endete am Dienstag, 25. September 2018. Da die Frist gemäss Art. 53 Abs. 1 AVIG demnach am 25. September 2018 ablief, erfolgte der Antrag auf Insolvenzenschädigung vom 27. September 2018 verspätet. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin die gesetzliche Frist gemäss Art. 53 Abs. 1 AVIG verpasst hat, ist zwischen den Parteien denn auch völlig unbestritten. Im vorliegenden Fall stellt sich somit einzig die Frage, ob Gründe für die Wiederherstellung der Frist nach Art. 41 ATSG – unverschuldete Verhinderung an der Gesuchstellung – vorliegen.

3.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, ihre Vertreterin sei aufgrund gesundheitlicher Probleme abgehalten worden, innert Frist zu handeln, da sie vom 17. bis 20. September 2018 sowie vom 24. bis 25. September 2018 infolge Krankheit 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Zudem habe die Vollmacht explizit nur auf die Vertreterin gelaute, was zur Folge gehabt habe, dass niemand anderes in Vertretung den Antrag hätte einreichen können. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass es sich bei der Z, Zentralschweiz, um ein kleines Team von drei Juristen handle, welche insgesamt ein Stellenvolumen von 240 Prozent aufweisen würden. Obwohl die Z über eine Stellvertretungsregelung verfüge, hätte die Stellvertreterin den Antrag nicht einreichen können, da sie als neue Mitarbeiterin noch in der Einarbeitungsphase gewesen sei und zuerst entsprechend hätte instruiert werden müssen.

3.2 Krankheit kann ein unverschuldetes, zur Wiederherstellung führendes Hindernis sein, doch muss die Erkrankung derart sein, dass die rechtsuchende Person oder ihre Vertretung durch sie davon abgehalten wird, selber innert Frist zu handeln oder zumindest eine Drittperson mit der Vornahme der Prozesshandlung zu betrauen (BGE 112 V 255 Erw. 2a mit Hinweisen). Voraussetzung ist, dass die körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung jegliches auf die Fristwahrung gerichtetes Handeln wie etwa den Beizug eines (Ersatz-)Vertreters verunmöglichte. Die Erkrankung hört auf, ein unverschuldetes Hindernis im Sinne von Art. 41 ATSG zu sein, sobald es für den Betroffenen objektiv und subjektiv zumutbar wird, die Rechtshandlung selber vorzunehmen oder die als notwendig erkennbare Interessenwahrung an einen Dritten zu übertragen (Urteil des EVG P 47/06 vom 4. Dezember 2006, Erw. 5.2 mit Hinweisen). Eine Wiederherstellung hat das EVG etwa bei einem an einer schweren Lungenentzündung leidenden, hospitalisierten 60jährigen Versicherten bejaht. Ebenso hat das EVG die Wiederherstellung einem Versicherten gewährt, der wegen schwerer nachoperativer Blutungen massive zerebrale Veränderungen aufwies, intellektuell stark beeinträchtigt und daher während der gesamten Rechtsmittelfrist weder fähig war, selber Beschwerde zu erheben, noch sich bewusst werden konnte, dass er jemanden mit der Interessenwahrung hätte beauftragen sollen. Nicht gewährt hat das Gericht die Wiederherstellung dagegen in Fällen eines immobilisierten rechten Armes bzw. einer schweren Grippe, wo keine objektiven Anhaltspunkte dafür bestanden und dies auch nicht weiter belegt wurde, dass der Rechtsuchende nicht imstande gewesen wäre, trotz der Behinderung fristgerecht zu handeln oder nötigenfalls einen Vertreter mit der Interessenwahrung zu beauftragen (BGE 112 V 255 Erw. 2a mit Hinweisen). Bedeutsam für die Frage, ob Krankheit im Sinne eines unverschuldeten Hindernisses die Partei von eigenem fristgerechten Handeln oder der Beauftragung eines Dritten abgehalten hat, ist vor allem die letzte Zeit der Rechtsmittelfrist, weil die gesetzliche Regelung jedermann dazu berechtigt, die notwendige Rechtsschrift erst gegen das Ende der Frist auszuarbeiten und einzureichen (BGE 112 V 255 Erw. 2a in fine).

Für die Frage des unverschuldeten Hindernisses macht es grundsätzlich keinen Unterschied, ob die Verhinderung den Rechtsvertreter oder aber die Klientschaft selber trifft, haben sich die Rechtsvertreter doch so zu organisieren, dass die Fristen im Falle einer Verhinderung trotzdem gewahrt bleiben. Dies geschieht durch umgehende Bestellung eines Substituten

oder bei fehlender Substitutionsvollmacht dadurch, dass die Klientin oder der Klient sogleich veranlasst wird, selbst zu handeln oder einen anderen Rechtsvertreter aufzusuchen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_767/2008 vom 12. Januar 2009, Erw. 5.3.1).

3.3 In den Akten befinden sich ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis des Hausarztes, der der Vertreterin der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 17. bis 20. September 2018 infolge Krankheit attestiert, sowie eine Bestätigung der Z, Zentralschweiz, wonach die Vertreterin auch vom 24. bis 25. September 2018 wegen Krankheit arbeitsunfähig gewesen sei. Aus den Akten geht somit hervor, dass der Vertreterin sowohl vom 17. bis 20. September als auch vom 24. bis 25. September 2018 – und damit auch am letzten Tag der Frist zur Einreichung des Antrags auf Insolvenzenschädigung (25. September 2018) – krankheitsbedingt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Der Beschwerdeschrift kann sodann entnommen werden, dass Grund hierfür eine Magendarmgrippe war. Lediglich am 21. September 2018 sei es der Vertreterin gemäss eigenen Angaben möglich gewesen, ihrer Arbeit nachzugehen. Hat die Vertreterin an diesem Arbeitstag indes andere fristgebundene Arbeiten vorgezogen, kann ihr dies nicht angelastet werden, ist doch jedermann dazu berechtigt, die notwendige Rechtshandlung erst gegen das Ende der Frist vorzunehmen (vgl. Erw. 3.2 vorstehend). Der Beschwerdeführerin ist sodann Recht zu geben, dass sich die Vertreterin aufgrund der Erkrankung ausserstande sah, selber den Antrag auf Insolvenzenschädigung am letzten Tag der Frist bei der Arbeitslosenkasse einzureichen. Es ist indessen nicht ersichtlich – eine gänzliche Handlungsunfähigkeit im Sinne der genannten Beispiele aus der Rechtsprechung bestand offenkundig nicht und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht, wird doch lediglich angemerkt, es ginge zu weit, auf die Details der Magendarmgrippe einzugehen – weshalb die Vertreterin nicht einmal in der Lage gewesen sein sollte, vom Krankenbett aus gewisse Schritte in die Wege zu leiten, damit der Antrag auf Insolvenzenschädigung fristgerecht hätte eingereicht werden können. Immerhin wäre es der Vertreterin zumutbar gewesen, mittels eines kurzen Telefonats eine andere Mitarbeiterin der Z mit dem Einreichen des Antrags auf Insolvenzenschädigung zu beauftragen und entsprechend zu instruieren. Bringt die Beschwerdeführerin dagegen vor, die Vollmacht habe explizit nur auf A gelautet, ist ihr entgegenzuhalten, dass in der eingereichten Vollmacht das Recht, Stellvertreter zu ernennen, ausdrücklich enthalten ist und auch die Vertreterin selbst mit Schreiben vom 22. November 2018 angemerkt hat, dass eine Stellvertretungsregelung bestehe. Des Weiteren führt auch der Einwand, die Stellvertreterin sei als neue Mitarbeiterin noch in der Einarbeitungsphase gewesen und hätte zuerst entsprechend instruiert werden müssen, nicht zu einer anderen Auffassung. Sowohl fehlendes fachliches Knowhow der Stellvertreterin als auch mangelnde Personalressourcen stellen keine Fristwiederherstellungsgründe dar. Darüber hinaus hätte auch die Möglichkeit bestanden, die nicht verhinderte Beschwerdeführerin aufzufordern, den Antrag rechtzeitig einzureichen (allenfalls auch formlos, siehe dazu Nachstehendes). Die blosse Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit vermag entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin jedenfalls nicht zu belegen, dass der Zustand der Vertreterin am 25. September 2018 sogar diese soeben dargelegten wenig arbeitsintensiven Handlungen ausgeschlossen hätte (vgl. zum Ganzen auch Urteil des Bundes-

gerichts 8C\_767/2008 vom 12. Januar 2009, Erw. 5.3.1 f.). Im Übrigen ist mit der Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass es auch möglich gewesen wäre, den unvollständigen Antrag auf Insolvenzenschädigung bei der Arbeitslosenkasse einzureichen und die Arbeitslosenkasse auf die persönliche Verhinderung hinzuweisen und die Vervollständigung der Unterlagen nach Wegfall des Hinderungsgrundes in Aussicht zu stellen. In diesem Fall hätte die Arbeitslosenkasse der Beschwerdeführerin eine angemessene Frist für die Vervollständigung der Unterlagen angesetzt (vgl. Art. 77 Abs. 2 AVIV). Nach der Rechtsprechung hätte es zur Wahrung der 60-tägigen Frist sogar genügt, den Antrag auf Insolvenzenschädigung zunächst formlos einzureichen. Voraussetzung wäre lediglich gewesen, dass der formularmässige Antrag innert der von der Arbeitslosenkasse nach Art. 77 Abs. 2 AVIV zu setzenden Nachfrist für die Vervollständigung der Unterlagen nachgereicht worden wäre (vgl. z. B. Urteil des EVG C 312/01 vom 27. März 2002, Erw. 1b).

3.4 Zusammenfassend ist festzustellen, dass ein unverschuldetes Hindernis im Sinne von Art. 41 ATSG für den letzten Tag der 60-tägigen Frist am 25. September 2018 nicht angenommen werden kann, weshalb die Arbeitslosenkasse das Gesuch um Wiederherstellung der Frist zur Einreichung des Antrags auf Insolvenzenschädigung zu Recht abgewiesen hat. Daher erweist sich der Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2018 als rechtes, weshalb die Beschwerde unbegründet und abzuweisen ist.

(...)

Urteil des Verwaltungsgerichts vom 14. März 2019, S 2019 10

Das Urteil ist rechtskräftig.

### 1.3 Medizinische Massnahmen

#### **Regeste:**

Art. 13 IVG, Art. 1 GgV, Ziff. 425 Anhang GgV – Art. 13 IVG gewährt Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr Anspruch auf die Behandlung ihrer Geburtsgebrechen. Soweit Rz. 425.2 KSME eine zeitliche Limitierung betreffend Feststellung der erforderlichen Symptome im Rahmen des Geburtsgebrechens Ziff. 425 Anhang GgV bis zum vollendeten 11. Lebensjahr enthält, erscheint dies als nicht gesetzeskonform (Erw. 5.1).

#### **Aus dem Sachverhalt:**

C., geb. 24. September 2006, wurde am 22. Februar 2018 von seinem Vater wegen einer Visusminderung links (Amblyopie bei Ametropie) bei der IV-Stelle Zug zum Bezug von IV-Leistungen für Minderjährige angemeldet. Beantragt wurden medizinische Massnahmen infolge eines Geburtsgebrechens. Mit Vorbescheid vom 11. Juni 2018 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Die Ablehnung wurde damit begründet, dass beim Versicherten erst nach dem vollendeten 11. Lebensjahr erstmals ein korrigierter Vis-

uswert rechts von 0,1 [recte: 1,0] bzw. links von 0,2 gemessen worden sei und zudem nicht von einer Therapieresistenz ausgegangen werden könne, da vor dem 11. Lebensjahr keine Behandlung dokumentiert werde. Trotz erfolgtem Einwand der Arcosana AG, Krankenversicherer des versicherten Knaben, hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 26. November 2018 an der Ablehnung der Kostengutsprache für medizinische Massnahmen fest. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 10. Januar 2019 stellte die Arcosana AG den Antrag, die Verfügung vom 26. November 2018 sei aufzuheben und es seien medizinische Massnahmen im Rahmen des Geburtsgebrechens Ziff. 425 Anhang GgV zuzusprechen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Mit Vernehmlassung vom 19. März 2019 beantragte die IV-Stelle die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde.

### Aus den Erwägungen:

(...)

3.2 In der Liste der Geburtsgebrechen (Anhang zur GgV) sind unter Abschnitt XVII. Sinnesorgane, lit. a, die das Auge betreffenden Geburtsleiden aufgeführt. Vorangehend wird für einige in den nachfolgenden Ziffern aufgelisteten Augenkrankheiten geregelt, dass, sofern die Anerkennung als Geburtsgebrechen von einem bestimmten Grad der Visusverminderung abhängig gemacht wird, der entsprechende Wert nach erfolgter optischer Korrektur massgebend ist. Ist der Visus nicht messbar und kann das betreffende Auge nicht zentral fixieren, so gilt ein Visus von 0,2 oder weniger. Diese Regelung betrifft auch das in Ziff. 425 aufgeführte Geburtsgebrechen (angeborene Refraktionsanomalien, mit Visusverminderung auf 0,2 oder weniger an einem Auge [mit Korrektur] oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger [mit Korrektur]).

3.3 Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) hat das Kreisschreiben (KSME) über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung erlassen. Im 2. Teil (Die Leistungspflicht bei einzelnen Gebrechen und nach Art der Massnahmen), Kapitel 1.14, Rz. 411 - 428.1, sind die die Augenleiden betreffenden anerkannten Geburtsgebrechen bzw. Massnahmen konkretisiert. Gemäss Rz. 425.1 ist unter Ziff. 425 Anhang GgV ein Augenleiden einzureihen, wenn die Refraktionsanomalie (z. B. hoch-gradige Myopie, hochgradiger Astigmatismus) als Ursache der Sehschwäche bezeichnet wird. Die Behandlung ist prinzipiell bis zum vollendeten 11. Lebensjahr zu übernehmen. Liess sich der Visus bis zu diesem Zeitpunkt nicht oder nur unwesentlich verbessern, muss von einer Therapieresistenz ausgegangen werden. In diesen Fällen kann die IV Brillen und ophthalmologische Kontrollen auch nach dem vollendeten 11. Lebensjahr übernehmen, sofern die Visuskriterien zur Anerkennung eines Geburtsgebrechens weiterhin erfüllt sind, jedoch maximal bis zum vollendeten 20. Altersjahr (Rz. 425.2). Gemäss Rz. 425.3 ist dann, wenn medizinische Massnahmen über das vollendete 11. Lebensjahr beantragt werden und die Kriterien zur Anerkennung eines Geburtsgebrechens nicht mehr erfüllt sind, die Verlängerung zu begründen.

4. In casu ist unbestritten, dass beim Versicherten erstmals am 2. Februar 2018 die Diagnose einer hohen Hyperopie mit ametroper Amblyopie sowie eine Visusminderung links und fehlendes Stereosehen gestellt wurden. Gemäss Arztbericht vom 7. März 2018 wurde während der Untersuchung bei Dr. med. A., Fachärztin FMH für Augenkrankheiten, ein korrigierter Visuswert links von 0,2 gemessen und bei fehlendem Stereosehen seit Geburt und Hyperopie (Refraktionsanomalie) links das Geburtsgebrechen Ziff. 425 Anhang GgV bestätigt. Doktor A. merkte anamnestisch an, die verminderte Sehschärfe links sei bei der Schuluntersuchung sowie beim Kinderarzt aufgefallen. Die Visusminderung links und das fehlende Stereosehen bestünden seit Geburt und würden sich auf den Schulbesuch auswirken. Der Gesundheitszustand sei jedoch besserungsfähig und durch Brillenkorrektur und Okklusionstherapie könne eine spätere Eingliederung ins Erwerbsleben wesentlich verbessert werden. Dass beim Versicherten eine angeborene Refraktionsanomalie mit Visusminderung von 0,2 links im Sinne von Ziff. 425 Anhang GgV vorliegt, wird von der Beschwerdegegnerin denn auch in keiner Weise bestritten. Gleichwohl lehnt sie einen Leistungsanspruch ab und begründet dies gestützt auf Rz. 425.2 und 425.3 KSME damit, dass eine Behandlung des Augenleidens nach dem 11. Lebensjahr von der Invalidenversicherung nur verlängert, nicht aber erstmalig zugesprochen werden könne. Da der korrigierte Visuswert rechts von 0,1 [recte: 1,0] und links von 0,2 erstmals nach dem vollendeten 11. Lebensjahr festgestellt worden sei und vor dem 11. Lebensjahr keine Behandlung stattgefunden habe, bestehe kein Anspruch auf medizinische Massnahmen. Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, der Zeitpunkt der erstmaligen Erkennung des Geburtsgebrechens sei unerheblich und es bestehe zu Lasten der Beschwerdegegnerin bei entsprechender Begründung ein Behandlungsanspruch bis zum 20. Lebensjahr. Die Ablehnung des Behandlungsanspruches durch die Beschwerdegegnerin mit der Begründung, das vorliegende Geburtsgebrechen sei nicht vor dem vollendeten 11. Lebensjahr festgestellt worden, sei als zusätzliches und einschränkendes Anspruchserfordernis anzusehen, das weder auf Gesetzes- noch auf Verordnungsstufe verankert sei und zudem im Widerspruch zu Art. 13 IVG und 1 GgV stehe. Streitig ist somit einzig, ob das Geburtsgebrechen Ziff. 425 Anhang GgV bis zum 11. Lebensjahr entdeckt und therapiert worden sein muss bzw. ob eine erst nach dem 11. Lebensjahr festgestellte Refraktionsanomalie mit Visusminderung auch noch als angeborenes Leiden und folglich als Geburtsgebrechen gelten kann.

5.

5.1 In Würdigung der Rechtslage ist zunächst festzustellen, dass Art. 13 IVG den Anspruch auf notwendige medizinische Massnahmen bei Geburtsgebrechen bis zum vollendeten 20. Altersjahr gewährt. Artikel 1 Abs. 1 GgV hält sodann fest, dass der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, unerheblich ist. Wie die Beschwerdeführerin korrekterweise darauf hingewiesen hat, gelten bestimmte im Anhang aufgeführte Leiden indessen nur dann als Geburtsgebrechen, wenn die wesentlichen Symptome innerhalb eines bestimmten Zeitraums aufgetreten sind (Rz. 5 KSME). Anders als die entsprechenden Bestimmungen bezüglich der in Rz. 5 KSME aufgeführten Geburtsgebrechen sieht Ziff. 425 Anhang GgV keine zeitliche Limitierung betreffend Feststellung der erforderlichen Symptome

vor. Mithin sehen weder Gesetz noch Verordnung eine Altersgrenze für das Vorliegen der erforderlichen Symptome oder der Diagnosestellung vor und es kann mit der Beschwerdeführerin festgestellt werden, dass es der fraglichen zeitlichen Limitierung in formellem wie in materiellem Sinne an einer gesetzlichen Grundlage fehlt. Allerdings statuiert das KSME eine zeitliche Limitierung, indem eine Behandlung prinzipiell bis zum vollendeten 11. Lebensjahr zu übernehmen sei, mithin bis zu diesem Zeitpunkt ein unbegründeter Behandlungsanspruch besteht, während nachher die Bedingung erfüllt sein muss, dass sich der Visus nicht oder nur unwesentlich verbessert hat (Rz. 425.2 KSME). Diese Limitierung basiert gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auf der Annahme, dass bei Kindern die Sehentwicklung im Alter von zehn bis zwölf Jahren abgeschlossen sei und eine Behandlung bis dann benötigt werde, damit die erreichte Sehkraft nicht wieder verloren gehe (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_883/2014 vom 27. März 2015, Erw. 4). Gestützt auf Rz. 425.2 und 425.3 KSME leitet die Beschwerdegegnerin ab, die Behandlung des Geburtsgebrechens könne nach dem 11. Lebensjahr nur verlängert, nicht aber erstmalig zugesprochen werden. Das Geburtsgebrechen müsse mithin bis zum 11. Lebensjahr entdeckt und therapiert worden sein, ansonsten kein Anspruch auf medizinische Massnahmen bestehe. Dem ist entgegenzuhalten, dass eine absolut verstandene zeitliche Limitierung den normativen Anspruchsvoraussetzungen widerspricht, richtet sich der Behandlungsanspruch doch nach den Grundsätzen der Notwendigkeit, Geeignetheit resp. Zweckmässigkeit sowie Einfachheit. Des Weiteren ist die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu berücksichtigen, wonach strittige Verwaltungsweisungen zwar die Durchführungsorgane, nicht aber die Sozialversicherungsgerichte zu binden vermögen (BGE 130 V 163 Erw. 4.3.1, 129 V 200 Erw. 3.2, 127 V 57 Erw. 3a) und zusätzliche einschränkende materiellrechtliche Anspruchserfordernisse ohnehin nicht in Form von Kreisschreiben eingeführt werden können (BGE 129 V 67 Erw. 1.1.1, 109 V 166 Erw. 3b). Dementsprechend muss dem Gericht auch unter der Verwaltungsweisung die richterliche Prüfung vorbehalten bleiben, ob im konkreten Einzelfall ausnahmsweise auch bei Feststellung der Refraktionsanomalie mit Visusminderung nach dem 11. Lebensjahr erstmalig medizinische Massnahmen zugesprochen werden können. Dies gilt umso mehr, als gemäss Rz. 425.3 KSME sogar ein Behandlungsanspruch über das 11. Lebensjahr hinaus bestehen kann, wenn die Kriterien zur Anerkennung des Geburtsgebrechens nicht mehr vorliegen. Dementsprechend ist der Beschwerdeführerin zuzustimmen, dass medizinische Massnahmen erst recht nach dem 11. Lebensjahr gewährt werden müssen, wenn die Kriterien gemäss Ziff. 425 Anhang GgV weiterhin vorliegen. Dass die Gerichte nach bundesgerichtlicher Praxis nicht von den Verwaltungsweisungen abweichen sollten, solange diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellten und einer einfallgerechten Beurteilung nicht entgegenstünden, steht einem Abweichen von Rz. 425.2 und 425.3 KSME im Übrigen nicht entgegen, lässt das Kreisschreiben eine jedem Einzelfall gerecht werdende Sachbeurteilung eben gerade nicht zu. Ist eine Bindung des Gerichts ans genannte Kreisschreiben im Grundsatz zu verneinen, stellt sich noch die Frage, wie das Gesuch des Versicherten um medizinische Massnahmen konkret zu beurteilen ist.

5.2 Vorliegend ist unbestritten, dass beim Versicherten eine Visusminderung links von 0,2

und daraus resultierendes fehlendes Stereosehen besteht. Auch wenn die Diagnose erstmals erst am 2. Februar 2018, mithin nach Vollendung des 11. Lebensjahr des Versicherten, gestellt wurde, darf unter Berücksichtigung der Ausführungen von Dr. A. mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Sehschwäche bereits seit Geburt besteht. Dass das Augenleiden erst im Februar 2018 diagnostiziert wurde, ist gemäss unbestritten gebliebenen Ausführungen der Beschwerdeführerin vielmehr darauf zurückzuführen, dass der Versicherte davor gar nie augenärztlich abgeklärt wurde. Beim Versicherten besteht somit eine angeborene Refraktionsanomalie mit Visusminderung von 0,2 links, was dazu führt, dass die Kriterien gemäss Ziff. 425 Anhang GgV weiterhin vorliegen.

Was die Notwendigkeit der Behandlung des Augenleidens anbelangt, ist erneut auf den ärztlichen Bericht von Dr. A. vom 7. März 2018 zu verweisen. Doktor A. führt darin aus, dass sich die Visusminderung links und das fehlende Stereosehen auf den Schulbesuch auswirken würden. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Durch medizinische Massnahmen könne eine spätere Eingliederung ins Erwerbsleben wesentlich verbessert werden. Die Frage, ob der Versicherte Behandlung/Therapie benötige, beantwortete Dr. A. mit «ja» und merkte «Brillenkorrektur, Okklusionstherapie» an. Mit der Beschwerdeführerin ist somit festzustellen, dass beim Versicherten ein Geburtsgebrechen besteht, welches mittels medizinischen Massnahmen behandelt werden kann und behandelt werden muss. Die Notwendigkeit der Behandlung erscheint dementsprechend als durch den ärztlichen Bericht von Dr. A. erstellt. Dass eine Behandlung mittels Brillenkorrektur und Okklusionstherapie zu einer Visusverbesserung führen würde, gilt sodann als medizinische Erfahrungstatsache und ist auch vorliegend nicht in Abrede zu stellen. Dementsprechend erscheint eine Brillenkorrektur und Okklusionstherapie zur Behandlung einer angeborenen Refraktionsanomalie zweckmässig. Schliesslich spricht auch nichts gegen die gebotene Einfachheit der Massnahme. Unter diesen Umständen rechtfertigt es sich, im konkreten Einzelfall von der einschränkenden Formulierung gemäss KSME abzuweichen und die Rechtsauffassung der Beschwerdeführerin zu schützen, mithin dem Versicherten medizinische Massnahmen infolge des Geburtsgebrechens Ziff. 425 Anhang GgV zuzusprechen. Rechtfertigen sich medizinische Massnahmen, so erweist sich die Beschwerde aber als begründet und sie ist insofern gutzuheissen, als die Verfügung vom 26. November 2018 aufzuheben und das Vorliegen eines Geburtsgebrechens nach Ziff. 425 Anhang GgV zu bejahen ist.

(...)

Urteil des Verwaltungsgerichts vom 4. Juli 2019, S 2019 5  
Das Urteil ist rechtskräftig.

## 1.4 Unfallbegriff

### Regeste:

Art. 4 ATSG – Tritt beim Biss in eine heisse Grillwurst eine Zahnverletzung auf, stellt dies mangels Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors kein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG dar. Es gehört nämlich zu den allgemein bekannten Tatsachen, dass eine gegrillte Wurst heiss sein kann (Erw. 5.2.2)

### Aus dem Sachverhalt:

Der Versicherte, B., geb. 1958, war bei der E. AG in C. angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Suva gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er sich am 10. Juni 2018 beim Biss in eine sehr heisse Grillwurst (Cervelat) am Zahn verletzte. Mit Schreiben vom 10. September 2018 resp. Verfügung vom 29. Oktober 2018 lehnte die Suva ihre Leistungspflicht erstmals ab, da die Beschwerden weder auf einen Unfall noch auf eine unfallähnliche Körperschädigung zurückzuführen seien. Die dagegen am 27. November 2018 erhobene Einsprache wies die Suva mit Entscheid vom 8. Februar 2019 ab und begründete dies im Wesentlichen mit dem Fehlen der Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors, sodass in casu kein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG vorliege. Im Übrigen sei unbestritten, dass auch der Tatbestand von Art. 6 Abs. 2 UVG nicht erfüllt sei, weshalb sie keine Leistungspflicht treffe. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 8. März 2019 (Poststempel 9. März 2019) beantragte der Versicherte die Aufhebung des Einspracheentscheids sowie die Gewährung von Versicherungsleistungen. Mit Beschwerdeantwort vom 11. April 2019 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde.

### Aus den Erwägungen:

(...)

#### 3.2

3.2.1 Erste Voraussetzung für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers ist das Vorliegen eines Unfalls resp. einer unfallähnlichen Körperschädigung. Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). Artikel 6 Abs. 2 UVG enumeriert abschliessend die Körperschädigungen, die, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt werden. Aufgezählt werden a) Knochenbrüche, b) Verrenkungen von Gelenken, c) Meniskusrisse, d) Muskelrisse, e) Muskelzerrungen, f) Sehnenrisse, g) Bandläsionen und h) Trommelfellverletzungen. Überdies regelt Art. 9 UVG die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Berufskrankheiten resp. den Berufskrankheiten gleichgestellten Krankheiten.

3.2.2 Damit von einem Unfall ausgegangen werden kann, müssen sämtliche in der Legaldefinition nach Art. 4 ATSG enthaltenen Kriterien erfüllt sein. Mit dem ersten Kriterium der Plötzlichkeit wird ein zeitlicher Rahmen gesteckt und es wird eine Einwirkung während eines kurzen, abgrenzbaren Zeitraums verlangt. Dabei handelt es sich in der Regel um eine Zeitspanne weniger Sekunden (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/ Basel/ Genf 2015, Art. 4 Rz. 17 f.). Das Kriterium der Unfreiwilligkeit verlangt, dass die Folge des Ereignisses, die Körperschädigung, unbeabsichtigt eintritt (Kieser, a.a.O., Art. 4 Rz. 21 ff.). Mit dem Kriterium der Ungewöhnlichkeit sollen Unfälle von Ereignissen abgegrenzt werden, die im Rahmen des Alltäglichen eintreten. Auszuscheiden sind mithin die tausendfältigen kleinen und kleinsten Insulte des täglichen Lebens, die als solche gänzlich unkontrollierbar sind und deshalb nur beim Hinzutreten von etwas Besonderem Berücksichtigung finden können (Alfred Bühler, Der Unfallbegriff, in: Alfred Koller [Hrsg.], Haftpflicht- und Versicherungsrechtstagung 1995, St. Gallen 1995, S. 195 ff., insbesondere S. 234). Massgebend ist, dass das Ereignis das im jeweiligen Lebensbereich Alltägliche oder Übliche überschreitet. Dabei kann die Ungewöhnlichkeit auch in einer Programmwidrigkeit bestehen oder sich aus einem das Übliche überschreitenden Ausmass (z. B. ausserordentliche Kraftanstrengung) ergeben. Ungewöhnlich ist dabei nicht die Wirkung des betreffenden Faktors, sondern dieser selbst (BGE 122 V 230 Erw. 1). Die Praxis stellt neben objektiven Elementen auch auf subjektive Umstände wie Gewöhnung, Häufigkeit der Verrichtung etc. ab (Kieser, a.a.O., Art. 4 Rz. 34 ff.). Das Kriterium des äusseren Faktors gilt im Regelfalle schliesslich als erfüllt, wenn äussere, vom menschlichen Körper unabhängige Kräfte – praxisgemäss können aber auch körpereigene Bewegungen wie das Aufstehen aus der Hocke die schädigende äussere Einwirkung darstellen (vgl. BGE 129 V 466 Erw. 4.1) – auf diesen einwirken. In aller Regel wird es sich um eine mechanische Einwirkung handeln (Kieser, a.a.O., Art. 4 Rz. 60). Zwingende Folge dieses Zusammenspiels verschiedener Faktoren ist die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit.

(...)

## 5.

5.1 Im Folgenden ist der Frage nachzugehen, ob sich in casu am 10. Juni 2018 ein Unfall im Rechtssinne ereignete. Die Beschwerdegegnerin kam im angefochtenen Einspracheentscheid zum Schluss, es sei eine allgemein bekannte Tatsache, dass eine auf dem Grill zubereitete Wurst sehr heiss sein könne, weshalb es an der Voraussetzung der Ungewöhnlichkeit fehle. Dementsprechend sei kein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG ausgewiesen.

5.2 Umstritten ist im vorliegenden Fall insbesondere das Element der Ungewöhnlichkeit. Wie in Erwägung 3.2.2 vorstehend dargelegt, bezieht sich das Merkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung auf den Körper, sondern auf den äusseren Faktor selbst. Es ist somit unerheblich, ob der äussere Faktor schwere und unerwartete Folgen nach sich zieht. Er gilt als ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet, was grundsätzlich nach objektiven Gesichtspunkten zu beurteilen ist.

5.2.1 Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hingewiesen hat, erfüllt die Nahrungsaufnahme das Element der Ungewöhnlichkeit nur ausnahmsweise: Nämlich bei damit verbundenen rein mechanischen Vorkommnissen, so wenn man beim Essen von Fischen oder Geflügel eine Gräte oder einen kleinen Knochen verschluckt, wenn man sich mit der Gabel in die Lippe oder in die Zunge sticht, oder wenn man sich einen Zahn ausbeisst. Die Ungewöhnlichkeit ist bei Zahnschäden zu bejahen, die durch Gegenstände verursacht werden, welche üblicherweise nicht in dem betreffenden Nahrungsmittel vorhanden sind; im Weiteren bei der Einnahme von nicht essbaren (ihrer Natur nach giftigen) Stoffen anstelle von essbaren, d.h. bei Irrtum über die Sache selbst, beispielsweise bei Verwechslung von giftigen Pilzen mit essbaren, von Tollkirschen mit Heidelbeeren oder von Arsen mit Zucker. Dagegen fehlt das Merkmal der Ungewöhnlichkeit, wenn Speisen und Getränke trotz unverschuldeten oder erkennbaren Qualitätsmangels eingenommen werden und in der Regel auch dann, wenn der Irrtum lediglich die Qualität der Speisen betrifft (Alexandra Rumo-Jungo/André Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum

Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 37).

5.2.2 Vorliegend ist in tatsächlicher Hinsicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 10. Juni 2018 in eine für ihn unerwartet heisse Grillwurst (Cervelat) gebissen hat und in der Folge ein Zahnschaden aufgetreten ist. Dabei ist mit der Beschwerdegegnerin zunächst festzustellen, dass der Beschwerdeführer nicht einen in der Grillwurst befindlichen harten Gegenstand geltend macht, sondern einzig vorbringt, die Grillwurst sei für ihn unerwartet heiss gewesen. Es stellt sich somit die Frage, ob darin eine Ungewöhnlichkeit zu erblicken ist. Diesbezüglich ist noch einmal in Erinnerung zu rufen, dass im allgemeinen Ungewöhnlichkeit vorliegt, wenn das Ereignis das im jeweiligen Lebensbereich Alltägliche oder Übliche überschreitet. Dies ist vorliegend klarerweise zu verneinen. Beachtet man, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Replik selber ausführt, es liege in der Natur der Sache, dass eine Grillwurst heiss sein könne und jede Person dürfte in ihrem Leben bereits mehrfach die schmerzhafteste Erfahrung gemacht haben, sich an einer heissen Speise zu verbrennen, so räumt er selber ein, dass eine vom Grill kommende Wurst eben gerade sehr heiss sein kann. Was daran ungewöhnlich sein soll, erschliesst sich dem Gericht nicht. Vielmehr ist mit der Beschwerdegegnerin noch einmal darauf hinzuweisen, dass es eben gerade eine allgemein bekannte Tatsache ist, dass eine Wurst, die auf dem Grill zubereitet wird, sehr heiss sein kann bzw. heiss sein soll, gehört es doch gerade zum Wesen einer Grillwurst, heiss zu sein. Wie die Beschwerdegegnerin sodann zutreffend darauf hingewiesen hat, ist ein aussergewöhnlicher Umstand, der die Ungewöhnlichkeit der heissen Grillwurst begründen könnte, ebenfalls nicht ersichtlich. Im Übrigen kann die Ungewöhnlichkeit auch nicht damit begründet werden, dass die heisse Wurstmasse eine Zahnschmelzfraktur zur Folge hatte, was ohne Zweifel darauf schliessen lasse, dass die Temperatur der Masse den Rahmen des Alltäglichen oder Üblichen massiv überschritten habe. Diesbezüglich gilt es nämlich zu berücksichtigen, dass sich die Ungewöhnlichkeit auf den äusseren Faktor selbst und nicht auf dessen Wirkung beziehen muss. Dies ergibt sich insbesondere auch aus dem vom Beschwer-

erdeführer zitierten BGE 134 V 72 Erw. 4.3.1. Des Weiteren wird im genannten BGE darauf hingewiesen, dass ungewöhnliche Auswirkungen allein keine Ungewöhnlichkeit begründeten. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit sei somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich gezogen habe. Dementsprechend ist mit der Beschwerdegegnerin festzustellen, dass von der Gesundheitsschädigung grundsätzlich kein Rückschluss auf die Ungewöhnlichkeit gezogen werden kann. Wendet der Beschwerdeführer dagegen ein, die Wirkung des ungewöhnlichen äusseren Faktors sei im Einzelfall durchaus beachtlich, ist ihm insofern Recht zu geben, als die Gesundheitsschädigung allenfalls erlaubt, Rückschlüsse auf die Ungewöhnlichkeit zu ziehen. Dies jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die Gesundheitsschädigung typische Folge einer äusseren Einwirkung ist (BGE 134 V 72 Erw. 4.3.2.2). Dies ist vorliegend aber gerade nicht der Fall, weshalb die Ungewöhnlichkeit (des äusseren Faktors) im Lichte der konstanten höchstrichterlichen Rechtsprechung zu verneinen ist. Daran ändert im Übrigen auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, es sei entgegen seiner ursprünglichen Schadensmeldung keine frische Zahnfüllung aus dem Zahn gebrochen, sondern er habe sich durch den thermischen Schock eine Zahnschmelzfraktur zugezogen, nichts. Wie die Beschwerdegegnerin diesbezüglich vernehmlassend darauf hingewiesen hat, hatte sie Kenntnis von der Untersuchung durch die behandelnde Zahnärztin, sodass die entsprechende Schilderung des Ereignisses auch in die Beurteilung miteingeflossen ist. Mithin liegen diesbezüglich keine neuen Umstände vor.

5.2.3 In Ermangelung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors verneinte die Beschwerdegegnerin deshalb zu Recht das Vorliegen eines Unfallereignisses im Sinne von Art. 4 ATSG. Ein Eingehen auf die übrigen Elemente gemäss Art. 4 ATSG erübrigt sich, da alle Elemente kumulativ erfüllt sein müssten, damit ein Ereignis als Unfall qualifiziert werden könnte.

6. Schliesslich ist es auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG verneint hat, fehlt es doch unbestrittenermassen an einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. a-h UVG. Weiterungen hierzu erübrigt sich somit.

7. Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Ereignis vom 10. Juni 2018 von der Beschwerdegegnerin zu Recht weder als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG noch als unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG qualifiziert wurde. Demzufolge erübrigt sich die Prüfung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs. Damit entfällt aber eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin, sodass sich die Beschwerde als unbegründet erweist und daher abzuweisen ist.

(...)

Urteil des Verwaltungsgerichts vom 4. Juli 2019, S 2019 46  
Das Urteil ist rechtskräftig.

## 1.5 Art. 10 Abs. 3 lit. e ELG

### Regeste:

Art. 10 Abs. 3 lit. e ELG – Die Anrechenbarkeit eines Unterhaltsbeitrages als anerkannte Ausgabe setzt voraus, dass die Unterhaltsleistung richterlich, behördlich oder vertraglich festgesetzt und betraglich konkretisiert worden ist; die Berücksichtigung von Unterhaltsleistungen, welche durch eine ausländische Behörde bei der Berechnung einer Ausgleichszulage für die Ehefrau als fiktiver Betrag angenommen wurde, erfüllt diese Voraussetzungen nicht, zumal sich der Entscheid einzig gegen die Ehefrau richtet (Erw. 6.2). Familienrechtliche Unterhaltsbeiträge werden zudem nur als Ausgaben anerkannt, wenn sie tatsächlich geleistet worden sind (Erw. 6.3).

### Aus dem Sachverhalt:

Der 1941 geborene A., verheiratet mit B., bezieht Ergänzungsleistungen (EL) zu seiner Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV). Mit Schreiben vom 28. Oktober 2018 machte A. bei der Berechnung seiner EL die Anrechnung von Unterhaltszahlungen an seine Ehefrau, welche in Österreich lebt, geltend. Verfügungsweise teilte die Ausgleichskasse am 15. Februar 2019 mit, nur behördlich oder gerichtlich genehmigte oder festgelegte Unterhaltsleistungen könnten bei den anerkannten Ausgaben der Ergänzungsleistungen berücksichtigt werden, sofern diese auch nachweislich erbracht würden. Beim Entscheid der Pensionsversicherungsanstalt vom 20. Juni 2018 handle es sich um eine fiktive Unterhaltsleistung. Dieser Betrag könne nicht als familienrechtlicher Unterhaltsbeitrag angerechnet werden. Die dagegen erhobene Einsprache wies die Ausgleichskasse mit Einspracheentscheid vom 23. Mai 2019 ab. Beschwerdeweise beantragt A., der Einspracheentscheid der Ausgleichskasse Zug vom 23. Mai 2019 sei aufzuheben. Es sei bei seiner EL-Berechnung der an seine Ehefrau zu leistende eheliche Unterhaltsbeitrag von EUR x gemäss Bescheid der Oberösterreichischen Pensionsversicherungsanstalt vom 16. Mai 2018 als anerkannte Ausgabe zu berücksichtigen. Die Ergänzungsleistungen seien rückwirkend zu erstatten.

### Aus den Erwägungen:

(. . .)

4.

4.1 Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben unter anderem Personen, die eine Invalidenrente beziehen, wenn die nach dem ELG anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen (Art. 4 Abs. 1 lit. c i.V.m. Art. 9 Abs. 1 ELG).

4.2 Die jährliche Ergänzungsleistung entspricht dem Betrag, um den die anerkannten Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen (Art. 9 Abs. 1 ELG). Hält sich einer der Ehegatten oder ein anderes Familienmitglied längere Zeit im Ausland auf oder ist sein Aufen-

thaltort unbekannt, so fällt es bei der Bemessung der Ergänzungsleistung ausser Betracht (Art. 10 der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 15. Januar 1971 [ELV, SR 831.301]).

4.3 Familienrechtliche Unterhaltsbeiträge sind als Ausgaben anzuerkennen, sofern sie tatsächlich geleistet werden (Art. 10 Abs. 3 lit. e ELG). Abzugsberechtigt sind die Unterhaltsleistungen an den Ehegatten und die Kinder nach der Scheidung oder Trennung, im Rahmen vorsorglicher Massnahmen während des Trennungs- oder Scheidungsverfahrens, eheschutzrechtliche Unterhaltsleistungen sowie Unterhaltsleistungen an die Kinder (vgl. Carigiet/Koch, Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, 2. überarbeitete und ergänzte Auflage, Zürich 2009, S. 143). Damit eine familienrechtliche Unterhaltszahlung als Ausgabe aber anerkannt werden kann, muss sie entweder richterlich, behördlich oder vertraglich festgesetzt und betraglich konkretisiert worden sein. Die Auseinandersetzung über den Bestand und die Höhe der konkreten familienrechtlichen Unterhaltspflicht der versicherten Person muss also abgeschlossen sein (vgl. Carigiet/Koch, a.a.O., S. 144). Gemäss dem Wortlaut von Art. 10 Abs. 3 lit. e ELG können nur geleistete Unterhaltsbeiträge als Ausgaben anerkannt werden (vgl. Carigiet/Koch, a.a.O., S. 147).

## 5.

5.1 Der Beschwerdeführer führte zur Begründung an, seine Frau lebe seit Dezember 2017 in Österreich zwecks Betreuung der kranken Mutter. Die Ehe sei aber weiterhin aufrecht. Er selber sei von der Oberösterreichischen Pensionsversicherungsanstalt verpflichtet worden, an seine Ehefrau monatlich einen Unterhaltsbeitrag von EUR x zu leisten. Dabei handle es sich um eine Österreichische Behörde. Dies begründe eine höhere Ergänzungsleistung für ihn. Er könne die Unterhaltsleistung erst tatsächlich bezahlen, wenn sie ihm von der Ausgleichskasse Zug anerkannt werde. Seine Ehefrau lebe unter der Armutsgrenze. Sie habe keinen Anspruch auf EL, aber auf den behördlich festgesetzten Unterhaltsbeitrag. Ergänzend brachte der Beschwerdeführer am 3. Juli 2019 vor, seine Ehefrau habe sich in Österreich zur Wehr gesetzt. Das erneute Klagerecht könne sie nicht in Anspruch nehmen, da sie ihn in C. pflege und sich nicht in Österreich aufhalte. Seine Ehefrau sei seit seinem Transport ins Spital D. am 20. Januar 2019 nachweislich an seiner Seite und pflege ihn fürsorglich, mit Ausnahme der Unterbrechung für die Vorladung der Pensionsversicherungsanstalt am 1. März 2019 sowie des wichtigen Kontrolltermines im Krankenhaus E. am 13. und 14. Juni 2019. In dieser Zeit sei er in der Palliativstation in F. betreut worden. Die Österreichische Pensionsversicherungsanstalt richte sich nach dem Haager Übereinkommen über das auf Unterhaltspflichten anzuwendende Recht, das seit 1977 auch für die Schweiz gelte.

5.2 Dem hält die Ausgleichskasse entgegen, es seien nur tatsächlich geleistete Unterhaltsleistungen anrechenbar. Der Beschwerdeführer sei jedoch aus eigenen finanziellen Mitteln nicht in der Lage, eheliche Unterhaltsleistungen an seine in Österreich lebende Ehefrau zu zahlen. Würden in seiner EL-Berechnung trotzdem Ausgaben berücksichtigt und dadurch die EL-Leistungen an den Beschwerdeführer erhöht, müsste der Schweizer Steuerzahler für diese

zusätzlichen Leistungen an seine Ehefrau im Ausland aufkommen. Es sei jedoch durch das ELG gerade nicht vorgesehen, dass Personen ohne Aufenthalt in der Schweiz in den Genuss von EL kommen könnten. Im vorliegenden Fall sei es daher an der Ehefrau, sich gegen den Österreichischen Entscheid zur Wehr zu setzen und höhere Leistungen zu beantragen. Hingegen sei es nicht Sache der EL, für ihre Kosten im Ausland aufzukommen.

6.

6.1 Zunächst ist klarzustellen, dass sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf EL ausschliesslich nach Schweizerischem Recht richtet. Ein internationaler Koordinationstatbestand ist nicht gegeben.

6.2 Sodann ist fraglich, ob die erste Voraussetzung für die Anrechenbarkeit des Unterhaltsbeitrages als anerkannte Ausgabe erfüllt ist, mithin ob die Unterhaltsleistung richterlich, behördlich oder vertraglich festgesetzt und betraglich konkretisiert worden ist.

Eine richterlich oder vertraglich festgesetzte und betraglich konkretisierte Unterhaltsleistung besteht vorliegend zweifelsohne nicht, was der Beschwerdeführer denn auch zu Recht nicht geltend macht. Entgegen seiner Auffassung kann aber auch nicht von einer behördlich genehmigten Unterhaltsleistung ausgegangen werden. Es mag zwar zutreffen, dass es sich bei der Oberösterreichischen Pensionsversicherungsanstalt um eine Behörde handelt. Allerdings kann gestützt auf deren Bescheid, in welchem sie der Ehefrau des Beschwerdeführers eine Ausgleichszulage zuspricht, der darin angerechnete Unterhaltsbeitrag nicht gerichtlich eingefordert werden. Adressatin war und ist nur die Ehefrau. Es wurde lediglich für die Berechnung der Ausgleichszulage ein fiktiver Betrag eingesetzt, wobei die Berechnungsgrundlage nicht ersichtlich ist. Der Bescheid richtet sich einzig an die Ehefrau des Beschwerdeführers und vermöchte gegenüber ihm keine Rechtswirkung zu entfalten. Von einer behördlich genehmigten Unterhaltszahlung kann etwa dann gesprochen werden, wenn die Vormundschaftsbehörde einen Unterhaltsvertrag für das Kind genehmigt. Ein solcher oder auch nur analoger Sachverhalt liegt nicht vor. Mittels Bescheid der Oberösterreichischen Pensionsversicherungsanstalt wurde einzig der Ehefrau des Beschwerdeführers eine Ausgleichszulage für den Zeitraum zugesprochen, in welchem sie sich in Österreich aufhält. Demnach sind Bestand und Höhe einer allfälligen Unterhaltspflicht nicht rechtsverbindlich festgelegt. Bereits aus diesem Grund kann die geltend gemachte Unterhaltsleistung nicht als anrechenbare Ausgaben anerkannt werden (vgl. etwa BGer-Urteil 9C\_160/2018 vom 9. August 2018 E. 4.1).

6.3 Im Weiteren werden nach dem klaren Wortlaut von Art. 10 Abs. 3 lit. e ELG (vormals Art. 3b Abs. 3 lit. e aELG [in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung]) nur «geleistete familienrechtliche Unterhaltsbeiträge» als Ausgaben anerkannt, was sowohl nach früherer als auch nach der aktuellen Fassung des ELG voraussetzt, dass festgesetzte Unterhaltsbeiträge bezahlt worden sind (vgl. dazu EVG-Urteil P 53/03 vom 2. März 2004 E. 3). An der Rechtsprechung des Bundesgerichts hat sich bis anhin nichts geändert, obschon in der Lehre teils eine andere Auffassung vertreten wird (vgl. etwa Jöhl/Usinger-Egger, Ergänzungsleis-

tungen zur AHV/IV in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bd. Soziale Sicherheit [SB-VR], 3. Auflage, Basel 2016, S. 1792 f., Rz. 111). Nichts anderes geht auch aus der Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (WEL) hervor. Danach werden behördlich oder gerichtlich genehmigte oder festgelegte familienrechtliche Unterhaltsleistungen als Ausgabe berücksichtigt, soweit sie nachweisbar erbracht worden sind (Rz 3271.01 WEL, gültig ab 1. April 2011, Stand 1. Januar 2019).

Der Beschwerdeführer gesteht sodann selber ein, dass er nur dazu in der Lage wäre, diese Unterhaltsbeiträge seiner Ehefrau zu überweisen, wenn diese durch die Ausgleichskasse anerkannt würden. Er hat bis anhin seiner Ehefrau nie einen Unterhaltsbeitrag überwiesen. Auch deshalb besteht kein Raum für eine Berücksichtigung als anerkannte Ausgabe.

6.4 Nichts daran zu ändern vermag auch der Hinweis des Beschwerdeführers auf Rz 3272.03 der WEL. Da, wie bereits dargelegt, der Unterhaltsbeitrag nicht als anerkannte Ausgabe qualifiziert werden kann, erübrigt sich auch eine Überprüfung durch die Ausgleichskasse. Eine solche wäre dann vorzunehmen gewesen, wenn der Beschwerdeführer bereits solche Zahlungen getätigt hätte. Diesfalls hätte die Ausgleichskasse prüfen müssen, ob überhaupt eine Pflicht seitens des Beschwerdeführers besteht und ob die Beiträge angemessen wären.

7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ausgleichskasse die geltend gemachten Unterhaltsbeiträge zu Recht nicht als anerkannte Ausgaben im Sinne von Art. 10 Abs. 3 lit. e ELG qualifiziert hat. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde erweist sich demnach als unbegründet und ist abzuweisen.

(. . .)

Urteil des Verwaltungsgerichts vom 29. August 2019, S 2019 78  
Das Urteil ist rechtskräftig.

## 1.6 Berufliche Vorsorge: Lebenspartnerrente

### Regeste:

Art. 16 Abs. 2 i.V.m. Art. 16 Abs. 1 lit. d des Vorsorgereglements (VorsR) der Zuger Pensionskasse – Aus Systematik und dem Wortlaut der reglementarischen Bestimmungen von Art. 16 Abs. 2 i.V.m. Art. 16 Abs. 1 lit. d VorsR ergibt sich deutlich und unmissverständlich, dass der Anspruch auf eine Lebenspartnerrente im Todesfall von rentenbeziehenden Personen die rechtzeitige Meldung der Lebenspartnerin an die Zuger Pensionskasse voraussetzt (Meldung im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzahlung, spätestens jedoch bis zur Vollendung des 65. Altersjahres).

### Aus dem Sachverhalt:

1. A trat im Jahr 1981 eine Stelle als (...) an und ist damit gleichzeitig in die Zuger Pensionskasse eingetreten. Per 1. August 2017 liess er sich im Alter von 62 Jahren vorzeitig pensionieren und bezog seit diesem Datum eine Altersrente der Zuger Pensionskasse.

2. Am 27. Februar 2018 meldete A der Zuger Pensionskasse seine Lebenspartnerschaft mit B. Gleichentags teilte ihm die Zuger Pensionskasse unter Verweis auf Art. 16 Abs. 2 ihres Vorsorgereglements mit, die gemeldete Lebenspartnerschaft könne nicht berücksichtigt werden, da die Meldung bereits zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzahlung hätte erfolgen müssen. Sie erläuterte dies später auch an der Besprechung vom 20. März 2018 und hielt in ihrem Schreiben vom 5. April 2018 an ihrem Standpunkt fest. Der Vorstand der Zuger Pensionskasse bestätigte diese Auffassung mit Schreiben vom 29. Juni 2018.

3. Am 2. August 2018 liess A beim Verwaltungsgericht des Kantons Zug Klage einreichen und beantragen, es sei festzustellen, dass seiner Lebenspartnerin B ein Anspruch auf Lebenspartnerrente gegenüber der Zuger Pensionskasse zustehe und es sei die Beklagte für den Todesfall des Klägers zu verpflichten, ihr eine Lebenspartnerrente gemäss Vorsorgereglement zu bezahlen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich 7,7% MwSt.) zu Lasten der Beklagten.

4. Am 20. September 2018 liess die Zuger Pensionskasse die vollumfängliche Abweisung der Klage beantragen, soweit darauf einzutreten sei, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Klägers.

### **Aus den Erwägungen:**

(...)

2. Im vorliegenden Verfahren liess der Kläger die Feststellung beantragen, wonach seiner Lebenspartnerin B ein Anspruch auf eine Lebenspartnerrente gegenüber der Beklagten zustehe. Diese sei für seinen Todesfall zu verpflichten, B eine Lebenspartnerrente gemäss Vorsorgereglement zu bezahlen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beklagten. In seiner Replik hielt der Kläger an diesen Anträgen fest.

Eine Feststellungsklage setzt grundsätzlich ein aktuelles und unmittelbares Interesse bzw. ein schutzwürdiges Interesse an der sofortigen Feststellung des Rechtes voraus (BGE 118 V 248 E. I.2b). Da es vorliegend um eine Lebenspartner- und damit um eine Hinterlassenenrente geht, kann erst im Zeitpunkt des Todes des Klägers konkret geprüft werden, ob seine Lebenspartnerin einen Leistungsanspruch hat oder nicht. Gestützt auf Art. 16 Abs. 3 des ab 1. April 2018 gültigen Vorsorgereglements der Beklagten (nachfolgend VorsR) prüft die Beklagte im Leistungsfall das Vorhandensein der Anspruchsvoraussetzungen für eine Lebenspartnerrente gemäss Art. 16 VorsR bzw. gemäss der Bestimmungen des zu diesem Zeitpunkt geltenden Reglements. Zum aktuellen Zeitpunkt kann somit gar nicht geprüft wer-

den, ob der Kläger und B im Zeitpunkt seines Todes immer noch in einer festen und ausschliesslichen Zweierbeziehung mit gemeinsamem Wohnsitz und im gemeinsamen Haushalt leben werden (Art. 16 Abs. 1 lit. a VorsR), ob beide immer noch unverheiratet sein werden (vgl. Art. 16 Abs. 1 lit. b VorsR) oder ob B dannzumal noch am Leben sein wird. Ein allfälliger künftiger Leistungsanspruch von B impliziert allerdings die Frage der Rechtzeitigkeit der Meldung der Lebenspartnerschaft an die Beklagte im Sinne von Art. 16 Abs. 2 i.V.m. Art. 16 Abs. 1 lit. d VorsR als konstitutive Anspruchsvoraussetzung, deren Prüfung zum jetzigen Zeitpunkt möglich und sinnvoll ist. Eine verspätete Meldung hätte nämlich zur Folge, dass beim Todesfall des Klägers und Erfüllung der übrigen Anspruchsvoraussetzungen kein Anspruch auf eine Lebenspartnerrente bestünde, was gewichtigen Einfluss auf die aktuelle Planung der Altersvorsorge von B hätte. Aus diesem Grund ist ein aktuelles und unmittelbares Interesse bzw. ein schutzwürdiges Interesse des Klägers an der Klärung dieser Frage zu bejahen. Auch die Beklagte hat ein grosses Interesse an der Beantwortung dieser Rechtsfrage, da es dabei um eine allfällige künftige Leistungsverpflichtung geht. Da sowohl die Begründung der Klageschrift als auch diejenige der Replik klar und unmissverständlich verdeutlichen, dass es in casu eigentlich um die Frage der Rechtzeitigkeit der Meldung der Lebenspartnerin an die Beklagte geht und ein schutzwürdiges Interesse an der Beantwortung dieser Rechtsfrage zu bejahen ist, ist diesbezüglich auf die Klage einzutreten.

Es bleibt mithin festzuhalten, dass aus den dargestellten Gründen nicht auf die Klage eingetreten werden kann, soweit der Kläger die Feststellung eines künftigen Leistungsanspruchs bzw. die Zusprechung einer Lebenspartnerrente für seinen Todesfall beantragt hat. Auf die Klage ist jedoch insofern einzutreten, als es um die Feststellung der Rechtzeitigkeit der Meldung der Lebenspartnerin an die Beklagte geht.

3. An dieser Stelle ist auf die Rechtsgrundlage der Lebenspartnerrente und auf die zur Anwendung kommende Auslegungsmethode einzugehen.

3.1 Die Lebenspartnerrente wird in Art. 16 VorsR geregelt.

Artikel 16 Lebenspartnerrente

Absatz 1 Anspruch

Für den bzw. die von der versicherten Person bezeichneten Lebenspartner bzw. Lebenspartnerin (verschiedenen oder gleichen Geschlechts) besteht Anspruch auf eine Hinterlassenenrente in der Höhe der Ehegattenrente, sofern

lit. a der bezeichnete Lebenspartner bzw. die bezeichnete Lebenspartnerin und die versicherte Person vor dem Tod der versicherten Person nachweislich in einer festen und ausschliesslichen Zweierbeziehung mit gemeinsamem Wohnsitz sowie im gemeinsamen Haushalt gelebt haben und

lit. b die versicherte und die begünstigte Person im Zeitpunkt des Todes jeweils unverheiratet und im Sinne von Art. 95 ZGB nicht verwandt sind und

lit. c der bezeichnete Lebenspartner bzw. die bezeichnete Lebenspartnerin im Zeitpunkt des Todes das 40. Lebensjahr zurückgelegt hat und die Lebenspartnerschaft nach lit. a mindestens fünf Jahre ununterbrochen gedauert hat oder eines oder mehrere gemeinsame Kinder mit Anspruch auf Waisenrente vorhanden sind und

lit. d die versicherte Person der Pensionskasse zu Lebzeiten den Lebenspartner bzw. die Lebenspartnerin schriftlich gemeldet hat. Unterbleibt diese Meldung, besteht kein Anspruch auf Leistungen der Pensionskasse.

### Absatz 2 Anspruch von rentenbeziehenden Personen

Im Todesfall einer alters- oder invalidenrentenbeziehenden Person besteht nur dann Anspruch auf eine Lebenspartnerrente, falls die Voraussetzungen nach Abs. 1 lit. a, b und d bereits im Zeitpunkt der erstmaligen (Alters- oder Invaliden-) Rentenzahlung, spätestens jedoch bis zur Vollendung des 65. Altersjahres, erfüllt waren.

### Absatz 3 Voraussetzungen

Die versicherte bzw. die begünstigte Person hat die für die Abklärung notwendigen Unterlagen einzureichen. Die Pensionskasse prüft im Leistungsfall, ob die Anspruchsvoraussetzungen für eine Lebenspartnerrente gegeben sind.

3.2 Des Weiteren ist auf die zur Anwendung kommende Auslegungsmethode einzugehen. Da es sich bei der Zuger Pensionskasse um eine Vorsorgeeinrichtung des öffentlichen Rechts handelt, hat die Interpretation von Art. 16 VorsR nach den Regeln der Gesetzesauslegung zu erfolgen. Demnach ist in erster Linie der Wortlaut massgebend. Lässt dieser verschiedene Deutungen zu, ist er auszulegen unter Berücksichtigung namentlich des Zwecks, des kontextbezogenen Sinnes und der dem Text zu Grunde liegenden Wertung. Da der Inhalt von Art. 16 VorsR hinreichend klar bestimmt werden kann (vgl. dazu E. 4 nachfolgend), kommt das Vertrauensprinzip bzw. die Unklarheits- und Ungewöhnlichkeitsregel, welche bei der Interpretation von statutarischen und reglementarischen Vorschriften privatrechtlicher Vorsorgeeinrichtungen zur Anwendung kommen (BGE 133 V 314 E. 4.1), jedoch von vornherein nicht zur Anwendung, sodass sich diesbezügliche Weiterungen erübrigen.

4. In casu ist unbestritten, dass der Kläger seit 1. August 2017 eine Altersrente der Beklagten bezieht und am 27. Februar 2018 seine Lebenspartnerin B bei der Beklagten gemeldet hat. Umstritten und zu prüfen ist, ob diese Meldung im Sinne von Art. 16 VorsR rechtzeitig erfolgt ist.

Bereits die Gliederung und die Systematik des Vorsorgereglements von Art. 16 VorsR verdeutlichen, dass bei den Voraussetzungen für eine Lebenspartnerrente zwischen aktiven versicherten bzw. noch erwerbstätigen Personen (Randtitel von Abs. 1 «Anspruch») und rentenbeziehenden Personen (Randtitel von Abs. 2 «Anspruch von rentenbeziehenden Personen») unterschieden wird.

Für die Erwerbstätigen regelt unter anderem Art. 16 Abs. 1 lit. a und b VorsR die materiellen und lit. d die formellen Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Lebenspartnerrente. Für die bereits rentenbeziehenden Personen hält Art. 16 Abs. 2 VorsR eindeutig und unmissverständlich fest, dass die Voraussetzungen nach Art. 16 Abs. 1 lit. a, b und d VorsR bereits im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzahlung, spätestens jedoch bis zur Vollendung des 65. Altersjahres erfüllt sein müssen. Bereits die Auslegung des Wortlauts ergibt somit unmissverständlich, dass Art. 16 Abs. 2 VorsR für rentenbeziehende Personen sowohl die materiellen als auch die formellen Voraussetzungen für den Bezug einer Lebenspartnerrente regelt. Insbesondere durch den expliziten Verweis auf Art. 16 Abs. 1 lit. d VorsR legt Absatz 2 auch den Zeitpunkt fest, bis wann eine Lebenspartnerschaft bei der Beklagten zu melden ist. Der Verweis auf Abs. 1 lit. d wäre überflüssig, wenn nicht auch die schriftliche Meldung bereits im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzahlung, spätestens jedoch bis zur Vollendung des 65. Altersjahres erfolgt sein müsste. Die Darlegung des Klägers, wonach gestützt auf Art. 16 Abs. 2 VorsR die Voraussetzungen einer Lebenspartnerrente bei erster Rentenzahlung bzw. im Alter 65 erfüllt sein müssten und nur Art. 16 Abs. 1 lit. d VorsR den Zeitpunkt der Meldung sowohl für Erwerbstätige als auch für Pensionierte regeln würde, ist daher als unzutreffend zu qualifizieren. Da Art. 16 Abs. 2 VorsR primär die erste Rentenzahlung und „spätestens“ die Vollendung des 65. Altersjahres nennt, kann diese Bestimmung auch nicht etwa so verstanden werden, wonach alternativ auf die erste Rentenzahlung oder spätestens auf das Alter 65 abgestellt werden soll. Wäre dem so, hätte es gereicht, zu statuieren, die Meldung sei «spätestens bis zur Vollendung des 65. Altersjahres» zu machen. Eine Nennung der ersten Rentenzahlung wäre dann völlig sinnlos. Der Hinweis auf das Alter 65 zusätzlich zur ersten Rentenzahlung ist demgegenüber erforderlich für den Fall der aufgeschobenen Pensionierung (vgl. dazu Art. 3 Abs. 2 VorsR), bei der noch gar keine Rente ausbezahlt wird (bis maximal Alter 70).

Es bleibt mithin festzuhalten, dass sich aus der Systematik und dem Wortlaut der reglementarischen Bestimmungen von Art. 16 Abs. 1 und 2 VorsR deutlich und unmissverständlich ableiten lässt, dass der Anspruch auf eine Lebenspartnerrente im Todesfall von rentenbeziehenden Personen die rechtzeitige Meldung der Lebenspartnerin voraussetzt, welche im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzahlung vorliegen muss, spätestens jedoch bis zur Vollendung des 65. Altersjahres, wenn bis dahin noch keine Rente bezogen wurde. Da der Kläger seine Lebenspartnerin B der Beklagten erst am 27. Februar 2018 und somit nach dem ersten Altersrentenbezug am 1. August 2017 gemeldet hat, ist die Meldung als verspätet zu qualifizieren.

5. Nach Art. 20a Abs. 1 lit. a BVG kann die Vorsorgeeinrichtung in ihrem Reglement Hin-

terlassenenleistungen für die Person vorsehen, die mit dem Versicherten in den letzten fünf Jahren bis zu seinem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat oder die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss. Aus dieser „Kann-Vorschrift“ ist abzuleiten, dass es sich beim Anspruch auf eine Lebenspartnerrente um einen überobligatorischen Anspruch handelt. Die Vorsorgeeinrichtungen sind daher frei zu bestimmen, ob sie überhaupt und für welche dieser Personen sie Hinterlassenenleistungen vorsehen wollen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_118/2018 vom 9. Oktober 2018 E. 1.1). Nach herrschender bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind die Pensionskassen zum Erlass von Anspruchsvoraussetzungen mit konstitutiver Wirkung befugt (BGE 133 V 314 E. 4.2.1 und 4.3), wobei es sich nicht um blosse Beweisvorschriften mit Ordnungscharakter handelt, sondern vielmehr um mit Art. 20a BVG vereinbare formelle Anspruchserfordernisse mit konstitutiver Wirkung (BGE 142 V 233 E. 2.1). Artikel 16 Abs. 2 i.V.m. Abs. 1 lit. d VorsR stellt ein derartiges zulässiges formelles Anspruchserfordernis mit konstitutiver Wirkung dar, wird doch unmissverständlich festgehalten, dass bei Unterbleiben der fristgerechten Meldung kein Anspruch auf Leistungen der Pensionskasse besteht.

(. . .)

9. Zusammenfassend bleibt mithin festzuhalten, dass sich aus der Systematik und dem Wortlaut der reglementarischen Bestimmungen von Art. 16 Abs. 2 i.V.m. Art. 16 Abs. 1 lit. d VorsR deutlich und unmissverständlich ergibt, dass der Anspruch auf eine Lebenspartnerrente im Todesfall von rentenbeziehenden Personen die rechtzeitige Meldung der Lebenspartnerin an die Beklagte voraussetzt (Meldung im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzahlung, spätestens jedoch bis zur Vollendung des 65. Altersjahres). Für eine Abweichung vom klaren Wortlaut bestehen keine triftigen Gründe. Artikel 16 Abs. 1 und 2 VorsR verstossen nicht gegen gesetzliche Bestimmungen, da die Vorsorgeeinrichtungen berechtigt sind, konstitutive formelle Anforderungen vorzusehen, welche für die Versicherten keine unzumutbare Hürde darstellen. Da der Kläger seine Lebenspartnerin B der Beklagten erst am 27. Februar 2018 und somit nach dem ersten Altersrentenbezug am 1. August 2017 gemeldet hat, ist die Meldung als verspätet zu qualifizieren. Im Todesfall des Klägers hat B somit keinen Anspruch auf eine Lebenspartnerrente der Beklagten. Die Klage erweist sich als vollumfänglich unbegründet, soweit darauf einzutreten ist.

(. . .)

Urteil des Verwaltungsgerichts vom 24. Oktober 2019, S 2018 78

Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig.

Verfahrensnummer am Bundesgericht: 9C\_784/2019

# B

Stichwortverzeichnis

Anders als die in Rz. 5 KSME aufgeführten Geburtsgebrechen sieht Ziff. 425 Anhang GgV keine zeitliche Limitierung betreffend Feststellung der erforderlichen Symptome vor. , 13

Anrechenbarkeit eines Unterhaltsbeitrages als Ausgabe, 22

Ein Unfallereignis kann nur angenommen werden, wenn alle Kriterien nach Art. 4 ASTG kumulativ erfüllt sind., 18

Eine Anrechenbarkeit von im Ausland nach Bestand und Höhe nicht rechtsverbindlich festgelegten und nicht tatsächlich geleisteten Unterhaltsbeiträgen als anerkannte Ausgabe bei der Berechnung von Ergänzungsleistungen fällt ausser Betracht., 22

Komplexität des Sachverhalts, der die Beistellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistands rechtfertigt, 5

Lebenspartnerrente, 25

medizinische Massnahmen im Rahmen des Geburtsgebrechens Ziff. 425 Anhang GgV bei Feststellung der erforderlichen Symptome nach dem 11. Lebensjahr, 13

unentgeltlichen Rechtsbeistellung im Verwaltungsverfahren, 5

unverschuldetes Hindernis zur Wiederherstellung der Frist zur Einreichung des Antrags auf Insolvenzenschaadigung, 9

Verneinung des Vorliegens eines Unfallereignisses in Ermangelung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors., 18

Verwaltungsverfahren, 5

Wiederherstellung der Frist, 9